



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Επιχειρήσεων»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων,
Συγκριτική Μελέτη καταναλωτών Ελλάδας-Γαλλίας-Βουλγαρίας.**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΥΛΑ ΜΑΙΡΗ-ΜΑΡΙΑ**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Δρ. ΦΩΤΙΑΔΗΣ ΘΩΜΑΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Επιχειρήσεων»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων,
Συγκριτική Μελέτη καταναλωτών Ελλάδας-Γαλλίας-Βουλγαρίας.**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΥΛΑ ΜΑΙΡΗ-ΜΑΡΙΑ**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Δρ. ΦΩΤΙΑΔΗΣ ΘΩΜΑΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015

Περιεχόμενα:

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψη (στην Ελληνική)	6
Abstract (Περίληψη στην Αγγλική)	7
Ευχαριστίες	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1.1 Αρχικός Στόχος Έρευνας	10
1.2 Σύντομη Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	13
2.1 Μάρκετινγκ – Φαρμακευτικό μάρκετινγκ	13
2.2 Κατηγοριοποίηση του Μάρκετινγκ	14
2.2.1 Βασικές Έννοιες του Μάρκετινγκ	15
2.3 Μείγμα Μάρκετινγκ	16
2.4 Σύγχρονο Μάρκετινγκ	19
2.5 Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ	23
2.5.1 Ορισμός, Γενικές Αρχές	23
2.5.2 Ανθρώπινο Δυναμικό	24
2.5.3 Πληροφορίες και Τεκμηρίωση	25
2.5.4 Άλλα Μέσα και Δραστηριότητες	26
2.5.5 Αντιμετώπιση παραβάσεων του κώδικα δεοντολογίας	26
2.5.6 Μίγμα Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ	27
2.5.7 Φαρμακευτική συμμόρφωση	34
2.5.8 Φαρμακευτικό μάρκετινγκ με άλλη διάσταση	36
2.6 Προϊόν	38
2.6.1 Φάρμακα	41
2.6.2 Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα-ΜΗΣΦΑ (ελληνική βιβλιογραφία)- OTC (διεθνή βιβλιογραφία)	43
2.6.3 Καλλυντικά	44
2.6.4 Συμπληρώματα διατροφής/Βιταμίνες	45
2.7 Τιμή	45
2.8 Διανομή	47
	2

2.9 Διαφήμιση- Προώθηση	48
2.10 Προβλέψεις για τη φαρμακευτική αγορά ανά γεωγραφική περιοχή, έως το 2016	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΓΑΛΛΙΑΣ-ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

3.1 Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα	54
3.1.1 Φαρμακευτική περίθαλψη	56
3.1.2 Αποκλίσεις-Παρατυπίες	60
3.1.3 Παρεμβάσεις και μέτρα πολιτικής ανάπτυξης στους τομείς Υγείας – Φαρμάκου.	61
3.1.4 Παρεμβάσεις και μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής στους τομείς Υγείας – Φαρμάκου.	62
3.1.5 Η Ελληνική Αγορά Φαρμάκου	65
3.1.5.1 Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα	65
3.1.5.2 Καλλυντικά	66
3.1.5.3 Βιταμίνες- συμπληρώματα διατροφής	66
3.2 Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης Γαλλίας	68
3.2.1 Παραγωγή και Διάθεση	69
3.2.2 Κοινωνική Ασφάλιση	70
3.2.3 Η Συνολική ευθύνη	71
3.2.4 Φαρμακεία	72
3.2.5 Γιατροί	73
3.2.6 Συνταγογράφηση	73
3.2.7 Γενόσημα φάρμακα	74
3.2.8 Καλλυντικά	75
3.2.9 Αυτοθεραπεία	77
3.2.10 Ανισότητες	77
3.2.11 Πώληση των ΜΗΣΥΦΑ εκτός φαρμακείου	78
3.3 Φαρμακευτική περίθαλψη στη Βουλγαρία	80
3.3.1 Παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων στη Βουλγαρία	82
3.3.2 Τα φαρμακεία	83
3.3.3 Ασφαλιστικό Σύστημα	84
3.3.4 Εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας	84
3.3.5 Γιατροί	86

3.3.6 Συνταγογράφηση φαρμάκων	86
3.3.7 Θετική Λίστα Φαρμάκων	87
3.3.8 Μη συνταγογραφούμενα	87
3.3.9 Γενόσημα	88
3.3.10 Φάρμακα φυτικής προελεύσεως	88
3.3.11 Βιταμίνες-Συμπληρώματα Διατροφής	89
3.3.12 Τιμολόγηση	89
3.3.13 Αυτοθεραπεία	90
3.3.14 Τυπικά και άτυπα ζητήματα που προκύπτουν στον φαρμακευτικό κλάδο	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ	96
4.1 Ορισμός και τύποι συμπεριφοράς καταναλωτή	97
4.1.1 Ο ρόλος του μάρκετινγκ στην συμπεριφορά του καταναλωτή	98
4.1.2 Επιλογή προϊόντων και ομαδοποίηση καταναλωτών	98
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές του καταναλωτή φαρμακευτικών προϊόντων	100
4.2.1 Διαδικασία αγοράς προϊόντος και παράγοντες που την επηρεάζουν	103
4.3 Πηγές πληροφόρησης	107
4.4 Τα κίνητρα που επηρεάζουν την Συμπεριφορά του Καταναλωτή	114
4.4.1 Σκιαγράφηση του σύγχρονου καταναλωτή	119
4.5 Η ανάλυση PEST	120
4.5.1 Ελλάδα	121
4.5.2 Γαλλία	129
4.5.3 Βουλγαρία	133
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	140
5.1 Σύγκριση Ερευνών- Απόψεις	140
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	158
6.1 Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα	158
6.2 Ερευνητικές Υποθέσεις	158
6.3 Τελικός σκοπός έρευνας	159

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	161
7.1. Μεθοδολογία και δείγμα	162
7.2. Δειγματοληπτικά και Στατιστικά Σφάλματα	164
7.3. Το ερωτηματολόγιο	167
7.4 Στατιστική ανάλυση	169
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	171
8.1. Αποτελέσματα ερωτήσεων σκιαγράφησης καταναλωτικού προφίλ – Α μέρος.	171
8.2. Αποτελέσματα δημογραφικών χαρακτηριστικών- Β μέρος.	207
8.3 Συσχετίσεις	214
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	220
9.1 Προτάσεις προς τον ΕΟΦ	225
9.2 Προτάσεις προς το κράτος	226
9.3 Προτάσεις προς τις φαρμακευτικές βιομηχανίες	226
9.4 Προτάσεις προς τους ασθενείς	227
9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	227
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	229
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	230
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Παράρτημα Α. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας	249
Παράρτημα Β. Κατάλογος εικόνων, διαγραμμάτων και πινάκων εργασίας	256

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων, Συγκριτική Μελέτη καταναλωτών Ελλάδας-Γαλλίας-Βουλγαρίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, παρουσιάζεται η προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων εκείνων, που προσδιορίζουν το προφίλ των καταναλωτών στην φαρμακευτική Αγορά. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προσδιοριστεί ποιος ή τι είναι αυτό που παρακινεί τον πελάτη/ασθενή να αγοράσει συγκεκριμένα σκευάσματα (συνταγογραφούμενα φάρμακα και μη, βιταμίνες, καλλυντικά). Κατά την επιλογή του θέματος, οι ερευνητικές προκλήσεις προέκυψαν και από τις συνεχείς αλλαγές του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος της χώρας, κατά την περίοδο Σεπτέμβριος 2014- Μάρτιος 2015, στον κλάδο της Υγείας. Έτσι, για την απόκτηση μιας αντικειμενικής εικόνας για την αγοραστική συμπεριφορά των Ελλήνων, διεξήχθη συγκριτική έρευνα απόψεων, μεταξύ και των Γάλλων και των Βούλγαρων (αναπτυγμένα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με διαφορετικό βιοτικό επίπεδο και δείκτη Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης του ΟΗΕ).

Τα κύρια αποτελέσματα προέκυψαν έπειτα από την απάντηση συνολικά 150 ερωτηματολογίων (συλλογή πρωτογενών δεδομένων), από πολίτες της πρωτεύουσας κάθε χώρας, πελάτες φαρμακείων και αφορούν οικονομικά, ιατρικά, και προσωπικά κριτήρια αγοράς των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Τα συμπεριφορικά κίνητρα φαίνεται ότι επηρεάζονται από τους επιστήμονες υγείας, από την τιμή, την διαφήμιση, τις εναλλακτικές επιλογές προϊόντων και την «κοινή γνώμη». Επιπρόσθετα, διαφαίνεται ότι οι πελάτες διαφέρουν από χώρα σε χώρα αλλά και μεταξύ τους, στις επιλογές τους και στον ιδιαίτερο τρόπο δράσης. Η ιδιαιτερότητα αυτή προκύπτει κυρίως από τα διαφορετικά επίπεδα μόρφωσης και βασικού εισοδήματος του κάθε καταναλωτή φαρμακευτικών προϊόντων.

Μέσω της συγκριτικής ανάλυσης, επομένως, παρατηρείται ότι οι Γάλλοι, οι Έλληνες και οι Βούλγαροι τείνουν να συμφωνούν σε κάποιες κοινές τάσεις συμπεριφοράς, αλλά και να διαφέρουν ουσιαστικά, σε ζητήματα μείζονος σημασίας.

Λέξεις-κλειδιά: φαρμακευτικό μάρκετινγκ, καταναλωτικό προφίλ, φαρμακευτικά σκευάσματα, φαρμακεία, κίνητρα καταναλωτικής συμπεριφοράς.

ABSTRACT

THESIS TITLE: Pharmaceuticals selection criteria, Comparative Study of Greek-French-Bulgarian consumers.

In this thesis, the investigation effort to determine the key factors affecting the consumer profile in the pharmaceutical market is presented. The purpose of this research is to determine who or what motivates the client/patient to purchase specific formulations (prescription drugs or not, vitamins, cosmetics). On the topic, the researcher encountered challenges of the continuous changes in the external and internal environment of the country, during the period September 2014-March 2015, in the health sector. Thus, to obtain an objective picture of the purchasing behavior of the Greeks, a comparative opinion survey was conducted, between the Greeks, French and Bulgarian consumers (developed countries of the European Union, with different living standards and Human Development Index indicator by UN).

The main results were obtained after answering a total of 150 questionnaires (collection of primary data), by citizens and pharmacy customers of the capital city of each country and where related with financial, medical, and personal purchase criteria of pharmaceutical preparations. The generated incentives are guided in order, by the health professionals, by price, advertising, alternative product choices and "public opinion". Additionally, it appears that customers differ from country to country and between them in their choices and the particular mode of action. The uniqueness stems mainly from the different levels of education and basic income of each pharmaceutical product consumer.

Through comparative analysis, therefore observed that the French, Greeks and Bulgarians tend to agree on some common trends of behavior, but differ substantially in major issues.

Keywords: pharmaceutical marketing, consumer profiles, pharmaceuticals, pharmacy, behavioral incentives.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Τον κύριο **Θωμά Φωτιάδη**, για την ερευνητική καθοδήγηση, την επίβλεψη και την υποδειγματική διδασκαλία του όλα αυτά τα χρόνια,*

*τους **Γονείς και τα αδέρφια μου**, για την ηθική και οικονομική υποστήριξή τους, χωρίς την οποία δεν θα είχα την ευκαιρία να μετέχω στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα,*

*την κυρία **Βασιλική Πάσχου**, για την συνεχή συμβουλευτική της προσφορά,*

*τον κύριο **Θεόδωρο Τσιλιγιάννη**, για την ουσιαστική συμβολή του στην ολοκλήρωση της έρευνας,*

*την κυρία **Χριστίνα Σπάνια** για τον χρόνο και την πολύτιμη βοήθειά της και όλους όσους συνέβαλαν νοητά ή πρακτικά στην προσπάθειά μου όλα αυτό το διάστημα, τους ευχαριστώ θερμά!*

Στην αδερφή μου, Ελένη-Αθανασία Δημουλά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Αμερικανός φιλόσοφος Ralph Waldo Emerson αναφέρει ότι «αυτή η εποχή -όπως όλες οι εποχές- είναι μία καλή εποχή, αλλά μόνο αν ξέρουμε τι να κάνουμε με αυτήν». Για την Ελλάδα, είναι μια εποχή που έχει φέρει πολυπαραγοντικές αλλαγές σε όλους τους τομείς. Ειδικά, στον ιατροφαρμακευτικό κλάδο, οι αλλαγές οδήγησαν στον αποπροσανατολισμό του ασθενή από την παραδοσιακή τακτική ίασης: επίσκεψη στον γιατρό ή φαρμακοποιό και αγορά του προτεινόμενου σκευάσματος. Σήμερα ο ασθενής εμφανίζεται ως πελάτης που δέχεται πληθώρα πληροφοριών, κινήτρων και άλλων εξωτερικών επιδράσεων για τον τρόπο ή το μέσο που θα επιλέξει για την ανάρρωση του. Έτσι προκύπτει ο προβληματισμός αυτής της έρευνας ο οποίος εμφανίζεται ως άγνοια των σημαντικότερων κινήτρων που θα λάβει υπόψη του ο σημερινός ασθενής-πελάτης, για την αγορά οποιουδήποτε φαρμακευτικού σκευάσματος.

Η διεθνής προσέγγιση του θέματος μέσα στην οικονομική κρίση, στα διαφορετικά συστήματα ασφάλισης των ασθενών και στην προσπάθεια εξορθολογισμού των ταμείων ασφάλειας, καταδεικνύει ότι είναι ένα πρόβλημα επίκαιρο και χρήζει άμεσης διευθέτησης. Σύμφωνα με έρευνα, που διεξήχθη από την ICM για λογαριασμό της Aegate, το 90% των Ευρωπαίων καταναλωτών ισχυρίστηκε ότι δεν θα αγόραζε φάρμακα μέσω Διαδικτύου, αν τα φαρμακεία στην Ευρώπη διέθεταν κάποιο εργαλείο πιστοποίησης συνταγογραφημένων φαρμάκων. Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες χώρες της Ευρώπης, το Ελληνικό φαρμακείο καθίσταται ως μια από τις πιο ασφαλείς αγορές φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Κατά συνέπεια, σκοπός της εργασίας αυτής είναι η εύρεση και ανάλυση των βασικών κριτηρίων επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων και τόπου αγοράς των Ελλήνων καταναλωτών, συγκριτικά με τους καταναλωτές της Γαλλίας και της Βουλγαρίας. Επιθυμητό αποτέλεσμα της εργασίας θα είναι ο παραδειγματισμός μίμησης ή βελτίωσης της Ελληνικής ιατροφαρμακευτικής πολιτικής της χώρας μας.

Οι ενότητες που απαρτίζουν την διατριβή, ακολουθούν τη γενικευμένη δομή της πορείας έρευνας. Αρχικά, διατυπώνεται η αρθρογραφική ανάλυση του προβλήματος: αναφέρεται ο στόχος, το περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται ο προβληματισμός-συνθήκες φαρμακευτικού συστήματος και στις τρεις χώρες, ανάλογες έρευνες στην Ελλάδα ή το εξωτερικό και σύγκριση με τα σημερινά θεωρητικά πρότυπα (κεφ.1,2,3,4,5). Στο επόμενο κεφάλαιο καταγράφονται τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις, καθώς και η ανάλυση αυτών (κεφ. 6). Στην τρίτη ενότητα παρουσιάζεται η μεθοδολογία έρευνας, η

οποία αναλύεται επί της ουσίας και αρθρογραφικά, για τον λόγο που επιλέχθηκε στην συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια (κεφ. 7). Τα αποτελέσματα της μεθοδολογίας με τις ποσοτικές αναλύσεις, γράφονται στο όγδοο κεφάλαιο και στο ένατο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα των αναλύσεων αυτών. Ολοκληρώνοντας, στο τελευταίο κεφάλαιο σχολιάζονται τα σημεία που επιδέχονται βελτίωση στο ιατροφαρμακευτικό σύστημα της χώρας και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα στο πεδίο του ιατροφαρμακευτικού μάρκετινγκ.

1.1 Αρχικός Στόχος Έρευνας

Αφορμή για την εκπόνηση της έρευνας αυτής αποτελούν οι παλαιότερες έρευνες σχετικά με τους καταναλωτές φαρμακευτικών προϊόντων, το κενό γνώσης που δημιουργήθηκε για το ζήτημα αυτό κατά την περίοδο οικονομικής και γενικότερης κρίσης και οι συνεχείς αλλαγές στο σύστημα υγείας στη χώρα μας. Στη συνέχεια η ιδέα της συγκριτικής μελέτης, βασίζεται στην πρακτική και ουσιαστική σύγκριση των καταναλωτών της Ελλάδας και αυτών των άλλων δύο χωρών. Ταυτόχρονα, ενισχύθηκε από το γεγονός ότι δεν δημοσιεύτηκε ανάλογη ερευνητική προσπάθεια (για την Ελλάδα-Γαλλία- Βουλγαρία) κατά τα τελευταία έτη.

1.2 Σύντομη Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Το 1954 ο Drucker δημοσίευσε ένα καταλυτικής σημασίας βιβλίο στο οποίο εξέφρασε την περίφημη πλέον ρήση του: «Το Μάρκετινγκ είναι τόσο βασικό που δε μπορεί να θεωρηθεί μία ξεχωριστή λειτουργία της επιχείρησης. Είναι ολόκληρη η επιχείρηση που εξετάζεται από την οπτική γωνία του τελικού αποτελέσματος δηλαδή, από την οπτική γωνία του πελάτη. Η επιτυχία της επιχείρησης δεν καθορίζεται από το παραγωγό αλλά από τον πελάτη». Είναι αναπόσπαστα λοιπόν, μία από τις πιο σημαντικές επιχειρησιακές λειτουργίες που σκοπός του είναι η κάθε εταιρεία να γίνει πιο αποτελεσματική από τους ανταγωνιστές στον προσδιορισμό και στην ικανοποίηση των επιθυμιών και των αναγκών των πελατών και κατά συνέπεια των αγορών-στόχων. Είναι η «τέχνη» για να δημιουργεί η επιχείρηση ικανοποιημένους πελάτες (Πατεράκη, 2010).

Ειδικά οι ασθενείς-πελάτες, όμως μιας επιχείρησης-φαρμακείου, αποτελούν ειδική κατηγορία μελέτης, γι' αυτό στην συγκεκριμένη εργασία μελετάται κυρίως ο σχετικός κλάδος

μάρκετινγκ, το φαρμακευτικό. Αυτό ορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην επιλογή, στην κυκλοφορία, στη συνταγογράφηση (Mintzes, 2001) και την ορθή χρήση γενικά των φαρμακευτικών προϊόντων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση.

Το προσωπικό που σχεδιάζει και εφαρμόζει το Φαρμακευτικό Marketing χρειάζεται να διαθέτει ειδική κατάρτιση στον τομέα των ιατροφαρμακευτικών επιστημών, γεγονός που θεωρείται αυτονόητο στη περίπτωση επιστημόνων συναφών κλάδων. Είναι απαραίτητο όμως πέραν των τυπικών προσόντων που συχνά ορίζονται και από τις σχετικές διατάξεις, να διαθέτει επαγγελματική επιδεξιότητα και να διακρίνεται από υπευθυνότητα και προσήλωση σε ηθικές αξίες (Αυλωνίτης, 2010) κατά την διαμόρφωση της ζήτησης των διάφορων φαρμακευτικών προϊόντων.

Οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί, μέσω της συνταγογράφησης καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση φαρμάκων. Τα μέτρα που αποσκοπούν κυρίως στο να επηρεάσουν τα πρότυπα συνταγογραφίας αυτών, κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά τον περιορισμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δύναται να αποζημιωθούν με τη χρήση θετικών και αρνητικών καταλόγων (λίστες). Η δεύτερη κατηγορία αφορά την παροχή πληροφοριών προς τους ιατρούς και στη σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών ορθής πρακτικής. Ο ρόλος τους στη φαρμακευτική αγορά, από την άλλη πλευρά, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των ασθενών, ενώ συχνά εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης (supplier-induced demand). Η τρίτη κατηγορία αφορά τον καθορισμό συγκεκριμένου χρηματικού ποσού (π.χ. προϋπολογισμός) που έχει στη διάθεσή του ο ιατρός προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του σε φάρμακα (Maynard and Karen, 2003. Τούντας, 2007. Τσάγκλα, 2006).

Ταυτόχρονα με την καθοδήγηση από τους ειδικούς, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται και ραγδαία ανάπτυξη και χρήση της τεχνολογίας κι έτσι στα πλαίσια ανάπτυξης της αγοράς των φαρμακευτικών προϊόντων προστέθηκε και το Διαδίκτυο. Κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στην προώθηση προϊόντων, αφού εκτός από τη διαφήμιση μπορεί να λάβει χώρα και η απευθείας πώλησή τους σε ενδιαφερόμενους καταναλωτές. Σύμφωνα με τον G. Eysenbach (2001), η ηλεκτρονική υγεία δεν έχει μόνο τεχνολογική διάσταση, αλλά αντιπροσωπεύει ένα νέο τρόπο σκέψης, μια νέα στάση και δέσμευση ατόμων και οργανισμών για δράσεις δικτύωσης με σκοπό τη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (health care) με χρήση νέων τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας.

Μέσα σε ένα ταχύτατα μεταβαλλόμενο περιβάλλον για τα φαρμακεία, με τον καταναλωτή να είναι αναγκασμένος να το ακολουθήσει, ακόμα και παρά την θέλησή του, προβάλλει αναγκαία η μελέτη της συμπεριφοράς των ανθρώπων αυτών και διερεύνηση των

επιπλέον κριτηρίων που επιλέγουν σχετικά προϊόντα. Για τον λόγο αυτό, η μελέτη ξεκινά με την αποτύπωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του κλάδου του μάρκετινγκ και του φαρμακευτικού μάρκετινγκ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Μάρκετινγκ – Φαρμακευτικό μάρκετινγκ

Το 1954, ο Drucker δημοσίευσε ένα βιβλίο καταλυτικής σημασίας, στο οποίο εξέφρασε αυτή την περίφημη πλέον ρήση του: «Το Μάρκετινγκ είναι τόσο βασικό που δε μπορεί να θεωρηθεί μία ξεχωριστή λειτουργία της επιχείρησης. Είναι ολόκληρη η επιχείρηση ειδωμένη από την οπτική γωνία του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή από την οπτική γωνία του πελάτη. Η επιτυχία της επιχείρησης δεν καθορίζεται από τον παραγωγό, αλλά από τον πελάτη». Με μια λέξη θεωρεί ότι το Μάρκετινγκ δεν αποβλέπει αναγκαστικά στην πώληση, αλλά ότι αυτή έρχεται ως αποτέλεσμα και φυσικό επακόλουθο.

Ωστόσο, από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έχουν γίνει άλματα στην εννοιολογική θεώρηση του κλάδου του Μάρκετινγκ, που απευθύνεται στους οργανισμούς. Σύμφωνα με τους Kotler και Fox (1995) οποιοσδήποτε οργανισμός βασίζεται στις συναλλαγές με το περιβάλλον του, εμπλέκεται σε κάποιου είδους Μάρκετινγκ.

Ο Philip Kotler παρουσιάζει το Μάρκετινγκ ως μια κοινωνική διαδικασία, με την οποία άτομα ή ομάδες εξασφαλίζουν ό,τι χρειάζονται κι επιθυμούν, μέσω της δημιουργίας και ανταλλαγής προϊόντων και αξίας (με άλλους). Στην πραγματικότητα συνδέεται άμεσα με την ευημερία, την οικονομική ανάπτυξη και την πρόοδο της κοινωνίας. Έτσι σύμφωνα με τον Kotler «Το Μάρκετινγκ είναι ο καταλύτης για την οικονομική ανάπτυξη. Χωρίς τη νοοτροπία που συνεχώς προβληματίζεται για τους καλύτερους τρόπους με τους οποίους μπορείς να δώσεις αξία στους πελάτες, δε μπορεί να υπάρξει πρόοδος. Πρόκειται για μια φιλοσοφία βελτίωσης των συνθηκών της ζωής και προσθήκη μιας δυναμικής διάστασης στην οικονομική ανάπτυξη» (Kotler and Armstrong, 1997). Αποτελεί λοιπόν αναπόσπαστο κομμάτι της διοίκησης και της φιλοσοφίας, μέσω της οποίας οι ιδρυτές αποσαφηνίζουν τις βασικές αρχές δράσης των επιχειρήσεών τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πελατών (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002)

Το Βρετανικό Ινστιτούτο Μάρκετινγκ (όπως αναφέρεται στους Κώστα και Αλεξία Τζωρτζάκη 2002) θεωρεί ότι το Μάρκετινγκ είναι η «διαδικασία της διοίκησης με τη οποία εντοπίζονται προβλέπονται και ικανοποιούνται οι ανάγκες του καταναλωτή με κάποιο κέρδος για την επιχείρηση». Η αμερικανική ένωση ορίζει το Μάρκετινγκ ως τη δραστηριότητα, τους θεσμούς και τις διαδικασίες που ακολουθούνται για τη δημιουργία, την επικοινωνία, την παράδοση, και την ανταλλαγή προσφορών που έχουν αξία για τους πελάτες, τους συνεργάτες,

και την κοινωνία γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ως «διαδικασία χειρισμού και εκτέλεσης της έννοιας, της τιμολόγησης μάνατζμεντ, της προώθησης και της διανομής ιδεών, αγαθών και υπηρεσιών ώστε να υπάρξει ανταλλαγή που να ικανοποιεί τους ατομικούς στόχους και τους στόχους του οργανισμού».

Η επιχειρηματική φιλοσοφία που κατευθύνει τη δράση των επιχειρήσεων τουλάχιστον στην αμερικανική οικονομία τα τελευταία 30 χρόνια, βασίζεται στην λεγόμενη αρχή του Μάρκετινγκ (marketing concept), για βασική αποστολή μιας επιχείρησης, που είναι η ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του πελάτη. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, η επιχείρηση αναγνωρίζει κάποια ανάγκη ή επιθυμία στην αγορά και επιδιώκει να την ικανοποιήσει αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα από τους ανταγωνιστές της. Η αρχή του Μάρκετινγκ προϋποθέτει σταθερό προσανατολισμό προς την αγορά, συντονισμό προσπαθειών, τον πελάτη στην κορυφή των προτεραιοτήτων και, φυσικά, κερδοφορία. Ταυτόχρονα, οι Adcock και συν. (2001) την περιγράφουν σύντομα ως αντιλαμβανόμενη αίσθηση για το σωστό προϊόν, στη σωστή θέση, στο σωστό χρόνο και στη σωστή τιμή. Είναι η τέχνη να δημιουργεί η επιχείρηση ικανοποιημένους πελάτες και να μπορεί να τους διατηρεί, καθώς αποτελούν στοιχείο που διασφαλίζει τη μακροπρόθεσμη επιβίωση και ανάπτυξη μιας επιχείρησης. Αυτός είναι και ο λόγος που, τα τελευταία χρόνια, κερδίζει συνεχώς έδαφος το Μάρκετινγκ των σχέσεων.

Αρκεί όμως η φιλοσοφία αυτή για τη σύγχρονη επιχείρηση; Είναι αρκετό να έχει κανείς το δάχτυλό του στο σφυγμό της αγοράς και να υπακούει τις προσταγές της; Η απάντηση, με μια λέξη, είναι όχι. Η φιλοσοφία αυτή είναι αναγκαία, αλλά όχι και ικανή για την επιτυχία μιας επιχείρησης. Η σωστή διαχείριση της εταιρίας στηρίζεται στην ανάλυση των ευκαιριών της αγοράς, την επιλογή των αγορών-στόχων, το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή στρατηγικών Μάρκετινγκ, καθώς και την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων.

2.2 Κατηγοριοποίηση του Μάρκετινγκ

Οι ερευνητές που δραστηριοποιούνται στο χώρο του Μάρκετινγκ των υπηρεσιών διακρίνουν τρεις διαφορετικούς τύπους Μάρκετινγκ (Gronroos, 1988):

a) το Εξωτερικό Μάρκετινγκ (External Marketing) που αναφέρεται στη σχέση της επιχείρησης με τους πελάτες της. Η επιχείρηση χρησιμοποιώντας τα εργαλεία της προώθησης υπόσχεται στους πελάτες την ικανοποίηση συγκεκριμένων αναγκών τους,

b) το Εσωτερικό Μάρκετινγκ (Internal Marketing) που εστιάζει στη σχέση της επιχείρησης και του εργαζομένου. Η επιχείρηση εκπαιδεύει, ενδυναμώνει, παρέχει τα μέσα και παρακινεί τους εργαζομένους της, ώστε να είναι σε θέση να ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών τους. Με το εσωτερικό Μάρκετινγκ η επιχείρηση υποστηρίζει έμμεσα τις υποσχέσεις της προς τους πελάτες της,

c) το Μάρκετινγκ Αλληλεπίδρασης (Interactive Marketing) που αφορά τη σχέση του εργαζομένου πρώτης γραμμής και του πελάτη. Λαμβάνει χώρα κατά «τις στιγμές της αλήθειας», όπου ο πελάτης έρχεται σε επαφή με τον εκπρόσωπο της επιχείρησης και αξιολογεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες, για να κρίνει το κατά πόσο τηρήθηκαν οι αρχικές υποσχέσεις της επιχείρησης (Μπουραντά, 2007).

Ο Gronroos (1982) πρότεινε το μοντέλο του κύκλου ζωής της σχέσης της επιχείρησης με τον πελάτη, το οποίο αποτελείται από τρία στάδια. Στο προκαταρκτικό στάδιο, το «Εσωτερικό στάδιο», η επιχείρηση επιδιώκει την εμφύσηση των αρχών του Εσωτερικού Μάρκετινγκ στους εργαζομένους της (Gronroos, 1978). Στο «Αρχικό στάδιο» εφαρμόζονται οι αρχές του παραδοσιακού Μάρκετινγκ με στόχο την πρόκληση ενδιαφέροντος από τους πελάτες στα προϊόντα της επιχείρησης (Gronroos, 1985). Στα στάδια της διαδικασίας αγοράς και κατανάλωσης εφαρμόζεται το Μάρκετινγκ Αλληλεπίδρασης, επιδιώκοντας αρχικά την πραγματοποίηση πωλήσεων και στη συνέχεια την πίστη των πελατών στις υπηρεσίες της επιχείρησης (Kotler et al. 2012).

Στην παρούσα εργασία, όταν θα γίνεται αναφορά στους πελάτες, εννοούνται οι εξωτερικοί πελάτες που έρχονται σε επαφή με την οποιαδήποτε επιχείρηση και έτσι η υποκατηγορία του Μάρκετινγκ που θα αναλυθεί, είναι αυτή του Εξωτερικού Μάρκετινγκ, για την ευρύτερη αντίληψη του οποίου παρουσιάζονται βασικές έννοιές του.

2.2.1 Βασικές Έννοιες του Μάρκετινγκ

Κάποιες βασικές έννοιες του marketing είναι οι εξής (Kotler et al. 2012):

Ανάγκη: Είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που δημιουργείται από την έλλειψη κάποιου αγαθού.

Επιθυμία: Σίγουρα υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορούν να ικανοποιήσουν μια ανάγκη.

Όταν όμως εμείς, ξεχωρίσουμε κάποιο συγκεκριμένο και δεν μπορούμε να το αποκτήσουμε, τότε λέμε ότι έχουμε μια επιθυμία.

Απαίτηση ή Ζήτηση: Είναι οι ανθρώπινες επιθυμίες όταν μπορούμε να τις ικανοποιήσουμε μέσω της απόκτησης.

Αγαθό: Ότι μπορεί να προσφερθεί για να ικανοποιήσει μια ανάγκη ή επιθυμία είναι αγαθό.

Προϊόν: Είναι κάθε αγαθό με υλική υπόσταση που μπορεί να προσφερθεί σε μια αγορά και να ικανοποιήσει μια ανάγκη ή μια επιθυμία.

Υπηρεσία: Κάθε άυλο προϊόν λέγεται υπηρεσία (Τούντας, 2008).

Αξία πελάτη: Είναι η αξιολόγηση του καταναλωτή για την ικανότητα του προϊόντος/υπηρεσίας να καλύψει τις ανάγκες του.

Ικανοποίηση πελάτη: Η ικανοποίηση πελάτη δηλώνει κατά πόσο ένα προϊόν ή η μια υπηρεσία ανταποκρίνονται στις προσδοκίες ενός αγοραστή.

Ανταλλαγή: Ορίζεται ως πράξη κατά την οποία κάποιος αποκτά ένα επιθυμητό αντικείμενο προσφέροντας στον πρώτο κάτι άλλο για αντάλλαγμα.

Συναλλαγή: Μπορούμε να πούμε ότι η συναλλαγή είναι το γεγονός ή αλλιώς, η συμφωνία μεταξύ δύο πλευρών για ανταλλαγή.

Αγορά: Αρχικά η αγορά εξέφραζε τον χώρο στον οποίο γίνονταν οι συναλλαγές. Εκεί δηλαδή όπου βρίσκονταν οι πωλητές και οι αγοραστές για ν' ανταλλάξουν τα αγαθά τους. Στην οικονομική επιστήμη όμως, η αγορά εκφράζει το σύνολο, όλων όσων αγοράζουν ή πρόκειται να αγοράσουν κάποιο προϊόν/υπηρεσία (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).

2.3 Μείγμα Μάρκετινγκ

Ο όρος «μείγμα Μάρκετινγκ» επινοήθηκε το 1953 από τον Neil Borden, όπως αναφέρεται στο American Marketing Association. Έπειτα, ο McCarthy ήταν αυτός που πρότεινε μία κατάταξη μάρκετινγκ με «τέσσερα P», το 1960. Το Μάρκετινγκ δηλαδή, συνίσταται σε ατομικές και οργανωσιακές δραστηριότητες, οι οποίες διευκολύνουν και επιταχύνουν ικανοποιητικές σχέσεις συναλλαγής σε ένα δυναμικό περιβάλλον μέσω της δημιουργίας, διανομής, προώθησης και τιμολόγησης αγαθών, υπηρεσιών και ιδεών (Dibb et al. 2005). Τα στοιχεία αυτά αποτελούν το λεγόμενο μείγμα του Μάρκετινγκ (marketing mix), στο οποίο ενσωματώνοντας τον όρο “ικανοποίηση”, μαζί με τον προγραμματισμό, τη στρατηγική και την εκτέλεση ενεργειών με βάση την τοποθέτηση του πελάτη στην κορυφή των προτεραιοτήτων μιας επιχείρησης, είναι δυνατό να επιφέρουν την επιτυχία αυτής. Σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες αυτές, οι καινοτόμες ιδέες, υποστηρίζεται από τον μεγάλο θεωρητικό του μάνατζμεντ Peter Drucker, ότι δρουν ενισχυτικά, αφού “μόνο το Μάρκετινγκ και η καινοτομία δίνουν έσοδα, όλα τα άλλα είναι κόστος” (Dibb et al. 2005).

Αναλυτικότερα για το Προϊόν (Product), το στέλεχος του τμήματος μάρκετινγκ πρέπει να λάβει υπόψη του τα χαρακτηριστικά του, τις ιδιότητες του, την αξία που προσφέρει στον καταναλωτή, τόσο χρηστική (δηλαδή με τη χρήση του προϊόντος) όσο και τη συναισθηματική (το στυλ, κύρος του προϊόντος όπως π.χ. ένα γρήγορο αυτοκίνητο) (Dibb et al. 2005).

Η Τιμή (Price) είναι το ύψος του ποσού που πληρώνει ο αγοραστής για να αποκτήσει το προϊόν/υπηρεσία και είναι το μόνο στοιχείο του μίγματος μάρκετινγκ που δημιουργεί έσοδα. Το προϊόν τιμολογείται βάση διαφόρων παραγόντων, όπως της ποιότητας κατασκευής του, του μεριδίου αγοράς που κατέχει η επιχείρηση, των τιμών των ανταγωνιστών, της ταυτότητας του προϊόντος και της συναισθηματικής αξίας που προσφέρει στον καταναλωτή. Επίσης οι τιμές καθορίζονται και από εκάστοτε νομοθετικές διατάξεις. Στη περίπτωση ειδικά της υγείας η τιμή ορίζεται και ως νοσήλιο, ποσό που ανταλλάσσεται, για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρθηκαν (Dibb et al. 2005).

Η Διανομή (Place) προσδιορίζει τα κανάλια διανομής μιας επιχείρησης, το μέρος δηλαδή, που μπορεί ο καταναλωτής να αγοράσει το προϊόν. Αυτό μπορεί να είναι φυσικό, όπως ένα κατάστημα λιανικής, ή εικονικό, όπως ένας ιστότοπος (ηλεκτρονικό κατάστημα). Η διανομή όμως, είναι κάτι παραπάνω από ένα σημείο πώλησης του προϊόντος. Είναι μια εικόνα για το πώς αντιλαμβάνεται το προϊόν ο καταναλωτής στη συνείδηση του, ενώ παράλληλα θα πρέπει να καλύπτει και τις ανάγκες του οργανισμού. Για τα νοσοκομεία, για παράδειγμα, μια καλή γεωγραφική επιλογή, είναι στρατηγικής σημασίας, καθώς μέσω αυτής θα προσεγγίζεται το κοινό και από εκεί θα μπορεί να στεγάζονται και να προσφέρονται επαρκώς υπηρεσίες υγείας (Weitz and Sandy, 1995. Dibb et al. 2005).

Τέλος η Προώθηση (Promotion) αντικατοπτρίζει τα επικοινωνιακά μέσα και τρόπους της επιχείρησης προς τους καταναλωτές. Αυτά είναι: α) η διαφήμιση: η επικοινωνία που καταβάλλεται κατά κύριο λόγο από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, β) η προσωπική πώληση: η επικοινωνία που ασκείται από τους πωλητές της επιχείρησης που έχουν άμεση επαφή με το καταναλωτή, γ) οι δημόσιες σχέσεις: η έμμεση επικοινωνία, όπως είναι τα δελτία τύπου, οι χορηγίες, οι εμπορικές εκθέσεις, οι εκδηλώσεις και γενικά κάθε ενέργεια που ευνοεί την από «στόμα σε στόμα» διάδοση του προϊόντος/υπηρεσίας ή του οργανισμού και δ) η προώθηση πωλήσεων: επικοινωνιακές ενέργειες που στοχεύουν στην αύξηση των πωλήσεων, όπως εκπτωτικά κουπόνια, προώθηση μέσα στο κατάστημα, δείγματα δωρεάν (Weitz and Sandy, 1995. Dibb et al. 2005).

Η ιδέα του μείγματος marketing, είναι όλα τα στοιχεία του να συνδυαστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την επιτυχή πορεία ενός προϊόντος/υπηρεσίας. «Στο μείγμα του Μάρκετινγκ, χρειάζεται μόνο ένα εργαλείο, κομμάτι του πάζλ να είναι εκτός θέσεως για να

αποτύχει η στρατηγική» (Wolper, 2010. Dibb et al. 2005. Μάλλιαρης, 1990. Τσακλαγκάνος, 2000).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ	
αρχές 20ου αιώνα-1910	Η συνολική παγκόσμια παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών της κατανάλωσης. Όλες οι προσπάθειες στρέφονται στη βελτίωση της αύξησης της συνολικής παραγωγής μέσω της αύξησης της παραγωγικότητας. Ουσιαστικά δεν υπήρχε πρόβλημα διάθεσης και έτσι οι λειτουργίες του Marketing περιοριζόταν αποκλειστικά στη διαφήμιση των προϊόντων .
1910-1930	Άρχισε να διαφαίνεται μια σταδιακή υπερπροσφορά ορισμένων αγαθών, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, η οποία υπερκάλυπτε τη ζήτηση. Η αδυναμία «εύκολης» διάθεσης των αγαθών αυτών έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη χρήσης μέτρων και μηχανισμών, που θα βοηθούσαν την τοποθέτηση των προϊόντων στην αγορά. Ακολουθεί η εφαρμογή μέτρων και μεθόδων για την προσαρμογή της παραγωγής στις απαιτήσεις της αγοράς, το συνδυασμό δράσης των επιχειρησιακών συντελεστών παραγωγής και την παραγωγή αποτελεσμάτων συνέργιας. Το γεγονός αυτό ώθησε την επιστήμη του Marketing, έδωσε ένα καινούργιο περιεχόμενο στις δραστηριότητές του και άρχισε η ενεργός συμμετοχή του στο σχεδιασμό της στρατηγικής των Επιχειρήσεων .
1930-1960	Η ανάπτυξη της τεχνολογίας μετά το 1930, είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση της παγκόσμιας παραγωγής καταναλωτικών αγαθών σε τέτοια έκταση, η οποία ξεπέρασε τη συνολική ζήτηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των Επιχειρήσεων. Η επιστήμη Μάρκετινγκ αποκτά ένα δυναμισμό και μια επέκταση των δραστηριοτήτων της. Αξιοποιούνται τα προϊόντα, επιτυγχάνεται ορθολογικότερη χρήση των κεφαλαίων και γενικά τα πέρων, αυξάνει η παραγωγή, η απασχόληση και το εισόδημα και γενικά αναπτύσσεται η συνολική Οικονομία. Σημειώνεται ότι το Marketing είναι ο μόνος τομέας στην Επιχείρηση, ο οποίος αντί να δαπανά, προσφέρει κεφάλαια και κέρδη.
1960-1970	Αναπτύσσονται ραγδαία νέες θεωρίες, οι οποίες αλλάζουν τη φιλοσοφία και τον προσανατολισμό του Marketing. Τώρα έχει ως σκοπό και αντικείμενο τον συντονισμό όλων των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων για τη μεγιστοποίηση των κερδών, η οποία επιτυγχάνεται με την καλύτερη ικανοποίηση συγκεκριμένων αναγκών των υφισταμένων και των δυνατών μελλοντικών καταναλωτών. Το 1967 εκδίδεται το κλασικό έργο του Philip Kotler «Marketing-Management», το οποίο αποτελεί ακόμη και σήμερα το βασικό εγχειρίδιο του Marketing και αποτελεί στην ουσία την ιερά βίβλο του τομέα .
1970 -1990	Παρατηρούνται ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα αυτό. Ο καταναλωτισμός παρουσίασε μια έξαρση και ο καταναλωτής πλέον δεν είναι το άβουλο εκείνο υποκείμενο, χωρίς λόγο στην αγορά των προϊόντων. Επιζητά όχι μόνο περισσότερα προϊόντα, αλλά και καλύτερη ποιότητα , τόσο των πρώτων υλών, όσο και της τυποποίησης, της συσκευασίας, της διακίνησης κ.τ.λ. Η παραγωγή προϊόντων που ικανοποιούν μία ανάγκη ή επιθυμία των καταναλωτών, δεν είναι αρκετή από μόνη της, διότι η κάλυψη μιας ανάγκης πολλές φορές έχει παρενέργειες, οι οποίες μπορεί να βλάψουν την υγεία, τη διανοητική ικανότητα ή τον ηθικό κόσμο του ανθρώπου. Ακόμη η αλόγιστη χρήση των μεθόδων του Marketing για την προσέλκυση καταναλωτών, με οποιοδήποτε τρόπο, οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις, τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία ολόκληρη. Το 1980 εκδόθηκε το κλασικό σύγγραμμα του Michael Eugene Porter (1947-....) «Competitive Strategy» (Στρατηγική ανταγωνισμού), που αναλύει τους τρόπους διαμόρφωσης ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων για τις επιχειρήσεις.
1990-σήμερα	Παρατηρείται ότι οι επιχειρήσεις πολλές φορές μεταδίδουν μη αληθή μηνύματα, τα οποία παραπλανούν τον καταναλωτή και τους οδηγούν σε λανθασμένες επιλογές. Η κοινωνία της αφθονίας και του υπερκαταναλωτισμού όπως φαίνεται, αν δεν δημιουργήσει μηχανισμούς αυτοπροστασίας, δεν μπορεί μακροχρόνια να εξασφαλίσει την ευημερία του καταναλωτή. Το γεγονός αυτό διαμόρφωσε και ωρίμασε τις συνθήκες για ένα γόνιμο διάλογο σε ζητήματα Κοινωνικής Ευθύνης των Επιχειρήσεων, της επανομαζόμενης Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης . Παρόλα αυτά ακόμη και σήμερα διαπιστώνεται ότι πολλές επιχειρήσεις, κυρίως οι μικρομεσαίες, δεν κάνουν χρήση βασικών αρχών Marketing. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ότι το 50% περίπου των νεοιδρυόμενων επιχειρήσεων να οδηγούνται μετά από τρία χρόνια σε οικονομικά αδιέξοδα και κλείσιμο. Για αυτό η κάθε επιχείρηση είναι υποχρεωμένη να προσαρμόζεται συνεχώς στις καινούριες συνθήκες που επιτάσσει η αγορά.

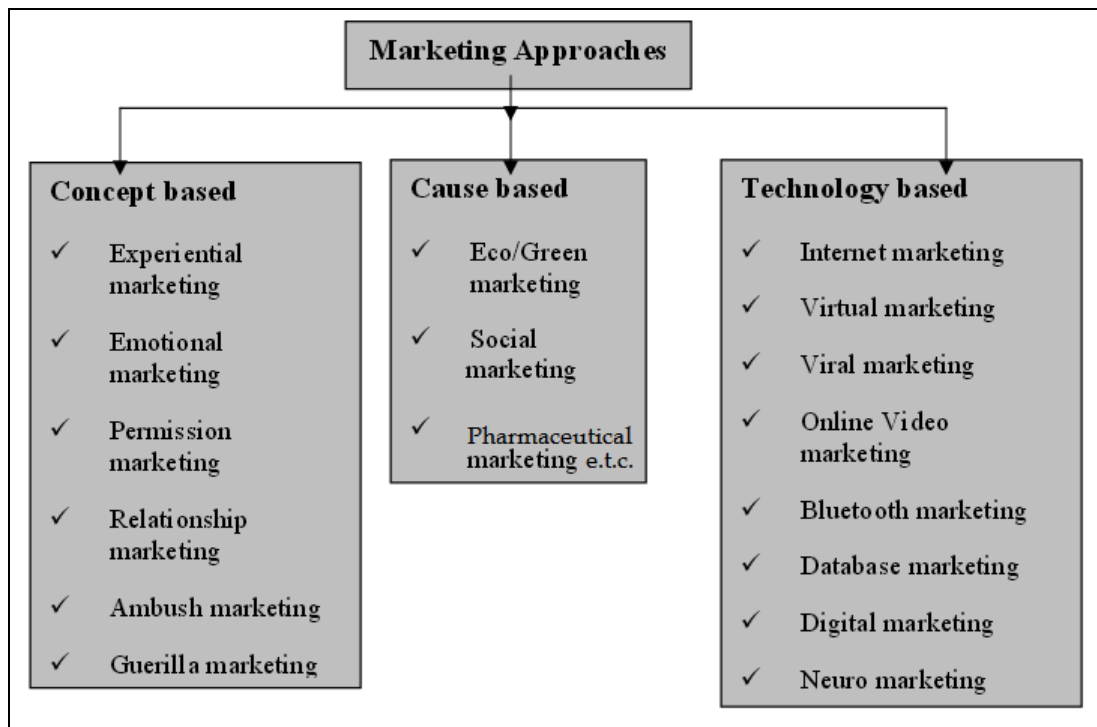
Πηγή: Δρ. Μαντζάρης Γιάννης, Καθηγητής ΤΕΙ ΣΕΡΡΩΝ, ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΑΓΑΘΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΣΕΡΡΕΣ 2011

Εικόνα 1. Ιστορική εξέλιξη μάρκετινγκ (Μαντζάρης, 2011)

Ο σκοπός εξέλιξης του Μάρκετινγκ είναι να κατασταθεί περιττή η διαδικασία της πώλησης, σαν μεμονωμένη διαδικασία του μείγματος (Εικόνα 1). Για να γίνει αυτό, χρειάζεται η διοίκηση να γνωρίζει τον καταναλωτή αρκετά καλά και να ερμηνεύει τις επιλογές του σωστά, ώστε το προϊόν/η υπηρεσία να του ταιριάζει τόσο, και να πουλιέται σχεδόν μόνο του (Kotler, and Keller, 2006. Μαντζάρης, 2011).

2.4 Σύγχρονο Μάρκετινγκ

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις μάρκετινγκ, οι οποίες θα επηρεάσουν την αγοραστική συμπεριφορά των πελατών μπορούν γενικά να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες με βάση την Έννοια, την Αιτία και την Τεχνολογία. Αυτές οι τρεις προσεγγίσεις για το νεότερο μάρκετινγκ εικονίζονται στην εικόνα 2 (Brian et al. 2012).



Εικόνα 2. Προσεγγίσεις μάρκετινγκ (Brian et al. 2012).¹

Σχετικά με την κατηγοριοποίηση βάση Έννοιας, σύμφωνα με την ενδελεχή παρουσίαση του Daukiya (2013), συναντώνται τα:

Experiential Marketing- Βιωματικό Μάρκετινγκ-Αυτή η μέθοδος επικεντρώνεται στο βιωματικό όφελος που παρέχεται από το προϊόν στον καταναλωτή του. Αποσκοπεί στην παροχή μιας ολιστικής εμπειρίας στους πελάτες, μέσω της Στρατηγικής Βιωματική Ενότητας, όπως προτείνεται από την Bernd H Schmitt (1999). Αποτελεί αισθητήρια εμπειρία (αίσθηση), συναισθηματική εμπειρία (αίσθηση), δημιουργική γνωστική εμπειρία (νομίζω), φυσική

¹ Στο σημείο του πίνακα που αναγράφεται το «e.t.c» εννοείται το μάρκετινγκ καταναλωτικών προϊόντων, βιομηχανικών προϊόντων, υπηρεσιών, εξαγωγικό και διεθνές Μάρκετινγκ, μη κερδοσκοπικών οργανισμών, Πολιτιστικό Μάρκετινγκ, Πολιτικό Μάρκετινγκ, Αθλητικό Μάρκετινγκ, Εθνικό Μάρκετινγκ, Μάρκετινγκ στις MME.

εμπειρία (πράξη) και κοινωνική αναγνώριση-εμπειρία (αφορούν) και αυτά ονομάζονται βιωματικό μείγμα.

Emotional Marketing- Συναισθηματικό Μάρκετινγκ-Τα συναισθήματα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόφαση για την αγορά των πελατών. Η επιτυχία του μάρκετινγκ δραστηριοτήτων εξαρτάται από την αντιλαμβανόμενη ψυχολογία των πελατών και των συναισθημάτων τους. Ένα προϊόν μπορεί να αιχμαλωτίσει το μυαλό και την καρδιά των πελατών, αν ενσωματωθούν σε αυτό συναισθηματικές αξίες. Η διαδικασία αυτή οδηγεί σε αυξημένη αφοσίωση των πελατών.

Permission marketing -Άδεια Εμπορίας-Αυτή η προσέγγιση μάρκετινγκ προτάθηκε αρχικά από τον Seth Godin (1999) και τονίζει την σχέση των πελατών με τη διαχείριση του κύκλου ζωής του πελάτη. Έχει ως στόχο να πωλούνται αγαθά και υπηρεσίες, μόνο όταν ο πελάτης δίνει εκ των προτέρων την συγκατάθεσή του να λαμβάνει τις σχετικές πληροφορίες μάρκετινγκ για αυτά.

Relationship marketing- Μάρκετινγκ σχέσεων-Δίνει έμφαση στην οικοδόμηση σχέσεων μεταξύ των εμπορικών σημάτων και των πελατών. Οι πελάτες έχουν ένα ευρύ φάσμα επιλογών σε προϊόντα και υπηρεσίες και η επιλογή τους βασίζεται σε αυτό που αντιλαμβάνονται για την ποιότητα, την τιμή και την εξυπηρέτηση. Έτσι, παρακινούνται περισσότερο με δώρα, με εκπτώσεις και bonus, για να οικοδομηθεί ένα δεσμός με το κατάστημα, την μάρκα ή την εταιρεία.

Ambush Marketing – Παρασιτικό Μάρκετινγκ- Αναφέρεται στην προσπάθεια μιας επιχείρησης να συνδεθεί στη συνείδηση του αγοραστικού κοινού με σημαντικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα οι Ολυμπιακοί Αγώνες. Ένας ανταγωνιστής που έχασε την ευκαιρία να πάρει την επίσημη χορηγία, μπορεί να προσφέρει ένα είδος τεχνικής προώθησης για να επωφεληθεί από τη δημοτικότητα του γεγονότος, δημιουργώντας τη λανθασμένη αντίληψη ότι ο ίδιος είναι ο χορηγός (Avlonitis and Ladias, 2004).

Guerilla Marketing- Αντάρτικο Μάρκετινγκ- Βασίζεται στην οικοδόμηση σχέσεων με τους καταναλωτές μέσω ενός εκκεντρικού στυλ της προωθητικής ενέργειας. Εφαρμόζεται συχνά χωρίς το κοινό να γνωρίζει γι' αυτό, καθώς οι καμπάνιες αυτού του είδους είναι απρόβλεπτες, μη συμβατικές, και διαδραστικές καθώς οι καταναλωτές προσεγγίζονται σε μη αναμενόμενα μέρη.

Έπειτα συναντάται η κατηγοριοποίηση βάση Τεχνολογίας. Υποκατηγορίες αυτής είναι (Daukiya, 2013):

Internet Marketing-Διαδικτυακό Μάρκετινγκ-Η έλευση του Διαδικτύου έχει οδηγήσει τους ανθρώπους να ξοδεύουν πολύ από τον χρόνο τους σε αυτό, τόσο στο χώρο εργασίας, όσο και

στο σπίτι, για την αποστολή και λήψη μηνυμάτων, την αναζήτηση πληροφοριών, την κοινωνική δικτύωση τις online αγορές. Η τάση παρέχει μια τεράστια ευκαιρία για την εμπορία των προϊόντων μέσω του Διαδικτύου.

Virtual Marketing-Εικονικό Μάρκετινγκ-Είναι η προσέγγιση μάρκετινγκ η οποία χρησιμοποιεί την έννοια του εικονικού κόσμου για σκοπούς μάρκετινγκ. Εικονικός κόσμος έχει ονομαστεί η «δεύτερη ζωή» που διαδραματίζεται στο διαδίκτυο, σε ένα ψηφιακό κόσμο. Αυτός περιλαμβάνει ένα μείγμα του Διαδικτύου και των επαφών μάρκετινγκ, συνδυάζοντας τις αρετές της τεχνολογίας και των σύγχρονων τάσεων στο Διαδίκτυο, όπως η κοινωνική δικτύωση και άλλα.

Viral marketing- Ιογενές Μάρκετινγκ-Στην ουσία είναι η διάδοση της φήμης ενός προϊόντος από στόμα σε στόμα (word of mouth), η οποία ενισχύεται από την ταχύτητα μετάδοσής της μέσω του Διαδικτύου. Η επιτυχία ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας έχει να κάνει με την δημιουργικότητα της προώθησής της. Καμπάνιες με την μορφή video clip, interactive Flash game, ηλεκτρονικά βιβλία, σήματα κατατεθέν, εικόνες ή ακόμα και απλά έξυπνα κείμενα δημιουργούν ένα αντισυμβατικό σύστημα προώθησης που βασίζεται στην φαντασία και την ενέργεια της ομάδας παραγωγής κι όχι με μεγάλο κόστος.

Online Video Marketing-Βίντεο Μάρκετινγκ-Αυτή η προσέγγιση μάρκετινγκ ενσωματώνει το βίντεο στο Μάρκετινγκ Διαδικτύου, μέσω της χρήσης αποκομμάτων βίντεο και τη διανομή βίντεο για πολλαπλές κοινές χρήσεις. Αυτό το βίντεο μπορεί να περιλαμβάνει μουσική, ειδήσεις, διαφημίσεις, ταινία ή trailers, τηλεπρογράμματα-reality shows, αθλητικά trailers, κ.λπ. Παρέχεται έτσι η δυνατότητα για online branding και για τη βελτίωση της αλληλεπίδρασης και των δημοσίων σχέσεων.

Bluetooth Marketing- Το Bluetooth είναι μια τεχνολογία που επιτρέπει την ασύρματη επικοινωνία μέσα σε ένα σύντομο χρονικό εύρος ζώνης (περίπου 100 μέτρα) με τη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών που στέλνουν και λαμβάνουν μηνύματα προς και από κινητά τηλέφωνα. Bluetooth Marketing καλείται επίσης ως «μάρκετινγκ εγγύτητας», αφού χρησιμοποιείται για να μεταφέρει διαφήμιση μέσω της τεχνολογίας αυτής, στην περιοχή επίδειξης μάρκετινγκ.

Database Marketing-Μάρκετινγκ βάσης δεδομένων- Είναι μια μορφή άμεσης εμπορικής προώθησης που χρησιμοποιεί τις βάσεις δεδομένων των πελατών, για να δημιουργήσει στοχευμένες λίστες για απευθείας εμπορικές ανακοινώσεις. Αυτές οι βάσεις δεδομένων περιλαμβάνουν ονόματα των πελατών και τα προσωπικά τους στοιχεία (τηλέφωνο, email, κ.α.), ιστορικό αγορών, αιτήματα παροχής πληροφοριών, καθώς και οποιαδήποτε άλλα στοιχεία που μπορούν να συλλέγονται νόμιμα. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να

αποκτηθούν μέσω έντυπων αιτήσεων για δωρεάν προϊόντα, αιτήσεις για χορήγηση πίστωσης, κάρτες εγγύησης του προϊόντος, καθώς και συνδρομές σε ενημερωτικά δελτία του προϊόντος. Τα οφέλη του έγκεινται στην επιλογή των κατάλληλων πελατών για την παροχή υπηρεσιών, την ενίσχυση της πελατειακής αφοσίωσης, την παροχή κινήτρων αγοράς, την εξάλειψη αρνητικών παραγόντων, τη διατήρηση των πελατών, εκλεπτυσμένη τμηματοποίηση των πελατών, διαχείρισης πελατειακών σχέσεων, κ.λπ. (Berger and Nasr, 1998. Pfeifer and Carraway, 2000).

Neuromarketing-Νευρομάρκετινγκ-Είναι η τελευταία τεχνολογική προσέγγιση του σύγχρονου μάρκετινγκ. Το νευρομάρκετινγκ είναι ένα είδος συμπεριφοράς των καταναλωτών συνοδευόμενο από την τεχνική έρευνα, η οποία χρησιμοποιεί την τεχνολογία σάρωσης του εγκεφάλου, για να διαπιστωθεί ποια ερεθίσματα του μάρκετινγκ επηρεάζουν το υποσυνείδητο. Χρησιμοποιούνται σαρωτές μαγνητικής τομογραφίας (MRI)-μέσω καταγραφής των δραστηριοτήτων του εγκεφάλου-, για να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα του προϊόντος στα κέντρα ευχαρίστησης του εγκεφάλου του (Randall, 2009. Renvoise and Morin 2005).

Στη συνέχεια, αναλύεται η κατηγοριοποίηση βάση Αιτίας (Daukiya, 2013)²:

Eco / Green Marketing-Οικολογικό Μάρκετινγκ- Ονομάζεται και πράσινο μάρκετινγκ και είναι μια προσέγγιση για την εμπορία των προϊόντων, βάση οικολογικής συνείδησης. Είναι γεγονός ότι η ευαισθητοποίηση και η ανησυχία για το περιβάλλον αυξάνεται μεταξύ των ανθρώπων. Ταυτόχρονα αυξάνεται και η ζήτηση για φιλικά προς το περιβάλλον προϊόντα, αν και οι τιμές τους είναι υψηλότερες συγκριτικά με τα ισοδύναμά τους.

Social Marketing- Κοινωνικό Μάρκετινγκ-Σύμφωνα με τον Philip Kotler, «Κοινωνικό μάρκετινγκ είναι η χρήση των αρχών και τεχνικών μάρκετινγκ για να επηρεάσουν ένα κοινό στόχο. Έτσι εθελοντικά επιχειρείται να απορρίψει, να τροποποιήσει ή να εγκαταλείψει τη συμπεριφορά των ατόμων προς όφελος των ομάδων ή της κοινωνίας στο σύνολό της". Με άλλα λόγια, το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι μια προσέγγιση που συνδυάζει το μάρκετινγκ με την κοινωνική αλλαγή, μέσω της εμπορικής κοινωνικής συμπεριφοράς, μέσω της αλλαγής της νοοτροπίας, της συμπεριφοράς και της πολιτιστικής στάσης μεταξύ των ανθρώπων.

Pharmaceutical Marketing- Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ- Είναι η επιχειρηματική δράση μέσω της διαφήμισης ή άλλου τρόπου προώθησης της πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων ή φαρμάκων (Finlayson and Mullner, 2005). Ορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων που

² Σαν υποκατηγορίες Αιτίας εμφανίζονται και το Μάρκετινγκ Τουρισμού, Αγροεφοδίων, Πολιτικό, Τηλεοπτικό και άλλα. Για λόγους δομής της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας γίνεται αναφορά μόνο στο Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ.

στοχεύουν στην επιλογή, στην κυκλοφορία, στη συνταγογράφηση και την ορθή χρήση γενικά των φαρμακευτικών προϊόντων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση. Έχει κοινωνικό χαρακτήρα (διάθεση σκευασμάτων κατάλληλα για την αντιμετώπιση ασθενειών) και τα τελευταία χρόνια για την ανάπτυξή του δαπανώνται μεγάλα χρηματικά ποσά (Smith, 1991. Rollins and Perri, 2014).

Λόγω αυτών των δύο βασικών χαρακτηριστικών του, αλλά και καθώς αφορά ειδικούς επιστήμονες, είναι ανάγκη να ερευνηθεί βαθύτερα. Η ανάγκη αυτή προβάλλει επιτακτική τα τελευταία χρόνια, αφού ο κλάδος του διανύει όχι απλά μια μεταβατική περίοδο, αλλά μια ουσιαστική κρίση.



2.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

2.5.1 Ορισμός, Γενικές Αρχές

Οι γενικές αρχές του Marketing παίρνουν πιο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην περίπτωση του φαρμάκου, γιατί αυτό δεν είναι ένα προϊόν, όπως όλα τα άλλα, ώστε να ανταποκριθεί απλώς σε μια επιθυμία ή ανάγκη. Στην περίπτωση του φαρμακευτικού προϊόντος προστίθεται και ο παράγοντας της υγείας, που σχετίζεται με την αντιμετώπιση σοβαρών αναγκών, την ασφάλεια και τη σωστή χρήση (Dickon and Kuzman, 2011).

Το Φαρμακευτικό Marketing (Rollins and Perri, 2014) διαμορφώνεται και ασκείται αποκλειστικά από τις Φαρμακευτικές Εταιρίες και απευθύνεται στον Ιατρικό κόσμο, και στους Επιστήμονες που από το νόμο εξουσιοδοτούνται να συνταγογραφούν ή να χορηγούν τα

φαρμακευτικά προϊόντα και στους πελάτες των προϊόντων αυτών. Ικανοποιεί τις πραγματικές ανάγκες για αξιόπιστη και καλά τεκμηριωμένη επιστημονική ενημέρωση, παρέχοντας ακριβείς γνώσεις που αποσκοπούν στις πωλήσεις των φαρμακευτικών προϊόντων (προερχόμενων από τα ερευνητικά εργαστήρια της ίδιας ή άλλης συνεργαζόμενης Εταιρίας).

Ασκείται κατά κύριο λόγο μέσω της ανθρώπινης επικοινωνίας και επαφής. Όσοι είναι εξουσιοδοτημένοι να συνταγογραφούν, χορηγούν φάρμακα και αποκτούν πρόσθετες γνώσεις από τους Ιατρικούς Επισκέπτες (άτομα ειδικών προσόντων με επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων). Επικουρικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα επικοινωνίας που εξαρτώνται από την εφευρετικότητα της κάθε Φαρμακευτικής Εταιρίας, με την προϋπόθεση πως δεν αντιστρατεύονται τους κανόνες δεοντολογίας του Φαρμακευτικού Marketing και τις σχετικές κείμενες διατάξεις.

Οι πωλήσεις που επιτυγχάνει το Φαρμακευτικό Marketing είναι έμμεσες, προς τρίτους, χωρίς τη μεσολάβησή τους στην επιλογή, αλλά μετά από συνταγογράφιση ή/και χορήγηση των φαρμακευτικών προϊόντων από τους εξουσιοδοτημένους προς τούτο Επιστήμονες. Για την επίτευξη των εν λόγω πωλήσεων, το Φαρμακευτικό Marketing δεν μετέρχεται μεθόδων δημιουργίας αναγκών, αλλά σε ένα ιδανικό περιβάλλον, απευθύνεται αποκλειστικά και μόνον στην ικανοποίηση πραγματικών και ουσιαστικών αναγκών που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπου. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, το Φαρμακευτικό Marketing απευθύνεται στο κίνητρο της επιστημονικής έρευνας και αναζήτησης που διακρίνει τον Ιατρικό κόσμο και τους άλλους Επιστήμονες που συμμετέχουν στη διακίνηση Φαρμακευτικών Προϊόντων, αξιοποιώντας την τεκμηριωμένη επιστημονική πληροφόρηση γύρω από αυτά (Rollins and Perri, 2014).

2.5.2 Ανθρώπινο Δυναμικό

Οι αυξημένες απαιτήσεις του Φαρμακευτικού Marketing ως προς την ακρίβεια και αξιοπιστία της διακίνησης επιστημονικών στοιχείων και πληροφοριών, επιβάλλουν την ανάγκη υιοθέτησης αντίστοιχων απαιτήσεων από το ανθρώπινο δυναμικό που το ασκεί. Το προσωπικό που σχεδιάζει και εφαρμόζει το Φαρμακευτικό Marketing χρειάζεται να διαθέτει επιστημονική κατάρτιση στον τομέα των ιατροφαρμακευτικών επιστημών, γεγονός που θεωρείται αυτονόητο στη περίπτωση επιστημόνων συναφών κλάδων. Πρέπει όμως πέραν των τυπικών προσόντων που συχνά ορίζονται και από τις σχετικές διατάξεις, να διαθέτει επαγγελματική επιδεξιότητα και να διακρίνεται από υπευθυνότητα και προσήλωση σε ηθικές αξίες (ΕΕΦΑΜ, 2014).

Ο Ιατρικός Επισκέπτης, ειδικότερα, σε ιδανικές συνθήκες, αποτελεί μία αξιόπιστη, πλούσια και αντικειμενική πηγή πληροφόρησης προς όσους ο νόμος παρέχει το δικαίωμα της συνταγογράφησης ή/και χορήγησης Φαρμακευτικών Προϊόντων. Εκτός από τη γνώση που του εξασφαλίζει η επιστημονική του κατάρτιση, ο Ιατρικός Επισκέπτης καλείται διαρκώς να μεριμνά για την επιμόρφωσή του, ιδιαίτερα γύρω από το πεδίο της επαγγελματικής του ενασχόλησης, κάτι που αποτελεί και πάγια υποχρέωση της Φαρμακευτική Εταιρίας για την οποία εργάζεται.

Η επικοινωνία μεταξύ Ιατρικών Επισκεπτών και Επιστημόνων που συνταγογραφούν ή/και χορηγούν φαρμακευτικά προϊόντα, επιβάλλεται να περιορίζεται στα πλαίσια που υπαγορεύουν κοινά αποδεκτές ηθικές αρχές, καθώς και η ανάγκη προστασίας Δημόσιας Υγείας. Η μεταφορά των επιστημονικών πληροφοριών από τον Ιατρικό Επισκέπτη προς τους πιο πάνω αναφερόμενους επιστήμονες, χρειάζεται να γίνεται με ακρίβεια και υπευθυνότητα, χωρίς στοιχεία υπερβολής και διαστρέβλωσης και με επιχειρήματα που αυστηρά βασίζονται σε βιβλιογραφικά δεδομένα. Κατά την εργασία του ο Ιατρικός Επισκέπτης καλείται, αυστηρά, να αποφεύγει υπαινιγμούς και δυσφημιστικές εκφράσεις εις βάρος άλλων εταιριών, επιστημόνων, κρατικών λειτουργών, φορέων κλπ.

Οι απασχολούμενοι σε επιτελικές θέσεις του Φαρμακευτικού Marketing (Υπεύθυνοι προϊόντων, Διευθυντές Marketing κλπ.) είναι ανάγκη να διαθέτουν ή να αποκτούν ειδικές γνώσεις για να σχεδιάζουν τις δραστηριότητες της Φαρμακευτικής Εταιρίας σύμφωνα με τις αρχές του κώδικα δεοντολογίας και των σχετικών διατάξεων (ΕΕΦΑΜ, 2014).

2.5.3 Πληροφορίες και Τεκμηρίωση

Οι πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα που δίδονται με οποιοδήποτε τρόπο (γραφτό, προφορικό, οπτικοακουστικό) είναι απαραίτητο να είναι αληθείς, ακριβείς, αντικειμενικές και να παρουσιάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μη περιέχουν διαστρεβλώσεις, παραλείψεις ή τον κίνδυνο παρανοήσεως (ΕΕΦΑΜ, 2014).

Όσες περιλαμβάνονται στο υλικό προώθησης επιβάλλεται να βασίζονται σε δημοσιευμένα επιστημονικά στοιχεία που δεν επιδέχονται διαφορετικές ερμηνείες. Δεν επιτρέπεται να αποκρύπτονται στοιχεία, ιδιαίτερα τα αναφερόμενα στις ιδιότητες, ενδείξεις, προφυλάξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις, ούτε η παρουσίαση αυτών των στοιχείων να επιδέχεται παραπλανητικές ερμηνείες ή υποθέσεις. Οι πληροφορίες που δίδονται καλό είναι να μην περιέχουν παραλείψεις, λάθη "εκ παραδρομής", απόκρυψη ή

παραπλάνηση των πηγών αναφοράς, αλλά σε κάθε περίπτωση να δίδονται σαφείς αναφορές για το που μπορούν να βρεθούν, καθώς επίσης και να χορηγούνται, αν ζητηθούν.

Επιπλέον, οι λέξεις "ασφαλές", "ακίνδυνο", "δεν έχει παρενέργειες", και λοιπές ανάλογες εκφράσεις δεν νοείται να χρησιμοποιούνται, είτε για το προϊόν είτε συγκριτικά με ανταγωνιστικά προϊόντα, χωρίς τις κατάλληλες διευκρινήσεις και αναφορές στη σχετική βιβλιογραφία. Είναι πρόπον να μη χρησιμοποιούνται απομονωμένες φράσεις σχόλια από κείμενα ευνοϊκά για το προωθούμενο προϊόν ή αντίστοιχα αρνητικά για τον ανταγωνισμό, που όμως δεν συμπίπτουν με τα συμπεράσματα του πλήρους κειμένου από το οποίο προέρχονται οι απομονωμένες φράσεις ή τα αποσπασματικά σχόλια. Επίσης, οποιαδήποτε παρέμβαση στα κείμενα αναφοράς καλό είναι να αποφεύγεται, με οποιοδήποτε πρόσχημα. Το υλικό προώθησης σκόπιμο είναι να μη προκαλεί αρνητικά τον αποδέκτη και να μη συγκαλύπτει την πραγματική φύση του προϊόντος. Τέλος οι πληροφορίες που παρέχονται στο έντυπο υλικό προώθησης χρειάζεται να είναι "ισοσταθμισμένες" και να αποφεύγονται κραυγαλέες και ακραίες εκφράσεις που υποβαθμίζουν την ποιότητα του προωθούμενου προϊόντος και γενικότερα την εγκυρότητα της υπεύθυνης ενημέρωσης (ΕΕΦΑΜ, 2014).

2.5.4 Άλλα Μέσα και Δραστηριότητες

Κάθε άλλη δραστηριότητα ή μέσα προώθησης αποτελούν μοχλό υπενθύμισης ή περαιτέρω διερεύνησης/τεκμηρίωσης της θεραπευτικής αξίας ενός φαρμάκου (με δεδομένη προϋπόθεση την ακριβή "ισορροπημένη" και τεκμηριωμένη πληροφόρηση) και δεν πρέπει να λειτουργεί ως κίνητρο αναγραφής και διάδοσης φαρμάκων (ΕΕΦΑΜ, 2014).

2.5.5 Αντιμετώπιση παραβάσεων του κώδικα δεοντολογίας

Κάθε παράβαση του κώδικα δεοντολογίας καταγγέλλεται γραπτώς και ενυπογράφως προς το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Φ.Α.Μ., το οποίο επίσης έχει το δικαίωμα να παραπέμψει παράβαση του Κώδικα, οι οποίες υποπίπτουν στην αντίληψή του. Η κάθε καταγγελία αξιολογείται ως προς την αξιοπιστία και την τεκμηρίωσή της και ανάλογα με τη σοβαρότητά της το Διοικητικό Συμβούλιο παρατηρεί, επιπλήττει, διαγράφει προσωρινώς ή και διαπαντός το μέλος που υποκύπτει σε παράβαση, κοινοποιώντας ταυτόχρονα τις

αποφάσεις τους προς όλα τα μέλη της Εταιρίας. Όλες οι παραπάνω αποφάσεις λαμβάνονται ως ορίζει το άρθρο 12 παραγρ.6 του καταστατικού της Ε.Ε.ΦΑ.Μ.³

2.5.6 Μίγμα Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ

Το μίγμα μάρκετινγκ αποτελείται από ένα σύνολο αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν έτσι, ώστε η στρατηγική φαρμακευτικού μάρκετινγκ και κατά συνέπεια και η στρατηγική τοποθέτησης του προϊόντος να μπορούν να εφαρμοστούν, και οι στόχοι να επιτευχθούν. Στο βασικό μίγμα φαρμακευτικού marketing, τα 4P (Product, Price, Place, Promotion) εμφανίζονται με τις παρακάτω ερμηνείες:

Product (Προϊόν): όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και επιθυμίες των τελικών καταναλωτών/χρηστών. Αφορούν χαρακτηριστικά όπως η επωνυμία προϊόντος-εμπορικό σήμα-Brand Name, η αποτελεσματικότητα του σκευάσματος, χαρακτηριστικά προϊόντος, τη συσκευασία, το μέγεθος, το χρώμα, την γεύση και την οσμή.

Price (Τιμή): Οι τιμές τους πρέπει να είναι ανταγωνιστικές για να διευκολύνουν την είσοδό τους στις λίστες φαρμάκων ή τις προμήθειες των νοσοκομείων και για να είναι διατεθειμένοι να την πληρώσουν οι ασθενείς, όταν δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων δεν έχει το χαρακτήρα ελαστικότητας, αφού συνήθως προκύπτει νομοθετικά. Ο καθορισμός της τιμής των φαρμάκων εξαρτάται από: την επιχειρηματική στρατηγική της επιχείρησης, την κυβερνητική πολιτική στον τομέα της υγείας, την πολιτική αποζημιώσεων των ασφαλιστικών ταμείων, το κανονιστικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής ένωσης.

Οι αποφάσεις τιμολόγησης μιας εταιρείας επηρεάζονται τόσο από εσωτερικούς παράγοντες όσο και από παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος: στόχοι της εταιρίας, τη φύση της επιχείρησης, το κόστος παραγωγής, τον ανταγωνισμό, τις προτιμήσεις των αγοραστών, τα τοπικά έθιμα και παραδόσεις, τη διεθνή κατάσταση, τις οικονομικές διακυμάνσεις, τις διάφορες κυβερνητικές αποφάσεις, τη διαθεσιμότητα υποκατάστατων αγαθών, τους μεσάζοντες.

Ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν την τιμολόγηση των φαρμάκων αφορούν:

1.την έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή στην αγορά φαρμάκου όπως επηρεάζει τη ζήτηση του φαρμάκου, επηρεάζει και την προσφορά του.

³ http://www.eefam.gr/assets/files/books/KatatstatikoAnatheorisi11022014_Final.pdf

- 2.το ότι ο ασθενής-καταναλωτής δεν μπορεί να δράσει αυτόνομα αφού η ζήτηση είναι τριχοτομημένη δηλαδή, ο ιατρός χορηγεί την ιατρική συνταγή με το φάρμακο, ο ασθενής το καταναλώνει και ο ασφαλιστικός οργανισμός το αποζημιώνει.
- 3.την απουσία κρατικής παρέμβασης στη διαμόρφωση των τιμών αφού οι τιμές των φαρμάκων και η ποσότητα/μονάδα χρόνου που θα αποζημιωθεί από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελέγχονται από το κράτος με ρυθμιστικούς μηχανισμούς.
- 4.την τεχνολογία της υγείας που εξελίσσεται συνεχώς με αποτέλεσμα την συνεχή αντικατάσταση των παλαιών φαρμάκων από νέα, υψηλότερης τεχνολογίας και πιο ακριβά.

Για τον καθορισμό της τιμής είναι απαραίτητο το φάρμακο να έχει λάβει τιμή και άδεια κυκλοφορίας σε τρία τουλάχιστον κράτη της Ε.Ε. Οι τιμές των φαρμάκων αναφοράς που βρίσκονται υπό καθεστώς προστασίας των δεδομένων τους, σύμφωνα με τη φαρμακευτική νομοθεσία, προκύπτουν από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών των φαρμάκων στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Τα γενόσημα προϊόντα δεν δύνανται να λάβουν τιμή μεγαλύτερη του 80% της τιμής που λαμβάνουν τα προϊόντα αναφοράς μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας των.

Place (Διανομή): Η διαδικασία διανομής πρέπει να εξασφαλίζει την επάρκεια της αγοράς σε φάρμακα ώστε κάθε πολίτης να μπορεί να προμηθευτεί: τα φάρμακα που χρειάζεται, στον χρόνο που χρειάζεται, από σημεία πώλησης που είναι εύκολα προσβάσιμα. Χρειάζεται όλο και περισσότεροι γιατροί να συνταγογραφούν τα σκευάσματα, σε σημεία διάθεσης εύκολα προσπελάσιμα για τους χρήστες τους. Σε αυτό το κομμάτι υπάρχει σχετική ανελαστικότητα στον φαρμακευτικό κλάδο λόγω του ρυθμιστικού πλαισίου συνταγογράφησης και διάθεσης των προϊόντων σε εξειδικευμένα σημεία- νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία. Η διανομή των φαρμάκων, εξάλλου ελέγχεται από κρατικούς φορείς όπως ο ΕΟΦ και το Υπουργείο Υγείας.

Οι Μέθοδοι Διανομής είναι οι εξής:

Άμεση διανομή: η εταιρεία διαθέτει τα προϊόντα της απευθείας στους καταναλωτές ή χρήστες χωρίς τη μεσολάβηση τρίτων. Οι διανομείς και οι αντιπρόσωποι πραγματοποιούν εμπορικές συναλλαγές για λογαριασμό τρίτων έναντι προμήθειας, ενώ οι χονδρέμποροι αγοράζουν τα προϊόντα και στη συνέχεια τα μεταπωλούν σε άλλους εμπόρους ή στους τελικούς αγοραστές.

Έμμεση διανομή: εταιρεία διαθέτει τα προϊόντα της μέσω τρίτων δηλαδή μέσω αντιπροσώπων, διανομέων ή χονδρεμπόρων. Οι λειτουργίες της διανομής μπορούν να εκτελεσθούν από ένα τμήμα της βιομηχανίας, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις

αναλαμβάνονται από εξειδικευμένες επιχειρήσεις, οι οποίες ονομάζονται Φορείς Εμπορίας και Διακίνησης Προϊόντων –εταιρίες logistics. Για τις φαρμακευτικές εταιρίες οι διανομείς είναι συνήθως εταιρίες logistics που πραγματοποιούν εμπορικές συναλλαγές για λογαριασμό τρίτων έναντι προμήθειας, αμείβονται δηλαδή από τις φαρμακευτικές εταιρίες-περίπου 350 φαρμακευτικές- για τις υπηρεσίες που προσφέρουν χωρίς όμως να υπάρχει μεταπώληση ή αγοροπωλησία. Οι χονδρέμποροι αγοράζουν τα προϊόντα και στη συνέχεια τα μεταπωλούν σε άλλους εμπόρους ή στους τελικούς αγοραστές. Χονδρέμποροι είναι οι φαρμακαποθήκες ή οι συνεταιρισμοί-υπάρχουν περίπου 69 φαρμακαποθήκες και συνεταιρισμοί. Οι λιανέμποροι είναι οι φαρμακοποιοί –υπάρχουν περίπου 1200 φαρμακεία.

Φυσική Διανομή: περιλαμβάνει τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη διαχείριση παραγγελιών, τη διαχείριση αποθεμάτων, την αποθήκευση προϊόντων, τη μεταφορά στα σημεία πώλησης.

Οι στρατηγικές διανομής αφορούν την:

- **Αποκλειστική:** τα προϊόντα τοποθετούνται σε μικρό αριθμό σημείων πώλησης σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές. Η επιλογή τους γίνεται με αυστηρά κριτήρια. Η στρατηγική αυτή εφαρμόζεται στην πώληση ακριβών προϊόντων π.χ. Ιατρικά μηχανήματα.
- **Επιλεκτική διάθεση προϊόντων σε επιλεγμένα σημεία πώλησης** που διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή. Η επιχείρηση επιθυμεί να ελέγχει το προϊόν της, την τιμή του, τις συνθήκες και τους όρους πώλησης του. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως στα προϊόντα επιλογής (από τον καταναλωτή). Επαρκής κάλυψη με καλό έλεγχο της διανομής των προϊόντων τους, τα οποία δε βρίσκονται πάρα πολλά χρόνια στην αγορά πχ θεραπευτικά υποδήματα.
- **Εντατική τοποθέτηση προϊόντων σε όσο το δυνατόν περισσότερα σημεία πώλησης** επιδιώκοντας πλήρη κάλυψη της αγοράς π.χ. Αντιπυρετικά, συμπληρώματα διατροφής. Αυτοί λοιπόν που αποφασίζουν για τη διανομή χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη τους πως θα καλυφθεί η αγορά και ποιο θα είναι το περιθώριο κέρδους για κάθε κανάλι διανομής.

Promotion (Προώθηση): Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη προώθηση των φαρμάκων στους γιατρούς είναι: επιστημονικά περιοδικά, διαφημιστικά φυλλάδια, διαδίκτυο, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Μέχρι πριν κάποια χρόνια τα επιστημονικά συνέδρια και οι ημερίδες ήταν σημείο αναφοράς για ενημέρωση και προώθηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στην νεότερη εποχή όμως το ρόλο αυτό καταλαμβάνει το διαδίκτυο, μέσω του e-detailing: η μορφή της ιατρικής ενημέρωσης και ταυτόχρονα προώθησης, η οποία πραγματοποιείται μέσω του διαδικτύου ή με τη βοήθεια άλλων σύγχρονων ψηφιακών μέσων

(πχ DVD, ψηφιακές αφίσες κ.α) (Γιαρενίου, 2012). Ανεξάρτητα όμως από τα μέσα προώθησης, είναι γνωστό ότι κατά την μεταβίβαση του μηνύματος του φαρμακευτικού προϊόντος, χρησιμοποιείται το μοντέλο «AIDA» -Attention =Προσοχή, Interest=Ενδιαφέρον, Desire=Επιθυμία, Action=Δράση (Τομάρας, 2009). Έτσι αποτυπώνεται το προϊόν στον καταναλωτή και παρακινείται για την απόκτησή του ή αποθαρρύνεται.

Γενικότερα, στη φαρμακευτική αγορά χρησιμοποιείται όλο το φάσμα μίγματος του γενικού marketing, ανάλογα στο προϊόν και το περιβάλλον, ακολουθώντας όμως τους αυστηρούς κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που επιβάλλονται. Σε αυτό το φάσμα, στο σύγχρονο κόσμο του φαρμακευτικού μάρκετινγκ προστίθενται τέσσερα νέα P (Predictive Modeling, Personalization, Peer-to-Peer, Participation) του που αντιστοιχούν στα:

Predictive Modeling (Μοντέλο πρόβλεψης): με αυτή τη στατιστική μέθοδο γίνεται προσπάθεια πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς των πελατών. Αυτή η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς, δίνει στους marketers την εικόνα που πρέπει να ξέρουν πότε, πώς και με ποιο μήνυμα «παρακινείται» ο ασθενής, σε αντιστοιχία με τον κύκλο θεραπείας του. Για παράδειγμα, είναι κατανοητό ότι οι πάσχοντες από ακμή γενικά ακολουθούν ένα ιδιαίτερα προβλέψιμο πρωτόκολλο θεραπείας: αυτο-θεραπεία, μη συνταγογραφούμενες κρέμες, συνταγή για συνταγογραφούμενα χάπια ή σκευάσματα. Η προγνωστική μοντελοποίηση επιτρέπει τους εμπόρους να μεγιστοποιήσουν την αξία των ασθενών μέσω της κατανόησης: ο πάσχων ακμής έχει συγκεκριμένο χρόνο ίασης (από 1 μήνα έως και χρόνια) άρα θα προσπαθήσει να επιταχύνει το χρόνο δράσης της συνταγής. Για τις φαρμακευτικές εταιρείες, το αποτέλεσμα είναι ένας συμπίεσμένος κύκλος πωλήσεων σχετικά με τους πάσχοντες ακμής. Το αποτέλεσμα είναι η άντληση σχετικών πληροφοριών ανά στάδιο θεραπείας.

Η επωνυμία των σκευασμάτων της θεραπείας αποτελεί άλλη μια ειδικότητα της φαρμακευτικής εταιρείας (που χρησιμοποιεί την προγνωστική μοντελοποίηση) και αφορά την ενεργοποίηση της επικοινωνίας που βασίζεται στο συνδυασμό της συμπεριφοράς ασθενούς και των συμπεριφορικών δεδομένων. Προκύπτει έτσι το δημογραφικό προφίλ του πάσχοντος, το κανάλι της αγοράς που κινήθηκε, η συμπεριφορά που εκφράστηκε και το χρονικό του κύκλου θεραπείας του.

Personalization (Εξατομίκευση): Το σύγχρονο φαρμακευτικό marketing πέρασε από τον προσανατολισμό στο προϊόν, σε αυτόν του πελάτη. Ως πελάτης νοείται βέβαια κυρίως ο ασθενής που είναι και ο τελικός καταναλωτής του προϊόντος, αλλά και όσοι τον οδηγούν στην επιλογή αυτού, που σημαίνει κυρίως οι γιατροί αλλά και οι πληρωτές (ασφαλιστικά

ταμεία, κρατικά ιδρύματα, ασφαλιστικές εταιρίες), οι φαρμακοποιοί, όσοι σχετίζονται με την επιλογή όπως διοικητικοί φορείς, νοσηλευτικό προσωπικό και όλοι οι έστω έμμεσα εμπλεκόμενοι στη διαδικασία προώθησής του. Παραδοσιακά οι φαρμακευτικές εταιρείες αντιμετωπίζουν τους γιατρούς ως πελάτες τους, εφόσον αυτοί είναι που κυρίως αποφασίζουν για το προϊόν που θα επιλεγεί ως θεραπεία για τον κάθε ασθενή. Τώρα στρέφονται και στο άμεσο καταναλωτικό κοινό των φαρμάκων, δηλαδή τους ασθενείς. Εξατομικευμένη επικοινωνία μάρκετινγκ χρησιμοποιεί συγκεκριμένες εικόνες και μηνύματα για την αύξηση της συνάφειας. Με την τεχνική αυτή, μια φαρμακευτική εταιρεία μπορεί να παρέχει ζωτικής σημασίας πληροφορίες για κάθε ασθενή με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη φάση της θεραπείας, χρησιμοποιώντας την πιο κατάλληλη γλώσσα και λεξιλόγιο. Επίσης, την εξατομίκευση διευκολύνει ο διάλογος ασθενή-επαγγελματιών, με το γιατρό να λύνει προσωπικές απορίες των ασθενών και να προσαρμόζεται στις ανάγκες τους, αφήνοντάς τους πιο ικανοποιημένους. Βοηθά ακόμη τις εταιρείες στη φάση της έρευνας, ώστε να δημιουργήσουν προϊόντα που θα καλύπτουν εξατομικευμένες ανάγκες.⁴ Είναι εύκολο για τα στελέχη φαρμακευτικού μάρκετινγκ να αγοράσουν την εξατομικευμένη ανάλυση: ενεργές ιδέες που βασίζονται σε δοκιμασμένη τεχνολογία.

Peer-to-Peer (Δίκτυο με Δίκτυο): ο διάλογος δίκτυο με δίκτυο μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στους γιατρούς και τους επαγγελματίες στην υγεία, δημιουργώντας έτσι προϋποθέσεις, ώστε να κατανοηθεί μια θεραπεία και να εκπαιδευτούν οι γιατροί καλύτερα σε αυτήν. Από την πλευρά των καταναλωτών, η φαρμακευτική εταιρεία παρακολουθεί την γνώμη τους σε ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης, για να κρατά στα χέρια της για τον παλμό της αγοράς. Επιδιώκει απαντήσεις σχετικές με τα: Ποιοί είναι οι καταναλωτές και τι λένε για τις μάρκες τους; Σε ποιο πλαίσιο τοποθετείται ένα εμπορικό σήμα που αναλύεται; Υπάρχουν επαναλαμβανόμενα θέματα ή μύθοι που πρέπει να διευθετηθούν; Η εταιρεία αξιοποιεί τις διασυνδέσεις της με έναν μεγάλο αριθμό ειδικών ως διαμορφωτές άποψης (Key Opinion

⁴ Παράδειγμα της εξατομίκευσης: σε μια θεραπεία ακμής χορηγείται συγκεκριμένη επώνυμη κρέμα και περιλαμβάνει τις εξατομικευμένες διαδικτυακές εμπειρίες με βάση την κατηγορία: γονείς, έφηβος ή ενήλικας πάσχοντα, το φύλο, το κανάλι απόκτησης, και την προηγούμενη θεραπεία. Ένα πρόγραμμα e-CRM που απευθύνεται σε εφήβους και τους γονείς τους ξεκινά τον κύκλο του. Μετά την εγγραφή στην ιστοσελίδα, μπορούν να υπογράψουν επάνω για ένα συνεχόμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης κατά της ακμής. Επειδή οι επισκέπτες αυτοπροσδιορίζονται σε ένα τμήμα, τόσο η συνεχής επικοινωνία όσο και μια ιστοσελίδα, με πλούσιο περιεχόμενο δίνει την ευκαιρία για συχνές συζητήσεις, ανάλογες ερωτήσεις, «οδηγούς επιβίωσης», περιγραφή γεγονότων και συμβουλές θεραπείας. Το θέμα είναι να μοιραστούν οι ασθενείς τις πληροφορίες με τρόπο που να είναι σημαντικές για το άτομο. Δίνοντας συγκεκριμένες πληροφορίες οι έφηβοι και απαντώντας για την δική τους εμπειρία και κατά την δική τους κρίση, ανακουφίζουν μερικούς άλλους ασθενείς, από την ταλαιπωρία αντιμετώπισης αυτού του ευαίσθητου θέματος με τους γονείς και τους ιατρούς τους.

Leaders)⁵, ώστε να αξιοποιήσει τις απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα, αλλά και σε όσα μηνύματα λαμβάνει πιο αποτελεσματικά (Moynihan, 2008). Μια πολύ επιτυχημένη τακτική είναι ένα ηλεκτρονικό περιοδικό-e-magazine, στο οποίο ο ειδικός παρουσιάζει το προφίλ του προϊόντος και τα κλινικά δεδομένα αυτού. Ενώ τα προγράμματα αυτά είναι δύσκολο να μετρηθούν, η εταιρεία έχει την πεποίθηση ότι η παρακολούθηση του ασθενή είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος συλλογής πληροφοριών από τους καταναλωτές και τους ειδικούς, για να συνεχίζει να προσθέτει αξία στο εμπορικό της σήμα.

Participation (Συμμετοχή): λόγω της ιδιαιτερότητας του φαρμάκου, οι ασθενείς δε θέλουν να συμμετέχουν στην παροχή πληροφοριών για την ασθένειά τους. Συνήθως περιορίζεται στη δικτύωση και την επικοινωνία με τις ομάδες υποστήριξης για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας ή στο διαδίκτυο- μέσω των διαδικτυακών forum, chats, και διαδικτυακές κοινότητες. Για το λόγο αυτό, η Συμμετοχή είναι μακράν το πιο δύσκολο από τα νέα ελαστικά P για τη φαρμακευτική εταιρεία και επικεντρώνεται στην πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση για τη νόσο και όχι για το εμπορικό σήμα (Gardner, 2009).

Προφανώς τα παραδοσιακά τέσσερα P συνεχίζουν να είναι πολύ σημαντικά. Ωστόσο, οι φαρμακευτικοί marketers αντιλαμβάνονται τις δυνατότητες που προσφέρουν τα νέα «P», καθώς δεν είναι μόνο αποτελεσματικά, αλλά και γρήγορα αναπτυσσόμενα, φθηνά κατά την εφαρμογή τους και προσφέρουν σχεδόν άμεσα αποτελέσματα. Είναι μια σημαντική εξέλιξη για τη φαρμακευτική αγορά αφού οι πληροφορίες αλλάζουν πραγματικά το "παιχνίδι". Η προθυμία να «παιξει» κανείς με τους νέους κανόνες, είναι αυτό που θα ωθήσει προοδευτικά τις φαρμακευτικές εταιρείες στο επόμενο επίπεδο της επιτυχίας (Gardner, 2009).

Επιπρόσθετα, στο διευρυμένο μείγμα φαρμακευτικού marketing συμπεριλαμβάνονται και άλλα 3P (People, Processes, Physical evidence):

People (άνθρωποι): Είναι το ανθρώπινο δυναμικό μια φαρμακευτικής εταιρείας, που θα έρθει σε επαφή με τον πελάτη. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι εκπρόσωποι ιατρικής ενημέρωσης που αποτελούν τον βασικό κρίκο επικοινωνίας με τους λειτουργούς υγείας.

Processes (Διαδικασίες): Η πολυπλοκότητα και η διάρκεια τους αποτελούν σημαντικό παράγοντα. Για παράδειγμα, η ταχύτητα και ορθή εκτέλεση των παραγγελιών μιας νοσοκομειακής μονάδας, η διαδικασία έγκρισης ενός φαρμάκου σε μια χώρα, η οργάνωση

⁵ Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει τους γιατρούς που βοηθούν φαρμακευτικές εταιρείες να προωθούν τα φαρμακευτικά σκευάσματά τους. Αυτοί οι γιατροί μισθώνονται από την βιομηχανία για την παροχή συμβουλών σχετικά με την εμπορία και αύξηση των πωλήσεων νέων φαρμάκων. Σε όλες τις ειδικότητες, σε νοσοκομεία και πανεπιστήμια, πολλοί κορυφαίοι ειδικοί πληρώνονται με γενναϊόδωρες αμοιβές για λογαριασμό των μεγαλύτερων φαρμακευτικών εταιρειών του κόσμου.

εκπαιδευτικών ή προωθητικών ενεργειών ακολουθώντας τους κανόνες δεοντολογίας είναι διαδικασίες που αφορούν το μάρκετινγκ.

Physical evidence (το περιβάλλον που προσφέρονται οι υπηρεσίες): για παράδειγμα το ξενοδοχείο που πραγματοποιείται ένα επιστημονικό συνέδριο ενημέρωσης των γιατρών/φαρμακοποιών, αλλά και το εικονικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών, όπως μια ιστοσελίδα (Καζάκης, 2011).

Όπως παρατηρείται, συνεχώς στα υπάρχοντα «P» προστίθενται νέα. Η πρόταση του P. Kotler, συγκεκριμένα, που φαίνεται να εφαρμόζεται κυρίως τα τελευταία χρόνια, είναι να προστεθούν στα αρχικά 4Ps άλλα 2Ps, που αντιπροσώπευαν τις λέξεις Politics (πολιτική) και Public Opinion (Κοινή Γνώμη).

Η πολιτική (Politics), με την ευρεία έννοια του όρου, καθώς και οι αποφάσεις που λαμβάνονται από την πολιτεία στα πλαίσια εφαρμογής μιας συγκεκριμένης πολιτικής (π.χ. προστασία περιβάλλοντος), σύμφωνα με τον Kotler, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία του Μάρκετινγκ. Π.χ., η καθιέρωση του συστήματος απόσυρσης παλαιών φαρμάκων, που δεν χρησιμοποιούνται από κάθε σπίτι, εφαρμόζεται στα πλαίσια της λήψης μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος και ευνοεί την πληροφόρηση για τους υπεύθυνους φορείς, σχετικά με το ποια σκευάσματα καταναλώνονται, σε τι ποσότητες, ποιά ήταν απαραίτητα και ποια όχι. Κατά συνέπεια, με τη δράση αυτή λαμβάνονται μέτρα προστασίας του ασθενή από το Υπουργείο Υγείας.

Η Κοινή γνώμη (Public Opinion) συμβάλλει στη διαμόρφωση νέων τάσεων και είναι πιθανό να επηρεάσει τη ζήτηση ορισμένων προϊόντων. Αναφέρεται για παράδειγμα, την περίοδο που ήταν στην έξαρση ο ιός H1N1, μεγάλο τμήμα της Κοινής Γνώμης απέφευγε το προτεινόμενο εμβόλιο κατά του ιού. Η κοινή γνώμη ήταν διχασμένη με κάποιους να «ρискάρουν» και να προβαίνουν στην αγορά και χρήση του εμβολίου, παρά τα όσα φημολογούνται και κάποιους να επηρεάζονται από άλλους και να είναι αμετανόητα αντίθετοι. Είναι προφανές ότι ο επηρεασμός της Κοινής Γνώμης σε ορισμένες περιπτώσεις έχει ιδιαίτερη σημασία για τη λειτουργία του Μάρκετινγκ. Για αυτό ο Kotler υποστηρίζει ότι οι επιχειρήσεις και ιδιαίτερα αυτές που αναπτύσσουν διεθνείς δραστηριότητες είναι χρήσιμο να συμπεριλαμβάνουν την Κοινή Γνώμη στα στοιχεία του Μίγματος Μάρκετινγκ και να παρακολουθούν προσεκτικά τις τάσεις της (Ζιγκιρίδης, 2008).

2.5.7 Φαρμακευτική συμμόρφωση

Το περιβάλλον γύρω μας αλλάζει άρδην καθώς οι αγορές έχουν διεθνοποιηθεί και τα πάλαι ποτέ «κλειστά επαγγέλματα» τείνουν να εξαφανιστούν. Ταυτόχρονα, δημιουργούνται δυναμικές οι οποίες αλλάζουν τον κλάδο, όπως για παράδειγμα, η δημιουργία αλυσίδων φαρμακείων, η οποία και δίνει τη δυνατότητα για αύξηση της διαπραγματευτικής δύναμης των φαρμακοποιών έναντι των προμηθευτών τους και για πιο ορθολογική διαχείριση των αποθεμάτων τους.

Από τις αρχές του 21ου αιώνα παρατηρείται διεθνώς μια τάση στο χώρο του φαρμακευτικού Μάρκετινγκ, για υλοποίηση έργων (projects) που σκοπό έχουν να επιδράσουν στον τελικό καταναλωτή των φαρμακευτικών προϊόντων, τον ασθενή, ώστε να κάνει χρήση αυτών με τον ορθότερο δυνατό τρόπο, να ακολουθεί δηλ. την αγωγή του όσο πιο συστηματικά γίνεται. Η μερίδα των ασθενών, στην οποία αναπτύσσονται τα όποια προγράμματα φαρμακευτικής συμμόρφωσης, είναι κυρίως αυτή των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, όπως του αναπνευστικού, του καρδιαγγειακού, του κεντρικού νευρικού συστήματος, των αυτοάνοσων, του μεταβολικού συστήματος κ.α. Είναι γεγονός πως στις Η.Π.Α. και στις λεγόμενες «μεγάλες» χώρες της Ε.Ε., όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Γερμανία, αλλά και σε «μικρότερες», όπως η Ολλανδία και το Βέλγιο έχουν ξεκινήσει να υλοποιούνται πολλά προγράμματα φαρμακευτικής συμμόρφωσης (ΦΣ) ασθενών κυρίως στις νόσους του διαβήτη, της υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας, της μανιοκατάθλιψης, του Πάρκινσον, της οστεοπόρωσης, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) κ.α. με αποτελέσματα που μόνο θετικά μπορούν να χαρακτηριστούν και που παρουσιάζονται κάθε χρόνο με ενθουσιασμό σε πανευρωπαϊκά και παγκόσμια σχετικά συνέδρια. Η συγκεκριμένη τάση λοιπόν φαίνεται να είναι μια νέα πρόκληση που πρέπει, αν μη τι άλλο, να μας προβληματίσει και στο χώρο του ελληνικού φαρμακευτικού Μάρκετινγκ (Καζάκης 2011).

Παρόλο που ο ορισμός της φαρμακευτικής συμμόρφωσης (Patient Compliance) φαίνεται να είναι απλός, (όπως π.χ. φαρμακευτική συμμόρφωση είναι να παίρνει ο ασθενής το σωστό φάρμακο, τη σωστή, στιγμή, στη σωστή δόση), πολλοί διαφορετικοί ορισμοί έχουν δοθεί ανάλογα με τη νόσο στην οποία αναφέρεται ο κάθε ερευνητής. Ο πλήρης ορισμός για τη φαρμακευτική συμμόρφωση είναι: φαρμακευτική συμμόρφωση ασθενούς είναι ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου (σχετικά με τη λήψη φαρμάκων, τήρηση διαιτητικών αναγκών ή πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο ζωής του) συμπίπτει με ιατρικές ή υγειονομικές συμβουλές. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό προκύπτει εύκολα η δυσκολία τόσο στη μέτρηση όσο και στην υλοποίηση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης. Διεθνείς έρευνες

έχουν επιβεβαιώσει ότι είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες νόσων, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικές απώλειες για όλους τους εμπλεκόμενους σε αυτή.

Ο κύριος αποδεκτής των απωλειών, επεξηγηματικά, είναι ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος όντας μη συμμορφωμένος, οδηγείται σε σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του, υποτροπές και σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσιμες πολλές φορές για την ίδια του τη ζωή. Συμπεριφορές όπως: έγινα καλά άρα δεν χρειάζομαι το φάρμακο, ή ξέχασα το χθεσινό μου χάπι άρα θα πάρω 2 σήμερα, είναι αρκετά συχνές και οδηγούν είτε στη πρόωρη διακοπή θεραπείας, είτε σε υπερδοσολογία κλπ. Έρευνες δείχνουν επίσης ότι το πόσο σοβαρά εκλαμβάνει ο ασθενής την κατάστασή του, είναι ανάλογο με τις προσωπικές και κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης, που είναι κρίσιμοι παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αγωγή τους. Και ο τελευταίος εμπλεκόμενος που επηρεάζεται από τη φαρμακευτική συμμόρφωση είναι τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αν αναλογιστεί κανείς το ανταγωνιστικό περιβάλλον και τις αυξημένες απαιτήσεις των καιρών, οι απώλειες στο ποιοτικό σκέλος ίσως είναι πολύ πιο σοβαρές από αυτές στο ποσοτικό.

Είναι προφανές λοιπόν, ότι η φαρμακευτική συμμόρφωση αποτελεί ένα πρόβλημα με παγκόσμιες διαστάσεις. Η λύση του προβλήματος, όμως δεν είναι μια απλή υπόθεση. Η υλοποίηση προγραμμάτων φαρμακευτική συμμόρφωση στο εξωτερικό σχεδιάζεται και χρηματοδοτείται από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Στις Η.Π.Α., όπου το νομικό πλαίσιο είναι διαφορετικό από αυτό της Ε.Ε., οι ίδιες οι φαρμακευτικές εταιρίες γίνονται οι πάροχοι τέτοιων υπηρεσιών. Στην Ε.Ε. όμως, όπου το νομικό πλαίσιο είναι πιο αυστηρό, οι φαρμακευτικές εταιρίες είναι αναγκασμένες να υλοποιούν τα προγράμματα φαρμακευτική συμμόρφωση μέσω τρίτων εταιριών-παρόχων των συγκεκριμένων υπηρεσιών (στις λεγόμενες «μεγάλες» χώρες της Ε.Ε.). Στην Ελληνική πραγματικότητα η κατάσταση είναι λίγο πιο σύνθετη, καθώς δεν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο το οποίο να καθορίζει τους κανόνες για την υλοποίηση προγραμμάτων φαρμακευτική συμμόρφωση (ΕΕΦΑΜ, 2008).

Ο αμέσως επόμενος εμπλεκόμενος στη φαρμακευτική συμμόρφωση που επηρεάζεται από αυτή είναι ο θεράπων ιατρός. Η καλή σχέση με τον ασθενή του κρίνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που έχει επιλέξει. Αν ο ασθενής δεν συμμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό με τις εντολές του θεράποντα ιατρού του, είναι επόμενο να εκλάβει την αγωγή ως αναποτελεσματική και φυσικά να κλονιστεί η εμπιστοσύνη του σχετικά με την ορθή κρίση του ιατρού του για την επιλογή θεραπείας, ακόμη και για την ίδια την διάγνωση. Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι η μονόδρομη επικοινωνία από τον ιατρό προς τον ασθενή δεν θα λύσει τα προβλήματα της μη-συμμόρφωσης από μόνη της. Αντ'

αυτού η λύση περιστρέφεται γύρω από την ανοικτή, αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, τη συζήτηση και από τις δύο πλευρές και τη διαβεβαίωση ότι ο ασθενής έχει κατανοήσει τις συμβουλές του ιατρού.

Ο τρίτος «εμπλεκόμενος» είναι οι φαρμακευτικές εταιρίες, οι οποίες επηρεάζονται διπλά από τις αρνητικές επιδράσεις της μη συμμόρφωσης. Όσον αφορά το ποσοτικό σκέλος, έχει μετρηθεί ότι οι φαρμακευτικές εταιρίες χάνουν 30 δολάρια το χρόνο, μόνο στις Η.Π.Α., από τη μη συμμόρφωση των ασθενών. Πέραν όμως του ποσοτικού, υπάρχει και το ποιοτικό σκέλος που δεν είναι άλλο από την εμπιστοσύνη του γιατρού στα φαρμακευτικά σκευάσματά της, και του ασθενή στον γιατρό του, που έχει κλονιστεί σημαντικά κατά περιπτώσεις.

2.5.8 Φαρμακευτικό μάρκετινγκ με άλλη διάσταση.

Οι φαρμακευτικές εταιρίες δεν είναι όμως φιλανθρωπικά ιδρύματα. Εκτός από το να προτείνουν, ενημερώνουν, ερευνούν, υπάρχουν κυρίως για να παράγουν και να πωλούν φάρμακα (μερικά από τα οποία είναι πολύ χρήσιμα), αλλά και δημιουργούν ένα κέρδος για τους μετόχους τους. Θέλουν να δείξουν ότι βελτιώνουν την υγειονομική περίθαλψη και μερικές φορές το πετυχαίνουν, αλλά μόνο με κατάλληλη κρατική ρύθμιση από εξωτερικούς φορείς, αυτό θα γινόταν ουσιαστικά πράξη. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εταιρίες δαπανούν πολύ περισσότερα για το Μάρκετινγκ από ό, τι για την έρευνα και την ανάπτυξη (στην Αμερική το 24,4 % των πωλήσεων δαπανάται για την προώθηση έναντι 13,4 % για την έρευνα και ανάπτυξη). Μπορεί επίσης να διογκωθεί το κόστος ανάπτυξης νέων φαρμάκων- ο Goldacre (2012) αναφέρει εταιρίες που υποστηρίζουν ότι το να έρθει ένα νέο φάρμακο στην αγορά κοστίζει £ 550 εκατ., αλλά είναι αναγκασμένες να το διαθέσουν στο ένα τέταρτο του κόστους αυτού. Ο ίδιος προσπαθεί χρόνια, να καταγράψει τι πραγματικά συμβαίνει με τις εταιρίες αυτές- στην Αμερική εμφανίζεται η λεγόμενη πράξη «Sunshine» και σημαίνει ότι φαρμακευτικές εταιρίες πρέπει να δηλώνουν πόσο έχουν πληρώσει τους γιατρούς που εργάζονται για αυτές και για ποιές δραστηριότητες.⁶

Στην ουσία οι περισσότεροι γιατροί θέλουν να κάνουν το καλύτερο για τους ασθενείς τους, αλλά δεν μπορούν να ξέρουν ποιο είναι το ιδανικό σκεύασμα, αφού τα μισά από τα στοιχεία για τις κλινικές δοκιμές των φαρμάκων λείπουν και μερικά από τα υπόλοιπα είναι

⁶ Ένας δημοφιλής γιατρός στα μέσα ενημέρωσης, ο Drou Pinsky, καλεσμένος μιας τηλεοπτικής εκπομπής, αναλύει το αντικαταθλιπτικό Wellbutrin και γιατί είναι τόσο σημαντικό. Συγκριτικά με άλλα αντικαταθλιπτικά που μειώνουν την λίμπιντο, δηλώνει ότι αυτό το φάρμακο " μπορεί να ενισχύσει " τη σεξουαλική διέγερση. Οι πιστοί ακροατές του, δεν γνωρίζουν ότι στον Pinsky έχει καταβληθεί το ποσό των 275.000 δολαρίων από την εταιρεία glaxosmithkline " για τις υπηρεσίες του για την προώθηση του Wellbutrin" (Goldacre, 2012)

παραμορφωμένα. Οι συντάκτες των ιατρικών περιοδικών θέλουν να δημοσιεύουν αντικειμενικές έρευνες φαρμακευτικών προϊόντων αλλά, όπως λέει Goldacre (2012), όταν οι ερευνητικοί επιστήμονες των εταιρειών δοκιμάζουν ένα νέο φάρμακό τους έναντι άλλων θεραπειών, δεν είναι πάντα δίκαιοι. Κατά περιπτώσεις, για τον έλεγχο αξιοπιστίας ενός φαρμάκου εφαρμόζονται συγκρίσεις στην χορηγούμενη ποσότητα αυτού. Χορηγείται ασυνήθιστα χαμηλή ή ασυνήθιστα υψηλή δόση αυτού, ώστε να διασφαλιστούν τα κατάλληλα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα και τη σοβαρότητα των παρενεργειών του.⁷

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες που χρηματοδοτούνται από κάποιες φαρμακευτικές εταιρείες δείχνουν μόνο θετικά αποτελέσματα, ενώ θα μπορούσαν να αναλύσουν τουλάχιστον και τις άστοχες δοκιμές (σχόλιο και του ΕΟΦ⁸).

Παράλληλα, στο BMJ, περιοδικό υγείας, αποκαλύφθηκε ότι φέτος οι μισές δημόσιες χρηματοδοτούμενες έρευνες στην Αμερική δεν είχαν δημοσιευθεί εντός του προβλεπόμενου χρονικού διαστήματος.⁹ Οι γιατροί φέρονται συχνά να επηρεάζονται από τις διαφημίσεις και τις χορηγίες, ακόμη και αν τα αποδεικτικά στοιχεία για το αντίθετο είναι συντριπτικά. Επικαλούνται επίσης το γεγονός ότι δεν τους παρέχεται η εκπαίδευση που θα έπρεπε από τις φαρμακευτικές εταιρείες και ότι οι ίδιοι είναι απρόθυμοι να πληρώσουν για να την αποκτήσουν.

Πλέον οι νέοι κανόνες στο χώρο των φαρμακοβιομηχανιών προτρέπουν σε ενημέρωση των επιστημόνων υγείας, σε καταγραφή των στοιχείων των δοκιμών και σε δημοσίευση των τα αποτελεσμάτων τους, είτε είναι αρνητικά είτε θετικά. Η απουσία όμως

⁷ Ο Goldacre εκφράζει μια οδυνηρή άποψη ότι από ένα πείραμα φαρμακευτικής εταιρίας πολλά παιδιά στην Ινδία οδηγήθηκαν στο θάνατο, ενώ υπήρχε κατάλληλο φάρμακο για τη θεραπεία της ασθένειάς τους.

⁸ Η ροσιγλιταζόνη, ένα νέο είδος φαρμάκου για την αντιμετώπιση διαβήτη, το οποίο έγινε εν μέρει αποδεκτό με ενθουσιασμό το 2005-2006. Αυτό συνέβη διότι σε αντίθεση με τα περισσότερα νέα φάρμακα, δεν ήταν ένα «me too» φάρμακο. (Με τον όρο "me too" οι φαρμακευτικές εταιρείες πειραματίζονται με μια δραστική ουσία προερχόμενη από διπλώματα ευρεσιτεχνιών. Είναι ένα φθηνός τρόπος δημιουργίας «νέων φαρμάκων», αν και τα πρόσθετα οφέλη τους μπορεί να είναι ελάχιστα). Η ροσιγλιταζόνη έχει επαινεθεί για τη μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα σε άτομα με διαβήτη και βοηθά στη μείωση καρδιακών προβλημάτων. Πριν από καιρό, ωστόσο, ο John Buse, γιατρός από το Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνα εξέφρασε την ανησυχία του για το φάρμακο και την αύξηση των καρδιακών προβλημάτων, που στην πραγματικότητα αυτό προκαλεί. Ο προϊστάμενος του τμήματος παραγωγής της glaxosmithkline (GSK- η εταιρεία που εισήγαγε το συγκεκριμένο φάρμακο) και μέλος της επιτροπής της Γερουσίας των ΗΠΑ, δημοσίευσε αργότερα μια έκθεση λέγοντας ότι ο Buse είχε υποβληθεί σε εκφοβισμό. Έπειτα η GSK διερεύνησε αποτελέσματα από πολλές δοκιμές και ανακάλυψε ότι ο Buse είχε δίκιο. Τα αποτελέσματα αυτά κυκλοφόρησαν αλλά μετά την πάροδο δύο ετών. Ανεξάρτητα από τα προηγούμενα, ο Steve Nisse, καρδιολόγος, έκανε την δική του ανάλυση και βρήκε μια αύξηση 43 % του κινδύνου καρδιακών προβλημάτων που προκαλεί η ροσιγλιταζόνη. Τελικά το φάρμακο αποσύρθηκε από την αγορά το 2010.

⁹ Το BMJ ξεκίνησε πάνω πριν από 170 χρόνια, ως ένα ιατρικό-φαρμακευτικό περιοδικό, δημοσιεύοντας την πρώτη ερευνητική εργασία του κλάδου. Σήμερα, είναι ένα παγκοσμίως αποδεκτό brand (επωνυμία), που βοηθά ιατρικές- φαρμακευτικές οργανώσεις και κλινικούς γιατρούς να αντιμετωπίσουν τις κρίσιμες προκλήσεις στον τομέα της υγείας.

ισχυρών ελέγχων καθιστά δύσκολη την αλλαγή «του πραγματικού κατεστημένου». Σχεδόν όλες οι εταιρίες τα τελευταία δύο χρόνια προχώρησαν σε διακανονισμό για θέματα παράβασης της ηθικής Μάρκετινγκ, δωροδοκιών και γενικότερης επιστημονικής διαφθοράς.¹⁰

Πέραν όμως των αθέμιτων πρακτικών ο κλάδος συνεχίζει να είναι και συντηρητικός ως προς την γνωστοποίηση του πότε είναι ενεργές και πότε λήγουν οι πατέντες των προϊόντων τους – πληροφορίες οι οποίες σύμφωνα με τους συντάκτες είναι σημαντικές για τους προμηθευτές και τους κατασκευαστές γενόσημων και για όσους τιμολογούν.

Οι περισσότερες εταιρίες πλέον πειραματίζονται με καινοτόμα επιχειρηματικά μοντέλα όσον αφορά την πρόσβαση στις αγορές αυτές, ενώ χορηγούν περισσότερες άδειες για την παραγωγή και διανομή γενόσημων εκδοχών των φαρμάκων τους. Παράλληλα, συνεχίζουν να βελτιώνονται και οι πολιτικές αλλά και οι δραστηριότητες για την αύξηση των ποσοστών πρόσβασης σε φάρμακα. Αν και τα τελευταία χρόνια έχουν επιτευχθεί σημαντικά πράγματα όσο αφορά τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, όπως σχολιάζει ο ιδρυτής και διευθύνων σύμβουλος του Access to Medicine Foundation, Wim Leereveld, τονίζει ότι “ακόμη δεν υφίσταται κάποιο βιώσιμο μοντέλο που να διασφαλίζει την πρόσβαση των φτωχότερων ασθενών στα φάρμακα που έχουν ανάγκη.”

2.6 Προϊόν

Από τα σημαντικότερα «P» του μάρκετινγκ για τον φαρμακευτικό κλάδο είναι το προϊόν. Εκφράζει το σύνολο των ωφελημάτων που συνοδεύουν το τυπικό προϊόν και που τα αντλεί ένας καταναλωτής από την αγορά του.^{11 12} Ο T. Levit (1960), διάσημος αμερικανός καθηγητής του Μάρκετινγκ, υποστηρίζει, από τα τέλη της δεκαετίας του '60 ότι «..σήμερα δεν υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των τυπικών προϊόντων που παράγουν οι επιχειρήσεις στα εργοστάσιά τους. Υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των στοιχείων που προσθέτουν οι επιχειρήσεις πάνω στο προϊόν της παραγωγής τους με τη μορφή συσκευασίας, συμβουλευτικών ή άλλων παρεχομένων υπηρεσιών προς τον καταναλωτή, κ.ά. και οι

¹⁰ Η υπόθεση διαφθοράς της GSK διακανονίστηκε ύστερα από την περίοδο της ανάλυσης.

¹¹ Για παράδειγμα ο αγοραστής ενός αυτοκινήτου δεν αγοράζει μόνο το αυτοκίνητο αλλά και ένα σύνολο ωφελημάτων, όπως εγγύηση, συντήρηση, ικανοποιητικό δίκτυο ανταλλακτικών κ.λπ.

¹² Τυπικό προϊόν είναι το φυσικό αντικείμενο που αγοράζει ο καταναλωτής (με φυσικά χαρακτηριστικά προϊόντος Σύνθεση Χρώμα Μέγεθος Σχήμα Όνομα Συσκευασία), Κυρίως προϊόν είναι το κύριο ωφέλημα που απολαμβάνει ο καταναλωτής από τη χρήση του προϊόντος που καλύπτει κάποια συγκεκριμένη ανάγκη του καταναλωτή π.χ. Αυτοκίνητο- δυνατότητα μετακίνησης. Συνολικό προϊόν είναι το σύνολο των ωφελημάτων που συνοδεύουν το τυπικό προϊόν. Π.χ. Αυτοκίνητο, εγγύηση, συντήρηση, ικανοποιητικό δίκτυο ανταλλακτικών.

καταναλωτές αξιολογούν, πριν πάρουν την τελική τους απόφαση για την αποδοχή ή την απόρριψη ενός προϊόντος»¹³ (Μπλέρη, 2013).

Πιο συγκεκριμένα για στην διατριβή αυτή το προϊόν προσδιορίζεται ως "Φαρμακευτικό Προϊόν", που περιγράφεται κάθε προϊόν βιομηχανικής εφαρμογής της έρευνας των Ιατρό/ Φαρμακευτικών και Βιολογικών Επιστημών και προορίζεται για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ανθρωπίνων παθήσεων ή που γενικά επηρεάζει τη διανομή ή/και τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού.

Η διαφοροποίησή του φαρμακευτικού προϊόντος έναντι των υπολοίπων πηγάζει από το ότι είναι αγαθό συνδεδεμένο με την Υγεία. Επομένως γίνεται λόγος για ένα κοινωνικό αγαθό με κύκλο ζωής: Έρευνα, Παραγωγή, Τιμολόγηση, Αποζημίωση από το Κράτος, Διακίνηση & Διάθεση. Τα συμβαλλόμενα μέλη του κύκλου ζωής του είναι ο ασθενής, ο Ιατρός Νοσηλείας, το φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ¹⁴, το ΠΕΔΥ- Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας¹⁵, η φαρμακευτική εταιρία, ο ΕΟΦ-Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων¹⁶ και το Κράτος.

¹³ Την δεκαετία του '80 οι αμερικανικές επιχειρήσεις δραστηριοποίησης σε πολλούς κλάδους- αυτοκίνητα, τηλεοράσεις, ποδήλατα, μοτοσυκλέτες, μικρές ηλεκτρικές συσκευές, ελαστικά, στερεοφωνικά - δέχθηκαν την επίθεση ιαπωνικών και ευρωπαϊκών επιχειρήσεων με προϊόντα καλύτερου σχεδιασμού και καλύτερης ποιότητας. Οι αμερικανικές επιχειρήσεις άρχισαν να χάνουν σημαντικά μερίδια αγοράς και φυσικά κέρδη. Πολλές εξηγήσεις προσφέρθηκαν για την έλλειψη ανταγωνιστικότητας τους στην καινούργια παγκόσμια οικονομία. Ο βασικότερος ίσως λόγος ήταν η αυστηρή και στενή προσήλωση τους στην αρχή του Μάρκετινγκ τα προηγούμενα 30 χρόνια, που είχε οδηγήσει στον ατροφισμό του επιχειρηματικού πνεύματος, της καινοτομίας, των μακροπρόθεσμων σχεδίων. Η προσήλωση αυτή είχε αποσπάσει την προσοχή των αμερικανικών επιχειρήσεων από το προϊόν, την κατασκευή του, την αξία που πρόσφερε στον πελάτη, και την είχε πλέον στρέψει στα άλλα στοιχεία του μίγματος Μάρκετινγκ: στην τιμή πώλησης του, στην προβολή του, στην διανομή του.

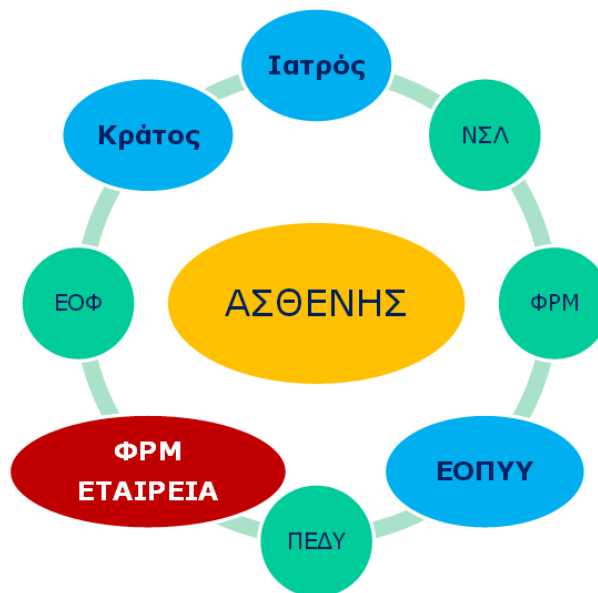
¹⁴ Ο σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι: α. Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού. Β. Η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Γ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. Δ. Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.

¹⁵ Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: α) Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας. Δ) Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν: Α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο. Β) την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα. Γ) την παροχή πρώτων βοηθειών. Δ) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας. Ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Στ) την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα. Ζ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι. Η) τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού. Θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας. Ι) τις

Η διάθεσή του γίνεται σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, με αργή και αγχώδης διείσδυση στην Αγορά, αντίθετη από τις επιταγές της εποχής.

Ταυτόχρονα το προϊόν έχει την ιδιαιτερότητα να επιλέγεται από άλλους, να λαμβάνεται από άλλους και να πληρώνεται από άλλους. Πρόκειται για την τριχοτόμηση της φαρμακευτικής Αγοράς, στην οποία ο ασθενής δεν κυριαρχεί στην επιλογή του προϊόντος (πληροφόρηση). Αναλύεται στον 1. γιατρό που συνταγογραφεί, 2. στον ασθενή που καταναλώνει και 3. στην κοινωνική ασφάλιση που αποζημιώνει.

Στη συγκεκριμένη διατριβή ως «συνολικά φαρμακευτικά προϊόντα» θα αναλυθούν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα μη συνταγογραφούμενα-ΜΗΣΥΦΑ, οι βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής και τα καλλυντικά/προϊόντα υγιεινής.



υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική. Ιβ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

¹⁶ Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ιδρύθηκε το 1983 με το Ν. 1316 και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποστολή του ΕΟΦ είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας σε σχέση με την κυκλοφορία στην Ελλάδα: φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης φαρμακικών ζωοτροφών και προσθετικών ζωοτροφών, τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής, βιοκτόνων, ιατρικών βοηθημάτων, καλλυντικών. Στα πλαίσια της αποστολής αυτής ο ΕΟΦ με απόλυτη διαφάνεια και σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση: Αξιολογεί και εγκρίνει νέα ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα, Παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά την κυκλοφορία τους στη χώρα, Ελέγχει την παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και την κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι κανόνες ορθής παραγωγής, εργαστηριακής και κλινικής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμισή τους, Αναπτύσσει και προωθεί την ιατρική και φαρμακευτική έρευνα, Ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα (ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης) και τα λοιπά προϊόντα με σκοπό την ορθολογική τους χρήση και την αντικειμενική εκτίμηση της φαρμοοικονομικής διάστασής της.

2.6.1 Φάρμακα

Σύμφωνα με απόφαση του ΔΥΤ 3(α) 83657/06 (ΦΕΚ 59B/06), μέρος I άρθρο 2 με τίτλο «Ορισμοί», ως Φάρμακο αναφέρεται: α) κάθε ουσία ή συνδυασμός ουσιών που εμφανίζεται να έχει θεραπευτικές ή προφυλακτικές ιδιότητες για τις ασθένειες του ανθρώπου, ή β) κάθε ουσία ή συνδυασμός ουσιών που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή να χορηγηθεί σε ανθρώπους με σκοπό είτε να αποκατασταθούν ή να διορθωθούν ή να τροποποιηθούν φυσιολογικές λειτουργίες με την άσκηση φαρμακολογικής, ανοσολογικής ή μεταβολικής δράσης, είτε να γίνει ιατρική διάγνωση. Το φάρμακο είναι κοινωνικό αγαθό και η ελεύθερη πρόσβαση σε αυτό πρέπει να είναι δικαίωμα όλων.

Σήμερα ο διαχωρισμός τους σε Πρωτότυπα και Γενόσημα, είναι ευρύτατα διαδεδομένος. Τα πρωτότυπα φάρμακα είναι καινοτόμα φάρμακα που αναπτύσσονται μετά από πολυετή εργαστηριακή και κλινική έρευνα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα πρωτότυπα φάρμακα υπόκεινται σε αυστηρούς ρυθμιστικούς κανόνες για τη διασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας.

Το κόστος της Φαρμακευτικής και Βιοτεχνολογικής έρευνας, για την ανακάλυψη νέων, πρωτότυπων καινοτόμων φαρμάκων, είναι ιδιαίτερα υψηλό. Άλλωστε, αυτός είναι και ένας από τους λόγους, που τα πρωτότυπα φάρμακα καλύπτονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), από την ώρα που θα συντεθεί το μόριό τους και για τα επόμενα 20 χρόνια. Ωστόσο, το μεγαλύτερο διάστημα, 12-13 χρόνια, αναλώνεται στις απαραίτητες επιστημονικές και διοικητικές διαδικασίες (κλινικές μελέτες ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, δοσολογία, άδεια κυκλοφορίας, τιμολόγηση, ασφαλιστική κάλυψη κοκ) μέχρις ότου το νέο φάρμακο γίνει προσβάσιμο σε όσους το έχουν ανάγκη.

Επομένως, το νέο, πρωτότυπο φάρμακο, κυκλοφορεί στην αγορά, προστατευμένο, μέχρι τη λήξη της πατέντας του, για 7-8 χρόνια. Όταν επέλθει η λήξη, ονομάζεται πλέον «εκτός πατέντας πρωτότυπο φάρμακο» ή off-patent. Η τιμή του μειώνεται δραστικά (στην Ελλάδα 50%). Παράλληλα, επιτρέπεται η κυκλοφορία πολλών ουσιοδώς όμοιων φαρμάκων (τα γνωστά ως γενόσημα ή generics) που παράγονται από εταιρείες οι οποίες δεν έχουν επενδύσει στην έρευνά τους. Τα πρωτότυπα off-patent φάρμακα παραμένουν, ωστόσο, πάντα το μέτρο σύγκρισης και το πεδίο αναφοράς των γενόσημων (Patent Act, RSC 1985, C. P-4. N.4052/1-3-2012, Άρθρο 21. ΦΕΚ 983/30-3-2012 Β', Άρθρο 4, παρ. 4).

Τα γενόσημα είναι φάρμακα παρόμοια με τα πρωτότυπα, περιέχοντας την ίδια δραστική ουσία, γεγονός που συνεπάγεται και παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα. Κυκλοφορούν νόμιμα μετά τη λήξη της εικοσαετούς προστασίας του διπλώματος

ευρεσιτεχνίας (πατέντας) του πρωτοτύπου φαρμάκου αναφοράς. Χρησιμοποιούνται ευρέως από τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, ως αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις έναντι των ακριβότερων πρωτότυπων φαρμάκων.

Αυτά διατίθενται είτε με τη διεθνώς εγκεκριμένη μη ειδικευμένη επιστημονική ονομασία (International Non-proprietary Name-INN), είτε με εμπορικό σήμα και ονομασία οπότε και ονομάζονται Branded Generics (γενόσημα με εμπορική ονομασία). Στην Ελλάδα καθώς και σε άλλες χώρες κυκλοφορούν branded generics που περιέχουν δραστικές ουσίες των οποίων η χρονική περίοδος προστασίας της πατέντας έχει λήξει και ως εκ τούτου δύναται να παραχθούν νόμιμα. Τα branded generics παράγονται κυρίως από τις Ελληνικές Φαρμακοβιομηχανίες.

Κάθε branded generic, προκειμένου να κυκλοφορήσει στην ελληνική αγορά υποχρεούται να αποδείξει την ασφάλεια καθώς και την θεραπευτική του ισοδυναμία ως προς το πρωτότυπο φάρμακο αναφοράς. Για το λόγο αυτό, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ζητά από τους αιτούντες να προσκομίσουν σχετικές μελέτες που ονομάζονται μελέτες βιοϊσοδυναμίας¹⁷.

Με απλούς όρους, το γενόσημο φάρμακο οφείλει να είναι εξίσου αποτελεσματικό με το αντίστοιχο πρωτότυπο προϊόν αναφοράς¹⁸.

Όπως διαπιστώνεται, το ζήτημα της επιλογής πρωτότυπων ή γεννόσημων φαρμάκων είναι αρκετά πολύπλοκο, συχνά μεταβαλλόμενο με νομοθετικές ρυθμίσεις και μνημονιακές προτάσεις για την χώρα μας, για αυτό δεν θα αναλυθεί διεξοδικά, παρά θα αντιμετωπιστούν στην συνέχεια γενικευμένα, ως κατηγορία Φαρμάκων (Lexchin & Mintzes, 2002. Mintzes, 2001).

¹⁷ Η μελέτη βιοϊσοδυναμίας αποτελεί απαραίτητο στοιχείο του φακέλου που συνοδεύει ένα φάρμακο προκειμένου να λάβει έγκριση κυκλοφορίας. Η έννοια της βιοϊσοδυναμίας αποτελεί βασική προϋπόθεση της ανάπτυξης των γενόσημων φαρμάκων. Η μελέτη βιοϊσοδυναμίας εξασφαλίζει με αδιάσειστο επιστημονικό τρόπο ότι ένα γενόσημο φάρμακο και το αντίστοιχο πρωτότυπο προϊόν αναφοράς όταν χορηγούνται στην ίδια δόση, παρουσιάζουν ουσιαστικά το ίδιο ποσοστό και έκταση της βιολογικής διαθεσιμότητας της δραστικής ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό.

¹⁸ Η γήρανση του πληθυσμού και η δραματική αύξηση των δαπανών για την υγεία αναγκάζουν τις κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο να επανεξετάσουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση των πιο οικονομικά προσιτών γενόσημων φαρμάκων αποτελεί σαφώς αποδοτικότερη επιλογή στα πλαίσια των προσπαθειών συγκράτησης του κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας.

2.6.2 Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα-ΜΗΣΦΑ (ελληνική βιβλιογραφία)- OTC (διεθνή βιβλιογραφία)

Τα OTC φάρμακα χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν ήπια και παροδικά συμπτώματα και ασθένειες που δεν απαιτούν την επίβλεψη γιατρού. Πρέπει να εξετάζονται πολύ προσεκτικά και να εγκρίνεται η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά τους (Berry, 2001). Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, είναι φαρμακευτικά προϊόντα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία (ΦΕΚ 284/Β/2002). Φέρουν ταινία γνησιότητας και στην εξωτερική συσκευασία αναγράφονται οι οδηγίες χρήσης τους και η ένδειξη «Χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή». Τα φαρμακευτικά προϊόντα που χαρακτηρίζονται και εντάσσονται από τον Ε.Ο.Φ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) στην κατηγορία ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. πρέπει να πληρούν τους παρακάτω όρους και προϋποθέσεις:

- να είναι φάρμακα ευρείας κατανάλωσης, μη ενέσιμα, για ελαφριάς μορφής παθήσεις, των οποίων τα συμπτώματα αναγνωρίζονται εύκολα από τον ασθενή,
- να μην θέτουν άμεσα ή έμμεσα σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών λόγω σοβαρών παρενεργειών,
- να προστατεύουν τον ασθενή από την κακή χρήση και να μη δημιουργούν εθισμό,
- να μην πρόκειται για πρόσφατες εγκρίσεις δραστικών ουσιών,
- να κυκλοφορούν τουλάχιστον σε πέντε χώρες της Ε.Ε., χωρίς να απαιτείται ιατρική συνταγή,
- να έχουν μεγάλο θεραπευτικό εύρος στην προτεινόμενη μορφή και δόση και να αφορούν το γενικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τον FDA (U.S. Food and Drug Administration), ως OTC φάρμακα ορίζονται τα φάρμακα για τα οποία δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και ρυθμίζονται από τον οργανισμό μέσω μονογραφιών (OTC drug monograph), που περιλαμβάνουν δραστικά συστατικά, δόσεις και εμπορικά σήματα φαρμάκων. Τα OTC φάρμακα που πληρούν τις απαιτήσεις μιας μονογραφίας ¹⁹ μπορούν να κυκλοφορήσουν στην αγορά χωρίς την επιθεώρηση του FDA, όμως αυτά που δεν εναρμονίζονται με μία υπάρχουσα μονογραφία

¹⁹ Μονογραφίες είναι άρθρα, που το καθένα αντιστοιχεί σε ένα επίσημο φάρμακο (πρώτη ύλη) ή σκεύασμα φαρμάκου. Κάθε μονογραφία περιγράφει: τις προδιαγραφές, τα πρότυπα και τις μεθόδους ελέγχου του επισήμου φαρμάκου ή του σκευάσματος.

πρέπει να εγκριθούν από τον οργανισμό κατόπιν αίτησης, όπως συμβαίνει και με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Federal Trade Commission, 2009. Anderson et al. 2008).²⁰

2.6.3 Καλλυντικά

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 (αρ. 1 ΟΔ. 76/768/ΕΟΚ ως ισχύει) ως «καλλυντικό» νοείται κάθε ουσία ή παρασκεύασμα το οποίο προορίζεται να έλθει σε επαφή με διάφορα εξωτερικά μέρη του ανθρωπίνου σώματος (επιδερμίδα, τριχωτά μέρη του σώματος και της κεφαλής, νύχια, χείλη και εξωτερικά γεννητικά όργανα) ή με τα δόντια και το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας με αποκλειστικό ή κύριο σκοπό τον καθαρισμό τους, τον αρωματισμό τους, τη μεταβολή της εμφάνισής τους ή/και τη διόρθωση των σωματικών οσμών ή/και την προστασία τους ή τη διατήρησή τους σε καλή κατάσταση. Ο ενδεικτικός κατάλογος των καλλυντικών κατά κατηγορίες έχει ως εξής: κρέμες, γαλακτώματα, πλύματα (λοσιόν), πηκτώματα (gels) και λάδια για το δέρμα (χέρια, πρόσωπο, πόδια κ.λπ.), μάσκες ομορφιάς (εξαιρουμένων των χημικών απολεπιστικών -peeling- προϊόντων), χρωματισμένες βάσης μακιγιάζ (μεικ-απ), (υγρά, κρέμες, πούδρες), πούδρες για μακιγιάζ, για χρήση μετά το λουτρό, για την υγιεινή του σώματος, κ.λπ., σαπούνια λουτρού, αποσμητικά σαπούνια κ.λπ., αρώματα, κολόνιες, κ.λπ., παρασκευάσματα για το λουτρό και το ντους (άλατα, αφροί, λάδια, πηκτώματα (gels), κ.λπ.), αποτριχωτικά, αποσμητικά και αντιδρωτικά, προϊόντα για την περιποίηση των μαλλιών: βαφές και αποχρωστικά, προϊόντα για την βοστρύχωση (κατσάρωμα), το ίσιωμα και τη στερέωση προϊόντα για το φορμάρισμα (μιζανπλί) προϊόντα καθαρισμού (λοσιόν, σκόνες, σαμπουάν) προϊόντα συντηρήσεως (λοσιόν, κρέμες, λάδια) προϊόντα για την κόμμωση (λοσιόν, λακ, μπριγιαντίνες), προϊόντα ξυρίσματος (σαπούνια, κρέμες, αφροί, λοσιόν κ.λπ.), προϊόντα για το μακιγιάζ και το ντεμακιγιάζ του προσώπου και των ματιών, προϊόντα που προορίζονται να χρησιμοποιηθούν στα χείλια, προϊόντα για την περιποίηση των δοντιών και του στόματος, προϊόντα για την περιποίηση και το βάνιμο των νυχιών, προϊόντα εξωτερικής χρήσεως για την περιποίηση των ευαίσθητων περιοχών,

²⁰ Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE), το 2012 το μέγεθος της αγοράς των ΜΗΣΥΦΑ διαμορφώθηκε στα 371,5 εκατομμύρια ευρώ. Το ποσό είναι μικρότερο από το αντίστοιχο των προηγούμενων ετών, αλλά με αυξημένο ποσοστό μεριδίου στην αγορά τους, από 10,6% το 2010, σε 10,7% το 2011 και 11,9% το 2012. Στην Πολωνία, το ποσοστό είναι 36,2%, στην Ελβετία 34,5%, στο Ηνωμένο Βασίλειο 14,2%, στη Γερμανία 14,1% και στην Ιταλία 13,3%. Πρώτα σε τζίρο ΜΗΣΥΦΑ στη χώρα μας είναι τα παυσίλινα, με 80,9 εκατομμύρια ευρώ τζίρο το 2012 (109 εκατομμύρια το 2010). Ακολουθούν τα σκευάσματα για τον βήχα και το κρυολόγημα, με ετήσιο τζίρο 78,4 εκατομμύρια (74,3 εκατομμύρια το 2010). Στην τρίτη θέση είναι οι βιταμίνες, με 71,6 εκατομμύρια (96,6 εκατομμύρια το 2010) και ακολουθούν τα σκευάσματα για δερματολογικές παθήσεις (34,5 εκατ. Έναντι 35,4 εκ. Το 2010) και για το πεπτικό σύστημα, με 24,9 εκατομμύρια, έναντι 22,7 εκατομμυρίων το 2010.

προϊόντα αντηλιακά, προϊόντα για μαύρισμα χωρίς ήλιο, προϊόντα για την λεύκανση του δέρματος, προϊόντα αντιρυτιδικά (ΦΕΚ 352/Β/2005).

2.6.4 Συμπληρώματα διατροφής/Βιταμίνες

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 (αρ. 1 ΟΔ. 76/768/ΕΟΚ ως ισχύει) ως "συμπληρώματα διατροφής" νοούνται τα διατροφικά προϊόντα αρμοδιότητας του ΕΟΦ με σκοπό τη συμπλήρωση της συνήθους διαίτας, τα οποία αποτελούν συμπυκνωμένες πηγές θρεπτικών συστατικών ή άλλων ουσιών με θρεπτικές ή φυσιολογικές επιδράσεις (πχ βρώσιμα εκχυλίσματα φυτών και άλλα συστατικά φυσικής προέλευσης με θρεπτικά συστατικά όπως βιταμινούχα, μέταλλα, αμινοξέα, πρωτεΐνες, αντιοξειδωτικές ουσίες κ.τ.λ), μεμονωμένων ή σε συνδυασμό, και τα οποία διατίθενται στο εμπόριο σε δοσιμετρικές μορφές, ήτοι μορφές παρουσίασης όπως κάψουλες, παστίλιες, δισκία, χάπια και άλλες παρόμοιες μορφές, καθώς και φακελάκια σκόνης, φύσιγγες υγρού προϊόντος, φιαλίδια με σταγονόμετρο και άλλες παρόμοιες μορφές υγρών και κόνεων που προορίζονται να ληφθούν σε προμετρημένες μικρές μοναδιαίες ποσότητες (ΦΕΚ 395/Β/2003. Maynard and Karen, 2003).

2.7 Τιμή

Η τιμή των φαρμακευτικών προϊόντων προέρχεται από την τιμολόγηση που ορίζει το ΦΕΚ 172 Α΄. Οι διατάξεις των περιπτώσεων γ΄ και δ΄ της παραγράφου 5 του άρθρου 17 του ν.δ. 96/1973, όπως ισχύουν, αντικαθίστανται ως εξής: «Οι τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά την πιστοποίηση με κάθε πρόσφορο τρόπο της λήξης του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων, μειώνονται κατ' ελάχιστον σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%). Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος, μετά τη λήξη του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων φαρμακευτικών προϊόντων.

Η τιμή κάθε φαρμακευτικού προϊόντος που παρασκευάζεται ή συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος στα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), στα οποία

υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Για τον καθορισμό της τιμής λαμβάνεται υπόψη η τιμή πώλησης του φαρμακευτικού προϊόντος στους χονδρεμπόρους των κρατών – μελών όπου κυκλοφορεί το συγκεκριμένο φαρμακευτικό προϊόν, στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Η τιμή κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος θα καθορίζεται υποχρεωτικά από την Υπηρεσία, τουλάχιστον τρεις φορές το χρόνο.»

Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 13 του ν. 3408/2005 (ΦΕΚ 272 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής: «Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν υποχρέωση να παρέχουν στην αρμόδια υπηρεσία στοιχεία και πληροφορίες που ζητούνται, εκτός από την τιμή του προϊόντος τους, προκειμένου αυτή να καθορίσει την αρχική τιμή κάθε φαρμακευτικού προϊόντος και την αναπροσαρμογή της τιμής του ήδη κυκλοφορούντος φαρμακευτικού προϊόντος. Όποιες επιχειρήσεις αποκρύπτουν ή αρνούνται να παράσχουν ή παρέχουν ανακριβή ή αναληθή στοιχεία και πληροφορίες τιμωρούνται με πρόστιμο ίσο με το δεκαπλάσιο της διαφοράς μεταξύ της τιμής που προκύπτει από τα στοιχεία που υποβάλλει η φαρμακευτική εταιρεία και της τιμής που καθορίζεται από την υπηρεσία, επί την πωληθείσα ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος και για όσο διάστημα ίσχυσε η εγκριθείσα τιμή» (ΦΕΚ 53/Α/2010 Άρθρο 14)

Η σύγχρονη πραγματικότητα προδίδει ότι οι ασθενείς-καταναλωτές φαρμακευτικών προϊόντων πληρώνουν σήμερα, πολύ πιο ακριβά τα φάρμακά τους, ενίοτε και 100% πάνω σε σχέση με το παρελθόν. Το γεγονός αυτό δεν οφείλεται μόνο στην κλασική έννοια της αύξησης της αξίας των σκευασμάτων, αλλά και στην διαφοροποίηση της συμμετοχής που καλούνται να καταβάλουν οι ασφαλισμένοι. Σε κάθε περίπτωση το ποσό που πληρώνουν οι πελάτες σήμερα είναι αισθητά υψηλότερο σε σχέση με το παρελθόν. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα που δίνουν και οι φαρμακοποιοί: συνταγή φαρμάκων, για την οποία ο ασφαλισμένος, τον Μάρτιο του 2014, πλήρωνε 6,93 ευρώ και ένα μήνα μετά, τον Απρίλιο του 2014, για την ίδια συνταγή κατέβαλε 26,45 ευρώ. Επισήμως πάντως με βάση έρευνα του Κυριάκου Σουλιώτη, Επίκουρου Καθηγητή Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, η ιδιωτική δαπάνη των Ελλήνων για φάρμακα είναι πια διπλή. Και αυτό επειδή σύμφωνα με τις καταγραφές από 12,8% που ήταν ο μέσο όρος συμμετοχής για τον Ιανουάριο του 2012, μετατράπηκε σε 24,4% τον Δεκέμβριο του 2013 (Ευθυμιάδου, 2014).

2.8 Διανομή

Οι καταναλωτές επιθυμούν να βρίσκουν τα φαρμακευτικά προϊόντα όταν και όπου τα χρειάζονται, στις ποσότητες που χρειάζονται, σε χώρους ευχάριστους και με άριστη εξυπηρέτηση πριν και μετά την πώληση. Για να μπορέσει μια φαρμακοβιομηχανία να ανταποκριθεί στις παραπάνω απαιτήσεις του καταναλωτικού κοινού, πρέπει να πάρει μια σειρά από αποφάσεις που αφορούν στην επιλογή της στρατηγικής διανομής (π.χ. στρατηγική εντατικής διανομής φαρμάκων, στρατηγική επιλεκτικής διανομής ή στρατηγική αποκλειστικής διανομής σε φαρμακεία), της μεθόδου διανομής (άμεση ή έμμεση διανομή) και των καναλιών διανομής (φαρμακεία και φαρμακαποθήκες, νοσοκομεία, ΕΟΠΠΥ).²¹

Δεν αρκεί μόνο η σωστή προώθηση από την εταιρεία για τα φαρμακευτικά προϊόντα, ούτε να γνωρίζει την ύπαρξή τους ο γιατρός, εάν τα κανάλια διανομής είναι περιορισμένα. Χρειάζεται δηλαδή να υπάρχει ικανοποιητική κάλυψη τις αγορές από την εταιρεία (Khan et al. 2013). Οπότε, ένας ιατρός στην επαρχία, ακόμα και αν γνωρίζει καλά για το φάρμακο, δεν θα το συνταγογραφήσει εάν τα φαρμακεία του χωριού δεν έχουν το φάρμακο αυτό. Είναι γεγονός, δηλαδή, ότι τα τελευταία χρόνια οι ελλείψεις σημαντικών σκευασμάτων εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε πολλά φαρμακεία της χώρας, και ιδίως στα επαρχιακά²².

Για κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που ασχολείται με διανομή/εισαγωγή/διακίνησή τους ισχύει η ΔΥ8δ/ΓΠοικ/1348 ΦΕΚ 32/16/1/04 «Οδηγίες Ορθής Πρακτικής Διανομής Ι/Π» για προϊόντα που έχουν επισήμανση CE από ευρωπαϊκό κοινοτικό οργανισμό:

- Απαιτείται πιστοποιητικό/βεβαίωση κοινοτικό οργανισμό για την διανομή Ι/Π, η οποία κοινοποιείται στον ΕΟΦ (από τον οργανισμό)
- Καταβάλλεται τέλος ετοιμότητας, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Αρ. 48 Ν. 3370/ΦΕΚ 176/11-7-05 (πληροφορίες στην οικον. υπηρεσία του ΕΟΦ)

Απαιτείται λοιπόν κατάλληλη διανομή, η οποία ορίζεται ως αυτή που μεταφέροντας το προϊόν, το προσφέρει σε τέτοια απόσταση από την αγορά στόχο, που να δέχεται ο καταναλωτής-ασθενής να υποστεί τον κόπο και το κόστος της μετακινήσεως, προκειμένου να αγοράσει το σκεύασμα. Το εν λόγω μίγμα αναφέρεται στην τοποθεσία η οποία περιλαμβάνει πρωτίστως την γεωγραφική κάλυψη και τη φυσική διανομή. Επιπρόσθετα αφορά τους

²¹ Εγκύκλιος με θέμα 'Διευκρινίσεις για την Πληροφόρηση και Διαφήμιση Φαρμάκων', Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Αρ.Πρωτ. 38280, 2 Ιουνίου 2008

²² Προσωπικές προφορικές συνεντεύξεις σε 20 φαρμακοποιούς της χώρας, των νομών Καρδίτσας, Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Τρικάλων, Λάρισας και Μαγνησίας.

διαύλους, τους τύπους, τις ποσότητες και την κατανομή των λειτουργιών του φαρμακευτικού μάρκετινγκ. Κάτι που εντάσσεται στο μίγμα αυτό και συνήθως παραβλέπεται είναι η εγγύηση και η εξυπηρέτηση μετά τη πώληση, από τους ειδικούς υγείας.

2.9 Διαφήμιση- Προώθηση

Σύμφωνα με το Άρθρο 106 (ΦΕΚ 59/Β/2006 και ΦΕΚ 2198/Β/2009), ως «διαφήμιση των φαρμάκων» νοείται οποιαδήποτε μορφή παροχής πληροφοριών από πόρτα σε πόρτα, η προσέλκυση πελατείας ή παροχή κινήτρων που αποσκοπεί στην προώθηση της συνταγογράφησης, της προμήθειας, της πώλησης ή της κατανάλωσης φαρμάκων. Περιλαμβάνει ιδίως: τη διαφήμιση των φαρμάκων που απευθύνεται στο κοινό, τη διαφήμιση των φαρμάκων που απευθύνεται στα άτομα που είναι εξουσιοδοτημένα να χορηγούν συνταγές ή να προμηθεύουν τα φάρμακα, την επίσκεψη ιατρικών επισκεπτών σε άτομα που είναι εξουσιοδοτημένα να χορηγούν συνταγές, την προμήθεια δειγμάτων, την προτροπή για προμήθεια φαρμάκων ή για συνταγογράφησή τους μέσω της παροχής, της προσφοράς ή της υπόσχεσης πλεονεκτημάτων ή δώρων, χρηματικών ή σε είδος, εκτός αν η πραγματική αξία τους είναι ελάχιστη, τη χορηγία συναντήσεων εμπορικής προώθησης στις οποίες παρίστανται άτομα εξουσιοδοτημένα να διαθέτουν φάρμακα ή να χορηγούν τις σχετικές συνταγές, τη χορηγία επιστημονικών συνεδρίων στα οποία συμμετέχουν πρόσωπα τα οποία είναι εξουσιοδοτημένα να χορηγούν συνταγές ή να προμηθεύουν φάρμακα, ιδίως δε την κάλυψη των εξόδων ταξιδιού και διαμονής των συμμετεχόντων.

Δεν απαγορεύεται νομικά η αλληλογραφία, συνοδευόμενη, ενδεχομένως, από κάθε άλλο μη διαφημιστικό έγγραφο, που απαιτείται για να απαντηθούν συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με κάποιο συγκεκριμένο φάρμακο, οι συγκεκριμένες πληροφορίες και τα σχετικά έγγραφα που αφορούν, για παράδειγμα, τις αλλαγές συσκευασίας, τις προειδοποιήσεις σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες στο πλαίσιο των γενικών προφυλάξεων για τα φάρμακα, καθώς και τους καταλόγους πώλησης και τους καταλόγους τιμών, εφόσον δεν περιέχουν καμία πληροφορία σχετικά με το φάρμακο, οι πληροφορίες σχετικά με την ανθρώπινη υγεία ή ασθένειες, εφόσον δεν γίνεται ούτε καν έμμεση αναφορά στα φάρμακα (Άρθρο 107 παρ. 1 ΦΕΚ 59/Β/2006 και ΦΕΚ 2198/Β/2009).

Ο Ε.Ο.Φ. απαγορεύει κάθε διαφήμιση φαρμάκου για το οποίο δεν έχει χορηγηθεί άδεια κυκλοφορίας σύμφωνα την παρούσα Υπουργική απόφαση ή τον υπ' αριθμ. ΕΚ/19726/2004 Κανονισμό. Όλα τα στοιχεία της διαφήμισης ενός φαρμάκου πρέπει να

ανταποκρίνονται στις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην περίληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος.

Η διαφήμιση ενός φαρμάκου χρειάζεται να προάγει την ορθολογική χρήση του φαρμάκου, παρουσιάζοντάς το με τρόπο αντικειμενικό, και χωρίς να υπερβάλλονται οι ιδιότητές του, αλλά ούτε να είναι παραπλανητική. Αντικείμενο διαφήμισης όμως μπορούν να αποτελέσουν τα φάρμακα τα οποία, λόγω της σύνθεσης και του σκοπού τους, προορίζονται και σχεδιάστηκαν για να χρησιμοποιούνται χωρίς την παρέμβαση ιατρού για τη διάγνωση, ή την θεραπευτική αγωγή ή, σε περίπτωση ανάγκης με τη συμβουλή του φαρμακοποιού. Ο Ε.Ο.Φ. όμως δύναται να απαγορεύει την απευθυνόμενη στο κοινό διαφήμιση φαρμάκων που καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τις εκστρατείες εμβολιασμού που διενεργούνται από τη βιομηχανία και έχουν εγκριθεί από τον οργανισμό.

Απαγορεύεται απολύτως η άμεση διάθεση φαρμάκων στο κοινό για λόγους προώθησής τους από τις φαρμακοβιομηχανίες. Είναι δυνατόν ωστόσο ο Ε.Ο.Φ. να επιτρέπει τη διανομή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, για άλλους σκοπούς που συνδέονται αποκλειστικά με την προστασία της δημόσιας υγείας.

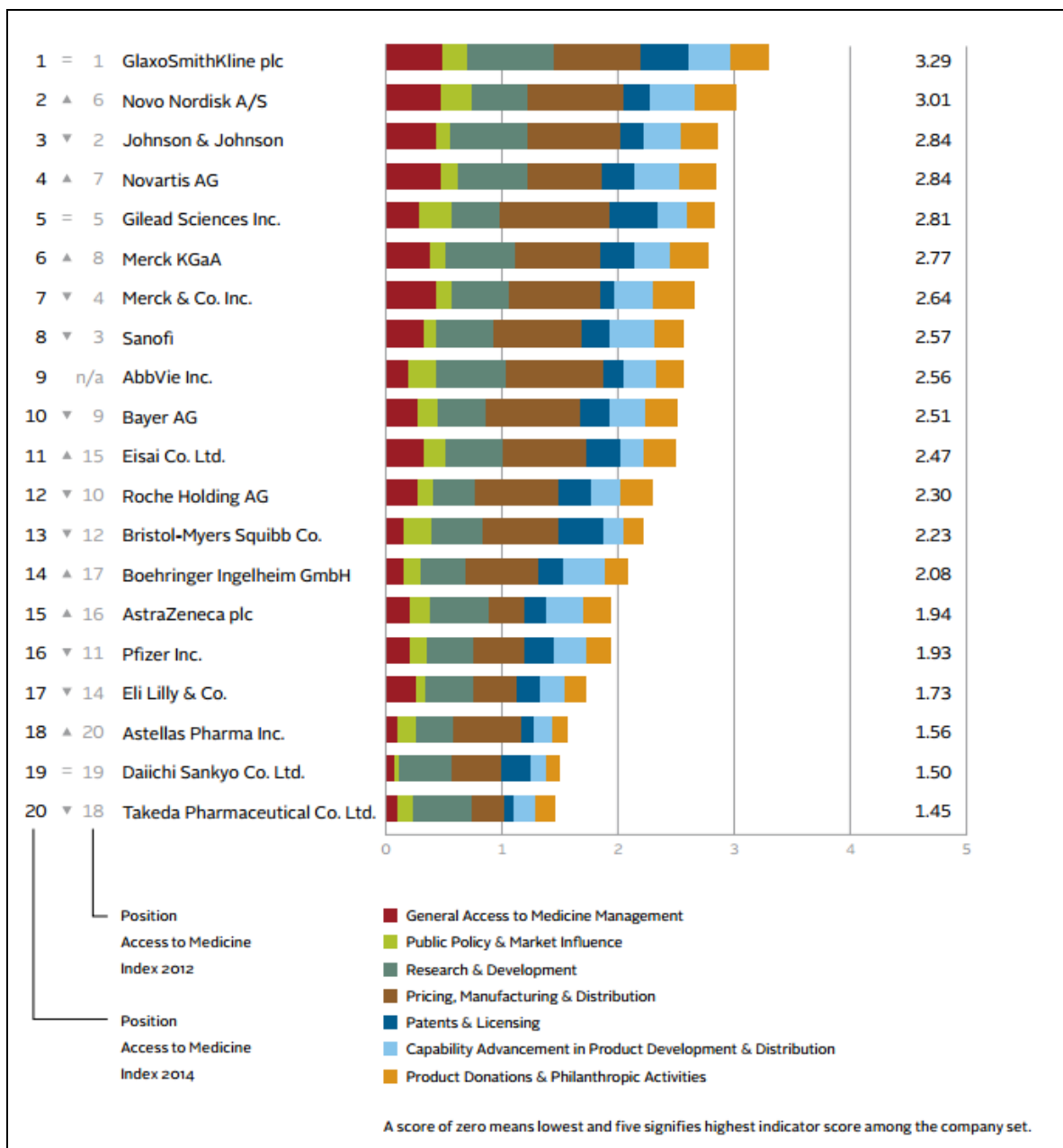
Σύμφωνα με το Άρθρο 110 (ΦΕΚ 59/Β/2006 και ΦΕΚ 2198/Β/2009) η διαφήμιση φαρμάκου η οποία απευθύνεται στο κοινό δεν μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε στοιχείο το οποίο: α) εμφανίζει ως περιττή την επίσκεψη σε ιατρό ή τη χειρουργική επέμβαση, ιδίως παρέχοντας διάγνωση ή συνιστώντας θεραπεία δια αλληλογραφίας, β) υπαινίσσεται ότι η επίδραση του φαρμάκου είναι εγγυημένη, δεν συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες ή είναι καλύτερο ή ισοδύναμο με άλλη θεραπεία ή φάρμακα, γ) υπαινίσσεται ότι η υγεία του ατόμου μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση του φαρμάκου, δ) υπαινίσσεται ότι η υγεία του ατόμου μπορεί να υποστεί βλάβη αν δεν χρησιμοποιήσει το φάρμακο, ε) απευθύνεται κατ' αποκλειστικότητα ή κατά κύριο λόγο στα παιδιά, στ) αναφέρεται σε σύσταση επιστημόνων, ατόμων ασχολούμενων επαγγελματικά με την υγεία ή άλλων διασήμων ατόμων που, αν και δεν είναι ούτε επιστήμονες ούτε επαγγελματίες ασχολούμενοι με την υγεία, μπορούν, λόγω φήμης, να προωθήσουν την κατανάλωση φαρμάκων, ζ) εξομοιώνει το φάρμακο με είδος διατροφής, με καλλυντικό ή άλλο καταναλωτικό προϊόν, η) υπαινίσσεται ότι η ασφάλεια ή η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου οφείλεται στο γεγονός, ότι πρόκειται για φυσικό προϊόν, θ) θα μπορούσε, περιγράφοντας ή αναπαριστώντας λεπτομερώς τα συμπτώματα μιας μεμονωμένης περίπτωσης, να προκαλέσει λανθασμένη αυτοδιάγνωση, ι) αναφέρεται, με υπερβολικά ανησυχητικό ή παραπλανητικό τρόπο, σε διαβεβαιώσεις σχετικές με την επίτευξη ίασης, ια) χρησιμοποιεί, με υπερβολικά ανησυχητικό ή παραπλανητικό τρόπο, οπτικές

αναπαραστάσεις των αλλοιώσεων του ανθρώπινου σώματος που οφείλονται σε ασθένειες ή τρώσεις, ή τη δράση του φαρμάκου στο ανθρώπινο σώμα ή σε μέρη του.

Επιπλέον το Άρθρο 113 παράγραφος 1 (ΦΕΚ 59/Β/2006 και ΦΕΚ 2198/Β/2009) αναφέρει ότι οι ιατρικοί επισκέπτες απαιτείται να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι από την εταιρεία που τους απασχολεί και να έχουν ικανοποιητικές επιστημονικές γνώσεις ώστε να παρέχουν ακριβείς και, κατά το δυνατόν, πλήρεις πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα που παρουσιάζουν. Κατά τη διάρκεια κάθε επίσκεψης, οι ιατρικοί επισκέπτες οφείλουν να επιδίδουν στο επισκεπτόμενο πρόσωπο ή να έχουν στη διάθεσή του για κάθε φάρμακο που παρουσιάζουν, την περίληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος και τις πληροφορίες για την τιμή και τις προϋποθέσεις επιστροφής του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στο Άρθρο 114 παράγραφος 1 (ΦΕΚ 59/Β/2006 και ΦΕΚ 2198/Β/2009) και στα πλαίσια της προώθησης των πωλήσεων φαρμάκων σε πρόσωπα που είναι εξουσιοδοτημένα να συνταγογραφούν ή να προμηθεύουν τα φάρμακα, απαγορεύεται η παροχή, προσφορά ή υπόσχεση στα εν λόγω πρόσωπα δώρου, χρηματικού ωφελήματος ή ωφελήματος εις είδος εκτός από τα είδη αμελητέας αξίας που έχουν σχέση με το επάγγελμα του ιατρού ή φαρμακοποιού. Η φιλοξενία, στα πλαίσια εκδηλώσεων για την προώθηση των πωλήσεων, περιορίζεται πάντοτε αυστηρά στον κύριο στόχο της εκδήλωσης και δεν πρέπει να επεκτείνεται σε άλλα πρόσωπα πέραν των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

Επιλογικά παραθέεται η παγκόσμια κατάταξη των φαρμακοβιομηχανιών κατά ΑΤΜΙ που φαίνεται στην εικόνα 3 (The Access to Medicine Index, 2014).



Εικόνα 3. Η παγκόσμια κατάταξη των φαρμακοβιομηχανιών

Σχολιάζοντας τα θεωρητικά στοιχεία, η επικεφαλής της έρευνας του ATMI, Jayasree K. Iyer, δήλωσε ότι “οι εταιρίες που έχουν τη μεγαλύτερη παρουσία στην αγορά δεν βρίσκονται απαραίτητα στην κορυφή του δείκτη. Παρατηρήθηκε ότι τέσσερις εταιρίες σήμερα παράγουν το 50% όλων των σχετικών προϊόντων. Όλα αυτά ωστόσο είναι διάσπαρτα ανά τον δείκτη. Αυτό σημαίνει ότι ο παράγοντας που καθορίζει το που κατατάσσονται οι εταιρίες, έχει λιγότερο να κάνει με το πόσα σχετικά προϊόντα διαθέτουν και περισσότερο με το τι κάνουν με τα προϊόντα και την τεχνογνωσία τους” (The Access to Medicine Index, 2014. Joseph et al. 2008).

2.10 Προβλέψεις για τη φαρμακευτική αγορά ανά γεωγραφική περιοχή, έως το 2016.

Σε μια βραχυπρόθεσμη πρόβλεψη, σύμφωνα με την IMS (2012) η παγκόσμια φαρμακευτική αγορά αναμένεται να αυξηθεί κατά 70 δισεκατομμύρια δολάρια το 2016 έναντι του 2011. Το παραπάνω γεγονός θα οφείλεται κυρίως στην αύξηση του όγκου των πωλήσεων στις αναδυόμενες αγορές και λιγότερο στην αύξηση των δαπανών στις αναπτυγμένες χώρες. Οι κυριότεροι παράγοντες που θα συντελέσουν σε αυτό είναι: η αύξηση των εισοδημάτων, η βελτίωση των μακροοικονομικών δεδομένων αυτών των χωρών, καθώς και συγκεκριμένες κυβερνητικές επιλογές που θα επιτρέπουν την ευκολότερη πρόσβαση στα φάρμακα.

Οι αναπτυγμένες αγορές θα παρουσιάσουν μικρή ανάπτυξη λόγω της λήξεως των πατεντών, που έχουν κατοχυρώσει, αλλά και λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Η λήξη της πατέντας ειδικά κάποιων φαρμάκων “blockbuster” (εξαιρετικά εμπορικών) όπως για παράδειγμα το Lipitor, αναμένεται να φέρουν μείωση στις πωλήσεις κάποιων πρωτοτύπων φαρμάκων παγκοσμίως (IMS, 2012). Βέβαια αναμένονται νέα φάρμακα στα επόμενα χρόνια, που όμως θα χρειαστούν ένα εύλογο χρονικό διάστημα για να φθάσουν στο μέγιστο της εμπορικής τους απόδοσης.

Πιο συγκεκριμένα η Αμερικανική αγορά, φαίνεται να ανακάμπτει ελαφρώς, όμως εκτιμάται ότι η ανάπτυξη γενικά θα παραμείνει σε χαμηλά επίπεδα έως το 2016 και υπολογίζεται να κυμανθεί 1-4%. Γενικά είναι αναμενόμενο ότι λόγω της λήξης 25 ετών πατεντών αρκετών φαρμάκων, θα εισέλθουν στην αγορά γενόσημα φάρμακα που θα κρατήσουν τους ρυθμούς ανάπτυξης της συγκεκριμένης αγοράς χαμηλά.

Στην Ευρώπη η αγορά προβλέπεται να κινηθεί με ρυθμούς από -1% έως 2% μέχρι το 2016 και σίγουρα με ρυθμούς αρκετά μικρότερους από τους ρυθμούς της προηγούμενης πενταετίας 2007-2011 όπου κατά μέσο όρο οι ρυθμοί αυτοί κυμάνθηκαν στο 3,8%. Η παγκόσμια οικονομική κρίση που μετατρέπεται σε κρίση χρέους για πολλές χώρες, με προεξάρχουσες τις χώρες του Νότου, θα συνεχίσει να πιέζει τις κυβερνήσεις προς την κατεύθυνση λήψης μέτρων λιτότητας στο τομέα της δαπάνης υγείας καθώς και για μείωση στις φαρμακευτικές δαπάνες. Θεωρείται εξαιρετικά πιθανό ότι θα δίνονται μεγαλύτερα κίνητρα για τη χρήση των γενόσημων έναντι των πρωτοτύπων (γεγονός που παρατηρείται από φέτος), ενώ επίσης αναμένεται και η μεγαλύτερη αύξηση της συμμετοχής των ασθενών

στην αποπληρωμή των φαρμάκων τους (Vandoros and Stargardt, 2013). Έτσι οι προοπτικές ανάπτυξης της φαρμακευτικής αγοράς στην Ευρώπη γενικά κρίνονται στάσιμες.

Όσο δε για την Ιαπωνική αγορά, μέχρι το 2016 προβλέπεται να υπάρχει μια μικρή άνοδος που θα κυμανθεί μεταξύ του 1% και του 4%. Οι μεταρρυθμίσεις που ξεκίνησαν το 2010 θα συνεχιστούν, με κύρια χαρακτηριστικά την υιοθέτηση των νέων φαρμάκων, αλλά και την ενθάρρυνση της χρήσης των γενόσημων έναντι των πρωτοτύπων για φάρμακα στα οποία έχει λήξει η πατέντα τους (off-patent drugs). Στη συγκεκριμένη αγορά θα έχουμε και ένα ενδιαφέρον δημογραφικό στοιχείο, παρότι αναμένεται μείωση του γενικού πληθυσμού της χώρας, ταυτόχρονα θα έχουμε αύξηση του πληθυσμού που θα περάσει στο στάδιο της γήρανσης με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για φάρμακα (Vandoros and Stargardt, 2013).

Σε κάθε περίπτωση, το φαρμακευτικό μάρκετινγκ επιβάλλεται να επανεξετάσει όλο το φάσμα των παραγόντων που διαμορφώνουν την συνταγογράφηση των γιατρών και την σημαντικότητα του καθένα ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη τις αξίες, τις προτεραιότητες, τα συναισθήματα και τις αρχές της ιατρικής κοινότητας, σε συνδυασμό με τις ανάγκες των ασθενών. Η προσοχή των στελεχών θα πρέπει να στραφεί στην κοινωνία και τον άνθρωπο, αλλά και στα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει από την χρήση των σκευασμάτων, αντί η φαρμακοβιομηχανία να αναλώνεται και να εστιάζεται συνεχώς στην παρουσίαση των χαρακτηριστικών των φαρμάκων της. Στην κατεύθυνση αυτή, θα βοηθήσει η γνώση και η εφαρμογή του νομικού πλαισίου στο οποίο εντάσσονται οι φαρμακοβιομηχανίες, τα φαρμακεία, οι γιατροί και τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών, το οποίο παρουσιάζεται στην συνέχεια για κάθε χώρα (Ελλάδα-Γαλλία-Βουλγαρία) ξεχωριστά.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΓΑΛΛΙΑΣ - ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει λόγος για το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στον φαρμακευτικό χώρο και την περίθαλψη. Θα παρουσιαστεί μια πανευρωπαϊκή εικόνα των φαρμακείων και έπειτα θα αναλυθεί η νομοθεσία κάθε χώρας ξεχωριστά (μεταξύ Ελλάδας, Γαλλίας, Βουλγαρίας). Έτσι θα γίνει πιο εύκολα αντιληπτή η διαφοροποίηση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας, της Γαλλίας και της Βουλγαρίας.

Ευρώπη

Σε ευρύτερο πλαίσιο, περίπου τέσσερα διαφορετικά συστήματα φαρμακείων μπορεί να αναγνωρίσει κανείς παγκοσμίως. Ο σκανδιναβικός τύπος φαρμακείων αφορά μεγάλα φαρμακεία, που εξυπηρετούν 10.000-18.000 ανθρώπους και επικεντρώνονται κυρίως στις πωλήσεις φάρμακων. Στην Νότια Ευρώπη, στη Γαλλία και το Βέλγιο υπάρχουν πολύ μικρά φαρμακεία που εξυπηρετούν περίπου 2.000-2.500 πελάτες και πωλούν εκτός των φαρμάκων, και παραφαρμακευτικά και καλλυντικά προϊόντα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, βρίσκονται τα αγγλοσαξονικού τύπου φαρμακεία (που μοιάζουν με αυτά των Ηνωμένων Πολιτειών [US] και της Αυστραλίας), τα οποία πωλούν επιπρόσθετα και πολλά μη-ιατρικά είδη και εξυπηρετούν περίπου 3.500 άτομα (έκαστο). Τέλος, υπάρχουν τα φαρμακεία στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (Γερμανία, Ελβετία, Αυστρία και ανατολικά), που επικεντρώνονται στις πωλήσεις όλων των ειδών υγειονομικής περίθαλψης και εξυπηρετούν 3.000-5.000 άτομα. Στην Ευρώπη, η έννοια του φαρμακείου σαν κατάστημα φαρμάκων και μόνο, είναι ελάχιστα γνωστή, εκτός από τη Μεγάλη Βρετανία (Grund and Vartdal, 2000. Hepler and Strand, 1990).

3.1. Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα σύνθετο σύστημα. Τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων είναι το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Α.Ε.Ε. και ο Ο.Π.Α.Δ. που έχουν συνενωθεί σε ένα ενιαίο, τον Ε.Ο.Π.Π.Υ και από το 2014 το Π.Ε.Δ.Υ (ΦΕΚ 38/Α/2014)²³. Οι

²³ ΠΕΔΥ: είναι το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, το οποίο τέθηκε σε λειτουργία τον Απρίλιο του 2014 και παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.

ασφαλισμένοι που ήταν καταχωρημένοι σε κάθε οργανισμό ανάλογα με την απασχόλησή τους και το υπόλοιπο του πληθυσμού (ΙΚΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ, ΟΓΑ, ΤΕΠΑΣΑ, ΕΤΥΑΠ/ΔΕΗ, ΤΑΠΑΕ ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, ΗΣΑΠ, ΗΛΠΑΠ, ΟΤΕ, ΕΤΑΑ ΤΑΥΤΕΚΩ), είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι στο ενιαίο σύστημα. Όσοι όμως είναι ανασφάλιστοι έχουν το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στα δημόσια νοσοκομεία. Όλοι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί της χώρας καλύπτουν τη νοσοκομειακή φροντίδα, την κύρια ιατρική φροντίδα, διαγνωστικές υπηρεσίες και φαρμακευτική φροντίδα.

Σχετικά με τα σκευάσματα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και σύμφωνα με τα στοιχεία της Φαρμέτρικα (2000), η Συνολική Δαπάνη Φαρμάκων στην Ελλάδα τα έτη 1996, 1997, 1998, 1999 και 2000 ανήλθε σε 473, 494,8, 440,1, 532 και 629,1 δις δραχμές αντίστοιχα. Ο κλάδος αποτελείται από ένα μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων με σημάδια εσωτερικού ανταγωνισμού, ο οποίος όμως δεν μπορεί να επηρεάσει τις τιμές των προϊόντων αφού αυτές καθορίζονται αγορανομικά. Επιπλέον, ο εσωτερικός ανταγωνισμός ενδυναμώνεται τόσο από την ύπαρξη εμποδίων εισόδου στην αγορά, όπως οι οικονομίες κλίμακας, το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης και οι πολύπλοκες διαδικασίες έγκρισης κυκλοφορίας και αποζημίωσης των προϊόντων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η δομή του ανταγωνισμού σε επίπεδο θεραπευτικής κατηγορίας όπου το προϊόν διαφοροποιείται. Λόγω της ιδιομορφίας του κλάδου ο βαθμός συγκέντρωσης είναι χαμηλός και άρα δεν υπάρχει καμία εταιρεία ή ομάδα εταιρειών που να διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στο σύνολο της αγοράς φαρμάκων. Αντίθετα, η διαφοροποίηση των προϊόντων διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ενδυνάμωση του υφιστάμενου ανταγωνισμού των φαρμακευτικών επιχειρήσεων σε επίπεδο θεραπευτικής κατηγορίας, διότι όταν τα προϊόντα παρουσιάζουν διαφορές αμβλύνονται οι ανταγωνιστικές πιέσεις στο σύνολο του κλάδου.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Α.Ν. 1846/51 (ΦΕΚ 179/Α/1-8-51) άρθρο 31 παρ.8 είναι δυνατόν να εισάγονται, να αποθηκεύονται και να χορηγούνται φάρμακα, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό. Για λόγους που εκτιμώνται από τον Πρόεδρο του, ο Οργανισμός (ΕΟΦ), μπορεί να ιδρύει δικά του φαρμακεία από τα οποία μπορούν να παρέχονται φάρμακα, λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα και ουσίες προς διάγνωση των νόσων αποκλειστικά στους ασφαλισμένους του. Για τη λειτουργία των φαρμακείων χρησιμοποιούνται αποκλειστικά φαρμακοποιοί και βοηθοί φαρμακείων. Οι φαρμακοποιοί χρειάζεται να διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και δεν επιτρέπεται να διατηρούν δικό τους φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργοστάσιο φαρμακευτικών προϊόντων ή να έχουν οποιαδήποτε σχέση εργασίας με τέτοια επιχείρηση.

Ο κλάδος του φαρμάκου και ο υγειονομικός τομέας γενικότερα παρουσιάζει ιδιαιτερότητες. Λόγω ατέλειας στην αγορά των φαρμακευτικών προϊόντων η ζήτηση δεν διαμορφώνεται από τον ασθενή (τελικό καταναλωτή), η πληροφορία ανάμεσα στο γιατρό και στον ασθενή είναι ασύμμετρη, ενώ η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος του φαρμάκου τον καθιστά τις περισσότερες φορές μη ευαίσθητο ως προς την τιμή. Επομένως κυρίαρχο διαπραγματευτικό ρόλο στον κλάδο των φαρμάκων διαδραματίζουν οι γιατροί, ενώ ο ρόλος των φαρμακοποιών και των φαρμακαποθηκών είναι ενδιάμεσος και εκτελεστικός.

3.1.1 Φαρμακευτική περίθαλψη

Στην χώρα αυτή, επιδιώκεται λοιπόν να εξασφαλισθεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όπως αναφέρεται στο άρθρο 3 της εφημερίδας της κυβερνήσεως, σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας. Ειδικότερα με τον κανονισμό αυτό καθορίζονται οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης. Ως παροχή υγείας νοείται και η φαρμακευτική περίθαλψη.

Η φαρμακευτική περίθαλψη, σύμφωνα με το άρθρο 9, περιλαμβάνει τα αναγκαία φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας και της ικανότητας προς εργασία των ασθενών ή για ανακούφιση από τη νοσηρή τους κατάσταση, τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες, καθώς και λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα, δηλαδή σκευάσματα ειδικής διατροφής και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά.

Τα φάρμακα παρέχονται μόνο εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα, υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή ανεξάρτητα από την ονομασία και τη μορφή και περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α/26.01.2010). Για φάρμακα που περιέχονται στην αρνητική λίστα, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά, δεν καλύπτεται η δαπάνη. Κατ' εξαίρεση αναγνωρίζεται και καταβάλλεται η αξία ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα χορηγούνται βάσει ιατρικών συνταγών, που εκδίδονται από τους αρμόδιους ιατρούς και είτε καταχωρούνται και εκτελούνται ηλεκτρονικά κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α'/2010) «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», είτε

αναγράφονται αποκλειστικά στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο. Κάθε φάρμακο συνταγογραφείται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας (με τις εξαιρέσεις του Π.Δ.121/2008 - ΦΕΚ Α 183/3.9.2008, όπως ισχύει) βάσει των εγκεκριμένων ενδείξεων. Η συνταγή των φαρμάκων που συντάσσεται, θα πρέπει να εκτελεστεί εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών, αφού προηγουμένως έχει θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, εντός του ίδιου χρονικού διαστήματος. Ο γιατρός ελέγχει το βιβλιάριο υγείας και καταχωρεί τα χορηγούμενα φάρμακα.

Παράλληλα, για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, θεσπίστηκε διαδικασία τακτικής αξιολόγησης των πληροφοριών που λαμβάνονται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το φορέα καθώς και της λειτουργίας του συστήματος των τηλεφωνικών ραντεβού. Η αξιολόγηση γίνεται με κατάρτιση έκθεσης από τουλάχιστον τριμελή επιτροπή συγκροτούμενη κατά περίπτωση από τον Πρόεδρο του Φορέα, ιατρούς και φαρμακοποιούς, η οποία εξετάζεται από Επιτροπή Ελέγχου Στατιστικών Ιατρικών και Φαρμακευτικών δαπανών και εγκρίνεται από το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) με την υποστήριξη της ΗΔΙΚΑ²⁴ και της κεντρικής μονάδας επεξεργασίας συνταγών.^{25 26}

Επιπρόσθετα, για την αναγκαιότητα θεραπείας με φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα καθώς και με φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων, γνωματεύει επιτροπή αποτελούμενη από γιατρούς, φαρμακοποιούς και ειδικούς επιστήμονες στην οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας ή τα οικονομικά της υγείας του Φορέα ή

²⁴ Η Ανώνυμη Εταιρεία με την επωνυμία «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης» (Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε.), μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύθηκε με το Ν.3607/2007 (ΦΕΚ 245/Α/2007) και προέρχεται από το Ν.Π.Ι.Δ. με την επωνυμία «Κέντρο Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Κοινωνικών Υπηρεσιών (Κ.Η.Υ.Κ.Υ.), που είχε ιδρυθεί με το Ν.Δ 390/69 (ΦΕΚ 283/Α/1969). Αποστολή της Η.ΔΙ.ΚΑ Α.Ε είναι: «να παρέχει ολοκληρωμένες λύσεις υψηλής ποιότητας στον τομέα της πληροφορικής και επικοινωνιών, οι οποίες θα υποστηρίζουν την ορθή, πλήρη και αποτελεσματική λειτουργία των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης και παροχής υγείας σε βάθος χρόνου και την εξυπηρέτηση των πολιτών, μέσω της παροχής σύγχρονων ηλεκτρονικών υπηρεσιών και πληροφοριών».

Η αποστολή της Εταιρείας εκφράζεται με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, όπως: Η Ανάπτυξη και συντήρηση Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών Εθνικής Εμβέλειας στους τομείς της Κοινωνικής Ασφάλισης και της Υγείας με τη μέγιστη δυνατή αξιοποίηση πόρων του ΕΣΠΑ, ο Εκσυγχρονισμός, η τυποποίηση και επικαιροποίηση των εφαρμογών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλων Δημοσίων Φορέων, η Πρόοδος και ενδυνάμωση της Εταιρείας με τον εμπλουτισμό των δυνατοτήτων της και την εξέλιξη μιας νέας εταιρικής φυσιογνωμίας που θα τη χαρακτηρίζει ως «νησίδα πληροφόρησης / εκπαίδευσης / γνώσης ηλεκτρονικής διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας».

²⁵ <http://www.idika.gr/>

²⁶ Η έκθεση των ανωτέρω οργάνων αποτελεί επαρκές στοιχείο για την εισαγωγή του υπαίτιου σε πειθαρχική δίκη και εφόσον προκύπτει ζημία του Φορέα, για τον καταλογισμό αυτής σε βάρος του. Η ως άνω έκθεση δημοσιεύεται κατ' έτος και παρέχει στοιχεία για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, σχόλια και παρατηρήσεις για κάθε γιατρό, που εστιάζονται στη συνταγογραφική συμπεριφορά του αναφορικά με τα πιο δαπανηρά και ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα.

ιατρούς του ΕΣΥ. Τα φάρμακα αυτά παρέχονται μόνο από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα κρατικά νοσοκομεία.

Βαρύνουσα σημασία είναι το γενικό ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών οργανισμών στην αξία των φαρμάκων που ορίζεται στο 25%, σύμφωνα με το άρθρο 19 του ν. 1902/90 (ΦΕΚ Α'/138/90), όπως ισχύει. Επίσης προβλέπεται μειωμένη κατά 10% καθώς και μηδενική (0%) συμμετοχή στην αξία των χορηγούμενων φαρμάκων, στις περιπτώσεις, που καθορίζονται από τις διατάξεις των ν.1976/91, ν.2676/99 & ν.3518/06, όπως ισχύουν.

Στις συνταγές πρέπει να αναγράφονται μόνο οι ποσότητες φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για θεραπεία 1 μηνός το ανώτερο (ΠΔ 121/2008) και υποχρεωτικά η δοσολογία, ανεξάρτητα του αριθμού των εμβολαγίων, ενώ στις περιπτώσεις μειωμένης ή μηδενικής συμμετοχής αυτή πρέπει να αναγράφεται από το θεράποντα ιατρό και να βεβαιώνεται με υπογραφή και σφραγίδα του εκτός και εάν η συνταγή έχει καταχωρηθεί από τον ιατρό ηλεκτρονικά οπότε δεν απαιτείται υπογραφή και σφραγίδα στο ποσοστό συμμετοχής. Συνταγές με διορθώσεις δε γίνονται αποδεκτές από τις υπηρεσίες του Ταμείου, εκτός εάν υπάρχει επί των διορθώσεων υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού.

Η εκτέλεση της συνταγής γίνεται από τα συμβεβλημένα με τον Οργανισμό φαρμακεία, από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων. Η χορήγηση φαρμάκων από τα Φαρμακεία του Οργανισμού γίνεται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση.

Ο συμβεβλημένος φαρμακοποιός είναι υποχρεωμένος να συμμορφώνεται με τους όρους της σύμβασης, τις εκάστοτε σχετικές αποφάσεις, τις εγκυκλίους οδηγίες και τις αποφάσεις του Προέδρου του Φορέα για τον τόπο και χρόνο χορήγησης φαρμάκων και οφείλει να εκτελεί κάθε κανονικά εκδοθείσα και εμπρόθεσμα υποβληθείσα συνταγή, σύμφωνα προς τον παρόντα κανονισμό και τις γενικές διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης, όπως ισχύουν κάθε φορά.

Η εκτέλεση της συνταγής και η παραλαβή του φαρμάκου από το δικαιούχο βεβαιώνεται με την υπογραφή επί της συνταγής του φαρμακοποιού που την εκτέλεσε ή του υπευθύνου του φαρμακείου με τη σφραγίδα του φαρμακείου και την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής καθώς και με υπογραφή επί της συνταγής του παραλήπτη του φαρμάκου. Επί εκτέλεσης της συνταγής ηλεκτρονικά επισυνάπτεται και η συνταγή του γιατρού.

Το καταβλητέο από τον Οργανισμό ποσό στους φαρμακοποιούς προσδιορίζεται με βάση την εκάστοτε ισχύουσα κρατική διατίμηση χωρίς καμιά προσαύξηση και με γενική για όλες τις κατηγορίες των φαρμάκων έκπτωση υπέρ του Φορέα, σύμφωνα με το ν. 3918/2011

(Α΄,) “Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις”. Τα αρμόδια όργανα της ΥΠΕΔΥΦΚΑ²⁷, της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης και των Περιφερειακών υπηρεσιών μπορούν να διενεργούν ελέγχους για την τήρηση από τους γιατρούς και φαρμακοποιούς των διατάξεων του ισχύοντος κανονισμού, των αποφάσεων του Διοικητή, των σχετικών εγκυκλίων και της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Οι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό φαρμακοποιοί υποβάλλουν κάθε μήνα και εντός των πέντε πρώτων εργάσιμων ημερών του επόμενου μήνα, τους λογαριασμούς και τις συνταγές που έχουν εκτελέσει.

Ανεξαρτήτως του χρόνου ελέγχου και εκκαθάρισης του λογαριασμού καταβάλλεται στο φαρμακοποιό, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά από αφαίρεση των νόμιμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό του λογαριασμού, εντός 45 ημερών από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο από αυτό που αιτείται ο φαρμακοποιός και έχει εξοφλήσει ο Οργανισμός, η διαφορά παρακρατείται από οποιονδήποτε από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού, σε περίπτωση δε που δεν υποβληθεί νεότερος, η διαφορά αυτή αναζητείται κατά τις κείμενες διατάξεις για την αναγκαστική είσπραξη των καθυστερούμενων εισφορών του Οργανισμού.

Ο έλεγχος της τιμολόγησης των συνταγών και της τήρησης των διατυπώσεων περί έκδοσης και εκτέλεσης αυτών διενεργείται χειρόγραφα ή μηχανογραφικά επί του συνόλου των συνταγών του λογαριασμού ή επί δείγματος τούτων, αποτελούμενου τουλάχιστον εκ του ενός δέκατου του συνόλου των συνταγών. Η αρμόδια υπηρεσία συνοδεύει την εκκαθάριση κάθε λογαριασμού με σημείωμα των κυριότερων κατά τον έλεγχο παρατηρήσεών της, εφόσον υπάρχουν τέτοιες. Αν υπάρξει διαφωνία του φαρμακοποιού, που αφορά τον έλεγχο του λογαριασμού του οποίου έλαβε γνώση μπορεί εντός 15ημέρου από την κοινοποίηση σ’ αυτόν του σημειώματος των παρατηρήσεων, να υποβάλλει αίτηση αναθεώρησης ελέγχου του λογαριασμού του, στην οποία να εκθέτει τις τυχόν αντιρρήσεις του. Για την αίτηση αυτή και ύστερα από αιτιολογημένη έκθεση του Προϊσταμένου της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας, αποφαινεται οριστικώς η αρμόδια επιτροπή, όπου τούτο προβλέπεται.

Όσο για τους φαρμακοποιούς που παραβαίνουν τις διατάξεις του Κανονισμού και τη Φαρμακευτική Νομοθεσία κατά την εκτέλεση συνταγών του Φορέα επιβάλλονται οι προβλεπόμενες από τις ισχύουσες διατάξεις κυρώσεις. Επίσης, στους ασφαλισμένους που παραβαίνουν τις υποχρεώσεις έναντι του Οργανισμού που έχουν καθορισθεί με Π.Δ.

²⁷ ΥΠΕΔΥΦΚΑ - Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης

191/27.9.05 επιβάλλονται από το αρμόδιο όργανο του ασφαλιστικού φορέα, οι προβλεπόμενες από το ίδιο Διάταγμα, κυρώσεις.

3.1.2 Αποκλίσεις-Παρατυπίες

Στο προαναφερθέν νομικό πλαίσιο του χώρου, εμφανίζονται εδώ και χρόνια κάποιες παρατυπίες που αφορούν την υπερσυνταγογράφηση, την προκλητή ζήτηση και την κατευθυνόμενη εκτέλεση συνταγών ή παραπεμπτικών παρακλινικών εξετάσεων. Αποτελούν πράξεις αξιόποινες, όταν και αν ανακαλυφθεί η μορφή τους και ο ορισμός τους δίνεται στην συνέχεια.

Ως «υπερσυνταγογράφηση» νοείται η συνταγογράφηση μεγαλύτερης ποσότητας φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων από αυτή που απαιτείται για την κάλυψη και θεραπεία ορισμένου χρόνου, σύμφωνα με τη δοσολογία που αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τη συγκεκριμένη πάθηση ή η χορήγηση θεραπείας, μη εναρμονισμένης με τα εκάστοτε ισχύοντα θεραπευτικά πρωτόκολλα, καθώς και η αναγραφή περισσότερων παρακλητικών εξετάσεων από αυτές που απαιτούνται στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας βάσει των διαγνωστικών πρωτοκόλλων από γιατρό ειδικότητας.

Ως «προκλητή ζήτηση», τόσο για τη χορήγηση φαρμάκων όσο και την αναγραφή παραπεμπτικών παρακλητικών εξετάσεων, νοείται η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες, π.χ. συνταγογράφηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, των οποίων η θεραπευτική δράση δεν έχει επιστημονικά τεκμηριωθεί, θεραπεία που θεωρείται πειραματική, ή συνταγογράφηση κατ' απαίτηση του ασθενούς. Ως «κατευθυνόμενη συνταγογράφηση», νοείται η αναγραφή φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων συγκεκριμένου παραγωγού, ή η αναγραφή πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων.

Ως «κατευθυνόμενη εκτέλεση συνταγών ή παραπεμπτικών παρακλινικών εξετάσεων», νοείται η καθ' οιονδήποτε τρόπο υπόδειξη στους ασθενείς – ασφαλισμένους από τους παρόχους υγείας για εκτέλεση των συνταγών ή παραπεμπτικών, σε συγκεκριμένα φαρμακεία ή συμβεβλημένους παρόχους πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως «παράβαση όρων σύμβασης», νοείται κάθε ενέργεια παρόχου υγείας με την οποία παραβιάζεται όρος της συναφθείσας με το φορέα σύμβασης.

3.1.3 Παρεμβάσεις και μέτρα πολιτικής ανάπτυξης στους τομείς Υγείας – Φαρμάκου.

Για την αποτροπή των ανωτέρω φαινομένων του κλάδου αυτού της Υγείας και την εξυγίανση του συστήματος καθολικά, προτάθηκαν νομικά μέτρα και σχετική νομοθεσία η οποία και εφαρμόζεται. Αναφορικά με τα φάρμακα και προκειμένου να επιτευχθεί ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, ο Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2011) προβλέπει μια σειρά ουσιαστικών και προς τη σωστή κατεύθυνση παρεμβάσεων, όπως: η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα δημόσια νοσοκομεία, στο ύψος της διαφοράς της τιμής κοινωνικής ασφάλισης από την τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών, η αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, η δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρείας, η προμήθεια των φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή, για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και για τα ΝΠΔΔ²⁸ που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης κατά το ένα τρίτο του ισχύοντος ποσοστού, δηλαδή από 7,8% σε 5,4%, η μεταφορά του Τμήματος τιμών φαρμάκων και της Επιτροπής τιμών φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η μεταφορά των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας που αφορούν θέματα φαρμακευτικής πολιτικής στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στον τομέα του φαρμάκου, γίνεται προσπάθεια ενδυνάμωσης της αγοράς των γενόσημων (αντίγραφων) φαρμάκων και προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου. Ένα επιπρόσθετο μέτρο για τα φάρμακα είναι η κατάρτιση, με το Ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α/2010), θετικής λίστας φαρμάκων, σύμφωνα με την οποία το δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται στην εν λόγω λίστα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, η οποία αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης των

²⁸ Νομικό πρόσωπο χαρακτηρίζεται μια ένωση φυσικών προσώπων ή ομάδα παρουσίας που έχει αυτοτελώς ικανότητα Δικαίου, είναι δηλαδή υποκείμενο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

θεραπευτικών προϊόντων ολόκληρης της θεραπευτικής κατηγορίας. Το μέτρο αυτό συνέβαλε στη μείωση των τιμών των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονταν.

Εκτός όμως της θετικής λίστας, από τον Απρίλιο του 2011 (Απόφαση Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.32294, ΦΕΚ 559/Β/8/5/2011) έχει καταρτιστεί και αρνητική λίστα φαρμάκων, η οποία περιέχει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Φάρμακα που εντάσσονται στην αρνητική λίστα είναι όσα ανήκουν στον σύγχρονο τρόπο ζωής, έχουν εγκριθεί ως πιθανώς ή δυνητικώς αποτελεσματικά, δεν αποζημιώνονται από άλλες χώρες της Ευρώπης, από τη διεθνή βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνεται πλήρως η αποτελεσματικότητά τους και πρόκειται για συνδυασμούς δραστικών ουσιών για ενδείξεις για τις οποίες είναι ασφαλέστερη η χωριστή τους χορήγηση. Η χρήση της αρνητικής λίστας μπορεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη με τον όρο, όμως, ότι δεν θα αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχονται στη θετική λίστα (Οικονόμου, 2012. ΦΕΚ 3054/Β/2012).

3.1.4 Παρεμβάσεις και μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής στους τομείς Υγείας – Φαρμάκου.

Οι τομείς της Υγείας και του Φαρμάκου κλήθηκαν να συνεισφέρουν τα μέγιστα στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας. Από ένα πλήθος μέτρων που στόχευαν στη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας, όπως οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων και η προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυτά που αφορούσαν τον τομέα του φαρμάκου υλοποιήθηκαν σχετικά γρήγορα. Έτσι, οι παρεμβάσεις και οι νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν από το 2010 και μετά, μετέβαλαν δραστικά τα δεδομένα στη λειτουργία της αγοράς φαρμάκου και ευρύτερα του τομέα υγείας. Οι βασικοί άξονες πολιτικής περιελάμβαναν τα εξής: νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενόσημων, μείωση κέρδους χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών, έκπτωση φαρμακοποιών, έκπτωση φαρμακευτικών εταιρειών, μείωση ΦΠΑ, μεταφορά νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξη τους στο ΕΣΥ.

Το 2011 ψηφίστηκαν οι Νόμοι 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) και 4025 (ΦΕΚ 228/Α/2011), οι οποίοι προέβλεπαν αλλαγές στα ποσοστά κέρδους των χονδρεμπόρων και διεύρυνση της λίστας των φαρμάκων σοβαρών παθήσεων. Προέβλεπαν επίσης εκπτώσεις από τις βιομηχανίες στις νοσοκομειακές πωλήσεις, έκπτωση για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο -ύψους 4% επί των πωλήσεων του συγκεκριμένου σκευάσματος, που η κάθε εταιρεία διέθετε στο εμπόριο και θέσπιση του λεγόμενου "entry fee" που ορίστηκε ίσο με το

4% της τιμής παραγωγού (ex-factory) και το οποίο θα επιβάρυνε αποκλειστικά τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Το 2012, μία πληθώρα μέτρων και μεταρρυθμίσεων στον κλάδο της υγείας και του φαρμάκου θεσπίστηκαν και εφαρμόστηκαν, στο πλαίσιο του 2ου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής. Ειδικότερα, θεσπίστηκε η αυτόματη επιστροφή χρημάτων (claw back) από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Αυτό το μέτρο προβλέπει ότι σε περίπτωση που η μηνιαία δημόσια φαρμακευτική δαπάνη των φορέων κοινωνικής ασφάλισης ξεπερνά την προβλεπόμενη δαπάνη, το υπερβάλλον ποσό θα αναζητείται από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας των σκευασμάτων, δηλαδή τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα να συμψηφίζονται διάφορες απαιτήσεις των φαρμακείων και των νοσοκομείων, σε συνολικές απαιτήσεις έναντι των φαρμακευτικών εταιριών.

Στην προσπάθεια που είχε ξεκινήσει για την συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, από το 2010 είχε επισημανθεί η χρησιμότητα της αύξησης της διείσδυσης γενόσημων φαρμάκων. Με τον Ν.4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α'/01-03-2012), έγινε υποχρεωτική η συνταγογράφηση βάση δραστικής ουσίας, αρχικά για τις δέκα δραστικές ουσίες με τη μεγαλύτερη κυκλοφορία, και από τον Ιούνιο του 2012 υποχρεωτικά για όλες τις δραστικές ουσίες.

Ταυτόχρονα με το συγκεκριμένο μέτρο προωθήθηκαν αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης των γενόσημων φαρμάκων με τη θέσπιση ενός νέου δυναμικού συστήματος τιμολόγησης. Το σύστημα αυτό προβλέπει ότι το πρώτο γενόσημο που θα εισάγεται στην αγορά, αμέσως μετά τη λήξη της πατέντας του πρωτότυπου θα έχει προκαθορισμένη τιμή η οποία δεν θα ξεπερνά το 40% της τιμής του πρωτοτύπου (ακριβώς πριν τη λήξη της πατέντας). Για κάθε επομένη τριάδα γενόσημων η μέγιστη επιτρεπόμενη τιμή θα είναι κατά 10% χαμηλότερη από το πρώτο γενόσημο, ή από την προηγούμενη τριάδα γενόσημων που είχε πάρει έγκριση για κυκλοφορία στην αγορά.

Στον ίδιο νόμο περιλαμβάνονταν αλλαγές στα περιθώρια κέρδους τόσο των χονδρέμπορων όσο και των φαρμακοποιών, τα οποία πλέον είναι διαφορετικά για φάρμακα θετικής και αρνητικής λίστας για τους χονδρεμπόρους και διαφορετικά ανάλογα με την χονδρική τιμή του φαρμάκου για τους φαρμακοποιούς. Τον Οκτώβριο του 2012, εκδόθηκαν 3 διυπουργικές αποφάσεις με νέες αλλαγές όσον αφορά τις λίστες των φαρμάκων, το καθεστώς αποζημίωσης και τα περιθώρια κέρδους των φαρμακοποιών. Πιο συγκεκριμένα, για φάρμακα με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή άνω των €200, το κέρδος των φαρμακοποιών ορίζεται στα €30, ασχέτως του καθεστώτος αποζημίωσης που υπόκειται το κάθε σκεύασμα.

Επίσης για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από το κράτος και υπάγονται στη λίστα φαρμάκων σοβαρών παθήσεων του Ν.3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α/2010), το κέρδος των φαρμακοποιών ορίζεται στο 16% της ειδικής χονδρικής τιμής. Επιπλέον, βάσει της διυπουργικής απόφασης ΔΥΓ3(α)/οικ.104747, προβλέπεται η σύσταση καταλόγου φαρμάκων που χορηγούνται με μειωμένη συμμετοχή στους ασθενείς, καθώς και η συμπλήρωση ενός καταλόγου φαρμάκων από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (βάσει του συστήματος κατάταξης ανατομικής θεραπευτικής κατηγοριοποίησης ATC), μαζί με το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής για το κάθε σκεύασμα.

Τον Οκτώβριο του 2012 εκδόθηκε η διυπουργική απόφαση ΔΥΓ3(α)/οικ.104744, η οποία προβλέπει τη σύσταση νέου θετικού καταλόγου φαρμάκων, στον οποίον θα εισάγονται για πρώτη φορά τιμές αναφοράς. Για τον ορισμό της τιμής αναφοράς κάθε σκευάσματος που περιλαμβάνεται στον κατάλογο λαμβάνονται υπόψη δεδομένα που αφορούν στην αποτελεσματικότητα, στην ασφάλεια, στην ποιότητα, στη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας και στις ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές τους συνέπειες. Η Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίζεται ως το χαμηλότερο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς (υπό ή χωρίς καθεστώς προστασίας) και το μέσο όρο όλων των γενόσημων φαρμάκων της κατηγορίας. Με βάση το Ν.4093/2012, η αυτόματη επιστροφή (claw back) θα υπολογίζεται σε δμηνιαία βάση και πλέον μπορεί να συμψηφίζεται με χρέη του ΕΟΠΥΥ ή των Νοσοκομείων, του ΕΣΥ προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Επίσης, ο ίδιος νόμος εισήγαγε την καταβολή εκ μέρους των ασθενών για κάθε συνταγή που εκτελείται από φαρμακοποιό του ποσού του ενός (1) ευρώ, καθώς και την καταβολή του ποσού των €25 για κάθε εισαγωγή για νοσηλεία σε νοσοκομείο του ΕΣΥ, από 1-1-2014. Περαιτέρω, τέθηκε περιορισμός ώστε το ποσοστό της συνολικής ετήσιας αξίας συνταγογραφήσεων φαρμάκων από κάθε ιατρό να μην ξεπερνά το 15%. Στο ΦΕΚ 229Α/19.11.2012 προβλέπεται η επιβολή έκτακτου τέλους ίσου με το 15% επί των πωλήσεων του εκάστοτε σκευάσματος που βρισκόταν στο θετικό κατάλογο το 2011, με δυνατότητα συμψηφισμού με την αυτόματη επιστροφή για το έτος 2012. Η ισχύς αυτού του μέτρου ξεκίνησε από τον Ιανουάριο του 2013 και η μη συμμόρφωση των κατόχων άδειας κυκλοφορίας του σκευάσματος οδηγεί στην αυτόματη μεταφορά του συγκεκριμένου σκευάσματος στην αρνητική λίστα φαρμάκων (Αθανασιάδης και συν. 2013). Κλείνοντας, για το 2013 και 2014 ισχύουν τα μέτρα που έχουν παρθεί για τους άνεργους και ανασφάλιστους πολίτες- δικαιούνται να ασφαλιστούν για ένα έτος από τον ΟΑΕΔ, για τα φάρμακα υψηλού κόστους- που διανέμονται μόνο από τα γραφεία του Ε.Ο.Π.Π.Υ και την κράτηση 1 ευρώ υπέρ του κράτους, για κάθε συνταγή που εκτελείται.

3.1.5 Η Ελληνική Αγορά Φαρμάκου

Η Ελληνική φαρμακοβιομηχανία τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια εκτός από τα φαρμακευτικά προϊόντα παράγει καλλυντικά, ενώ δεν παράγει τις πρώτες ύλες για τα φάρμακα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην μη ύπαρξη φαρμακευτικής έρευνας στην χώρα μας. Τα φάρμακα διανέμονται στα φαρμακεία και στα δημόσια νοσοκομεία μέσω των φαρμακαποθηκών ή μέσω των φαρμακευτικών εταιριών.

Οι μορφές των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα είναι τρεις: τα εισαγόμενα, τα παρασκευαζόμενα και τα συσκευαζόμενα. Συγκεκριμένα, τα εισαγόμενα είναι εκείνα που προέρχονται από εισαγωγή τα παρασκευαζόμενα είναι εκείνα που παράγονται στην Ελλάδα και είναι Ελληνικής παραγωγής και τέλος τα συσκευαζόμενα είναι εκείνα των οποίων η πρώτη ύλη, δηλαδή η δραστική ουσία, μεταφέρετε σε ειδικά εργαστήρια που πληρούν τις προδιαγραφές παρασκευής φαρμάκων και συσκευάζονται. Το μεγαλύτερο μέρος της αγοράς φαρμάκων στην Ελλάδα, το καταλαμβάνουν τα εισαγόμενα φάρμακα, τα οποία παρουσίασαν πολύ γρήγορους ρυθμούς ανάπτυξης από 18,3% το 1987, σε 57% το 2000.

Από την άλλη μεριά, η αύξηση των συσκευασμένων φαρμάκων είναι σχετικά μικρή (από 5,5% το 1987, σε 15% το 2000), αντίθετα, τα εγχώρια παραγόμενα φάρμακα εμφανίζουν πτωτική τάση (από 75,1% της αγοράς το 1987, έφθασαν στο 27% το 2000). Έτσι, αυξάνονται τα έξοδα για τα συγκεκριμένα προϊόντα και επιβεβαιώνονται οι φήμες ότι οι δαπάνες για την φαρμακευτική περίθαλψη σημειώνουν την μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με τις υπόλοιπες δαπάνες στο Σύστημα Υγείας, τα τελευταία χρόνια (<http1>. Πλατής και συν. 2009).

3.1.5.1 Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

Τα σκευάσματα αυτά είναι κατά βάση φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί από ασθενείς για την αντιμετώπιση του βήχα, του κρυολογήματος, της ρινικής συμφόρησης, αλλεργικών καταστάσεων, μυϊκών πόνων και της διάρροιας/δυσκοιλιότητας. Συνολικά, ο Ελληνικός κατάλογος περιλαμβάνει 1.310 σκευάσματα (τα περισσότερα εξ αυτών είναι στη λεγόμενη αρνητική λίστα, δηλαδή χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται) και δύναται να τροποποιηθεί ανάλογα με τις αιτήσεις των κατόχων άδειας κυκλοφορίας ή την επαναξιολόγηση του τρόπου διάθεσης από τον ΕΟΦ. Δημοσιεύεται κάθε φορά στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Οδηγός του πολίτη).

Σε πρακτικό επίπεδο, η διάθεση αυτών των φαρμάκων και από άλλα καταστήματα εκτός φαρμακείου, όπως προτείνεται να γίνει για την Ελλάδα του 2015, όπως έχουν αποδείξει

πολλές μελέτες, αλλάζει τα κριτήρια διάθεσης, σε βάρος της δημόσιας υγείας και σε όφελος στενά οικονομικών συμφερόντων.

3.1.5.2 Καλλυντικά

Σύμφωνα με τον κανονισμό EC N^ο.1223/2009 για την κυκλοφορία καλλυντικών προϊόντων, θα πρέπει όλα τα ήδη ευρισκόμενα στην Αγορά Καλλυντικά Προϊόντα από το Υπ. Πρόσωπο ή Διανομέα να γνωστοποιηθούν κεντρικά με την υπό του άρθρου 13 προβλεπόμενη διαδικασία (CPNP). Από τις 11 Ιουλίου 2013 κανένα Υπ. Πρόσωπο ή Διανομέας (άρθρο 13 Κανονισμού) δεν θα γνωστοποιεί Εθνικά τα Καλλυντικά του Προϊόντα, παρά μόνο στην Ε.Ε. μέσω CPNP. Ταυτόχρονα, διατηρείται ο εφταψήφιος αριθμός ταυτοποίησης της ονομασίας ενός εκάστου αποκλειστικά Καλλυντικού Προϊόντος ΕΟΦ ή CPNP, ο οποίος θα αποτελεί και ένα ουσιαστικό αποδεικτικό στοιχείο Νομιμότητας της Κυκλοφορίας στην Ε.Ε.. Δίνεται έτσι στην αρμόδια Αρχή του Κράτους Μέλους η δυνατότητα να ελέγχει κατασταλτικά, να λαμβάνει μέτρα και να χορηγεί την άδεια εκτελωνισμού εισαγωγής από τρίτες χώρες, φυσικά με κάθε προβλεπόμενο πρόσθετο στοιχείο. Επιπλέον, πολύ σημαντική είναι η επισήμανση της χρήσης των Καλλυντικών σε κάθε συσκευασία, με εμφανή όλα τα προβλεπόμενα στοιχεία. Σημειώνεται εδώ η υποχρέωση αναγραφής όλων των βασικών στοιχείων του σκευάσματος στα Ελληνικά, από τον παραγωγό. Όλα αυτά αποτελούν βασική υποχρέωση του κράτους για την ασφάλεια και την πληροφόρηση του καταναλωτή (Τούντας, 2013).

Για τη διευκόλυνση των ελέγχων τα προϊόντα θα κατατάσσονται στους καταλόγους σε πέντε (5) βασικές κατηγορίες: 1. Προϊόντα μακιγιάζ, 2. Προϊόντα μαλλιών, 3. Προϊόντα περιποίησης προσώπου, 4. Προϊόντα περιποίησης σώματος, 5. Αρώματα- κολόνιες.

3.1.5.3 Βιταμίνες- συμπληρώματα διατροφής

Η οδηγία 2002/46/ΕΚ στις 10 Ιουνίου του 2002 αποτελεί την βασική Ευρωπαϊκή Νομοθεσία για τα Συμπληρώματα Διατροφής. Η οδηγία είχε σκοπό να βοηθήσει στο εμπόριο των Συμπληρωμάτων Διατροφής μεταξύ των Κρατών Μελών με την εναρμόνιση των Νομοθεσιών και να προστατεύσει τον καταναλωτή από μη ασφαλή προϊόντα. Τα Συμπληρώματα Διατροφής που δεν είναι σύμφωνα με την παραπάνω οδηγία απαγορεύεται να κυκλοφορούν από 1/8/2005.

Σε εθνικό επίπεδο, υπάρχει υπουργική απόφαση (ΥΑ) Υ1/ΓΠ 127962/03 που αποτελεί την Εθνική Νομοθεσία για τα Συμπληρώματα Διατροφής και εναρμονίζει τις εκάστοτε

Ευρωπαϊκές Οδηγίες. Επιπλέον, (η ΥΑ) θέτει τα μέγιστα επιτρεπόμενα όρια για τα μέταλλα και τις βιταμίνες και ορίζει διοικητικά ζητήματα και ορίζει ως σημεία πώλησής τους τα φαρμακεία. Αναφορικά με τη διαδικασία της νομιμοποίησης της κυκλοφορίας των Συμπληρωμάτων Διατροφής, γίνεται μέσω της γνωστοποίησης της κυκλοφορίας τους στον ΕΟΦ. Η γνωστοποίηση κυκλοφορίας περιλαμβάνει φάκελο με πληροφοριακά στοιχεία σύμφωνα με την υπουργική απόφαση, τα οποία δεν είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν για να κυκλοφορήσει το προϊόν. Αξιολογούνται και εφόσον υπάρχει πρόβλημα παρεμβαίνει ο ΕΟΦ.

Η παραγωγική διαδικασία αυτών των σκευασμάτων γίνεται στα τμήματα των μονάδων παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, οι οποίες επιθεωρούνται και λειτουργούν με σχετικές άδειες δυνατότητας παραγωγής. Παράγονται πολλών ειδών βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής και ενδεικτικά αναφέρονται οι κατηγορίες σχετικά με: Παιδικά Βρεφικά Συμπληρώματα Διατροφής – Βιταμίνες, Άγχος & Αϋπνία, Αθλητικά προϊόντα, Αμινοξέα, Απαραίτητα Λιπαρά Οξέα, Βιταμίνες - Μέταλλα – Ιχνοστοιχεία, Βότανα, Ενεργειακοί Χυμοί – Ροφήματα, Πεπτικά Ένζυμα, Προβιταμίνες, Πολυβιταμίνες, Τόνωση, Πρωτεΐνες, Αθλητές, Βιολογικά Προϊόντα, Προϊόντα για Χοληστερίνη -Τριγλυκερίδια, Ανοσοποιητικό Σύστημα, Αντιοξειδωτικά, Φυτικές Ίνες, Θρεπτικά Στοιχεία για Γυναίκες, Θρεπτικά Στοιχεία για Άνδρες, Προβιοτικά, Αδυνάτισμα-Fitness, Σεξ κ Γονιμότητα.

3.2 Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης Γαλλίας

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνδυάζει στοιχεία από διάφορα οργανωτικά μοντέλα:

- βρίσκεται μεταξύ των μοντέλων Beveridge και Bismark²⁹ (Υφαντόπουλος, 2002), συνδυάζοντας SHI-ιδιωτική και ισχυρή κρατική παρέμβαση,
- συνδυάζει ασφαλιστικές δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οι οποίες χρηματοδοτούνται από τις υπηρεσίες τους, από τους ίδιους τους φορείς τους,
- συνδυάζει δημόσια και ιδιωτική περίθαλψη,
- είναι ένα σύστημα με δημόσια χρηματοδότηση που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο ελευθερίας επιλογής. Σε μεγάλο βαθμό είναι απεριόριστη η πρόσβαση από τους ασθενείς και ενέχει ελευθερία πρακτικής για τους επαγγελματίες.
- είναι πολύπλοκο και πλουραλιστικό στη διαχείρισή του, με συν διαχείριση από το κράτος και του Shi-Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Λαζαρίδου 2003).

Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: Το βασικό (δηλαδή την κύρια ασφάλιση- SHI), τον συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση- VHI- ο οποίος παρέχει αποζημίωση για τις συμπληρωματικές πληρωμές που απαιτούνται από το δημόσιο σύστημα), (Couffinhall and Perronnin, 2004) και τον υπερσυμπληρωματικό. Οι δύο πρώτοι είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος προαιρετικός.

Τα τελευταία χρόνια, η Γαλλία κατέχει την πρώτη η θέση παγκοσμίως όσο αφορά την ολική απόδοση του συστήματος υγείας, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα ιδιωτικά και τα δημόσια

²⁹Μοντέλο bismark: στη Γερμανία υπήρχαν κοινωνικές συγκρούσεις, διεκδικήσεις μισθών και αίτημα κάλυψης κατά των κινδύνων ασφάλισης. Ο Βισμαρκ αναγγέλλει επαναστάσεις και κοινωνικές συγκρούσεις, μιλώντας για ένα θεσμικό πλαίσιο κοινωνικών ασφαλίσεων. Με Νόμο διαμορφώνει το ποσοστό της εργοδοτικής και της εργατικής συνεισφοράς. Η κάλυψη γίνεται με επιλεκτικότητα, δηλαδή ανά επαγγελματικές οργανώσεις. Πείθει, λοιπόν, τους επαγγελματίες να συμμετάσχουν και έτσι εξασφαλίζει την αναγκαία προσφορά για την κάλυψη, ώστε να αποφευχθούν οι κοινωνικές συγκρούσεις Στο μοντέλο Bismark η κάλυψη γίνεται ανά επαγγελματική οργάνωση, η χρηματοδότηση είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες) και η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία.

Μοντέλο BEVERIDGE: Εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας. Η προσπάθεια του ήταν να συνδέσει την οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και να εισάγει μια γενική προστασία για τους πολίτες. Ο ίδιος επηρεάστηκε από τις διαπιστώσεις τη μελέτης του Rowntree για τη φτώχεια και πίστευε ότι τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν από τη φτώχεια σε διάφορες στιγμές της ζωής του ατόμου. Φαντάστηκε ότι η κοινωνική βοήθεια θα έπαιξε το ρόλο προστασίας και το Κράτος θα εξασφάλιζε παροχές ενάντια σε 5 γίγαντες (της ασθένειας, της τεμπελιάς, της άγνοιας, της περιπλάνησης και της έλλειψης θέλησης). Το θεσμικό πλαίσιο αυτού είναι ο κρατικός παρεμβατισμός, που αποδεικνύεται μέσα από διάφορους Νόμους της εποχής, όπως το 1940 new employment act (σχέσεις εργαζομένων εργοδοτών), το 1948 National health system (σύστημα υγείας). Το νέο σύστημα που προτείνει BEVERIDGE διαφέρει σημαντικά από τα προηγούμενα. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η χρηματοδότηση γίνεται από το Κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο (Λαζαρίδου 2003).

συστήματα υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων. Το γαλλικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν το πιο φιλελεύθερο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά στην αυτονομία τόσο των ασθενών, όσο και των γιατρών.³⁰

Έχει γίνει συνώνυμο με την καθολική κάλυψη υγείας και μια γενναιόδωρη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αυτό επέρχεται σε μεγάλο βαθμό από την επιτυχία στην επίτευξη των στόχων της πλήρους κάλυψης, η πρόσβαση χωρίς λίστες αναμονής, την επιλογή και την ικανοποίηση των ασθενών. Απόδειξη για τον ισχυρή συνδυασμό της καλής φροντίδας υγείας και της καλής πολιτικής για τη δημόσια υγεία στη χώρα είναι και το μέσο προσδόκιμο ζωής στη Γαλλία, που ανέρχεται πάνω από 80 χρόνια.

Παρά αυτά τα θετικά, υπάρχουν επίσης και επικρίσεις (Docteur and Oxley, 2003). Ορισμένες εκτιμήσεις έχουν βρει το σύστημα συνολικά να είναι αναποτελεσματικό και σπάταλο (Lepain, 2000). Σημαντικά προβλήματα, περιλαμβάνουν την έλλειψη συντονισμού μεταξύ νοσοκομειακών υπηρεσιών και ιδιωτικής και δημόσιας παροχής φροντίδας, καθώς και μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας.

3.2.1 Παραγωγή και Διάθεση

Από το 1995, η Γαλλία αποτελούσε τον μεγαλύτερο παραγωγό φαρμακευτικών προϊόντων. Το 2007, η γαλλική φαρμακοβιομηχανία περιλάμβανε 325 επιχειρήσεις, απασχολούσε περίπου 100.000 άτομα και είχε κύκλο εργασιών ύψους 45 δισεκατομμυρίων €. Οι εξαγωγές αντιπροσώπευαν το 45 % του εν λόγω κύκλου εργασιών, ενώ επιστρεπτέων φάρμακα αντιπροσώπευε το 75 % του κύκλου εργασιών του κλάδου στην εθνική αγορά.

Στη χώρα αυτή, παρατηρείται ότι ο πληθυσμός είναι μεταξύ των μεγαλύτερων καταναλωτών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Το γεγονός αυτό ενισχύεται από το υψηλό επίπεδο των δαπανών για την υγεία, ειδικά σε μια εποχή που το δημόσιο σύστημα αντιμετωπίζει χρόνια έλλειμμα, και είναι πιθανό να αυξηθεί με την τρέχουσα οικονομική ύφεση. Παρά το γεγονός ότι η τιμή των φαρμάκων ορίζεται διοικητικά για όλα τα φάρμακα που καλύπτονται από τον Shi, το μεγάλο μέγεθος της αγοράς καθιστά τη χώρα τρίτη μεγαλύτερη αγορά για φαρμακευτικά προϊόντα, που αντιπροσωπεύουν το 6% των ετήσιων παγκόσμιων δαπανών φαρμάκου (έναντι 45 % για τις Ηνωμένες Πολιτείες και 9 % για την Ιαπωνία).

³⁰ Τριμηνιαία ενημερωτική έκδοση της ελληνικής εταιρίας φαρμακευτικού μάρκετινγκ

Αντίθετα με τις δαπάνες που δεν καθορίζονται κρατικά, η διανομή των φαρμάκων είναι αυστηρώς ρυθμισμένη, τόσο για τους χονδρέμπορους όσο και για τα φαρμακεία. Το 79% του κύκλου εργασιών της φαρμακευτικής βιομηχανίας στα πραγματοποιείται από τους χονδρεμπόρους ενώ το 15% από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα φαρμακεία έχουν ένα μονοπώλιο στη διανομή των φαρμάκων και μόνο οι καταρτισμένοι φαρμακοποιοί μπορούν να είναι ιδιοκτήτες ενός. Ο συνολικός αριθμός των φαρμακείων αυτή την περίοδο ανέρχεται σε 22.700 (LSE, 2004).

3.2.2 Κοινωνική Ασφάλιση

Το Γαλλικό σύστημα στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς από την άλλη να απουσιάζει ο κυβερνητικός έλεγχος. Η κοινωνική ασφάλιση έχει από τις πιο υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας εργαζομένων στην Ευρώπη (ποσοστό 19%), ενώ καλύπτει όλους τους πολίτες από το 40% έως 100% των ιατρικών δαπανών, ανάλογα με την περίπτωση. Το υπουργείο εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων, σε συνεργασία με το υπουργείο οικονομικών, επωμίζονται την εποπτεία των ασφαλιστικών ταμείων. Στο σύστημα αυτό όλοι οι ασφαλισμένοι καλύπτονται για σύνταξη γήρατος, για ασθένεια αλλά και για εργατικά ατυχήματα. Οι δαπάνες υγείας καταβάλλονται σε ποσοστό 76% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 24% καταβάλλεται από την ιδιωτική που έχει ο κάθε ασθενής.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Από το 1996 με την τότε μεταρρύθμιση, που συντελέστηκε στο χώρο της υγείας δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα με διοικητική αυτονομία και άλλαξε ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Με γνώμονα την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι Γάλλοι περιφερειάρχες δημιούργησαν δίκτυα υπηρεσιών όπου εντάσσεται όχι μόνο ο δημόσιος, αλλά και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, ενώ κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό του. Σε όλους τους ασφαλισμένους παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Όσοι εξ'αυτών είναι ιδιώτες γιατροί, αμείβονται ανά εξέταση και γνωρίζουν ότι προβλέπονται ποινές, για ενδεχόμενη «προκλητή ζήτηση».

3.2.3 Η Συνολική ευθύνη

Η συνολική ευθύνη για τη Δημόσια Υγεία στη Γαλλία ανήκει στο Υπουργείο Υγείας. Με νόμο του 2003, έχει καθοριστεί μια κατανομή αρμοδιοτήτων, η οποία στοχεύει στο να εμπλέξει περισσότερους εταίρους στη Δημόσια Υγεία. Με τον ίδιο νόμο, θεσπίζεται η ίδρυση Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που αναλαμβάνουν ουσιαστικές αρμοδιότητες σε ότι αφορά στην επιδημιολογική εποπτεία, στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Εντούτοις, ο καθορισμός των πολιτικών Δημόσιας Υγείας, των στόχων και των επιμέρους προγραμμάτων αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας δραστηριοποιούνται μια σειρά επιστημονικών οργανισμών, μεταξύ των οποίων σημαντικότεροι είναι:

1. Το Εθνικό Γραφείο Εποπτείας, που είναι υπεύθυνο για την ανίχνευση και την πρόβλεψη των ασθενειών.
2. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικών Ερευνών, το οποίο αναλαμβάνει κατά κύριο λόγο την έρευνα στη Δημόσια Υγεία.
3. Το Εθνικό Ινστιτούτο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, το οποίο συμμετέχει στη διαμόρφωση των αντίστοιχων πολιτικών και προγραμμάτων.
4. Η Ανώτατη Επιτροπή Δημόσιας Υγείας, που είναι αρμόδια για τη διαμόρφωση και εισήγηση των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας.

Αν και μέχρι πρόσφατα η Γαλλία δεν είχε διαμορφώσει μια καθορισμένη εθνική πολιτική υγείας, το 2003 καθορίστηκε μια στρατηγική, η οποία βασίζεται στις ακόλουθες κατευθύνσεις: βελτίωση της διαδικασίας διαμόρφωσης των πολιτικών Δημόσιας Υγείας, βελτίωση της εποπτείας επί της υγείας και των μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα μεθόδων και προγραμμάτων, αύξηση της υπευθυνότητας (accountability) της κυβέρνησης, καθορισμός του πλαισίου εφαρμογής, εμπλοκή του κοινού στην εφαρμογή των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας, καθορισμός 5ετούς προγράμματος Δημόσιας Υγείας, για την επίτευξη μιας σειράς στόχων σε όλους τους τομείς.

Το πρόγραμμα καθορίζει περίπου 100 συγκεκριμένους στόχους σε επιμέρους τομείς προτεραιότητας της Δημόσιας Υγείας, που αναφέρονται είτε σε συγκεκριμένα προβλήματα Δημόσιας Υγείας, είτε σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (Σίμου, 2008).

3.2.4 Φαρμακεία

Τα φαρμακεία έχουν το μονοπώλιο της διανομής των φαρμάκων. Τα φαρμακεία λιανικής πώλησης ανήκουν κατά κανόνα σε πτυχιούχους φαρμακοποιούς ή σε ομάδα των φαρμακοποιών που συνεργάζονται σε μια επιχείρηση. Υπήρχαν περίπου 22.500 φαρμακεία λιανικής το 2007. Ο αριθμός αυτός ρυθμίζεται από ένα προκαθορισμένο αριθμό εισακτέων φοιτητών που λαμβάνουν υπόψη τους τόσο το μέγεθος του πληθυσμού που επιθυμεί να εξυπηρετηθεί όσο και την απόσταση για να φτάσουν στο πλησιέστερο φαρμακείο.

Από τον Ιανουάριο του 2000, οι φαρμακοποιοί αμείβονται βάσει του μικτού συστήματος που συνδέει ένα σταθερό ποσό και με προσαύξηση ανάλογα με το συστατικό (€ 0,53 ανά τεμάχιο, με ένα πρόσθετο € 0,30 για ορισμένα φάρμακα που απαιτούν ειδική διαδικασία παράδοσης). Το 2008, επιπρόσθετα, θεσμοθετήθηκε η επιπρόσθετη καταβολή του ακάλυπτου ποσού € 0,5 στο φαρμακείο, για κάθε συσκευασία φαρμάκων που αγόραζαν οι Γάλλοι, χωρίς κίνητρο κάλυψης από την συμπληρωματική ασφάλιση. Από τον Μάρτιο του ίδιου έτους, τα περιθώρια κέρδους είναι 26,1 % για τις τιμές παραγωγού για φάρμακα κόστους κάτω των € 22,9, 10 % για τιμές μεταξύ € 22,9 και € 150 και 6 % για τιμές πάνω από € 150.

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά τη λήψη φαρμάκων, ο ασθενής πλήρωνε όλο το ποσό για το φάρμακο, μέρος του οποίου κάλυπτε ο SHI και στη συνέχεια το υπόλοιπο κόστος του φαρμάκου καταβαλλόταν από τον συμπληρωματικό οργανισμό ασφάλισης VHI. Πρόσφατα, η διαδικασία πληρωμής άλλαξε και οι πληρωμές στον φαρμακοποιό γίνονται άμεσα μέσω του SHI, έτσι ώστε ο ασθενής δεν επιβαρύνεται με κανένα άμεσο κόστος. Αυτό το σύστημα της ενίσχυσης ισχύει περίπου για τα δύο τρίτα των σκευασμάτων της αγορών φαρμάκων.

Τα σκευάσματα της αγοράς φαρμάκων που καλύπτονται όπως και άλλες εξειδικευμένες πληροφορίες σχετικά με την πληρωμή, διάθεση και χρήση σκευασμάτων τις παρέχει ο φαρμακοποιός στον ασθενή, οι οποίοι όπως αναφέρεται δεν είναι πάντα καλά ενημερωμένοι. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει μια μελέτη που έγινε στην χώρα και έδειξε ότι οι ασθενείς χρειάζονται συμβουλές και καθοδήγηση, αλλά ότι συχνά και οι ίδιοι οι φαρμακοποιοί χρειάζεται να εκσυγχρονίσουν τις γνώσεις τους (Ragot et al. 2005. Foppe and Schulz 2006).

3.2.5 Γιατροί

Οι συμβεβλημένοι γιατροί με τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας χωρίζονται στις εξής δύο κατηγορίες: "Τομέας 1": γιατροί που χρεώνουν για τις υπηρεσίες τους την επίσημη τιμή του ασφαλιστικού φορέα και "Τομέας 2": γιατροί που χρεώνουν υψηλότερη αμοιβή από την επίσημη τιμή. Ο ασθενής καλείται να πληρώσει άμεσα την επίσκεψη στον γιατρό. Ο γιατρός θα συμπληρώσει ένα δελτίο περίθαλψης ("feuille de soins") και την συνταγή φαρμάκων, αν υπάρχει η ανάγκη. Για να επιστραφούν τα έξοδα στους δικαιούχους, θα χρειαστεί να καταθέσουν αυτό το δελτίο περίθαλψης.

3.2.6 Συνταγογράφηση

Εδώ και αρκετά χρόνια, έχουν ληφθεί μια σειρά από μέτρα για τη βελτίωση και τον περιορισμό της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών, καθώς και των καταναλωτικών συνηθειών των ασθενών. Για τον σκοπό αυτό ακολουθήθηκαν δύο διαδρομές. Πρώτον, σύμφωνα με το στόχο προώθηση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, συστάθηκε ένα πρακτικό σύστημα κατευθυντήριων γραμμών. Δεύτερον, αυξήθηκε ο έλεγχος των δαπανών των φαρμάκων που οφειλόταν στους γιατρούς ιδιωτικών ιατρείων, με τον καθορισμό στόχων για τις δαπάνες σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. Ωστόσο, για νομικούς λόγους, δεν ήταν δυνατό να καθοριστούν οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περιπτώσεις όπου ο στόχος ξεπεραστεί και αυτός ο μηχανισμός συλλογικής ευθύνης ανακλήθηκε το 2000.

Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία της συνταγογράφησης ξεκινά μαζί με την ιατρική συνταγή. Ο ασθενής λαμβάνει από τον γιατρό την συνταγή και το δελτίο περίθαλψης ("feuille de soins"), χωρίς το οποίο δεν μπορεί να διεκδικήσει την επιστροφή των εξόδων του. Το κόστος αγοράς συνταγογραφημένων φαρμάκων επιστρέφεται μόνον εφόσον αυτά περιέχονται στις λίστες των καλυπτόμενων φαρμακευτικών προϊόντων.

Ο φαρμακοποιός είναι αρμόδιος να υποδείξει ποιά φάρμακα καλύπτονται και ποιά όχι, καθώς για να αποζημιωθεί ο ασθενής από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, το φάρμακο που αγόρασε πρέπει να περιλαμβάνεται στον κατάλογο των πληρωτέων φαρμάκων. Αυτός καθορίζεται με υπουργική διάταξη κατόπιν συμβουλής της Επιτροπής Διαφάνειας και της οικονομικής Επιτροπής για τα ιατρικά προϊόντα (CEPS). Όσα φάρμακα θεωρούνται ιδιαίτερος ακριβά αποζημιώνονται πλήρως, ενώ αυτά που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ενός, συνήθως όχι σοβαρού προβλήματος, αποζημιώνονται σε ποσοστό 35% και για τα υπόλοιπα η αποζημίωση γίνεται κατά 65%.

Για να περιληφθεί όμως, ένα σκεύασμα στον κατάλογο αυτό, πρέπει είτε να συμβάλλει στην βελτίωση της υγείας μετά την λήψη του, είτε να συμβάλλει σε μια μείωση του κόστους της συνταγογραφούμενης θεραπείας και να συνοδεύεται από τον δείκτη ιατρικής υπηρεσίας (SMR). Η Επιτροπή διαφάνειας αξιολογεί τον δείκτη SMR σύμφωνα με τα εξής κριτήρια: την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου και τις πιθανές παρενέργειές του, τη θέση του στη θεραπευτική διαδικασία, σε σχέση με την διαθέσιμη εναλλακτική θεραπεία, τις θεραπευτικές, προληπτικές ή συμπτωματικές ιδιότητες του φαρμάκου, το βαθμό σημαντικότητάς του στη δημόσια υγεία.

Σε ότι αφορά την επιστροφή εξόδων στην Γαλλία, οι ασθενείς απευθύνονται στο τοπικό γραφείο του CPAM (Caisse Primaire D'Assurance Maladie). Αρχικά πρέπει να βρίσκεται ο ασθενής στον κατάλογο των δικαιούχων κοινωνικής ασφάλισης των επιστρεπτών φαρμάκων. Πιο αναλυτικά, προσκομίζεται το δελτίο περίθαλψης ("feuille de soins"), αντίγραφα των αποδείξεων και των συνταγών, αντίγραφο της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας, δηλώνεται η διεύθυνση μόνιμης κατοικίας και τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού του εκάστοτε Γάλλου (αριθμό IBAN και κωδικό BIC). Και τέλος, θα σταλεί επιβεβαίωση της επιστροφής των εξόδων στη διεύθυνση κατοικίας που δήλωσαν (Ευρωπαϊκή επιτροπή 1).

Το ποσοστό επιστροφής για τα φάρμακα ποικίλλει ανάλογα με τη χρήση τους :

- 100% για φάρμακα που αναγνωρίζονται ως αναντικατάστατα και δαπανηρά,
- 65% για φάρμακα που αφορούν σημαντικές ιατρικές παθήσεις,
- 30% για τα ομοιοπαθητικά φάρμακα,
- 15% για φάρμακα με χαμηλό ιατρικό όφελος (Ευρωπαϊκή επιτροπή 2).

Συμπληρωματικά, το 2010 πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή ενός συντελεστή συμμετοχής των ασθενών 35 % (επομένως 65% επιστροφή χρημάτων) για φάρμακα που δεν συνταγογραφούνταν από ιατρικό όφελος, αλλά λόγω χρόνιων ασθενειών (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2014).

3.2.7 Γενόσημα φάρμακα

Η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων ήταν ανύπαρκτη μέχρι πρόσφατα. Ο έννοιά τους συνδέθηκε με τη σχετικά χαμηλή τιμή των φαρμάκων στη Γαλλία (Lemorton 2008) και παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1990. Η έννοια τους ορίστηκε με υπουργική απόφαση που δημοσιεύθηκε το 1997. Το 1999, έγιναν ρυθμιστικές αλλαγές που

έδωσαν στους φαρμακοποιούς το δικαίωμα να αντικαταστήσουν τα επώνυμα φάρμακα με τα γενόσημα φάρμακα, σύμφωνα με τις παραμέτρους που ορίστηκαν από τον Shi. Σε περίπτωση υποκατάστασης, εξασφάλιζαν συγχρόνως ένα περιθώριο κέρδους ισοδύναμο με το περιθώριο που θα αποκόμιζαν για το αρχικό προϊόν.

Ένα από τα μέτρα που φαίνεται να επέδρασαν σημαντικά στην ανάπτυξη της αγοράς των γενόσημων ήταν η διεξαγωγή ενημερωτικών εκστρατειών σε ασθενείς και επαγγελματίες της υγείας αναφορικά με την αξία και την αποτελεσματικότητα των γενόσημων φαρμάκων. Το 2005 τα ασφαλιστικά ταμεία ήρθαν σε επαφή με ασθενείς που έπασχαν από χρόνιες παθήσεις και λάμβαναν πρωτότυπα φάρμακα και, αρχικά μέσω μιας γραπτής επιστολής και στη συνέχεια μέσω απευθείας τηλεφωνικής επικοινωνίας, τους ενημέρωσαν για την ύπαρξη και τη χρησιμότητα των γενόσημων φαρμάκων. Μελέτες στη συνέχεια έδειξαν πως περίπου οι μισοί ασθενείς αντικατέστησαν το πρωτότυπο φάρμακο με ένα γενόσημο μετά από την τηλεφωνική επικοινωνία με τα ασφαλιστικά ταμεία (Μανιαδάκης).³¹

Το 2008, το 82% των φαρμάκων που χορηγείται από τα φαρμακεία λιανικής πώλησης ήταν τα γενόσημα φάρμακα, πολύ κοντά στον στόχο του 82,9 % που είχε τεθεί στην τελευταία συμφωνία. Συνολικά, η Πολιτική γενόσημων φαρμάκων θεωρείται ότι ήταν αρκετά επιτυχής και υπολογίζεται ότι υπήρξε 1 δισεκατομμύριο αντί € 500.000.000 αποταμιεύσεις λόγω της Πολιτικής αυτής μεταξύ του 2005 και του 2007 (HCAAM 2008). Πάντως, σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη το φθινόπωρο του 2014 για λογαριασμό της Εθνικής Ένωσης Επαγγελματιών Υγείας, το 85% των Γάλλων δήλωσαν έτοιμοι να αλλάξουν τις συνήθειές τους καταναλώνοντας γενόσημα φάρμακα.

3.2.8 Καλλυντικά

Σύμφωνα με την γαλλική νομοθεσία, το δοχείο και η συσκευασία του καλλυντικού προϊόντος³² πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

1. Το όνομα ή η εμπορική επωνυμία και η διεύθυνση ή ο κατασκευαστής ή ο υπεύθυνος για τη διάθεση στην αγορά.

³¹ Ανάλογες προσπάθειες παρατηρήθηκαν και σε άλλες χώρες όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και το Ηνωμένο Βασίλειο.

³² «Καλλυντικό προϊόν νοείται κάθε ουσία ή παρασκευάσμα που προορίζεται να έλθει σε επαφή: Με τα διάφορα εξωτερικά μέρη του ανθρώπινου σώματος, συμπεριλαμβανομένου του δέρματος, τα συστήματα τα μαλλιά και τα νύχια, χείλη και εξωτερικά γεννητικά όργανα ή με τα δόντια και Βλεννογόνου του στόματος, με αποκλειστικό ή κύριο σκοπό τον καθαρισμό τους, τον αρωματισμό τους, τη μεταβολή της εμφάνισής τους, την προστασία τους, τη διατήρησή τους σε καλή κατάσταση ή τη διόρθωση των σωματικών οσμών " (Άρθρο L. 658-1 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας -. Γαλλία

2. Το ονομαστικό περιεχόμενο κατά το χρόνο της συσκευασίας, εκφρασμένο σε βάρος ή σε όγκο, εκτός για συσκευασίες που περιέχουν λιγότερο από 5 γραμμάρια ή λιγότερο και 5 ml για δωρεάν δείγματα και εφάπαξ δόσεις. Η δήλωση αυτή συγκρίνει την τιμή.
3. Η ημερομηνία ελάχιστης διάρκειας (ημερομηνία λήξης πριν από το άνοιγμα). Προσοχή νομοθεσία το οποίο ορίζει ότι η δήλωση αυτή δεν απαιτείται εάν υπερβαίνει τους 30 μήνες, δεν είναι πλέον επίδραση. Η ημερομηνία ελάχιστης διατηρησιμότητας επισημαίνεται με τη φράση: "Να χρησιμοποιηθεί εμπρόσθιο άκρο", ακολουθούμενο από την ίδια την ημερομηνία, ή ένδειξη του τόπου όπου η επισήμανση φαίνεται.
4. Στη συσκευασία, ένα σύμβολο που παριστά ένα ανοικτό δοχείο κρέμας με το γράμμα M που ακολουθείται από ένα αριθμό. Για παράδειγμα, το M 18 σημαίνει: να χρησιμοποιηθεί εντός 18 μηνών από το άνοιγμα.
5. Ο αριθμός παρτίδας παραγωγής ή το στοιχείο αναφοράς για τον προσδιορισμό των εμπορευμάτων-σε περιπτώσεις πρακτική αδυναμία, λόγω των μικρών διαστάσεων του καλλυντικού προϊόντος, όπως δήλωση μπορεί να εμφανίζεται μόνο στη συσκευασία.
6. Οι ειδικές προφυλάξεις.
7. Οι λειτουργίες του προϊόντος.
8. Ο πλήρης κατάλογος των συστατικών κατά φθίνουσα σειρά του βάρους. Ο Τα συστατικά που αντιστοιχούν σε περισσότερο από το 1% του προϊόντος παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά του τους μάζα (αυτά που ζυγίζουν βαρύτερο πρώτα). Στη συνέχεια, τα συστατικά που αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 1% του προϊόντος μπορεί να περιλαμβάνονται σε κάθε σειρά στο κάτω μέρος της λίστας. Σε πρακτική, 3 ή 4 πρώτα συστατικά που απαριθμούνται είναι το πιο σημαντικό. Τα ονόματα των συστατικών που αναφέρονται πρέπει να είναι εκείνα της κοινής ονοματολογίας των συστατικά (που ονομάζεται "INOI ονόματα") (βλέπε τους INCI: Διεθνής Ονοματολογία Συστατικά καλλυντικών).

Για τα Καλλυντικά προϊόντα δεν χρειάζεται άδεια χορηγήσεως, όπως για τα φάρμακα. Ο κατασκευαστής δεν υποχρεούται να αποδείξει την αποτελεσματικότητα του προϊόντος. Αυτός μπορεί να γράψει ό,τι θέλει για το πακέτο, εκτός από το να αναφερθεί σε ψευδή διαφήμιση.

Το άνοιγμα μιας εγκατάστασης παραγωγής, συσκευασίας ή της εισαγωγής καλλυντικών στη Γαλλία υπόκειται σε ιδιαίτερο άρθρο L.5131-2 του κώδικα της Δημόσιας Υγείας. Αυτό απαιτεί να συμπληρωθεί και να σταλεί στο Υπουργείο Υγείας, το έντυπο της

δήλωσης ιδιοκτησίας, που είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα της Εθνικής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια των Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (ANSM).³³

3.2.9 Αυτοθεραπεία

Τέλος, τον Ιούνιο του 2008, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε να προωθήσει την ανάπτυξη της αυτοθεραπείας, επιτρέποντας στα φαρμακεία να πωλούν 216 μη συνταγογραφούμενα φάρμακα που είναι άμεσα προσβάσιμα για τον ασθενή («over the counter»). Καμία αξιολόγηση της αυτή πολιτική έχει δημοσιευθεί ακόμη.

Συνολικά, παρά τον αριθμό των μεταρρυθμίσεων που εφαρμόζονται από το τέλος της δεκαετίας του 1990, η αύξηση των δαπανών για τα φάρμακα παραμένει σταθερά υψηλή. Από τη μία πλευρά, η κυβέρνηση βρίσκεται αντιμέτωπη μεταξύ δύο αντικρουόμενων στόχων, να περιλαμβάνει μειώσει τις δαπάνες για την υγεία και να στηρίξει την εθνική φαρμακευτική βιομηχανία. Από την άλλη πλευρά, οι γιατροί διστάζουν να τροποποιήσουν τις συνήθειές τους κατά την συνταγογράφηση. Την ίδια στιγμή οι μεταρρυθμίσεις που απευθύνονται στους φαρμακοποιούς φαίνεται να είναι πιο αποδοτικές.

Όπως και να έχει, η Αγορά της Αυτοθεραπείας Αναζητά Μοχλούς Ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα της πρώτης επισκόπησης πάνω στην αγορά της αυτοθεραπείας (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ), δείχνουν μια καθυστέρηση της Γαλλίας σε σχέση με τις γειτονικές ευρωπαϊκές χώρες. Από τις 12 Ιουλίου, τα γαλλικά ηλεκτρονικά φαρμακεία που έχουν έγκριση από τους τοπικούς φορείς υγείας (ARS), μπορούν να πουλάνε περίπου 4.000 προϊόντα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. Πρόκειται για μια μικρή επανάσταση που ενδέχεται να ανεβάσει τις πωλήσεις της κατηγορίας των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. (Smart Pharma Consulting, 2014)

3.2.10 Ανισότητες

Παρόλο που η Γαλλία έχει επιτύχει ένα καλό επίπεδο ισόνομης πρόσβασης στην υγεία, ιδίως σε σχέση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, υπάρχει ανησυχία ότι οι πολιτικές πλήρους κάλυψης που εισήχθησαν τη δεκαετία του 1990, ενίσχυσαν τις ύπαρξη ανισοτήτων: το χάσμα των επτά χρόνων στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κατώτερων και των ανώτερων εισοδηματικών ομάδων επιμένει και μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική ύφεση (Elbaum 2007a). Τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα είναι τρεις φορές λιγότερο πιθανό

³³ <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Information-in-English>

να αναφέρουν πολύ κακή υγεία σε σχέση με αυτά του χαμηλότερου και κατώτατου εισοδήματος (Elbaum 2007b, De Looper and Lafortune, 2009). Υπάρχει ήδη η ανησυχία ότι τα ποσά (που δεν καλύπτονται από VHI) από τις επισκέψεις γιατρών, τη βοηθητική περίθαλψη, τη μεταφορά και συνταγογράφηση φαρμάκων αυξάνουν τα προβλήματα πρόσβασης (Chevreul et al. 2010).

Τα τελευταία χρόνια έχει συσταθεί ειδικός φορέας που έχει αναλάβει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υπηρεσιών υγείας, αλλά και την αποτελεσματική διοίκηση του συστήματος Υγείας (Εικόνα 4).

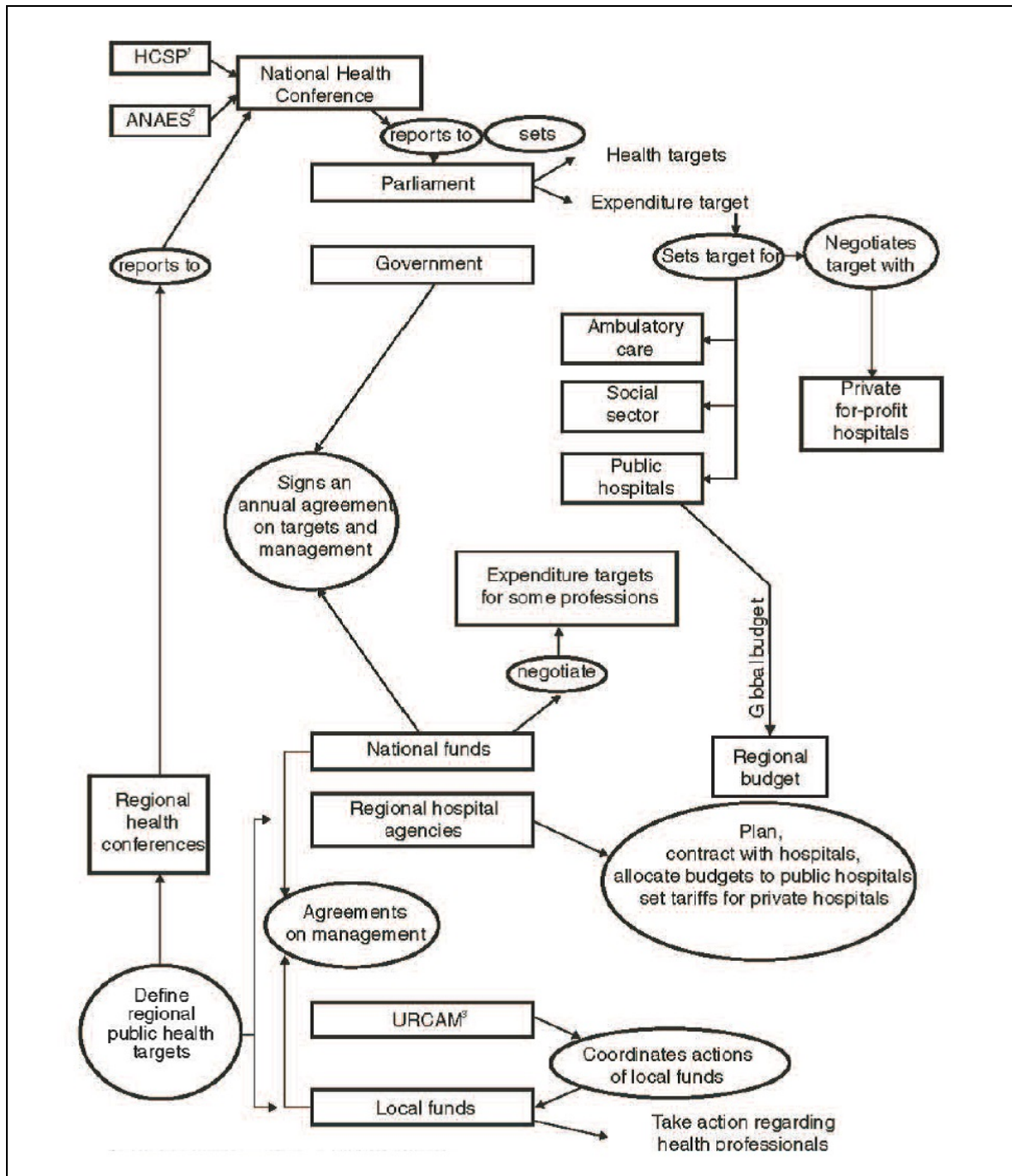
3.2.11 Πώληση των ΜΗΣΥΦΑ εκτός φαρμακείου

Περίπου 4 εκατομμύρια υπογραφές συγκέντρωσε το δημοψήφισμα που πραγματοποιήθηκε το φθινόπωρο του 2014 από την IFOP (εταιρία δημοσκοπήσεων), με θέμα: «Θέλω τα φάρμακα να μείνουν στο φαρμακείο». Πρόκειται για μια απτή απόδειξη ότι οι ασθενείς της χώρας είναι προσκολλημένοι στο δίκτυο φαρμακείων.³⁴ Δεν θέλουν να εξομοιωθούν τα φάρμακα με τα προϊόντα ευρείας κατανάλωσης, ενός σούπερ μάρκετ. Όπως αναφέρει ο Εθνικός Γαλλικός Σύλλογος Φαρμακοποιών, «Το φάρμακο δεν είναι προϊόν χωρίς κινδύνους».

Ανάμεσα στα κύρια επιχειρήματα των Γάλλων είναι ότι η άρση του μονοπωλίου δεν πρόκειται να μειώσει τις τιμές των ΜΗΣΥΦΑ, ούτε θα αυξηθούν οι πωλήσεις τους, καθότι δεν θα αλλάξει την πρόθεση αγοράς του καταναλωτή. Το ετήσιο ποσό που δαπανάται ανά άτομο στην Γαλλία για αυτή τη κατηγορία είναι μόνο 30 ευρώ. Συνεπώς η άρση του μονοπωλίου όχι μόνο δεν θα βελτιώσει την πρόθεση αγοράς, αλλά θα θέσει σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών από πιθανή κατάχρηση φαρμάκων. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της UNPF³⁵, από την άρση του μονοπωλίου θα απειληθούν περισσότερες από 6000 θέσεις εργασίας (Chevreul et al. 2010. Elbaum, 2007b. de Looper and Lafortune, 2009).

³⁴ Κάποια από τα ενδιαφέροντα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα είναι για παράδειγμα ότι το 97% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι τα έξοδα για την υγεία τους συνδέονται με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ενώ το 55% δηλώνει επίσης ότι συχνά ή περιστασιακά λαμβάνουν φάρμακα χωρίς να έχουν συμβουλευθεί έναν επαγγελματία υγείας. Η βαρύτητα λοιπόν της ιατρικής συμβουλής παραμένει αδύναμη, αφού μόνο το 52% των ερωτηθέντων δηλώνουν να την έχουν λάβει υπόψη τους, συχνά ή περιστασιακά και το 48% παραδέχεται ότι δεν έχει ποτέ ή σχεδόν ποτέ ζητήσει τη γνώμη των φαρμακοποιών (IFOP, 2014).

³⁵ Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Πληθυσμό (UNFP), είναι μια οργάνωση του ΟΗΕ.



Εικόνα 4. Συνολική εικόνα Γαλλικού Συστήματος Υγείας (Bidgood, 2013)

3.3. Φαρμακευτική περίθαλψη στη Βουλγαρία

Το βουλγαρικό σύστημα υγείας γνώρισε μια μακρά και δύσκολη μετάβαση κατά τα τελευταία 20 χρόνια. Ένα σημαντικό μέρος του ήταν οι μεταρρυθμίσεις για την αναδιάρθρωση του φαρμακευτικού τομέα, η οποία ξεκίνησε στα μέσα του 1990. Εκείνη την εποχή, η βουλγαρική φαρμακευτική βιομηχανία ήταν εξαιρετικά συγκεντρωτική κατά την παραγωγή και η διανομή ήταν μονοπώλιο κρατικής φαρμακευτικής εταιρείας. Το 1995, ο νόμος για τα φάρμακα και τα φαρμακεία, προτάθηκε και εγκρίθηκε από την Εθνική Συνέλευση, μετατοπίζοντας το συνολικό σύστημα της προσφοράς φαρμάκων στον ιδιωτικό τομέα. Τα Φαρμακεία ήταν μεταξύ των πρώτων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης που είχαν ιδιωτικοποιηθεί για να επιτρέπεται να ιδρύει η κάθε φαρμακευτική επιχείρηση τα δικά της.

Η Φαρμακευτική νομοθεσία άλλαξε και τροποποιήθηκε πολλές φορές κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών και το 2007, ο νόμος περί φαρμάκων ήταν εμφανώς αναθεωρημένος, προκειμένου να συμμορφωθεί με τη νομοθεσία της ΕΕ. Ρύθμιζε την κατασκευή, εισαγωγή, χονδρική και λιανική πώληση φαρμάκων. Η νέα πολιτική για τον φαρμακευτικό κλάδο, αποτελεί μέρος της πολιτικής για την υγεία και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας. Η αδειοδότηση και την καταγραφή των φαρμακείων εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, η οποία είναι επίσης υπεύθυνη για την παροχή ακριβών φαρμάκων ογκολογικών ή σπάνιων ασθενειών. Ταυτόχρονα, υπάρχουν πολλά συμβουλευτικά όργανα όπως η Επιτροπή Φαρμακοποιίας και το Ανώτατο Φαρμακευτικό Συμβούλιο που συναποφασίζουν για μείζονος σημασίας θέματα (Rohova et al. 2013).

Ο Οργανισμός Φαρμάκων της Βουλγαρίας (BDA) είναι ένα εξειδικευμένο σώμα υφιστάμενο του υπουργού Υγείας, ο οποίος αξιολογεί και ελέγχει την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών προϊόντων (φάρμακα και ιατρικές συσκευές). Είναι υπεύθυνος για την αδειοδότηση και τον έλεγχο των φαρμακευτικών προϊόντων στη Βουλγαρία, αλλά έχει μια κοινή ευθύνη για τη χορήγηση άδειας σε ολόκληρη την ΕΕ. Επιπρόσθετα ελέγχει την παραγωγή και η εισαγωγή των φαρμακευτικών προϊόντων, καταγράφει και πιστοποιεί τους χονδρέμπορους και τους χημικούς. Είναι αρμόδιος για επιχορηγήσεις σε κλινικές δοκιμές.

Επί του παρόντος, υπάρχουν 28 εγχώριες φαρμακευτικές εταιρίες και 15 ξένοι προμηθευτές/κατασκευαστές από τρίτες χώρες (εκτός ΕΕ) που έχουν καταχωρηθεί στον BDA (2010). Οι βασικοί εγχώριοι παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων προέκυψαν από τις

προϋπάρχουσες φαρμακευτικές εταιρείες, μετά την ιδιωτικοποίηση και αναδιάρθρωσή τους και καλύπτουν το 30-40% της φαρμακευτικής αγοράς. Ταυτόχρονα, οι ξένοι κατασκευαστές λειτουργούν μέσω των γραφείων των αντιπροσώπων τους, τα οποία εκτελούν μόνο δραστηριότητες προώθησης και εμπορίας, διανομής φαρμακευτικών προϊόντων σε χονδρεμπόρους, φαρμακεία ή ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές ξένες εταιρείες έχουν συσταθεί ως τοπικές θυγατρικές, με άδεια λειτουργίας χονδρεμπόρων.

Όλες οι νόμιμες φαρμακοβιομηχανίες στη Βουλγαρία, δικαιούνται να διανείμουν τα προϊόντα τους με βάση την άδεια παρασκευής ή εισαγωγής. Μπορούν να συμμετέχουν άμεσα σε διαγωνισμούς προμηθειών που διοργανώνει το Υπουργείο Υγείας, το NHIF ή τα νοσοκομεία. Προμηθεύουν τα ιδιωτικά φαρμακεία, που είναι υπεύθυνα για το λιανικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων, αλλά και τα εσωτερικά φαρμακεία των νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης, μόνο για τις δικές τους ανάγκες (Rohova et al. 2013).

Σύμφωνα με τις εγγραφές του Υπουργείου Υγείας, υπάρχουν 4.226 φαρμακεία στη Βουλγαρία, συμπεριλαμβανομένων αυτών που βρίσκονται σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας, 2010 στο Rohova et al. 2013). Ο αριθμός τους έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά συγκρατημένα λόγω του γεγονότος ότι ένας αδειοδοτημένος φαρμακοποιός διαχειρίζεται μόνο ένα φαρμακείο. Αν και πλέον τα φαρμακεία στη Βουλγαρία ανήκουν σε ανεξάρτητους επιχειρηματίες. Έτσι, ένα φυσικό πρόσωπο ή νομική οντότητα μπορεί να κατέχει έως και τέσσερα φαρμακεία.

Πρακτικά, τα φαρμακευτικά προϊόντα επιτρέπεται να διακινούνται μόνο σε φαρμακεία (ιδιωτικά είτε αλυσίδα φαρμακείων). Όσα σκευάσματα περιέχουν μόνο φυτικές ουσίες και είναι μη συνταγογραφούμενα, διατίθενται τόσο σε φαρμακεία, όσο και σε καταστήματα ευρείας πώλησης. Στο σημείο αυτό, σημαντική είναι η επιταγή του νόμου που απαγορεύει ρητά την πώληση των φαρμάκων (που χορηγούνται μόνο σε φαρμακεία) και σε άλλα σημεία, όπως στο διαδίκτυο. Εντούτοις, η ίδια νομοθεσία επιτρέπει ορισμένες «εξαιρέσεις» διάθεσης των φαρμάκων, σε οικισμούς-απομακρυσμένες περιοχές χωρίς φαρμακείο. Στην περίπτωση αυτή, ιατροί ή οδοντίατροι μπορούν επίσης να πωλούν φάρμακα, αλλά μόνο με την άδεια του Υπουργείου Υγείας. Ο κατάλογος των φαρμάκων που μπορούν να διανεμηθούν από τους γιατρούς, είναι προκαθορισμένος με διάταγμα του Υπουργείου (Rohova et al. 2013).

Η αγορά φαρμακευτικών προϊόντων της χώρας είναι αρκετά κερδοφόρα, παρά το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης τα τελευταία δύο χρόνια. Το 2009, η αξία της συνολικής φαρμακευτικής αγοράς έφτασε τα 1.553.000.000 BGN (περίπου σε € 800 εκατομμύρια),

γεγονός που επιφέρει μια αύξηση της τάξης του 27% σε σύγκριση με το 2004 (Βουλγαρικό Πρακτορείο Φαρμάκων, 2009). Επίσης, κατέχει ένα από τα υψηλότερα μερίδια φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη, σε συνολικό κόστος υγείας. Αυτό είναι κοινό γνώρισμα των χωρών της ΕΕ με τα χαμηλότερα εισοδήματα, λόγω των υψηλών επιπέδων τιμών. Οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά και ιατρικά προϊόντα ήταν 36,9% του συνόλου των δαπανών για την υγεία το 2009, σε σχέση με το 11,5% στη Δανία, με το 13,5% στην Ολλανδία, το 21,7% στη Γαλλία, το 21,8% στην Γερμανία, το 37% στη Σλοβακία και το 37,7% στην Ουγγαρία (Rohova et al. 2013).

3.3.1 Παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων στη Βουλγαρία

Στη Βουλγαρία, εμφανίζονται σημαντικοί κίνδυνοι για τη διαφάνεια παραγωγής φαρμακευτικών σκευασμάτων, γεγονός που επισημαίνεται και σε αναφορές (Sacheva 2004) στα μέσα ενημέρωσης της χώρας. Οι ξένες εταιρίες παραγωγής συνεργάζονται για την άρση των εμπορικών φραγμών και ιδιαίτερα για την ισχυρή προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας. Οι τοπικές επιχειρήσεις, διαφαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επιρροή στον καθορισμό της θετικής λίστας φαρμάκων και την Επιτροπή Ελέγχου μαζί με το Υπουργείο Υγείας, ενώ οι πολυεθνικές βρίσκουν ανταπόκριση από το Κοινοβούλιο. Επιπλέον, η πορεία προς την ένταξη στην ΕΕ, αναμένεται να εντείνει τις ανταγωνιστικές πιέσεις τοπικών και πολυεθνικών φαρμακοβιομηχανιών (Meagher et al. 2005).

Πιο συγκεκριμένα, οι Βούλγαροι παραγωγοί (κυρίως της Actavis-πρώην Balkanpharma- και της Sopharma) αντιμετωπίζουν ειδικές πιέσεις λόγω της σταδιακής εφαρμογής των προτύπων, διεθνούς ποιότητας (ISO 2000) και έτσι αυξάνεται το κόστος παραγωγής. Ταυτόχρονα επιβάλλεται αυστηρός έλεγχος σε όλες τις μονάδες παραγωγής. Αναπόφευκτα, οι εγχώριοι παραγωγοί φοβούνται μια μεγαλύτερη απώλεια μεριδίου αγοράς σε προσχώρηση. Εν τω μεταξύ, το λαθρεμπόριο φαρμάκων γράφεται ότι είναι σε έξαρση.

Οι φαρμακευτικές εταιρίες και οι χονδρέμποροι εμπορεύονται «επιθετικά» τα προϊόντα τους. Δραστηριοποιούνται σε μεγάλες πόλεις της Βουλγαρίας, χρησιμοποιούν γιατρούς ως αντιπροσώπους τους, και όπως σε Δυτικές περιοχές τους παρέχουν χρηματοδότηση ιατρικών σεμιναρίων και διαμονή σε θέρετρα. Χρησιμοποιούν το εκάστοτε δημαρχείο των πόλεων της χώρας και άλλους επίσημους χώρους για να προωθήσουν τα προϊόντα τους. Οι μεγάλοι διανομείς χονδρικής πώλησης στη Βουλγαρία διαθέτουν αλυσίδες με δικά τους ή υπό τον έλεγχό τους, φαρμακεία, μια πρακτική που χρονολογείται στη μετάκομμουνιστική εποχή. Η ιδιωτικοποίηση των φαρμακείων αύξησε τον αριθμό των

χονδρεμπόρων σε τριακόσιους (300) κατά το 2000, και τον αριθμό των φαρμακείων σε περίπου 3.000 το 2003 (ΕΟΗCS, 2003).

Ακόμα, και μετά την ιδιωτικοποίηση των φαρμακείων, συνεχίζεται η εμφάνιση δόλιων πρακτικών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τη χορήγηση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι παραγωγοί συχνά να καθορίζουν την διάθεση των φαρμάκων με τη χρήση πολλαπλών καναλιών διανομής. Τα αποκλειστικά δικαιώματα διανομής προσφέρονται ως αντάλλαγμα στους χονδρέμπορους, που υπόσχονται να περάσουν τα σκευάσματα των συγκεκριμένων παραγωγών σε κεντρικές λίστες φαρμακείων και σε όλα τα νοσοκομεία.

Έχουν γίνει πολλές αναφορές στα μέσα ενημέρωσης, καθώς και καταγγελίες από διεθνείς παραγωγούς για τον αθέμιτο ανταγωνισμό και τη διαφθορά. Οι καταγγελίες αυτές αποτελούν «ακίδα» στην ολοκλήρωση της διαδικασίας φαρμακευτικής επιλογής ή «αλλαγή» έπειτα από συστάσεις. Όταν εκδόθηκε για παράδειγμα, ο θετικός κατάλογος, ακολούθησαν καταγγελίες και μηνύσεις. Τότε πολλά φάρμακα αφαιρέθηκαν από την λίστα φαρμάκων και ξένες εταιρείες επεσήμαναν ότι το 90% των φαρμάκων που εισήχθησαν, αποχαρακτήριστηκε. Σε ένα άρθρο τοπικής εφημερίδας αναφέρεται: «Ξένοι κατασκευαστές και εισαγωγείς φαρμακευτικών προϊόντων, κατήγγειλαν την κατάσταση του εκβιασμού και της δυναμικής ανακατανομής της αγοράς του φαρμάκου υπέρ των βούλγαρων παραγωγών» (Andreev, 2004).

Ανεξάρτητα από την αληθοφάνεια των πληροφοριών, εικάζεται ότι το γεγονός αυτό είναι σύμπτωμα αδυναμίας της Βουλγαρίας να εφαρμόσει διαφανή και αποδοτική δομή παραγωγής και διάθεσης, για τα φαρμακευτικά προϊόντα.

3.3.2 Τα φαρμακεία

Τα φαρμακεία είναι ακανόνιστα κατανεμημένα σε όλη τη χώρα. Στη Βουλγαρία, όλα τα κοινοτικά φαρμακεία (4.557 το 2008) ήταν ιδιόκτητα (είτε ανεξάρτητα είτε μέρος μιας αλυσίδας φαρμακείων) (Dragana et al. 2012). Ενώ στις μεγάλες πόλεις ο αριθμός τους υπερβαίνει τις ανάγκες των κατοίκων, σε μικρές πόλεις και χωριά είναι ανεπαρκή και σε ορισμένες περιοχές απουσιάζουν εντελώς. Δεν υπάρχουν περιορισμοί σχετικά με τον αριθμό των φαρμακείων ανά πληθυσμό και το καθεστώς των καταχωρημένων φαρμακείων είναι αρκετά φιλελεύθερο. Έτσι ο κύριος παράγοντας για ίδρυση νέου φαρμακείου είναι το οικονομικό συμφέρον.

Στη χώρα αυτή, δεν υπάρχει κανένα οικονομικό κίνητρο για να ανοίξουν τα φαρμακεία σε μικρά χωριά. Ως αποτέλεσμα αυτού, εμφανίζεται σοβαρός ανταγωνισμός στις

μεγάλες πόλεις. Σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, ο ανταγωνισμός έχει οδηγήσει στο κλείσιμο μικρότερων φαρμακείων, σε μικρά χωριά και οι άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη (Rohova et al. 2013).

3.3.3 Ασφαλιστικό Σύστημα

Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 4, όπως τροποποιήθηκε, (ΓΤ Νο 107/2002), εγγυάται στους ασφαλισμένους ελεύθερη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, μέσω μιας δέσμης δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης από ένα συγκεκριμένο είδος, την έκταση και το ύψος, καθώς και ελεύθερη επιλογή του παρόχου της εν λόγω περίθαλψης, ο οποίος ή η οποία έχει συνάψει σύμβαση με έναν Περιφερειακό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας. Το δικαίωμα της επιλογής αυτής εφαρμόζεται σε ολόκληρο το έδαφος της χώρας, χωρίς να μπορεί να περιορίζεται γεωγραφικά ή για διοικητικούς λόγους (όπως αναφέρεται στο SG αριθ. 107/2002, αποτελεσματική 01/01/2004) Άρθρο 5) (Http2, Meagher et al. 2005).

3.3.4 Εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας ([http2](#))

Το Εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας καλύπτει τις ακόλουθες ιατρικές υπηρεσίες:

- ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες για την πρόληψη/ διάγνωση νόσων
- περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία και νοσοκομειακή περίθαλψη για τη διάγνωση και τη θεραπεία νόσων,
- επείγουσα ιατρική περίθαλψη,
- ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση κύησης, τοκετού και μητρότητας, σε περίπτωση κατ' οίκον περίθαλψης,
- αμβλώσεις για ιατρικούς λόγους και σε περίπτωση εγκυμοσύνης μετά από βιασμό,
- οδοντιατρικές υπηρεσίες,
- συνταγογράφηση και διανομή εγκεκριμένων φαρμάκων για κατ' οίκον περίθαλψη στο έδαφος της χώρας,
- συνταγογράφηση και διανομή φαρμακευτικών προϊόντων και διαιτητικών τροφών για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς,
- ιατρικές γνωματεύσεις ως προς την ικανότητα προς εργασία,
- υπηρεσίες μεταφοράς για ιατρικούς σκοπούς,
- δραστηριότητες που αφορούν την υγεία σύμφωνα με την Πράξη. 82, Παράγραφος 2, Άρθρο 3 του Νόμου περί Υγείας (εσωτερική ψυχιατρική νοσηλεία).

Οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που περιγράφηκαν, αποτελούν τη βασική δέσμη υπηρεσιών που εγγυάται ο προϋπολογισμός του Εθνικού ταμείου ασφάλισης υγείας και η οποία καθορίζεται με διάταγμα του υπουργού Υγείας. Για την υλοποίηση των δραστηριοτήτων που προβλέπονται από τη συγκεκριμένη νομοθεσία, το NHIF θεσπίζει και υπογράφει μαζί με τον Ιατρικό-Φαρμακευτικό Σύλλογο της Βουλγαρίας, την Εθνική Σύμβαση-Πλαίσιο για δραστηριότητες ιατροφαρμακευτικής φύσεως (Meagher et al. 2005).³⁶

Ο υπουργός Υγείας εκδίδει διάταγμα, το οποίο καθορίζει τον κατάλογο των ασθενειών για τις οποίες επιστρέφονται τα έξοδα για φάρμακα (ή ιατρικά προϊόντα ή διαιτητικές τροφές), από το Εθνικό Ταμείο. Το NHIF καλύπτει πλήρως ή εν μέρει 3 φαρμακευτικά προϊόντα ανά καταχωρημένη ασθένεια στον κατάλογο ασθενειών και καθορίζει από κοινού με τον ιατρικό και τον οδοντιατρικό σύλλογο, τις τιμές των προϊόντων για τους παραγωγούς και τους εμπόρους χονδρικής. Ο βαθμός συμμετοχής του Εθνικού ταμείου ασφάλισης υγείας στο κόστος των προϊόντων του καταλόγου, προβλέπεται στην Εθνική Σύμβαση-Πλαίσιο (Meagher et al. 2005).

Παράλληλα, το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ασφαλισμένων για την υγεία των πολιτών. Οι αίθουσες υποδοχής έχουν ανοίξει στην Κεντρική Υπηρεσία NHIF, στα περιφερειακά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης- RHIF³⁷ και στα δημοτικά γραφεία, όπου οι πολίτες μπορούν να λάβουν έγκυρες πληροφορίες και να αναφέρουν την εμπειρία τους όταν και αν πιστεύουν ότι τα δικαιώματά τους στο σύστημα ασφάλισης υγείας έχουν παραβιαστεί (<http3>).

³⁶ NHIF – Το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας είναι νομικό πρόσωπο, το οποίο αποτελείται από το Κεντρικό Γραφείο - με έδρα τη Σόφια και περιφερειακές δομές σε κάθε ένα από τα 28 περιφερειακά κέντρα της Βουλγαρίας. Ο κύριος στόχος του NHIF είναι να εξασφαλίσει και να εγγυηθεί την ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση των ασφαλισμένων σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη - μέσα από ένα συγκεκριμένο είδος, την έκταση και την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας και την ελεύθερη επιλογή του αναδόχου που υπέγραψε σύμβαση με ένα άλλο Περιφερειακό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας. Οι δραστηριότητες του Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας έχουν στόχο να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των Βούλγαρων πολιτών με τη ρύθμιση και την ενίσχυση της κοινωνικής υγείας και της οικονομικής αποδοτικότητας της υγειονομικής περίθαλψης, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της καθαρής θέσης κατά τη χρήση τους, τη θέσπιση μηχανισμών για αξιοπρεπή αμοιβή των ειδικευόμενων ιατρών, και θετική αλλαγή στη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

³⁷ Τα περιφερειακά ταμεία ασφάλισης υγείας είναι αρμόδια για: Συμμετοχή στην βελτίωση του περιφερειακού χάρτη υγείας, προετοιμάζουν το τμηματικό καθεστώς περιοχής για την υποχρεωτική σύστημα ασφάλισης υγείας, αναλύουν την κατάσταση της υγείας και τις ανάγκες για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη του πληθυσμού από την αντίστοιχη περιοχή, υπογράφουν συμβάσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στο έδαφός τους, άσκηση ιατρικού και οικονομικού ελέγχου σχετικά με την απόδοση των συμβάσεων, συμμετοχή στην κατασκευή και τη συντήρηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος πληροφόρησης της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, εφαρμογή θετικής πολιτικής πληροφόρησης των μέσων ενημέρωσης σε περιφερειακό επίπεδο, να ενημερώνουν τακτικά το NHIF σχετικά με τη δραστηριότητά τους, Να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν τις δημοτικές υπηρεσίες.

3.3.5 Γιατροί

Οι περισσότεροι γιατροί στη Βουλγαρία είναι συμβεβλημένοι με το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (NHIF), που σημαίνει ότι δέχονται μόνο τους κατόχους της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας. Για την επίσκεψη, οι ασθενείς θα πρέπει να καταβάλουν το ποσό των 2,90 BGN.

Για την ενημέρωση των ιατρών προορίζεται ενημερωτικό υλικό για νέα φαρμακευτικά προϊόντα μέσω επισκέψεων από εκπροσώπους του εμπορίου. Επίσης διοργανώνονται σεμινάρια και συνέδρια, από παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων, των οποίων στόχος είναι επίσης να γνωστοποιηθούν τα ευεργετικά οφέλη των σκευασμάτων τους.

Πολλοί, ή ίσως οι περισσότεροι, ανά ιατρική ειδικότητα, πραγματοποιούν ετήσιες συναντήσεις μεταξύ τους σε εθνικό επίπεδο, που συχνά χρηματοδοτούνται από τους παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων. Αυτή η χρηματοδοτική στήριξη είναι ο μόνος πρακτικός τρόπος για γιατρούς των νοσοκομείων να συμμετέχουν σε τέτοιες εκδηλώσεις. Συμμετέχοντες στις ομάδες αυτές, δήλωσαν ότι ενώ αυτή είναι η μοναδική τους ευκαιρία για συμμετοχή σε τέτοιες εκδηλώσεις, είναι απαραίτητο να υποστηρίξουν συγκεκριμένες εταιρίες, γεγονός που τους προκαλεί αίσθηση αλληλεξάρτησης.

Σε όσους υποστήριζαν ενεργά και πέραν των συνεδρίων την εκάστοτε εταιρία, λάμβαναν ακόμη μεγαλύτερα οφέλη (όπως ταξίδια στο εξωτερικό). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μια "εξάρτηση" μεταξύ ιατροφαρμακευτικής διαχείρισης και κατασκευαστών (Meagher et al. 2005).

3.3.6 Συνταγογράφηση φαρμάκων

Οι ασθενείς, μπορούν να προμηθεύονται (δωρεάν ή με μειωμένη επιδοτούμενη τιμή) τα φάρμακα που έχει υποδείξει ο γιατρός (που είναι συμβεβλημένος με το NHIF), από φαρμακεία συμβεβλημένα με το NHIF. Τα φαρμακεία αυτά έχουν το λογότυπο του NHIF αναρτημένο σε εμφανή θέση.

Για την απόκτηση πιο ακριβών φαρμάκων, τα οποία καλύπτονται εξολοκλήρου από το NHIF, θα πρέπει ο ασφαλισμένος να προσκομίσει το "Βιβλιάριο φαρμάκων". Αυτό το προμηθεύονται από έναν γιατρό γενικής ιατρικής που είναι συμβεβλημένος με το NHIF και έρχεται σε συνεννόηση με τον εκάστοτε προσωπικό θεράποντα γιατρό.

Η συνταγογράφηση από τον γιατρό γίνεται με βάση την θετική λίστα φαρμάκων που είναι καθορισμένη από το Υπουργείο Υγείας και ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά

διαστήματα. Επιπρόσθετα, τα έξοδα αγοράς φαρμάκων δεν επιστρέφονται στη Βουλγαρία (η μειωμένη τιμή είναι ήδη ενσωματωμένη για όποιον την δικαιούται) (Meagher et al. 2005).

3.3.7 Θετική Λίστα Φαρμάκων

Μια ειδική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, καταρτίζει την Θετική Λίστα Φαρμάκων, που περιλαμβάνει τέσσερις ομάδες των φαρμακευτικών προϊόντων:

- φάρμακα που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία και αποζημιώνονται από τον NHIF, όπως ορίζεται από την Διεύθυνση Υγείας Νόμος για την ασφάλιση,
- φαρμακευτικά προϊόντα που προμηθεύονται οι ασθενείς από τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα έκτακτης ανάγκης και φροντίδας, τις ψυχιατρικές εγκαταστάσεις, τα ιατροκοινωνικά κέντρα φροντίδας για τα παιδιά και τα κέντρα για μετάγγιση αίματος, που δεν περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο παροχών, τα φαρμακευτικά προϊόντα για ογκολογικές και σπάνιες ασθένειες, καθώς και για αιμοκάθαρση και ασθενείς με μεταμόσχευση, τα οποία χρηματοδοτούνταν από το Υπουργείο Υγείας, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού μέχρι το 2009 και πλέον χρηματοδοτούνται από τον NHIF,
- φαρμακευτικά προϊόντα για το AIDS και των λοιμώδεις νόσοι που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

Ο θετικός κατάλογος αυτός είναι οργανωμένος σε φαρμακολογικές ομάδες, με τις ανάλογες, διεθνείς, κοινές ονομασίες και περιλαμβάνει την καθορισμένη ημερήσια δόση (DDD) και την τιμή αναφοράς για αυτή, καθώς αναγράφει και τις ενδεικτικές τιμές πώλησης των φαρμάκων (Meagher et al. 2005).

3.3.8 Μη συνταγογραφούμενα

Μετά την ταχύτατη αύξηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΣΑΦ-OTC) στην αγορά της Βουλγαρίας, μεταξύ 2004 και το 2008 και με σύνθετο ρυθμό ετήσιας ανάπτυξης (CAGR) 16,8% όπως καταγράφηκε σε τοπικό νόμισμα, ακολούθησαν μειωμένα ποσοστά το 2009, σε μόλις 3,2%. Η μείωση έχει ισχυρή συσχέτιση με την οικονομική ύφεση της Βουλγαρίας και με τις επακόλουθες μειώσεις των καταναλωτικών δαπανών. Όπως και στην πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η οικονομική ύφεση προκαλεί μειωμένες πωλήσεις των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, λόγω του λιγότερο ουσιαστικού χαρακτήρα τους και της έλλειψης επιστροφής χρημάτων για αυτά, από την κυβέρνηση (Petkova et al. 2014).

3.3.9 Γενόσημα

Στη χώρα αυτή δεν προβλέπεται κάποια σχετική νομοθεσία για τα γενόσημα φάρμακα, γεγονός που αποδεικνύεται και από μία σχετική έρευνα μεταξύ του 2005 και του 2007. Διεξήχθη για τρεις κατηγορίες γενόσημων φαρμακευτικών προϊόντων στην καρδιαγγειακή περιοχή: οι αναστολείς ΜΕΑ, Σαρτάνες και στατίνες. Η μελέτη έγινε στη βουλγαρική αγορά, διότι δεν υπάρχει καμία σχετική ρύθμιση στη χώρα για την τόνωση της αγοράς γενόσημων φαρμάκων. Η επίσημη βάση δεδομένων του Ταμείου Ασφάλισης Υγείας της Βουλγαρίας χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο δύο υποθέσεων σχετικά με την επίδραση των φαρμάκων αυτών στο μερίδιο αγοράς και στις τιμές των πρωτότυπων. Τα αποτελέσματά επιβεβαιώνουν ότι ο γενικός ανταγωνισμός, αλλάζει την αγορά και ότι οι αλλαγές αυτές μειώνουν την τιμή των φαρμάκων. Ο ανταγωνισμός για τα γενόσημα δεν είναι νομοθετικά κατοχυρωμένος στη χώρα και δεν αντιστοιχεί σε παγκόσμιες τάσεις. Επιπλέον διαφαίνεται αναγκαία η εφαρμογή ενεργών-ρυθμιστικών μέτρων μάρκετινγκ σε όλα τα επίπεδα, για τη δημιουργία μιας βιώσιμης αγοράς γενόσημων φαρμάκων. Στην διαδικασία καλείται να συμπεριληφθεί η κρατική παροχή «λογικών» (παγκοσμίως αποδεκτά και όχι δόλια) κινήτρων για τους κατασκευαστές, τους ιατρούς και τους διανομείς (Manova et al. 2011).

3.3.10 Φάρμακα φυτικής προελεύσεως

Οι ρυθμίσεις για τα φάρμακα φυτικής προέλευσης θεσπίστηκαν το 1995 και τροποποιήθηκαν το 2001 καθορίζοντας τις απαιτήσεις για την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων (κανονισμός Νο 17 της 19 Μαΐου 2001). Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις αυτές δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στα συμβατικά φάρμακα και σε αυτά που προέρχονται από φυτά ή φυσικές ουσίες. Για την έγκριση της κυκλοφορίας τους, κρίνεται απαραίτητη η απόδειξη της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς τους.

Στη Βουλγαρία χρησιμοποιούνται η Ευρωπαϊκή φαρμακοποιία και οι μονογραφίες της European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP) 145, διότι η εθνική φαρμακοποιία και εθνικές μονογραφίες βρίσκονται ακόμα υπό ανάπτυξη. Συνολικά έχουν καταχωρηθεί 113 φάρμακα φυτικής προέλευσης, όμως δεν περιλαμβάνονται σε εθνικό κατάλογο φαρμάκων. Τα φάρμακα φυτικής προέλευσης πωλούνται στα φαρμακεία ως συνταγογραφούμενα και ως OTC, καθώς και σε ειδικά καταστήματα (BDA 2010).

3.3.11 Βιταμίνες-Συμπληρώματα Διατροφής

Η διαθεσιμότητα και η αξιοπιστία των πληροφοριών για Βιταμίνες-Συμπληρώματα Διατροφής-HMP είναι ανεπαρκής για τους ασθενείς και τους φαρμακοποιούς της χώρας. Χρειάζονται περισσότερες ανεξάρτητες πηγές πληροφοριών, ιδιαίτερα για τα πρόσφατα εγγεγραμμένα σκευάσματα HMP με βότανα από διαφορετικές γεωγραφικές προελεύσεις. Οι επιστήμονες και οι ρυθμιστικοί οργανισμοί επεκτείνουν τις προσπάθειές τους στην παροχή κατάλληλων και αξιόπιστων πληροφοριών για την κοινωνία και τους επαγγελματίες, αλλά είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο.

Με βάση μια έρευνα (για τους ασθενείς και για τους φαρμακοποιούς) σε 10 τυχαία επιλεγμένες περιοχές της χώρας και σε 5 φαρμακεία, για τη χρήση των βιταμινών/συμπληρωμάτων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα HMP προτιμώνται περισσότερο στις γηραιότερες ομάδες ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή επιθυμούν να διατηρούνται υγιείς. Σε περιπτώσεις με οξείες ασθένειες, οι καταναλωτές είναι περισσότερο διατεθειμένοι να αγοράσουν ότι προστάζει η σύγχρονη ιατρική. Εν τούτοις, το υψηλό επίπεδο των θετικών στάσεων απέναντι στα HMP (60% των ασθενών και το 73% των φαρμακοποιών) εμφανίζεται με την μορφή αύξησης του μεριδίου αγοράς τους κατά τα τελευταία 10 χρόνια, αλλά διατίθενται σε χαμηλά αποθέματα (Tzenova et al. 2003).

3.3.12 Τιμολόγηση

Η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων ρυθμίζεται επίσης, από το Υπουργείο Υγείας. Μια ειδική επιτροπή του Υπουργείου εγκρίνει τις τιμές των φαρμάκων, τα προϊόντα που περιλαμβάνονται στη θετική λίστα και έτσι καθορίζει τις μέγιστες τιμές διάθεσης των προϊόντων. Η εργοστασιακή τιμή ενός προϊόντος της λίστας υπολογίζεται με βάση ένα διεθνές σύστημα τιμών, σύμφωνα με το οποίο γίνεται σύγκριση τιμών σε οκτώ βασικές χώρες (Ρουμανία, Γαλλία, Εσθονία, Ελλάδα, Σλοβακία, Λιθουανία, την Πορτογαλία και την Ισπανία) και σε πέντε επιπλέον (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Η Πολωνία, η Λετονία και η Ουγγαρία)-κράτη μέλη της ΕΕ. Η χαμηλότερη τιμή που συναντάται σε αυτές τις χώρες, ορίζεται ως εργοστασιακή τιμή σκευασμάτων στην Βουλγαρία.

Οι τιμές αναφοράς χρησιμοποιούνται συνήθως για τον προσδιορισμό της επιστροφής χρημάτων στους ασφαλισμένους. Η προσαύξηση των χονδρεμπόρων και των φαρμακείων καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας, ανάλογα με τον παραγωγό (ή εισαγωγέα) και το κόστος ανά πακέτο, καθώς κυμαίνεται από 24% μέχρι 31% στο σύνολο. Σύμφωνα με

διάταγμα του Υπουργείου Υγείας, για υψηλού κόστους φαρμακευτικά σκευάσματα, η αρμόδια επιτροπή καταγράφει και μελετά μόνο τις ανώτατες τιμές λιανικής που προτείνονται από τον παραγωγό ή τον εισαγωγέα (Εικόνα 5).

Η λιανική κατανάλωση στη Βουλγαρία ήταν 65 € ανά κάτοικο το 2008, ενώ η συνολική κατανάλωση (συμπεριλαμβανομένων των πωλήσεων στα νοσοκομεία) ανήλθαν σε € 80 ανά κεφαλή και ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ (Trifonov, 2010). Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων έχουν καθοδική πορεία από το 2002, αλλά παραμένουν σε υψηλά επίπεδα: σύμφωνα με μια εθνική μελέτη το 2006, οι ασθενείς συχνά δεν μπορούν να αντέξουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Dimova et al. 2012. EUC 2012).

Bulgarian drug market (million BGN)

Year	Imports	Domestic production	Total
1999	160.5	128.0	288.5
2000	185.2	110.5	290.5
2001	289.9	197.2	487.1
2002	359.7	196.4	556.1
2003	410.9	211.2	622.1
2004	484.6	200.4	685.0

Εικόνα 5. Η Αγορά φαρμάκων στην Βουλγαρία (BDA, 2005)

3.3.13 Αυτοθεραπεία

Σε ολόκληρο τον κόσμο, καθώς και στη Βουλγαρία, υπάρχει μια τάση προς την αυτοθεραπεία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση αυτό αποδίδεται στο υποδεέστερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Για να αποπληρωθούν τα φαρμακευτικά προϊόντα από τον NHIF, ο ασθενής που κατέβαλε το ποσό αγοράς τους, θα πρέπει να επισκεφθεί το Εθνικό Ταμείο, να καταβάλει το τέλος για την επίσκεψη αυτή και ίσως να καλυφθεί εν μέρει το κόστος της αρχικής του δαπάνης. Αυτό καθιστά τη διαδικασία μάλλον χρονοβόρα και δαπανηρή για τον ασθενή. Ως εκ τούτου, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός της αυξημένης τάσης για αυτοθεραπείας και της εναλλακτικής ιατρικής (Delcheva, 2006).

Πολλοί και αυξανόμενοι ποσοτικά, είναι οι ασθενείς που καταφεύγουν σε φυσικές μεθόδους ίασης, αγοράζοντας μη συνταγογραφούμενα προϊόντα από το φαρμακείο, πριν από επίσκεψή τους σε ένα γιατρό. Τα περισσότερα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην αυτοθεραπεία είναι αποκλεισμένα από τις λίστες του NHIF. Έτσι το ζήτημα που προκύπτει από την νέα μέθοδο, αφορά τον αριθμό των ασθενών οι οποίοι αγοράζουν τα φαρμακευτικά προϊόντα που δεν χρηματοδοτούνται από τον NHIF, οι οποίοι είναι όλο και περισσότεροι. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, οι δαπάνες αρκετών νοικοκυριών για φαρμακευτικά προϊόντα να

έχουν αυξηθεί σημαντικά από 747.000.000 λέβα το 2003, σε 1.203.000.000 λέβα το 2007 (NSI 2010).

3.3.14 Τυπικά και άτυπα ζητήματα που προκύπτουν στον φαρμακευτικό κλάδο

Informal payment/gift by type of service/item (ever)		
Type of service paid for:	selected this option (%)	
	Men	Women
Operation (to physician)	6.7	6.7
Examination (to physician)	6.4	9.0
Pharmaceuticals	3.6	5.1
Other	3.2	3.0
Nursing services	2.7	4.1
Tests (to physician)	2.3	2.9
Medical certificate (to physician)	1.7	1.1
Hospital admission	1.4	2.0
Cash payment for at least one of the above	7.6	8.0
Gift for at least one of the above	15.3	18.6
Cash payment or gift for at least one of the above	18.6	22.0

Εικόνα 5. Άτυπες πληρωμές στην Βουλγαρία (Balabano and McKee, 2002)

Μια πιλοτική μελέτη στην χώρα, αποκάλυψε την πολυπλοκότητα των άτυπων πληρωμών στη Βουλγαρία (Εικόνα 5). Σύμφωνα με τις πληρωμές της μετρητής που έγιναν κατά την διάρκεια της έρευνας, διαφαίνεται ότι υπάρχει μια σειρά από ημιεπίσημα τέλη χρήσης για τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα τρόφιμα, και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Με τον τρόπο αυτό υποδεικνύεται ότι οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μια σημαντική πηγή ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Η Παγκόσμια Τράπεζα, ενώ τονίζει τον παράνομο χαρακτήρα τους, υποστηρίζει ότι οι πληρωμές αυτές θα πρέπει να προσμετρηθούν, με στόχο την ενσωμάτωσή τους σε ένα σύστημα ρύθμισης του επιμερισμού του κόστους (Balabano and McKee, 2002).

Ωστόσο, οι φτωχοί αντιμετωπίζονται με παροχές χαμηλού επιπέδου και με μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένη φροντίδα. Οι άνθρωποι αυτοί είναι πιο πιθανό να καταφύγουν στην αυτοθεραπεία ή να χρησιμοποιήσουν υποκατάστατα σκευάσματα προτεινόμενα από ιατρούς ή φαρμακοποιούς, τα οποία δυνητικά είναι λιγότερο κατάλληλα για την ίασή τους. Ακόμα, υπάρχουν ενδείξεις αλλά όχι αποδείξεις, ότι αποθαρρύνονται από τις άτυπες πληρωμές των επιστημόνων υγείας (World Development Report 1993).

Επιπρόσθετα εμπόδια στην παροχή φροντίδας, αποτελούν (επίσημα) οι υψηλές φαρμακευτικές δαπάνες, οι γραφειοκρατικοί κανόνες και η έλλειψη επιλογής. Ακόμα και όταν η πρόσβαση σε καλής ποιότητας θεραπεία-σκεύασμα είναι εύκολη (υπάρχει το φαρμακείο της γειτονιάς, ο γιατρός δεν χρεματίζεται, υπάρχει κατάλληλο φάρμακο σε προσιτή τιμή), η πορεία του ασθενή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως για παράδειγμα τη χρήση των «γνωριμιών-μέσο», την ενίσχυση της προσωπικής επαφής από ένα δώρο και την παράβλεψη καναλιών διανομής για άμεση απόκτηση (Balabanova, 2001. Ensor and Savelyeva, 1998. Delcheva, 1999. Balabano and McKee, 2002).

Επιπλέον, οι τιμές των φαρμακευτικών στη Βουλγαρία παραμένουν υψηλές σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι αποφάσεις των τιμών είναι ανεξάρτητες από τις αποφάσεις επιστροφής χρημάτων από το NHIF. Το Υπουργείο Υγείας και το NHIF οι τιμές καθορίζονται μέσα από την διεξαγωγή δημόσιων διαγωνισμών, σε συμφωνία με το «Νόμο για τη δημόσια Υγεία» και τις σχετικές ρυθμίσεις (Taskov, 2008). Σύμφωνα με μια εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα, οι υψηλές τιμές έχουν γίνει δυσβάσταχτες για ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα, για ένα μεγάλο ποσοστό των πολιτών: 23.2% δήλωσε ότι στερούνταν τα οικονομικά μέσα να αγοράζουν συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το 56,0% δεν θα μπορούσε να αποκτήσει τα απαραίτητα συνταγογραφούμενα φάρμακα για την θεραπεία τους. Επιπλέον, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, είναι συγκριτικά υψηλό (Dimova et al. 2007).

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα στον φαρμακευτικό τομέα στη Βουλγαρία είναι ότι η επιλογή και η προμήθεια των φαρμακευτικών προϊόντων είναι μια «σκοτεινή» και πολύ ευάλωτη σε συγκρούσεις, διαδικασία. Σε μια μελέτη από την USAID το 2005 αποδείχτηκαν οι προσπάθειες από ορισμένους διεθνείς και τοπικούς παραγωγούς φαρμάκων να ασκήσουν επιρροή σε σχεδόν κάθε επίπεδο του συστήματος. Σημάδια της διαφθοράς εμφανίζονται συχνά τα τελευταία χρόνια στην Βουλγαρία και επιβεβαιώνουν την αναποτελεσματική εποπτεία-έλεγχο της διαδικασίας επιλογής των φαρμάκων (Εικόνα 6, 7) (Meagher et al. 2005).

Ένα επιπρόσθετο ζήτημα εμφανίζεται από την απουσία τακτικής και συστηματικής έρευνας για την ορθολογική χρήση των φαρμάκων. Διαφαίνεται από ανεπίσημα στοιχεία, ότι υπάρχουν σοβαρά ζητήματα με τα φάρμακα που συνταγογραφούνται και πληρώνονται από το NHIF. Μερικά από αυτά φάρμακα είναι πιο ακριβά από ότι οι ασθενείς θα πλήρωναν για να τα αποκτήσουν. Επιπλέον, γράφεται ότι ορισμένα από τα φάρμακα αυτά δεν είναι και τα πιο αποτελεσματικά. Ωστόσο, από επιστημονικά αποδεδειγμένα στοιχεία, η υποστήριξη των ασθενών σχετικά με το ζήτημα αυτό, είναι ανύπαρκτη.

Καταλήγοντας, οι μελλοντικές προκλήσεις στο βουλγαρικό φαρμακευτικό τομέα περιλαμβάνουν την αποτελεσματική ρύθμιση των τιμών, την ανάπτυξη συστημάτων για επιπρόσθετη, ουσιαστική και αδιάβλητη επιστημονική έρευνα, την διεύρυνση της φαρμακοοικονομίας και την ανάπτυξη συστήματος ισονομίας για τους πολίτες της χώρας.

Transparency ratings		
<i>Question</i>	<i>"Best practice" benchmark</i>	<i>Bulgaria rating</i>
1. Are selection guidelines and inclusion/exclusion criteria published and available? Are they clear?	Explicit criteria must be defined and published. Final selection criteria should be based on discussions and acceptance by key prescribers. (See WHO criteria for the selection of essential drugs).	Poor
2. Is the following information about committees and officials making selection decisions published and available: their names, basis of appointment, responsibilities?	Names of selection committee members, their qualifications, and their terms of reference should be public information and listed in the formulary manual and on a government website. The method of appointment should also be clearly stated and publicly available. An organigram which is also publicly available should document each member's background and responsibilities.	Poor
3. How do stakeholders learn about decisions?	Announcement of decisions at public meetings, and an information system that disseminates drug selection criteria and rationales helps to ensure integrity and that, if improprieties take place, they are detectable.	Average
4. Are the drug selection meetings open to the public? Announced in advance? In fact attended and covered by the media?	Public scrutiny of drug selection meetings contributes to transparency and limits unethical practices. Media coverage helps ensure transparency and public knowledge of the processes and decisions.	Poor
5. Are selection processes documented, and are the records publicly available?	Minutes of selection committee meetings should be archived and available to the public	Poor

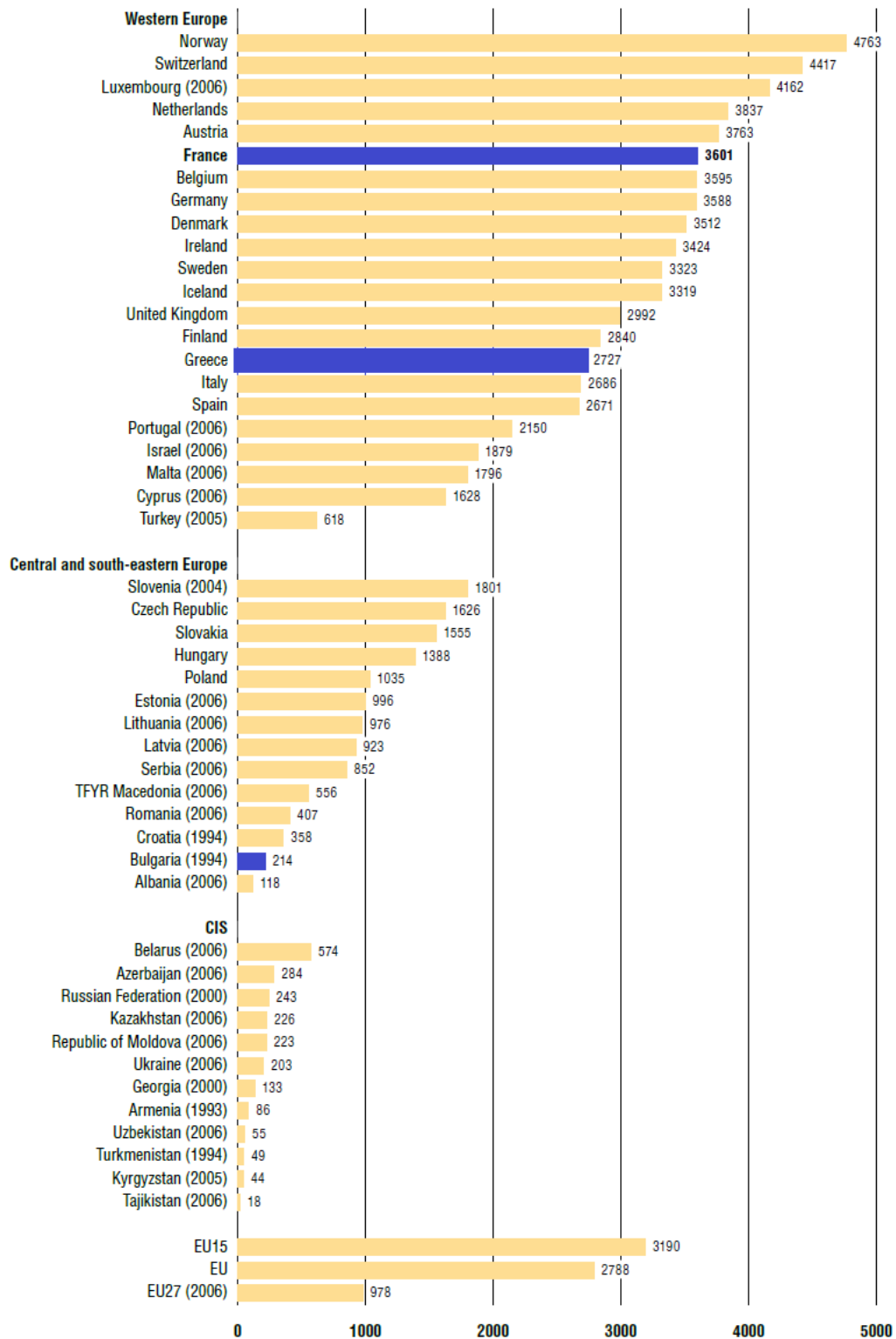
Εικόνα 6. Δείκτες διαφάνειας Βουλγαρίας (Cohen et al. 2002)

Γενικότερα, σε κάθε χώρα της οποίας περιγράφηκε το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο Υγείας, σημαντικό λόγο έχει ο ίδιος ο καταναλωτής. Αυτός διαμορφώνει την ζήτηση ανάλογων προϊόντων, σύμφωνα με τις γνώσεις του και τις επιρροές που δέχεται από το κοντινό του περιβάλλον (Εικόνα 8). Έτσι, στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί διευρυμένη ανάλυση της συμπεριφοράς του, για μια συνολική θεώρηση του ζητήματος που πραγματεύεται η μελέτη αυτή και για να ολοκληρωθεί η βιβλιογραφική της ανασκόπηση.

Accountability ratings		
<i>Question</i>	<i>"Best practice" benchmark⁴²</i>	<i>Bulgaria rating</i>
1. Are drug selection criteria evidence-based? Are the criteria respected in practice?	The government should have clear guidelines that specify what criteria are being applied for drugs on any public formulary. A transparent methodology that determines the drugs' necessity for the health needs of the population and cost-effectiveness should be uniformly applied. Drug selection must be matched with the pattern of prevalent diseases in country. Government should maintain an information system that monitors drugs once they are in the market.	Poor
2. Are choices in the selection process explained (e.g. inclusion, exclusion, deletion)? Are these explanations publicly available?	Formulary drugs should be listed by generic name. Where possible, generic drugs should be used. The inclusion of a new drug should be based on studies that confirm that the drug is necessary for the health needs of the population and on cost-effectiveness. This is particularly relevant for drugs that are not essential drugs. Deletion of drugs from the national drug formulary should be based on sound evidence that they are inappropriate or not cost-effective for the health needs of the population.	Poor
3. What forms of official oversight of this process exist, in principle and in practice? How stringent are they?	Selections are best made by an independent commission of professionals that is subject to oversight by some combination of the public, the health professions, the courts (administrative law review), by supreme audit agency, and parliament.	Poor
4. In what ways can the public provide input to these processes, e.g. applications, appeals, review and comment on proposed rules?	Open and formal consultations with the public should be institutionalized to ensure that all stakeholder views are taken into account in the drug selection process and that no one group has undue influence. There should be a formalized and regular appeal process for applicants who have their drug submissions rejected, to ensure that standards of drug selection are transparent and fair.	Average

Εικόνα 7. Δείκτες υπευθυνότητας Βουλγαρίας (Cohen et al. 2002)

Health expenditure in WHO European Region (purchasing power parity per capita), latest available year



Source: WHO Regional Office for Europe 2010.

Notes: Eur-A,B,C: Regions as in the WHO list of Member States, last available year.

Εικόνα 8. Φαρμακευτική αγοραστική δήναμη των τριών υπό μελέτη κρατών με βάση την έκθεση του ΠΟΥ. (WHO, 2010)

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

"If you are not thinking customers, you are not thinking."

Dr. Ted Levitt, Harvard Business School

Στο τέταρτο κεφάλαιο, δίνεται βάση στο πρόσωπο που διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο στην Αγορά και κατά συνέπεια στην εργασία αυτή και είναι ο καταναλωτής-πελάτης. Αποτελεί τον κύριο μοχλό αγοραστικής κινητικότητας και τον μοχλό όλων των οικονομικών δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων. Καθημερινά καλείται να παρατηρήσει, να κρίνει, να αποφασίσει και να επιλέξει ένα προϊόν με βάση τα ερεθίσματα του περιβάλλοντός του.

Στο σημείο αυτό παρατίθεται η άποψη του Thompson (1962), ο οποίος αναφέρει ότι «οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες στο μάρκετινγκ είναι το προϊόν και ο τελικός καταναλωτής, με προφανή στόχος να έρθουν οι παράγοντες αυτοί σε πλήρη αρμονία. Είναι πολύ πιο εύκολο και επομένως πιο οικονομικό να προσδιορίσεις τι θέλουν οι καταναλωτές και να τους το προσφέρεις παρά να τους κάνεις να θέλουν αυτό που παράγεις».

Ο καταναλωτής είναι η οντότητα που αγοράζει ή έχει τη δυνατότητα να αγοράσει ένα προϊόν και που αποβλέπει στην ικανοποίηση των αναγκών, προσωπικών ή μη. Ο όρος καταναλωτής περιλαμβάνει τον Τελικό Καταναλωτή (ultimate consumer) και τον Βιομηχανικό Πελάτη (Industrial User). Σε κάθε περίπτωση είναι αυτός που ενεργά συμμετέχει στην αγοραστική διαδικασία σε ένα δεδομένο περιβάλλον. Η μελέτη της συμπεριφοράς του ενδιαφέρει τους μελετητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, τους ίδιους τους καταναλωτές καθώς και τα στελέχη των επιχειρήσεων.

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι ο πελάτης στην ουσία δημιουργεί την τελική ζήτηση των προϊόντων και των υπηρεσιών, αφού προσπαθεί να καλύψει διάφορες επιθυμίες του με δεδομένο εισοδηματικό περιορισμό. Μαζί λοιπόν, οι καταναλωτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι διαφέρουν τόσο σε αγοραστικές δυνατότητες και προτιμήσεις όσο και σε αγοραστικές αποφάσεις και συμπεριφορές. Ειδικά στον ιατροφαρμακευτικό χώρο, οι πελάτες-ασθενείς, με τις απαιτήσεις και την συμπεριφορά τους, είναι αυτοί που καθορίζουν την επιτυχία ή αποτυχία του συστήματος της υγείας.

4.1 Ορισμός και τύποι συμπεριφοράς καταναλωτή

Ο Jacoby (1976) αναφέρει ότι η συμπεριφορά του καταναλωτή αντανακλά το σύνολο των αποφάσεων των καταναλωτών σε σχέση με την απόκτηση, την κατανάλωση και την απόρριψη αγαθών, υπηρεσιών, χρόνου και ιδεών από ανθρώπινες μονάδες που λαμβάνουν αποφάσεων διαχρονικά. Μπορεί όμως και να οριστεί ως οι «δραστηριότητες σχετικές με την αγορά προϊόντος, σκέψεις και οι επιδράσεις που συμβαίνουν πριν, κατά την διάρκεια, και μετά την αγορά, όπως αυτές πραγματοποιούνται από τους αγοραστές και τους χρήστες προϊόντων και υπηρεσιών, καθώς και από αυτούς που επηρεάζουν την αγορά» (Σιώμος, 1994). Στο ίδιο πλαίσιο γράφει και ο Wilkie (1994). Ως σύγχρονη προσέγγιση, οι Hawkins et al. (2001) ορίζουν τη Συμπεριφορά του Καταναλωτή, ως τη μελέτη ατόμων, ομάδων ή οργανισμών και τις διαδικασίες που χρησιμοποιούν για να επιλέξουν, να εξασφαλίσουν, να χρησιμοποιήσουν και να απορρίψουν προϊόντα, υπηρεσίες, εμπειρίες ή ιδέες προκειμένου να ικανοποιήσουν ανάγκες τους και τις επιπτώσεις που αυτές οι διαδικασίες έχουν στον καταναλωτή και την κοινωνία. Συνοπτικά, αφορά την μεγιστοποίηση της αναμενόμενης ωφέλειας αγοράς, η οποία υπόκειται σε περιορισμό προϋπολογισμού και διαθέσιμων πληροφοριών (Dibb et al. 2001).

Όπως είναι φυσικό, οι διαφορετικοί καταναλωτές έχουν διαφορετικές επιθυμίες και ανάγκες και οι ρυθμοί της ζωής τους καθιστούν «πεινασμένους για χρόνο» (time hungry) (Σιώμος, 2002). Συχνά όμως συμμετέχουν σε αγοραστικές διαδικασίες για διαφορετικά προϊόντα. Οι διαδικασίες αυτές μπορούν γενικά να κατηγοριοποιηθούν στους τύπους:

- *Συμπεριφορά συνήθειας.* Ο συγκεκριμένος τύπος περιλαμβάνει «εύκολες» αγοραστικές αποφάσεις που λαμβάνονται συχνά και αφορούν προϊόντα χαμηλού κόστους, χαμηλού ρίσκου, που απαιτούν ελάχιστη συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών (π.χ. καφέ, χαρτοπετσέτες, κτλ.).
- *Περιορισμένη διαδικασία απόφασης.* Ο συγκεκριμένος τύπος περιλαμβάνει αγοραστικές αποφάσεις που λαμβάνονται περιστασιακά και αφορούν προϊόντα που απαιτούν μέτριο επίπεδο συλλογής και επεξεργασίας πληροφοριών. Θα μπορούσε για παράδειγμα να αφορά μια έκδοση ενός νέου λογισμικού συνταγογράφησης για τους υπολογιστές φαρμακείων, ή την εισαγωγή μιας καινούργιας εταιρικής μάρκας σε θερμαντικές κρέμες, που γνωρίζει καλά ο καταναλωτής.
- *Εκτεταμένη διαδικασία απόφασης.* Περιλαμβάνει τις αγοραστικές αποφάσεις που αφορούν άγνωστα προϊόντα, ή όσα αγοράζονται σπάνια, ενέχουν υψηλό ρίσκο, συνεπάγονται υψηλό

κόστος και απαιτούν πολύ χρόνο για τη συλλογή πληροφοριών και τη σύγκριση των εναλλακτικών λύσεων πριν την τελική επιλογή και αγορά (π.χ. αυτοκίνητα, ακριβές ηλεκτρικές συσκευές κτλ.).

- *Παρορμητική αγορά.* Ο τύπος αυτός αφορά αγοραστικές αποφάσεις που δεν εμπεριέχουν κανένα συνειδητό προγραμματισμό αλλά είναι αποτέλεσμα μιας έντονης και επίμονης ορμής προς την άμεση αγορά ενός προϊόντος (π.χ. η μη προγραμματισμένη, αυθόρμητη αγορά ενός πακέτου δώρου σαμπουάν και αφρόλουτρο μαζί, γνωστής φαρμακευτικής εταιρίας, που ήταν εμφανές στο οπτικό πεδίο του πελάτη).

Συμπερασματικά, η αγορά ενός συγκεκριμένου προϊόντος δεν εμπίπτει κάθε φορά στον ίδιο τύπο συμπεριφοράς καταναλωτή. Είναι πιθανό, για παράδειγμα κατά την πρώτη φορά που αγοράζει κάποιος ένα προϊόν, να εμπλακεί σε εκτεταμένη διαδικασία απόφασης, ενώ τις επόμενες φορές που θα αγοράσει κάτι ανάλογο, μια περιορισμένη διαδικασία να θεωρηθεί επαρκής. Το γεγονός αυτό, εντείνει την αναγκαιότητα μελέτης της πολυμορφίας του ζητήματος αυτού, από τους ειδικούς του Μάρκετινγκ (Τσακλαγκάνος, 2000).

4.1.1 Ο ρόλος του μάρκετινγκ στην συμπεριφορά του καταναλωτή

Οι υπεύθυνοι σε κάθε επιχείρηση προσπαθούν να κατανοήσουν την καταναλωτική αυτή συμπεριφορά και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, να προσδιορίσουν τις όποιες διαφορές υπάρχουν μεταξύ των καταναλωτών (τμηματοποίηση), να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν πολιτικές που αρμόζουν στους καταναλωτές της αγοράς-στόχου (δυνατότητες, προτιμήσεις) στο επίπεδο του προϊόντος, τιμής, διανομής, προβολής (4P), με σκοπό την επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων και πωλήσεων.

Πιο ειδικά, και για την επίτευξη των εν λόγω πωλήσεων, το φαρμακευτικό μάρκετινγκ δεν μετέρχεται σε μεθόδους δημιουργίας αναγκών αλλά απευθύνεται αποκλειστικά και μόνον στην ικανοποίηση πραγματικών και ουσιαστικών αναγκών, που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπου-ασθενή-καταναλωτή (Μπαλτάς και Παπασταθοπούλου, 2003).

4.1.2 Επιλογή προϊόντων και ομαδοποίηση καταναλωτών

Η επιλογή των προϊόντων από τους καταναλωτές γίνεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους (Μπαλτάς και Παπαβασιλείου, 2003). Ο πρώτος εξ'αυτών παρουσιάζεται ως *συμψηφιστική διαδικασία*, όπου τα εναλλακτικά προϊόντα αξιολογούνται βάσει των χαρακτηριστικών τους, σταθμίζονται με συντελεστές σπουδαιότητας (οπότε διαμορφώνουν

την συνολική χρησιμότητα κάθε εναλλακτικής επιλογής) και τέλος επιλέγεται το προϊόν με την μέγιστη χρησιμότητα από όλα όσα αξιολογήθηκαν.

Ο δεύτερος τρόπος είναι η *μη συμψηφιστική διαδικασία* όπου η επιλογή μπορεί να γίνει με τέσσερις εναλλακτικούς κανόνες: α) Συνδετικός Κανόνας όπου καθορίζεται ένα ελάχιστο αποδεκτό όριο σε κάθε χαρακτηριστικό, απορρίπτεται κάθε προϊόν που δεν καλύπτει το όριο σε οποιοδήποτε χαρακτηριστικό, β) Διαζευκτικός Κανόνας που καθορίζεται ένα ελάχιστο όριο σε κάθε χαρακτηριστικό, προκρίνεται κάθε μάρκα που καλύπτει το όριο σε οποιοδήποτε χαρακτηριστικό, γ) Λεξικογραφικός κανόνας που επιλέγεται το προϊόν με τον καλύτερο βαθμό στο σπουδαιότερο χαρακτηριστικό. και προϋποθέτει σαφή εκ των προτέρων ιεράρχηση των χαρακτηριστικών και δ) Κανόνας Αποκλεισμού όπου αρχίζοντας από το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό αποκλείονται τα προϊόντα που δεν ικανοποιούν ένα ελάχιστο όριο. Βασική προϋπόθεση για τον συγκεκριμένο τρόπο δράσης είναι η σαφή, εκ των προτέρων ιεράρχηση των χαρακτηριστικών.

Ο τρίτος τρόπος είναι ο *συνδυασμός κανόνων επιλογής* όπου συνδυάζονται ο κανόνας αποκλεισμού, (δηλαδή η εφαρμογή που οδηγεί στην μείωση των υποψηφίων για αγορά προϊόντων και διαγράφονται όσα δεν ικανοποιούν κάποιες ελάχιστες απαιτήσεις), και στη συνέχεια ο κανόνας συμψηφισμού (που εφαρμόζεται για την τελική επιλογή μεταξύ των προϊόντων που προκρίθηκαν από το προηγούμενο στάδιο). Αυτός ο τρόπος απλοποιεί την συμψηφιστική διαδικασία, εμπλουτίζοντας την με ένα μη συμψηφιστικό στάδιο (Μπαλτάς και Παπαβασιλείου, 2003).

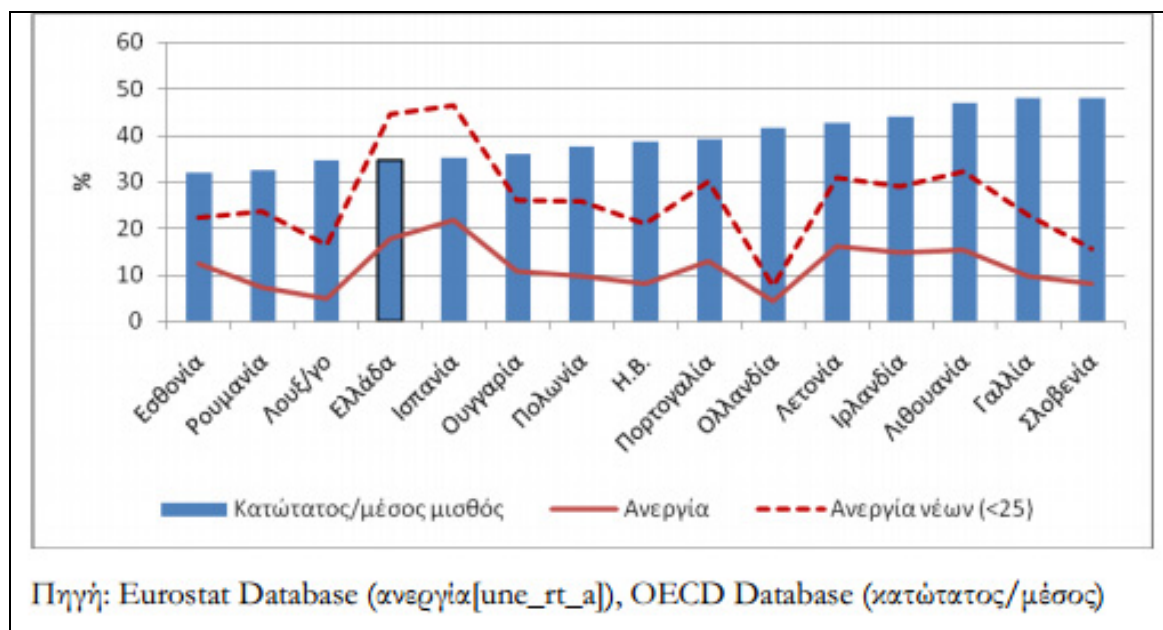
Σύμφωνα λοιπόν, με τον τρόπο και τα κριτήρια που θα επιλέξουν το τελικό προϊόν, οι καταναλωτές ανάγονται σε ομάδες. Για να αναδείξουν τη διαφορετικότητά τους, οι Sproles και Kendall (1986), ανέπτυξαν σχετική έρευνα, που κατέληξε στην αναγνώριση 8 διαφορετικών προτύπων λήψης αγοραστικών αποφάσεων από τους καταναλωτές. Τα πρότυπα αυτά συνοπτικά είναι τα εξής:

- Τελειομανής/έμφαση στην ποιότητα (perfectionist/high quality conscious)
- Έμφαση στη μάρκα/επωνυμία =ποιότητα (brand conscious)
- Καινοτόμος/μοδάτος (novelty/fashion conscious)
- Αγορές για αναψυχή (recreational/hedonic consciousness)
- Έμφαση στην τιμή (price conscious)
- Παρορμητικός/απρόσεκτος (impulsive/careless)
- Μπερδεμένος (confused by overchoise)
- Πιστός σε μάρκα/σταθερός (habit/brand loyalty).

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές του καταναλωτή φαρμακευτικών προϊόντων.

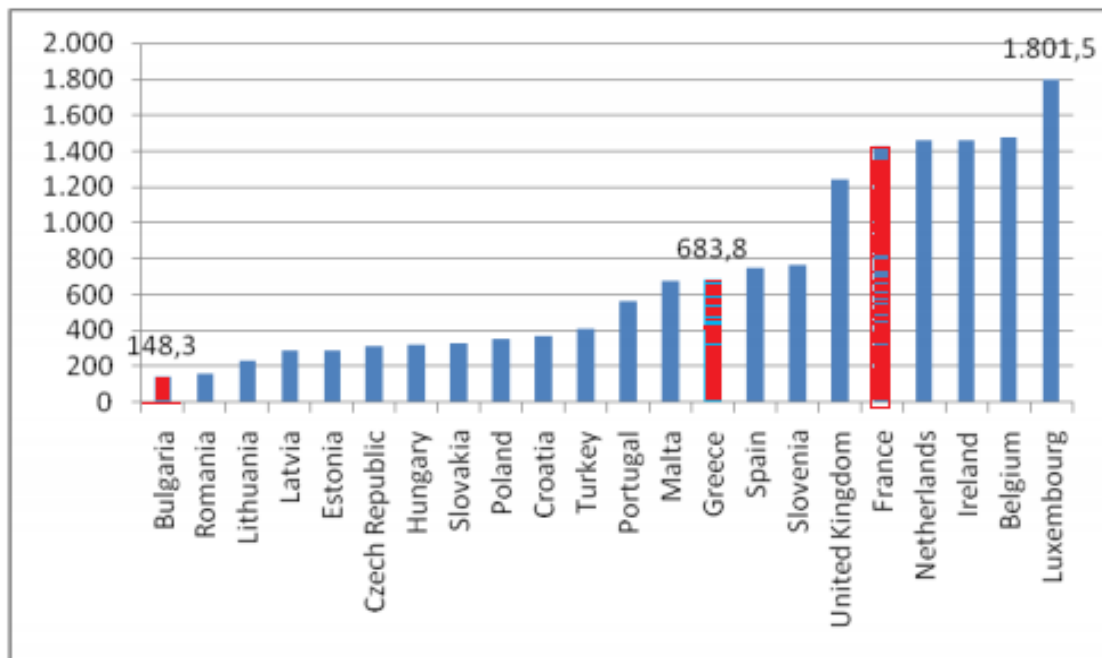
Ένα υπόδειγμα που περιγράφει τον ασθενή-καταναλωτή και το περιβάλλον της αγοράς αποτελείται από τέσσερα στοιχεία:

-Το εισόδημά του. Ο εισοδηματικός περιορισμός δείχνει τους διαφορετικούς συνδυασμούς φαρμακευτικών προϊόντων που μπορεί να αγοράσει ο καταναλωτής. Το ποιοι συνδυασμοί είναι δυνατοί ή μπορούν να αγοραστούν εξαρτάται από δύο παράγοντες: το εισόδημα του ίδιου και τις τιμές των διαφόρων σκευασμάτων. Ο εισοδηματικός περιορισμός μπορεί να αποτυπωθεί ως γραμμή εισοδήματος. Στις εικόνες που ακολουθούν (Γαβρόγλου, 2013), φαίνονται οι διακυμάνσεις των κατώτατων μισθών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2011 (εικόνα 9) και το 2012 (εικόνα 10), αλλά και η εξέλιξή τους στις χώρες τις Γαλλίας, Ελλάδας, Βουλγαρίας (εικόνα 11).



Εικόνα 9. Κατώτατος μισθός και ανεργία στις χώρες της ΕΕ, 2011

Ο κατώτατος μισθός ανά μήνα σε Ευρώ, σε 12μηνη βάση, β' τρίμηνο 2012



Πηγή: Eurostat Database

Εικόνα 10. Κατώτατος μισθός ανά μήνα σε Ευρώ σε 12μηνη βάση, β' τρίμηνο 2012

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Minimum wages													
2	EUR/month													
3	geo/time		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
4	Bulgaria		51,38	56,28	61,36	76,69	81,79	92,03	112,49	122,71	122,71	122,71	138,05	158,5
5	Greece		571,71	606,52	630,77	667,68	709,71	730,3	794,02	817,83	862,82	862,82	876,62	683,76
6	France		1127,23	1154,27	1215,11	1286,09	1217,88	1254,28	1280,07	1321,02	1343,77	1365	1398,37	1430,22
7	Source of Data:	Eurostat												
8	Last update:	18.12.2014												
9														
10	Hyperlink to the table	http://ec.europa.eu/eurostat/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00155												

Εικόνα 11. Κατώτατοι μισθοί, που δημοσιεύθηκαν από την Eurostat και αναφέρονται σε εθνικό επίπεδο, ανά μήνα.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat³⁸ οι μισθοί στην Ελλάδα μειώθηκαν 4,1% το τελευταίο τρίμηνο του 2013, ενώ σε όλες τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη συγκεκριμένη περίοδο υπήρξαν αυξήσεις μισθών, ακόμα και στις χώρες σε Μνημόνιο ή υπό επιτήρηση. Ειδικότερα, στην Γαλλία οι μισθοί αυξήθηκαν κατά 1,7%, και στη Βουλγαρία οι μισθοί αυξήθηκαν 4%.

³⁸ Η Eurostat είναι η στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που βρίσκεται στο Λουξεμβούργο. Αποστολή της είναι να παρέχει στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα στατιστικά στοιχεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο που επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ χωρών και περιφερειών. Οι διεθνείς στατιστικές, είναι ένας τρόπος να γνωριστούν οι γείτονές - κράτη μέλη και οι χώρες εκτός της ΕΕ. Αποτελούν σημαντικό, αντικειμενικό τρόπο μέτρησης για το πώς ζουν όλοι. <http://ec.europa.eu/eurostat/about/overview>

-Τις προτιμήσεις του ατόμου, (εταιρία, διαφήμιση, φήμη, προτεινόμενο σκεύασμα) σύμφωνα με τις οποίες, διάφοροι συνδυασμοί προϊόντων κατατάσσονται ανάλογα με την ικανοποίηση που προσφέρουν. Ταυτόχρονα, και οι προτιμήσεις των καταναλωτών αφορούν τη γραμμή εισοδήματος, η οποία συνοψίζει τις συνθήκες της αγοράς (εισόδημα και τιμές) που επικρατούν. Ο καταναλωτής αποφασίζει ότι ένας συνδυασμός είναι καλύτερος ή χειρότερος ή εξίσου καλός με έναν άλλον. Αναφέρεται ότι ο καταναλωτής προτιμά τη μεγαλύτερη από τη μικρότερη ποσότητα, την μεγιστοποίηση της χρησιμότητας των επιλογών του και την εταιρία με την καλύτερη φήμη-φερεγγυότητα από μια άλλη.

Επιπρόσθετα, οι προτιμήσεις των καταναλωτών παρουσιάζουν φθίνοντα οριακό λόγο υποκατάστασης, όταν προκειμένου να διατηρηθεί σταθερή η χρησιμότητα θα πρέπει να θυσιαστούν φθίνουσες ποσότητες του ενός αγαθού για να αποκτηθούν διαδοχικά ίσες αυξήσεις της ποσότητας του άλλου αγαθού, με όλους τους άλλους παράγοντες της αγοράς να παραμένουν σταθεροί (*ceteris paribus*). Επηρεάζονται κατά περιόδους από την κοινή γνώμη ή την συμβουλή ενός συγγενή που χρησιμοποίησε στο παρελθόν ένα σκεύασμα και αποτελεί για το μέλλον τον «καθοδηγητή γνώμης». Ταυτόχρονα, τα πομπώδη διαφημιστικά τεχνάσματα (σποτ, αφίσες, εξωτερική συσκευασία προϊόντος, τεράστια κολάζ) είναι αυτά που προξενούν ευχάριστη ή δυσάρεστη αύρα, σχετικά με την εικόνα του. Όπως είναι φυσικό, η γνώμη και συνταγογράφηση του εκάστοτε γιατρού παίζει κυρίαρχο ρόλο και θέτει τις προτεραιότητες για τον ασθενή (Σιώμοκος, 2002).

-Η τιμή στην οποία μπορούν να αγοραστούν τα σκεύασμα. Ποικίλει ανάλογα με το σκεύασμα, πρωτότυπο ή γενόσημο φάρμακο, συνταγογραφούμενο ή μη, τις βιταμίνες-συμπληρώματα διατροφής και την εταιρία παραγωγής τους, την προέλευση και σύσταση των καλλυντικών. Κάθε χώρα (όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 2) έχει την δική της πολιτική τιμολόγησης και συμμετοχής ασφαλισμένων. Ωστόσο, ο καταναλωτής σήμερα επιθυμεί το πιο ποιοτικό-κατάλληλο σκεύασμα στην χαμηλότερη τιμή (μεγιστοποίηση αξίας χρήσης-τιμής σκευάσματος, δεδομένου του εισοδήματος).³⁹ Αν αυτό δεν είναι εφικτό, αναγκάζεται να καταφύγει σε πιο ακριβές λύσεις, εφόσον είναι προτεινόμενες από τους ειδικούς υγείας (Χατζηπαλαμουτζή, 2014). Στις μέρες μας έχουν παρατηρηθεί και "μηδενικές" αγορές λόγω της τιμής.

³⁹ Για την Ελλάδα, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση υπ' αρ. 62494/15-07-14 (ΦΕΚ1920/Α/16-07-2014) στην εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης κατά την εκτέλεση συνταγών ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, ο ασθενής αν επιλέξει ο ίδιος το φάρμακο που θα πάρει για την θεραπεία του είναι υποχρεωμένος να υπογράψει στη συνταγή, σε περίπτωση που δεν επιθυμεί το φθηνότερο σκεύασμα και επιθυμεί κάποιο άλλο ακριβότερο.

4.2.1 Διαδικασία αγοράς προϊόντος και παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η απόφαση αγοράς περιλαμβάνει πέντε βασικά βήματα (Εικόνα 12)(Σιώμοκος, 2002):

1. ο αγοραστής αναγνωρίζει μια ανάγκη,
2. συλλέγει πληροφορίες που παρέχονται από το περιβάλλον, τον πωλητή, τον καθοδηγητή γνώμης για τα διαθέσιμα προϊόντα,
3. αξιολογεί αυτές τις πληροφορίες,
4. αποφασίζει να αγοράσει αυτό που θεωρεί αντιπροσωπευτικότερο για την κάλυψη της ανάγκης του,
5. και μετά την αγορά αξιολογεί εάν είναι ικανοποιημένος.



Εικόνα 12. Η απόφαση αγοράς από τον καταναλωτή (Σιώμοκος, 2002).

Επομένως σύμφωνα με τον Kotler (1980) η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τους ρόλους: του Εισηγητή – προτείνει την ιδέα της αγοράς, του Επηρεάζων –το άτομο που η άποψή του επηρεάζει την απόφαση, του Αποφασίζων – αυτός που αποφασίζει για κάθε λεπτομέρεια της αγοράς, του Αγοραστή – αυτός που πραγματοποιεί την αγορά, και του Χρήστη – το άτομο που χρησιμοποιεί το προϊόν.

Πολλές είναι οι δυνάμεις που επηρεάζουν την αγοραστική συμπεριφορά (Εικόνα 13) ενός ανθρώπου. Πλούσιοι άνθρωποι ή πιο ηλικιωμένα άτομα, για παράδειγμα, συχνά φαίνεται να αγοράζουν διαφορετικά προϊόντα από αυτούς με τα χαμηλότερα εισοδήματα ή νεότερους καταναλωτές. Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η προηγούμενη εμπειρία με έναν πωλητή (καλή ή κακή) σίγουρα επηρεάζουν τις αποφάσεις αγοράς. Κάποιο μέλος της οικογένειας προκαλεί τον αγοραστή να αγοράσει ένα προϊόν και όχι ένα άλλο (Futrell, 2011).



Εικόνα 13. Παράγοντες που επηρεάζουν την αγοραστική συμπεριφορά (Wilkie, 1994).

Ο Coleman (1983) στο άρθρο του «The Continuing Significance of Social Class to Marketing» παραθέτει την έρευνά του για τους παράγοντες αυτούς. Τους ταξινομεί σε πολιτιστικούς, κοινωνικούς, προσωπικούς και ψυχολογικούς (Εικόνα 14).

ΠΗΓΕΣ	ΕΥΡΟΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΗΓΩΝ / ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
Κουλτούρα	Γενικές επιρροές ↓ Συγκεκριμένες	Μάκρο-επιρροές ↓ Μικρο-επιρροές	Μία ή μερικές ↓ Πολλές
Υποκουλτούρα			
Κοινωνική Τάξη			
Οικογένεια			
Φίλοι & Ομάδες Αναφοράς			
Εξωγενείς Καταστάσεις			
Περιβάλλον Μάρκετινγκ			
Περιστασιακές Επιδράσεις			

Εικόνα 14. Εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καταναλωτή (Wilkie, 1994).

Οι πολιτιστικοί παράγοντες ασκούν στην πραγματικότητα την βαθύτερη επιρροή στη συμπεριφορά του καταναλωτή και διακρίνονται στην κουλτούρα, την υποκουλτούρα και την κοινωνική τάξη – διαστρωμάτωση. Η κουλτούρα είναι το σύνολο αξιών, αντιλήψεων, προτιμήσεων και συμπεριφορών μέσα από την οικογένειά του καθενός και άλλους βασικούς

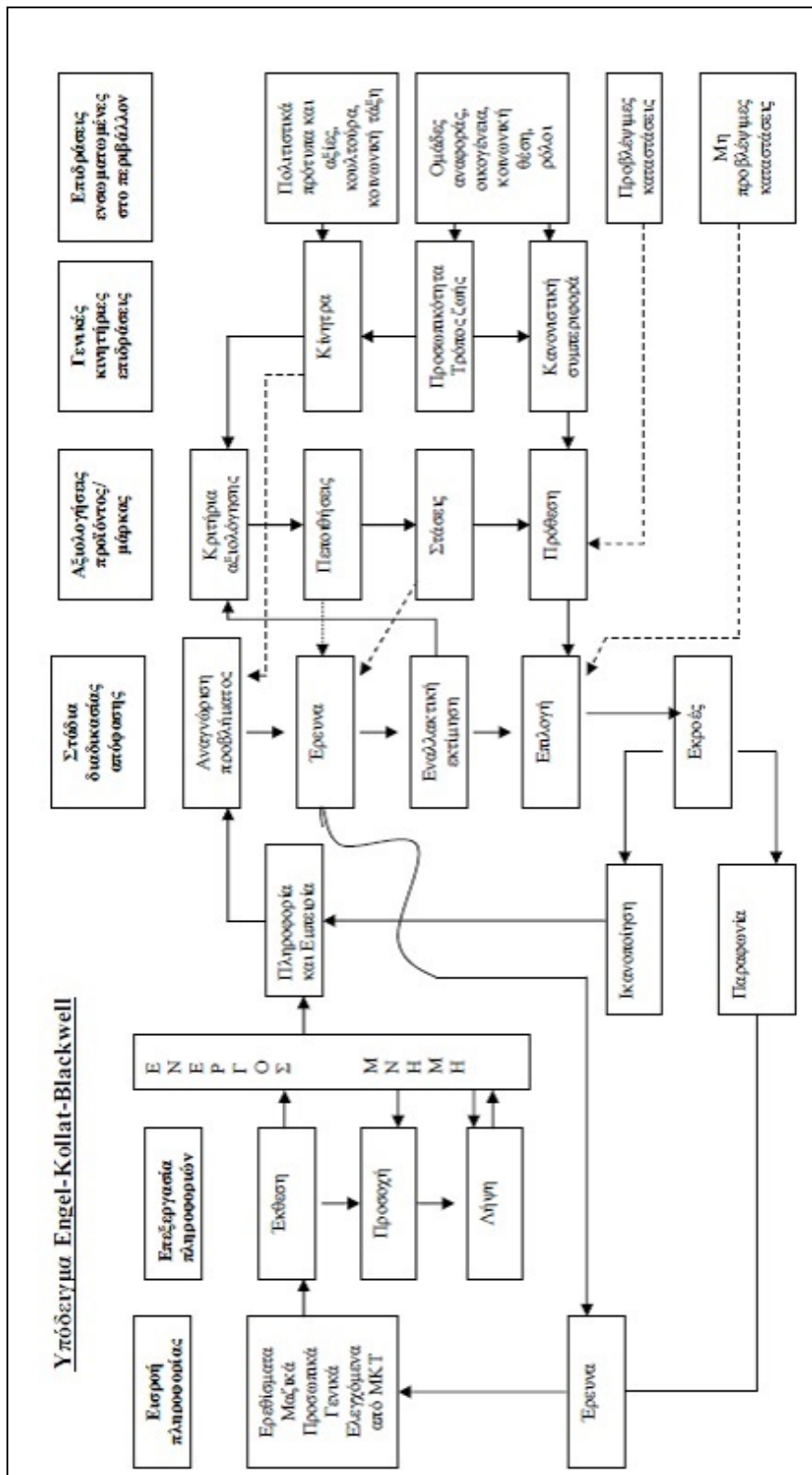
θεσμούς. Η υποκοουλτούρα περιλαμβάνει τις εθνικότητες, τις θρησκείες, τις φυλετικές ομάδες και τις γεωγραφικές περιοχές. Αυτά θα επηρεάσουν τις προτιμήσεις για τροφή, επιλογή ενδυμάτων, αναψυχή και επαγγελματικές φιλοδοξίες. Η κοινωνική τάξη στην ουσία είναι η κοινωνική διαστρωμάτωση μέσα στις ανθρώπινες κοινότητες και δεν απαντάται μόνο στο εισόδημα αλλά και σε άλλους δείκτες όπως το επάγγελμα, τη μόρφωση, τη περιοχή διαμονής, τρόπο ομιλίας, τρόπος αναψυχής κ.α. (Pinson and Jolibert, 1998).

Σχετικά με τους κοινωνικούς παράγοντες, που είναι εξίσου σημαντικοί στην αγοραστική απόφαση, γίνεται διάκριση στις ομάδες αναφοράς, στην οικογένεια, και στους ποικίλους ρόλους που αναλαμβάνει κάποιος καθημερινά. Ο καταναλωτής, εκτός από βασική οικονομική μονάδα, αποτελεί και μέλος της κοινωνίας και επομένως ανήκει σε κάποια κοινωνική ομάδα, όπως είναι η οικογένεια, τα αθλητικά σωματεία, οι σύλλογοι, σχολικές ομάδες, και άλλα. Οι ομάδες αναφοράς, λοιπόν, αποτελούνται από όλες τις ομάδες που έχουν μία άμεση-προσωπική ή έμμεση-άτυπη επιρροή στη στάση ή τη συμπεριφορά του ατόμου και μπορεί να είναι –πρωτεύουσας σημασίας- όπως οικογένεια, φίλοι, γείτονες, συνάδελφοι και δευτερεύουσας όπως θρησκευτικές, συνδικαλιστικές επαγγελματικές και άλλων ειδών. Ο ρόλος αναφέρεται στις ενέργειες που αναμένεται να αναλάβει ο καθένας και συνδέεται με την κοινωνική θέση –δύναμη. Αυτή προσδιορίζεται από τις διαθέσιμες επιλογές για την αγορά προϊόντων.

Ωστόσο και οι προσωπικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τις αγοραστικές αποφάσεις των καταναλωτών και αφορούν την ηλικία (αναλόγως την φάση του κύκλου της ζωής διαφοροποιεί τις επιλογές του λόγω διαφορετικών αναγκών και προτεραιοτήτων), το επάγγελμα, τις οικονομικές συνθήκες, τον τρόπο ζωής (που εκφράζεται μέσα από τα ενδιαφέροντα και τις απόψεις του ατόμου) και τέλος την προσωπικότητα και την ιδέα για τον εαυτό μας (Patel, 2010).

Στη συνέχεια, οι ψυχολογικοί παράγοντες διακρίνονται στην αντίληψη, την παρακίνηση, τη μάθηση και τη στάση. Η αντίληψη είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο επιλέγει, οργανώνει και ερμηνεύει τις εισροές (πληροφορίες), με σκοπό να εκλογικεύσει τον κόσμο. Η παρακίνηση δημιουργείται από μία βιογενή ή συναισθηματική ανάγκη που ασκεί πιέσεις (συνειδητά ή ασυνείδητα) στο άτομο να την ικανοποιήσει. Η μάθηση αφορά τις αλλαγές στη συμπεριφορά που προκύπτουν μέσα από την εμπειρία ζωής και την γνώση. Η στάση και τα πιστεύω είναι διαρκείς, ευνοϊκές ή δυσμενείς αξιολογήσεις, συναισθήματα και τάσεις για μια ιδέα ή ένα αντικείμενο (Durvasula et al. 1996. Κωσταρίδου, 1995. Μακρή, 2001).

Πιο παραστατικά, ο τρόπος που επηρεάζεται ο τελικός καταναλωτής, έχει αποτυπωθεί από τους Engel et al. (1978) (Ruynon, 1980. Σιώμοκος, 2002,) στο υπόδειγμα που απεικονίζει τη συνολική συμπεριφορά του καταναλωτή στην εικόνα 15.



Εικόνα 15. Υπόδειγμα συνολικής συμπεριφοράς του καταναλωτή (Engel et al. 1978)

Κλείνοντας την αναφορά στην αγοραστική διαδικασία, διαφαίνεται στην πραγματικότητα ότι ο καταναλωτής-ασθενής προσπαθεί να απλοποιήσει τη λήψη αποφάσεων με τους παρακάτω τρόπους (Wilkie, 1994):

- Ο καταναλωτής δεν προσπαθεί πάντα να επιτύχει τη βέλτιστη αγορά αλλά μια ικανοποιητική-αποδεκτή αγορά.
- Οδηγείται από πληροφορίες, συμβουλές και συστάσεις τρίτων.
- Εμπιστεύεται μάρκες και καταστήματα που έχει αγοράσει στο παρελθόν και έχει μείνει ικανοποιημένος.

Συμβαίνει αρκετές φορές, η διαδικασία ικανοποίησης μιας ανάγκης να έρχεται αντιμέτωπη με την απλοποίηση της διαδικασίας λήψης μιας απόφασης. Πολλοί καταναλωτές αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους διλήμματα και προσπαθούν να διατηρήσουν κάποια «ευκινησία», όσον αφορά την αγοραστική διαδικασία. Έτσι επιτυγχάνουν να εκμεταλλευτούν τις καταστάσεις, όταν αυτές το επιτρέψουν και να διευρύνουν τις πηγές από τις οποίες ενημερώνονται (Wilkie, 1994).

4.3 Πηγές πληροφόρησης

Οι πληροφορίες που λαμβάνουν υπόψη τους οι καταναλωτές πριν προβούν στην αγορά ενός φαρμακευτικού σκευάσματος, προέρχονται από διάφορες πηγές (Padisson and Olsen, 2008), τις εσωτερικές και τις εξωτερικές.

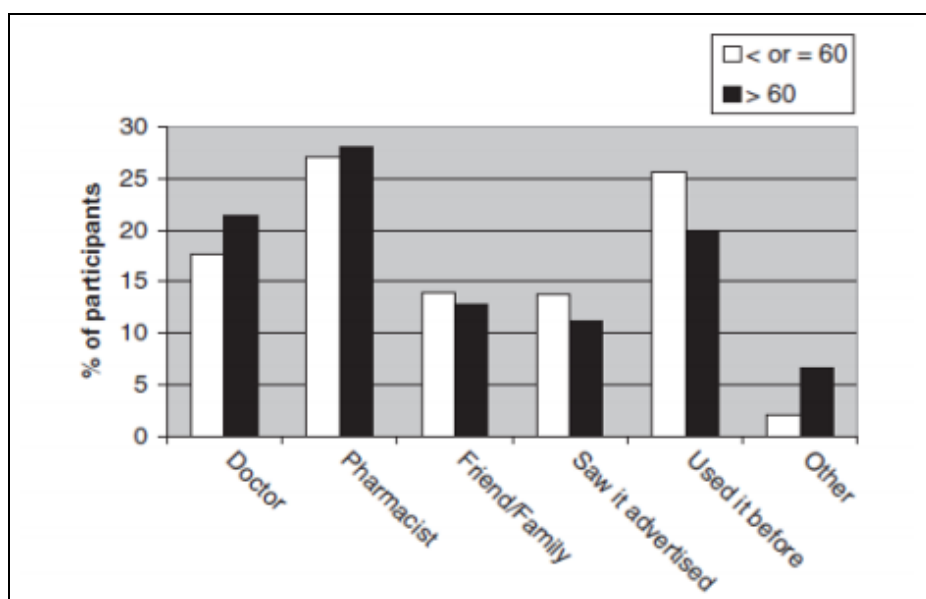
Οι *εσωτερικές πηγές* πληροφόρησης προέρχονται από την εμπειρία από προηγούμενη χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου και από τις γνώσεις σχετικά με τα αυτά που έχουν οι καταναλωτές. Η αποκτηθείσα εμπειρία έχει ουσιαστικά σημαντική επίδραση στην προτίμηση συγκεκριμένων εταιριών.

Οι *εξωτερικές πηγές* αποτελούνται από τους:

- ❖ Φαρμακοποιούς
- ❖ Γιατρούς
- ❖ Διαπροσωπικές σχέσεις (φίλοι, συγγενείς)
- ❖ Πληροφορίες σχετικά με την φήμη των φαρμακευτικών εταιριών (εικόνα, συσκευασία)

- ❖ Διαφημίσεις
- ❖ Διαδίκτυο (ιστοσελίδες φαρμακευτικών εταιρειών, online φαρμακεία).
- ❖ Δημογραφικά

Αν και μερικοί καταναλωτές βασίζονται στην εμπειρία που έχουν αποκτήσει από προηγούμενη χρήση προϊόντων από το φαρμακείο, οι φαρμακοποιοί συμβάλουν σημαντικά στην παροχή συμβουλών και πληροφοριών χρήσιμων για τη σωστή επιλογή και χρήση των σκευασμάτων. Οι συμβουλές των φαρμακοποιών θεωρούνται πολύ χρήσιμες από τους πελάτες, καθώς προσδίδουν αίσθηση ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των όσων αγοράσουν. Σύμφωνα με έρευνα, αρκετοί καταναλωτές, ακολουθώντας την παρέμβαση του φαρμακοποιού, αγόρασαν τελικά άλλο σκεύασμα, από αυτό που σκόπευαν να αγοράσουν (Nichol et al. 1992). Στην ουσία οι φαρμακοποιοί έχουν ταυτόχρονα δύο ρόλους που συγκρούονται μεταξύ τους, του έμπορου και του επιστήμονα. Αναμφισβήτητα, έχουν οικονομικά οφέλη από την πώληση των φαρμάκων, πρέπει όμως η παροχή συμβουλών να είναι αμερόληπτη, διότι πρόκειται για την διασφάλιση της υγείας των ανθρώπων. Μέσα από ειλικρινείς και επιστημονικά τεκμηριωμένες συζητήσεις με τους ασθενείς, τους ενημερώνουν και τους καθιστούν ικανούς να παίρνουν σωστές αγοραστικές αποφάσεις. Συμπληρωματικά, η μελέτη των ερευνητών Wazaify et al (2005) αποδεικνύουν ότι ο παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο τους καταναλωτές στην επιλογή (συγκεκριμένα ενός μη συνταγογραφούμενου φαρμάκου) είναι η συμβουλή του φαρμακοποιού (Εικόνα 16).



Εικόνα 16. Παράγοντες που επηρεάζουν τους καταναλωτές στην επιλογή ΜΗΣΗΦΑ (Wazaify et al. 2005).

Γιατροί

Οι συμβουλές των γιατρών ακολουθούνται πιστά σε περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών. Οι άνθρωποι ζητούν τη συμβουλή ενός φαρμακοποιού, όταν θεωρούν ότι η ασθένειά τους αντιμετωπίζεται εύκολα (για παράδειγμα το κρυολόγημα ή η αλλεργία) και δεν επισκέπτονται τον γιατρό, κυρίως για λόγους οικονομίας χρημάτων και χρόνου. Για τους ίδιους δεν είναι εύκολη η πρόσβαση και η επικοινωνία με τους γιατρούς, σε αντίθεση με τους φαρμακοποιούς, που μπορούν να τους συμβουλευθούν στα πλησιέστερα φαρμακεία, όπου πηγαίνουν για να αγοράσουν τα φάρμακα, πρωί και απόγευμα, (αν έχει εφημερία) και τα Σαββατοκύριακα. Συμπερασματικά, οι γιατροί επηρεάζουν λιγότερο την απόφαση των ασθενών, σε σχέση με τους φαρμακοποιούς, όταν πρόκειται για την αγορά 'ακίνδυνων' σκευασμάτων απλής χρήσης.

Διαπροσωπικές σχέσεις

Οι φίλοι και οι συγγενείς, αν και αναξιόπιστες πηγές πληροφοριών, καθώς δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις πάντα, αποτελούν την πιο «άμεσα προσβάσιμη πηγή εμπιστοσύνης» για την ιατροφαρμακευτική άποψή τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης των ερευνητών Stephens και Johnson (2000), έδειξαν ότι οι νέοι βασίζονται σε πληροφορίες που λαμβάνουν από τους φίλους τους και τους συγγενείς τους για να αγοράσουν ένα OTC φάρμακο, γεγονός που οφείλεται στην έλλειψη εμπειρίας σχετικά με τη χρήση και την αγορά φαρμάκων.

Πληροφορίες σχετικά με την φήμη των φαρμακευτικών εταιριών (εικόνα, συσκευασία)

Σύμφωνα με έρευνα της εταιρίας Scott Levin Ass, διαπιστώνεται ότι οι καταναλωτές που έχουν να επιλέξουν μεταξύ πληθώρας προϊόντων, προμηθεύονται εκείνα των πιο γνωστών φαρμακευτικών εταιριών, ότι. Εμπιστεύονται έτσι την εμπειρία, την φήμη και την πορεία στο χρόνο του σκευάσματος των «κολοσσών» στο χώρο. Ακόμα και οι γιατροί αισθάνονται πιο άνετα, όταν χρησιμοποιούν προϊόντα φημισμένων εταιριών που παρέχουν εκπαίδευση, συμβουλές και τεχνική υποστήριξη. Την ίδια στιγμή, μικρό ποσοστό ερωτηθέντων σε μια έρευνα, υποστήριξε ότι επιλέγει με βάση την αποτελεσματικότητα του κάθε προϊόντος και όχι τη φήμη της παρασκευάστριας εταιρίας (Fill and Dimoroulou, 1999).

Κατά τον Holden, συγγραφέα του βιβλίου Marketing Communications in the Pharmaceutical Industry (1992), «ο ανταγωνισμός στη βιομηχανία είναι πολύ έντονος και κανείς δεν αντιλέγει ότι πολλά από τα φάρμακα είναι μοναδικά. Όταν πρέπει να επιλεγεί ένα φάρμακο όμως, η φήμη της εταιρείας έχει ύψιστη σημασία και συνήθως αυτή προβάλλεται

μέσω διαφημίσεων. Σαν συνολική άποψη, αποδεικνύεται ότι η καλή εταιρική εικόνα έχει θετική επίδραση στις καταναλωτικές συνήθειες.

Εντούτοις, αντίθετα με τις άλλες εξωτερικές πηγές πληροφόρησης, η συσκευασία του φαρμάκου δεν θεωρείται τόσο σημαντική από τους καταναλωτές, οι οποίοι πιστεύουν ότι οι πληροφορίες που αναγράφονται στις εξωτερικές συσκευασίες των φαρμακευτικών σκευασμάτων υπάρχουν κυρίως γιατί το επιτάσσει η νομοθεσία, κι όχι τόσο για να τους διευκολύνουν (Paddison and Olsen, 2008).

Διαφήμιση

Οι καταναλωτές αποκτούν πληροφορίες για τα περισσότερα από τα φαρμακευτικά σκευάσματα, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η τηλεόραση έχει φιλοξενήσει πολλά διαφημιστικά σποτ από μεγάλες βιομηχανίες της χώρας, το ίδιο και το ραδιόφωνο, ο Τύπος, οι στάσεις λεωφορείων με ηλεκτρονικές αφίσες και τα φαρμακεία με κολλάζ. Η απευθείας διαφήμιση των φαρμάκων, έχει ως αποτέλεσμα την ενημέρωσή τους για τα συμπτώματα των ασθενειών και τις διαθέσιμες θεραπείες. Στην έρευνα των Paddison και Olsen (2008), οι ερωτώμενοι υποστήριζαν ότι η διαφήμιση δεν επηρέασε την επιλογή τους σχετικά με μια κατηγορία φαρμάκων, τα *πασίπινα φάρμακα* και η συμβολή της περιορίστηκε στην ενίσχυση της αγοραστικής τους απόφασης. Επιπλέον, η μελέτη των Stephens και Johnson (2000) έδειξε ότι οι τηλεοπτικές διαφημίσεις ελάχιστα επηρεάζουν τη συμπεριφορά των καταναλωτών, τόσο των νέων όσο και των ηλικιωμένων, και ακόμα λιγότερο σήμερα που η τηλεόραση έχει αντικατασταθεί από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Συνοπτικά, κάποιοι ερευνητές (Kanavoor et al, 1997), τονίζουν την αξία της διαφήμισης ως πηγής πληροφοριών για τα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ κάποιοι άλλοι (Singler et al, 2000), υποστηρίζουν ότι η διαφήμιση περισσότερο συμβάλλει στην ενίσχυση της απόφασης των καταναλωτών, παρά στην ενημέρωσή τους.

Ειδικά, όμως, για τη διαφήμιση του εταιρικού ονόματος της φαρμακοβιομηχανίας και η εκτεταμένη χρήση ενός συγκεκριμένου εταιρικού λογότυπου (logo) διαφαίνεται ότι είναι σημαντικά, γιατί αντιπροσωπεύουν την επένδυση της επιχείρησης στα προϊόντα της και όχι σε επιπρόσθετα υλικά περιουσιακά στοιχεία. Το στοιχείο αυτό αποτελεί ένδειξη ποιότητας, όπως αναφέρουν και οι Klein and Leffler (1981), που ανέπτυξαν ένα εναλλακτικό μοντέλο ποιότητας μέσω της διαφήμισης και της τιμής. Στο μοντέλο, όμως, που ανέπτυξαν οι Milgrom and Robert (1986), η φήμη ενός προϊόντος σχετικά με την ποιότητα, μπορεί να μεταδοθεί στους καταναλωτές χρησιμοποιώντας ως μέσα αρχικά την τιμή, και μετά την διαφήμιση.

Διαδίκτυο

Καθημερινά, εκατομμύρια άνθρωποι από κάθε γωνιά του πλανήτη επισκέπτονται τις ιστοσελίδες οργανισμών υγείας, οργανώσεων ασθενών, forums και blogs τους, σελίδες φαρμακευτικών εταιρειών και ηλεκτρονικών μέσων ενημέρωσης με συναφή θεματολογία, προκειμένου να ενημερωθούν και σε πολλές περιπτώσεις, να μελετήσουν ή και να κάνουν αυτοδιάγνωση μιας πιθανής πάθησης.

Το διαδίκτυο, λοιπόν, υπάρχει ως ένα μέσο επικοινωνίας, διάδρασης, πληροφόρησης και υποστήριξης πελατών, όσο και ως εργαλείο άμεσων πωλήσεων ή διευκόλυνσης αυτών για τον ιατροφαρμακευτικό κόσμο. Η χρήση του από τις φαρμακευτικές εταιρείες εστιάζεται κυρίως στη δημιουργία και τη διατήρηση των σχέσεων με ασθενείς και επαγγελματίες υγείας. Αυτό γίνεται μέσα από την παροχή γενικών ή εξειδικευμένων πληροφοριών, για την ενημέρωση, την εκπαίδευση και την αύξηση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών. Συμβάλει επίσης στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους, καθώς τους παρέχονται χρηστικές πληροφορίες για θέματα υγείας και κατάλληλης αγωγής, ανά περίπτωση. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν δημιουργήσει ιστοσελίδες που εξυπηρετούν εκτός από τη διαφήμιση, και την ενημέρωση των καταναλωτών. Συνολικά, όπως αναφέρει ο G. Eysenbach (2001), το internet αποτελεί εν γένει, ένα νέο τρόπο σκέψης, μια νέα στάση και δέσμευση ατόμων και οργανισμών για δράσεις δικτύωσης, με σκοπό τη συνολική βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (health care) με χρήση νέων τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας.

Πρακτικά, οι Paddison και Olsen (2008) στη μελέτη τους, διέκριναν ασθενείς που ανέφεραν ότι επισκέπτονταν ιστοσελίδες φαρμακευτικών εταιρειών για να αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα. Όμως, οι ερωτηθέντες μαρτυρούν, πως δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν όλες τις παρεχόμενες πληροφορίες που δίνονταν και είχαν αμφιβολίες για την αντικειμενικότητά τους. Παρά τις διαθέσιμες πληροφορίες δηλαδή, που υπάρχουν στο ιντερνέτ και την ανάγκη των καταναλωτών να ενημερώνονται συνεχώς για θέματα σχετικά με την υγεία τους, η πηγή αυτή φαίνεται να μη χρησιμοποιείται-αξιοποιείται αρκετά από τους καταναλωτές (Maddox, 1999), λόγω της "επικινδυνότητας" που ενέχει η μη πιστοποιημένη πληροφορία.

Γενικότερα, γράφεται ότι το 80% των ενηλίκων χρηστών του Internet ψάχνουν online πληροφορίες και προσφορές υγείας. Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι παρά την καλύτερη πληροφόρηση των ασθενών μέσω διαδικτύου, τους κύριους ρόλους στη διαμόρφωση της ζήτησης έχουν οι γιατροί και σε κάποιο βαθμό οι φαρμακοποιοί (Δαγκαλίδης, 2011). Αντίθετα, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι προηγείται ακόμη και από τους Επαγγελματίες

Υγείας σαν πηγή πληροφόρησης των ασθενών σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στο τέλος της εργασίας αυτής θα διατυπωθεί η άποψη σημερινών καταναλωτών-ασθενών σχετικά με το διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησής τους.

Δημογραφικά

Η ηλικία των καταναλωτών διαφοροποιεί τις πηγές πληροφόρησης που τους επηρεάζουν και τα χαρακτηριστικά που λαμβάνουν υπόψη τους για την αξιολόγηση των φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη), καλλυντικών και συμπληρωμάτων διατροφής. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καταναλωτές δείχνουν περισσότερη εμπιστοσύνη στους επιστήμονες υγείας και δεν αποφασίζουν μόνοι τους για την επιλογή τους. Συγκεκριμένα, εμπιστεύονται συνήθως τους φαρμακοποιούς γιατί διαθέτουν εμπειρία από τη χρήση ορισμένων προϊόντων φαρμακείου. Αυτό που τους ενδιαφέρει περισσότερο είναι το φάρμακο να είναι αξιόπιστο και ασφαλές. Οι νέοι από την άλλη, βασίζονται σε πληροφορίες που λαμβάνουν από τους φίλους ή την οικογένειά τους, καθώς δεν έχουν εμπειρία από τη χρήση ανάλογων προϊόντων. Ο παράγοντας που έχει μεγάλη σημασία για τους νέους είναι η τιμή (ειδικά για τους νέους της σημερινής εποχής που μαστίζονται από ανεργία), ενώ η διαφήμιση φαίνεται να μην επηρεάζει τόσο την απόφαση νέων και μεγαλύτερων (Stephens and Johnson 2000).

Όσον αφορά τον δημογραφικό παράγοντα, εισόδημα, τα τελευταία χρόνια (στη χώρα μας ειδικά) συνέβη μια πρωτοφανής μείωση εισοδήματος σε βαθμό που μειώθηκε η ανελαστικότητα φαρμακευτικών προϊόντων ασυνήθιστα. Οι καταναλωτές με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα επιλέγουν την οικονομικότερη λύση σκευασμάτων και τη μικρότερη δυνατή ποσότητα. Όσοι αμείβονται υψηλόμισθα ενδιαφέρονται κυρίως για την ποιότητα των αγορών τους. Σχετικά με την μόρφωση του κάθε πελάτη και τη δυνατότητα άμεσης πληροφόρησης, οι πιο μορφωμένοι από αυτούς, δρουν ορθολογικά, αναζητούν την καλύτερη δυνατή λύση (βάση και άλλων παραγόντων), μπορούν να διακρίνουν πιο εύκολα την «κατευθυνόμενη προώθηση προϊόντων», είναι πιο διαλλακτικοί με τα γενόσημα φάρμακα, πιο δεκτικοί σε νεοεισερχόμενες μάρκες καλλυντικών προϊόντων.

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει το είδος των σκευασμάτων που αγοράζει κανείς. Είναι άλλες οι επιλογές του εργένη άνδρα από της ελεύθερης γυναίκας (σε είδη καλλωπισμού, συμπληρώματα διατροφής και βελτίωσης του μεταβολισμού) και άλλες των γονέων (που αφορούν κυρίως βρεφικά-παιδικά είδη). Το φύλλο, κλείνοντας, αφορά την επισκεψιμότητα στους χώρους των φαρμακείων, που για τις γυναίκες είναι πιο σύνηθες γεγονός και από ευρύ φάσμα ηλικιών, ενώ οι άντρες δεν αποτελούν τόσο συχνούς πελάτες, αν

και οι ίδιοι είναι καταναλωτές φαρμακευτικών προϊόντων (Campo et al. 2005. Smith, 2009. Degeratu et al. 2000).

Ενσωματώνοντας όλα τα παραπάνω συγκεκριμένα στη χώρα μας και με βάση την έρευνα του από το Υπουργείο Ανάπτυξης για το προφίλ του Έλληνα καταναλωτή (2005), γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι Έλληνες καταναλωτές που δίνουν προτεραιότητα στην τιμή είναι 31%, στην προσφορά 21%, στο όφελος 22% και στην ποιότητα 26%. Οι καταναλωτές που έχουν ως σημείο αναφοράς την τιμή έχουν χαρακτηριστικά: είναι κάτοικοι μεγάλων αστικών περιοχών, μέση προς χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, μέσης μόρφωσης, θα προτιμήσουν το λιγότερο ακριβό θυσιάζοντας εν μέρει την ποιότητα, θα αγοράσουν από Κινέζικα καταστήματα, δεν επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από μάρκες και δεν συνδέουν πάντα την τιμή με την ποιότητα. Οι καταναλωτές που έχουν ως σημείο αναφοράς τις προσφορές έχουν τα εξής κύρια χαρακτηριστικά: είναι κάτοικοι Αθηνών, χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, χαμηλή προς μέση μόρφωση, προτιμούν και ψάχνουν τις προσφορές – εάν βρουν κάτι σε προσφορά θα το αγοράσουν, θα αγοράσουν το πιο φθηνό διαφερόντας για την ποιότητα, περιμένουν τις εκπτώσεις για να κάνουν αγορές και αγοράζουν από Κινέζικα. Καταναλωτές που έχουν ως σημείο αναφοράς να αγοράζουν το καλύτερο στην καλύτερη τιμή, δηλ. αναζητούν την καλή ποιότητα σε καλή τιμή είναι κάτοικοι μεγάλων Αστικών περιοχών, μέση κοινωνικοοικονομική τάξη, μέση προς ανώτερη μόρφωση, δεν ψάχνουν αναγκαστικά το πιο φθηνό, δεν θυσιάζουν εύκολα την ποιότητα, θα αγόραζαν δύσκολα κάτι από τους Κινέζους, τους ενδιαφέρει να ψωνίζουν επώνυμα προϊόντα σε καλή τιμή – και θέλουν την ποιότητα χωρίς όμως να την έχουν πληρώσει ακριβά. Καταναλωτές που έχουν ως σημείο αναφοράς να αγοράζουν το καλύτερο είναι κάτοικοι Αθηνών, μέση ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη, ανώτερη με ανώτατη μόρφωση, τους απασχολεί η χώρα προέλευσης ενός προϊόντος/η εταιρία κατασκευής, θεωρούν αθέμιτο ανταγωνισμό τα Κινέζικα και δεν θα ψώνιζαν ποτέ από αυτά. Θεωρούν ότι το καλό και το ποιοτικό το πληρώνεις πάντα περισσότερο, προτιμούν επώνυμα προϊόντα, δεν θυσιάζουν την ποιότητα για την καλύτερη τιμή.

4.4 Τα κίνητρα που επηρεάζουν την Συμπεριφορά του Καταναλωτή

Θα υποστήριζε κανείς, ότι η καταναλωτική συμπεριφορά παρακινείται από την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων, αναγκών και επιθυμιών. Τα ακριβή κίνητρα όμως για την ικανοποίησή τους είναι ασαφή και ποικίλουν. Επισημαίνεται δηλαδή, ότι αυτά δεν είναι πάντα προφανή σε τρίτους και ούτε εύκολα αντιληπτά, με αποτέλεσμα η χρήση θεωριών και η διεξαγωγή ερευνών να θεωρείται σκόπιμη, για την ευρύτερη κατανόηση της συμπεριφοράς του καταναλωτή.

Ως κίνητρο θεωρείται η ενεργή διάθεση ενός ατόμου για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά του. Η ενεργοποίηση πραγματοποιείται μέσω της υποκίνησης, η οποία επιδρά ανάλογα με την τοποθέτηση του ατόμου, τον τρόπο διαβίωσης και το περιβάλλον του. Το αν θα κρατήσει θετική ή αρνητική στάση εξαρτάται από τον βαθμό πειστικότητας της υποκίνησης. Ένα μέρος της συμπεριφοράς του καταναλωτή προέρχεται από καθαρά λειτουργικά κίνητρα (functional motives), όπως για παράδειγμα όταν κάποιος αγοράζει γάζες και επιδέσμους για να φροντίσει μια πληγή· ενώ ένα άλλο μέρος της συμπεριφοράς του υποκινείται από κίνητρα που εκφράζουν το άτομο του σαν μια οντότητα ξεχωριστή (self-expressive motives – Wilkie, 1994, σελ.10), όπως όταν κάποιος αγοράζει ένα άρωμα ή ένα ζευγάρι ανατομικά υποδήματα.

Οι ανάγκες των καταναλωτών δεν έχουν ένα διαχωρισμό αλλά τοποθετούνται σε υποκατηγορίες οι οποίες αποσαφηνίζουν τις διαφορετικές περιπτώσεις επιθυμίας του καταναλωτή. Μερικές από αυτές είναι, οι φυσικές ανάγκες, η ανάγκη υγείας και ασφάλειας, η ανάγκη για εξασφάλιση οικονομικών πόρων, η ανάγκη της ευχαρίστησης, της αγάπης και της συντροφικότητας, η ανάγκη της δημιουργίας της κοινωνικής εικόνας του ατόμου, η ανάγκη της κατοχής αγαθών και τέλος η ανάγκη για άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες (David et al. 2013).

Θα πρέπει σ' αυτό το σημείο να αναφερθεί, ότι οι περισσότερες καταναλωτικές συμπεριφορές, στόχο έχουν την εκπλήρωση παραπάνω από μια ανάγκη-στόχο, με αποτέλεσμα να μην γίνεται λόγος για ένα μόνο κίνητρο, αλλά για μια ομάδα αυτών, η οποία παρακινεί τη συμπεριφορά του καταναλωτή. Άρα η ποσότητα και η ποικιλία καταστούν πολύπλοκη την διερεύνησή τους. Παράλληλα με αυτό, δυσκολία στην μελέτη τους προέρχεται και από την συμβολή των συναισθημάτων του ίδιου του καταναλωτή, που είναι δυσδιάκριτο στοιχείο απόφασης.

Στις μέρες μας και αναφορικά με τα κίνητρα επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων, η τελική επιλογή ενός είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και ενδιαφερόμενων μερών. Επομένως η αναζήτηση αλληλεπιδράσεων με τον τελικό καταναλωτή, τον ασθενή λαμβάνει πολύπλευρες διαστάσεις (Evgeniou et al. 2004). Σε ευρύτερο και πιο πρακτικό επίπεδο, τα κίνητρα των ανθρώπων αυτών, σύμφωνα με μια έρευνα της Baker (1987) (Baker, 1998. Baker et al. 1988. Baker et al. 1992) υποδεικνύονται και ως *συστατικά του περιβάλλοντος ενός φαρμακείου* και διαχωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: 1^η τα αισθητικά (υποσυνείδητα), 2^η τα σχεδιαστικά και 3^η τα κοινωνικά.

Τα αισθητικά κίνητρα (1^η) αποτελούνται από στοιχεία όπως ο αερισμός, ο θόρυβος, η μουσική, η θερμοκρασία, οι οσμές και η καθαριότητα, και επηρεάζουν κυρίως το υποσυνείδητο των πελατών. Αν και το καταναλωτικό κοινό δεν αντιλαμβάνεται ολοκληρωτικά αυτούς τους παράγοντες, η συμβολή τους είναι σημαντική και διαφαίνεται από επιστημονικές έρευνες. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Bone and Helen (1989), συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία απόδειξης ότι οι οσμές, τα αρώματα και η μουσική μπορούν να επηρεάσουν την αγοραστική συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών, ενώ οι Spangenberg et al (1996), υποστηρίζουν το αντίθετο. Επιπλέον, οι Spangenberg, et al (1996) δηλώνουν ότι όταν προκαλούνται ευχάριστα συναισθήματα αισθητικής, είναι ικανά να οδηγήσουν στη βελτίωση της αξιολόγησης άγνωστων προϊόντων από τους καταναλωτές, με αποτέλεσμα οι ίδιοι, να ξοδεύουν περισσότερο χρόνο μέσα στα φαρμακεία ή τους χώρους πώλησης φαρμακευτικών ειδών (χωρίς απαραίτητα να το αντιλαμβάνονται). Έτσι αυξάνεται η πιθανότητα αυθόρμητων αγορών.

Εξίσου σημαντικά για τη συμπεριφορά των καταναλωτών είναι τα σχεδιαστικά κίνητρα (2^η) από το περιβάλλον του καταναλωτή, που διαχωρίζονται σε αισθητικά (περιλαμβάνουν την αρχιτεκτονική του χώρου, την ύπαρξη ποικιλίας σκευασμάτων, τα χρώματα, τα υλικά, το σχεδιασμό και το γενικότερο στυλ), και σε λειτουργικά συστατικά (περιλαμβάνουν την τοποθεσία, τις βιτρίνες, το συνωστισμό, την απόσταση, τη βολικότητα, τη χωροθέτηση των επίπλων και τη σήμανση -ταμπέλες με πληροφορίες, τιμές, προσφορές-). Τα κίνητρα αυτά γίνονται συνειδητά αντιληπτά και συμβάλουν στην υποκίνηση της αγοραστικής συμπεριφοράς. Η λειτουργικότητα του εσωτερικού χώρου ενός καταστήματος που εμπορεύεται φαρμακευτικά προϊόντα, βοηθά τους πελάτες να προσανατολιστούν, να αντιληφθούν τις ταμπέλες και να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο του εαυτού τους (Bitner 1992). Ταυτόχρονα, είναι απαραίτητη η ύπαρξη στοιχείων καινοτομίας και έκπληξης, με την παρουσίαση πολλών ειδών προϊόντων (για να βρίσκει κανείς πάντα αυτό που ψάχνει και όχι να περιμένει να το αποκτήσει κατόπιν παραγγελίας), αφού αποδεικνύεται ότι μπορούν να

διεγείρουν θετικά τον καταναλωτή (Spies et al. 1996). Επιπρόσθετα η τοποθεσία και η απόσταση ενός καταστήματος μπορούν να επηρεάσουν την αφοσίωση των καταναλωτών (Yoo and Macinnis 1998. Kim and Jin, 2001. Bloemer and Ruyter, 1998), ιδιαίτερα όσων έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο, όπως οι οικογενειάρχες, με παιδιά (Mason, 1996). Όπως είναι φυσικό λοιπόν πολλοί καταναλωτές δείχνουν μεγάλη αφοσίωση στα κοντινότερα καταστήματα (East, et al. 1997, Cordina et al. 1998) και αγοράζουν από αυτό που θα βρουν πρώτο διαθέσιμο (εφημερεύον φαρμακείο ή κατάστημα διευρυμένου ωραρίου).

Στη συνέχεια, η τρίτη κατηγορία κινήτρων, τα κοινωνικά προσδιορίζονται από το ανθρώπινο στοιχείο του καταστήματος, δηλαδή το προσωπικό αλλά και στις υπηρεσίες που παρέχει. Με τον ίδιο όρο εννοούνται και οι κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις, οι σχέσεις εμπιστοσύνης με τον φαρμακοποιό και η οικειότητα που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων του καταστήματος και των πελατών. Αναπτύσσονται σχέσεις ικανοποίησης, αφοσίωσης, με συζητήσεις, εκμυστηρεύσεις και ανταλλαγή απόψεων. Οι Chow και Holden (1997) ορίζουν την εμπιστοσύνη, ως την προσδοκία εκ μέρους του καταναλωτή ότι τα λόγια και οι πράξεις του 'πωλητή' είναι αξιόπιστα. Οι ίδιοι βρήκαν ότι η εμπιστοσύνη είναι απαραίτητη συνθήκη για τη θετική στάση του καταναλωτή προς τα προϊόντα, αλλά και για τη δέσμευσή του στο συγκεκριμένο κατάστημα. Αναζητούν και επιλέγουν αυτό (το κατάστημα) για τις αγορές τους, στο οποίο οι παροχές ευκολίας πληρωμής είναι δεδομένες, οι εκπτώσεις καθημερινές (όχι μόνο σε περίοδο εκπτώσεων) και οι τιμές γενικότερα σε χαμηλά επίπεδα (ο φαρμακοποιός έχει επιλέξει χαμηλότερο ποσοστό κέρδους για τον ίδιο). Έτσι επηρεάζεται θετικά η ικανοποίηση του καταναλωτή, οι εντυπώσεις του και οι στάσεις του, οι αγοραστικές του προθέσεις και η αγοραστική του συμπεριφορά (Swan et al. 1999. Morganosky and Cude, 2000. Cordina et al. 1998. Briesacher and Corey, 1997).⁴⁰

Στο σημείο αυτό δίνεται έμφαση στο πλήθος ερευνών που σχετίζουν τις διαφορές στη συμπεριφορά των καταναλωτών με το μορφωτικό τους επίπεδο, τις διαθέσιμες πληροφορίες, το εισόδημά τους και την ηλικία τους. Είναι δυνατόν, δηλαδή η έλλειψη πληροφοριών για ένα προϊόν, να οδηγήσει τους καταναλωτές σε έλλειψη εμπιστοσύνης στον πωλητή (Hadjikhani,

⁴⁰ Για τους Έλληνες, έρευνα για καταγραφής των στάσεων και των απόψεων των καταναλωτών για τις αλυσίδες λιανικού εμπορίου από το Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθήνας, τον Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2008 δείχνει ότι οι καταναλωτές χρησιμοποιούν ουσιαστικά κριτήρια όταν επιλέγουν κατάστημα με έμφαση στο θεμελιώδες τρίπτυχο: προϊόντα – τιμές – εξυπηρέτηση. Η ικανοποίηση των πελατών κινείται σε υψηλά επίπεδα με περιθώρια βελτίωσης σε τιμές και προσφορές και επηρεάζεται καθοριστικά από την εικόνα που έχουν διαμορφώσει για το κατάστημα. Η εικόνα του καταστήματος στον πελάτη στηρίζεται σε τρεις κύριους άξονες: ατμόσφαιρα, εξυπηρέτηση, λειτουργικότητα. Οι καταναλωτές δεν χρησιμοποιούν μόνο ένα κατάστημα αλλά μοιράζουν τις αγορές τους σε ποσοστό άνω του 90%. Το θεμελιώδες τρίπτυχο προϊόντα – τιμές – εξυπηρέτηση περιέχει όχι μόνο τα σπουδαιότερα κριτήρια επιλογής καταστήματος αλλά και τους σπουδαιότερους λόγους για την οριστική απόρριψη ενός καταστήματος από τον πελάτη του.

and Bengston, 2004. Sousa and Voss, 2002. Ahire and Dreyfus, 2000). Επιπλέον, είναι πολύ πιθανό ο καταναλωτής να είναι διατεθειμένος να πληρώσει μεγαλύτερες τιμές και να αυξήσει τις αγορές του λόγω του υψηλού ποιοτικού επιπέδου του καταστήματος (Babakus et al. 2004). Άλλοι ερευνητές βέβαια αμφισβητούν την εγκυρότητα των στοιχείων αυτών (Ittner and Larcker, 2003. Grandzol and Gershon, 1997).

Εκτός από τα κίνητρα που προαναφέρθηκαν, η ανάμιξη του καταναλωτή και η προσκόλλησή του σε μια συγκεκριμένη μάρκα προϊόντος, μπορεί να αποτελέσουν ξεχωριστά το καθένα αιτία παρακίνησης, σύμφωνα με τον Σιώμκο (2004) και τους Dibb et al., (2005). Η έννοια της ανάμιξης (εμπλοκής) του καταναλωτή, αναφέρεται σε ένα προϊόν που είναι σημαντικό για την αυτο-εικόνα και αυτο-εκτίμηση του καταναλωτή λόγω της συμβολικής του αξίας (δηλαδή ο καταναλωτής μπορεί να νιώθει καλύτερα με τον εαυτό του αν, χρησιμοποιεί συγκεκριμένες πάνες για το παιδί του), σε ένα σκεύασμα που είναι λειτουργικά σημαντικό, που δημιουργεί ισχυρές στάσεις και προτιμήσεις και έχει συγκινησιακή δυνατότητα (αφού μπορεί να δημιουργεί έντονα συναισθήματα στον καταναλωτή και να ταυτίζεται με τους κανόνες της ομάδας στην οποία ανήκει ο καταναλωτής).

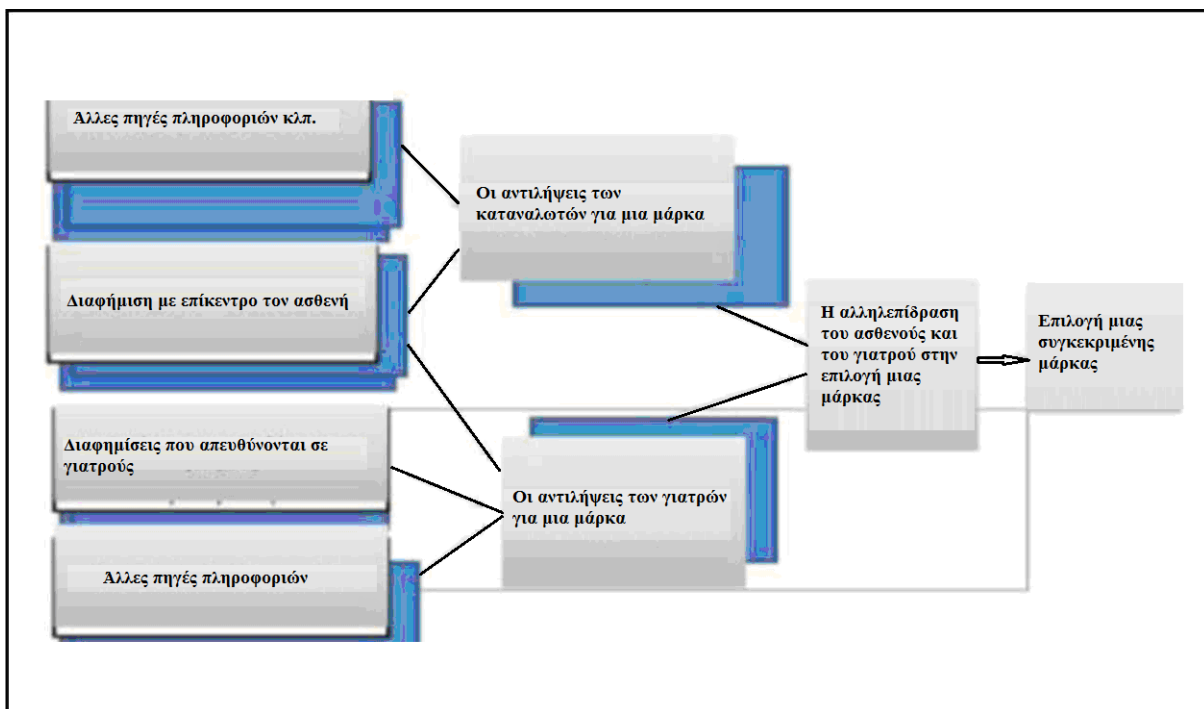
Ταυτόχρονα, η έννοια της προσήλωσης στη μάρκα (Εικόνα 17) ορίζεται, ως μία ισχυρή και διαχρονική τάση για την αγορά μιας συγκεκριμένης μάρκας, επαναλαμβανόμενα. Η αγοραστική συμπεριφορά από μόνη της δεν μπορεί να αποτελέσει ένδειξη προσήλωσης στην μάρκα ⁴¹. Μπορεί να αποτελεί κίνητρο αγοράς όμως κάθε φορά που ο συγκεκριμένος καταναλωτής χρειαστεί προϊόν της ίδιας κατηγορίας. ⁴² Χαρακτηριστική ήταν η αναφορά του κ. Α. Δεληγιάννη, marketer της Unilever στο Παρίσι καθώς και της Ελαΐς στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον οποίο «Παλαιότερα η δημιουργία μιας επιτυχημένης μάρκας εξαρτιόταν σε

⁴¹ Ένας καταναλωτής μπορεί να αγοράζει πάντα την ίδια μάρκα σαμπουάν μόνο και μόνο επειδή αυτήν την μάρκα βρίσκει στο φαρμακείο που κάνει τα ψώνια του – και όχι επειδή έχει κάποια ψυχολογική προσήλωση. Στην περίπτωση που αλλάξει κατάσταση, είναι πιθανό να αλλάξει και την μάρκα σαμπουάν που αγοράζει.

⁴² Συγκεκριμένα, δύο είναι τα απαραίτητα στοιχεία για να χαρακτηριστεί ένας καταναλωτής προσηλωμένος σε μία μάρκα: θετική στάση για τη συγκεκριμένη μάρκα και συστηματική αγορά της ίδιας μάρκας διαχρονικά. Η προσήλωση σε μία μάρκα επηρεάζεται από χαρακτηριστικά του ίδιου του καταναλωτή. Έτσι άλλοι καταναλωτές τείνουν να είναι πιο προσηλωμένοι σε μία μάρκα από ότι άλλοι. Γνωστικές μέθοδοι μελέτης του προσηλωμένου σε μία μάρκα καταναλωτή έχουν εντοπίσει τα βασικότερα χαρακτηριστικά του. Συγκεκριμένα, ο καταναλωτής αυτός (Σιώμκος, 1994):

- είναι πιθανότερο να επηρεάζεται από ομάδες αναφοράς (π.χ. Οικογένεια, παρέες, σχολείο)
- είναι περισσότερο σίγουρος για την επιλογή του
- ανήκει σε ομάδες υψηλότερου εισοδήματος (οι χαμηλότερου εισοδήματος καταναλωτές προτιμούν προσφορές ανεξαρτήτου μάρκας και έτσι συχνά εναλλάσσουν μάρκες ακολουθώντας τις προσφορές)
- έχει υψηλότερο επίπεδο αντιληπτού κινδύνου (δηλαδή θεωρεί ότι σε περίπτωση λανθασμένης επιλογής θα υπάρχουν σοβαρές συνέπειες)
- είναι πιθανότερο να είναι προσηλωμένος και σε κάποιο κατάστημα από το οποίο αγοράζει την μάρκα που προτιμά.

μεγαλύτερο βαθμό από τη δυναμική του marketing μιας εταιρείας, ενώ σήμερα η ζωή ή ο θάνατος μιας μάρκας εξαρτάται αποκλειστικά από τον καταναλωτή, και αυτό συμβαίνει διότι σήμερα ο καταναλωτής είναι αυτός που έχει τη δύναμη της επιλογής αλλά και την ικανότητα της κρίσης». «Οι εταιρείες», τονίζει, «είναι αυτές που φτιάχνουν προϊόντα τα οποία πάνω τους φέρουν κάποιο όνομα. Στην πραγματικότητα όμως ο καταναλωτής είναι αυτός που, με τα κατάλληλα ερεθίσματα, μπορεί να μετατρέψει το προϊόν σε μάρκα» (Μαυρειδόπουλος και Δεληγιάννης (1999).



Εικόνα 17. Η αλληλεπίδραση του ασθενούς και του γιατρού για την επιλογή μιας μάρκας. (Saxton, 2011).

Με αυτές τις πληροφορίες, ενισχύεται η σημασία εκπόνησης ερευνών σχετικών με τα κίνητρα του κάθε καταναλωτή, και ειδικά στο ιατροφαρμακευτικό κλάδο, καθώς ο συνδυασμός τους (που καταφέρνει να παρακινήσει το άτομο για απόκτηση αγαθών), είναι μοναδικός και αποτελεί ανεξερεύνητο πεδίο του μάρκετινγκ για την εκάστοτε περιοχή ανά χρονική περίοδο (Εικόνα 18). Χαρακτηριστικά, υποστηρίζεται ότι είναι τόσο σύνθετος, όσο και η ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο William Osler έγραψε: «είναι πιο σημαντικό να ξέρουμε τι είδους ασθενής έχει μία αρρώστια, παρά το είδος της αρρώστιας ενός ασθενούς» (Smith et.al. 2002).

Κοινωνία	Η ανθρώπινη ιατρική κατάσταση					Τεχνική
	Προϊόν			Τιμή		
Οικονομία	Ανταγωνιστικό περιβάλλον (u βιομηχανία)	Ανάγκες	Οι περιορισμοί του συστήματος	Γνώση	Εσωτερικό περιβάλλον	Ηθική/Πολιτισμός
		Απαιτήσεις		Άτομο Ασθενής/καταναλωτής		
		Τόπος		Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες		
Πολιτική			Νόμοι/Ρυθμίσεις			

Εικόνα 18. Τα περιβάλλοντα του φαρμακευτικού marketing (Smith et.al.2002).

4.4.1 Σκιαγράφηση του σύγχρονου καταναλωτή

Κλείνοντας και για την απόκτηση ολοκληρωμένης άποψης για τον σημερινό καταναλωτή, κρίνεται χρήσιμη η ανάλυση του περιβάλλοντός του, μέσα στο οποίο ζει, αποφασίζει και καταναλώνει. Ως ένα πρόσφορο εργαλείο στην περίπτωση αυτή διαφαίνεται η PEST Analysis, που παρουσιάζεται στην επόμενη ενότητα.

4.5 Η ανάλυση PEST

Η ανάλυση PEST είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την κατανόηση της ανάπτυξης/πτώσης της αγοράς της κάθε χώρας, των δυνατοτήτων και της κατεύθυνσής. Το όνομά της αποτελεί ένα αρκτικόλεξο για τους Πολιτικούς⁴³, Οικονομικούς⁴⁴, Κοινωνικούς (και Πολιτισμικούς)⁴⁵ και Τεχνολογικούς⁴⁶ παράγοντες (Political, Economic, Social and Technological factors), που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της αγοράς ή μιας οργανωτικής μονάδα. Είναι στην ουσία η σάρωση του εξωτερικού μακρο-περιβάλλοντός της για την κατανόηση των προαναφερθέντων παραγόντων. Η συγκεκριμένη αναφορά γίνεται διότι και οι τέσσερις αυτοί παράγοντες, επηρεάζουν, ο καθένας διαφορετικά, την συμπεριφορά του καταναλωτή και συμβάλει στην πολυπαραγοντική σύνθεσή της. Έτσι θα ακολουθήσει ανάλυση για κάθε χώρα ξεχωριστά (Grant, 2002).

⁴³ Πολιτικοί: κυβερνητικοί κανονισμοί, η απασχόληση, η φορολογική πολιτική, περιορισμοί του εμπορίου, πολιτική σταθερότητα, πολιτική σταθερότητα, συμμετοχή της χώρας σε διακρατικές εμπορικές συμφωνίες, οι νόμοι, οι περιβαλλοντικούς κανονισμοί. Οι δύο τελευταίοι παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν ξεχωριστές κατηγορίες της PEST ως ανάλυση PESTLE (επικεντρώνεται στο εξωτερικό περιβάλλον παρουσιάζοντας τις συνθήκες που επικρατούν, τις προκλήσεις και τις αλλαγές με τις οποίες ενδεχομένως να έρθει αντιμέτωπη η αγορά και αφορούν στις πολιτικές (P), οικονομικές (E) και κοινωνικές συνθήκες (S), στις Τεχνολογικές Εξελίξεις (T), στη Νομοθεσία (L) και στο Περιβάλλον (E)).

⁴⁴ Οικονομικοί: οικονομική ανάπτυξη, τα επιτόκια, συναλλαγματικές ισοτιμίες, οικονομική κρίση, ύψος πληθωρισμού, επίπεδα ανεργίας, προοπτικές εξέλιξης του ΑΕΠ, ανταγωνισμός.

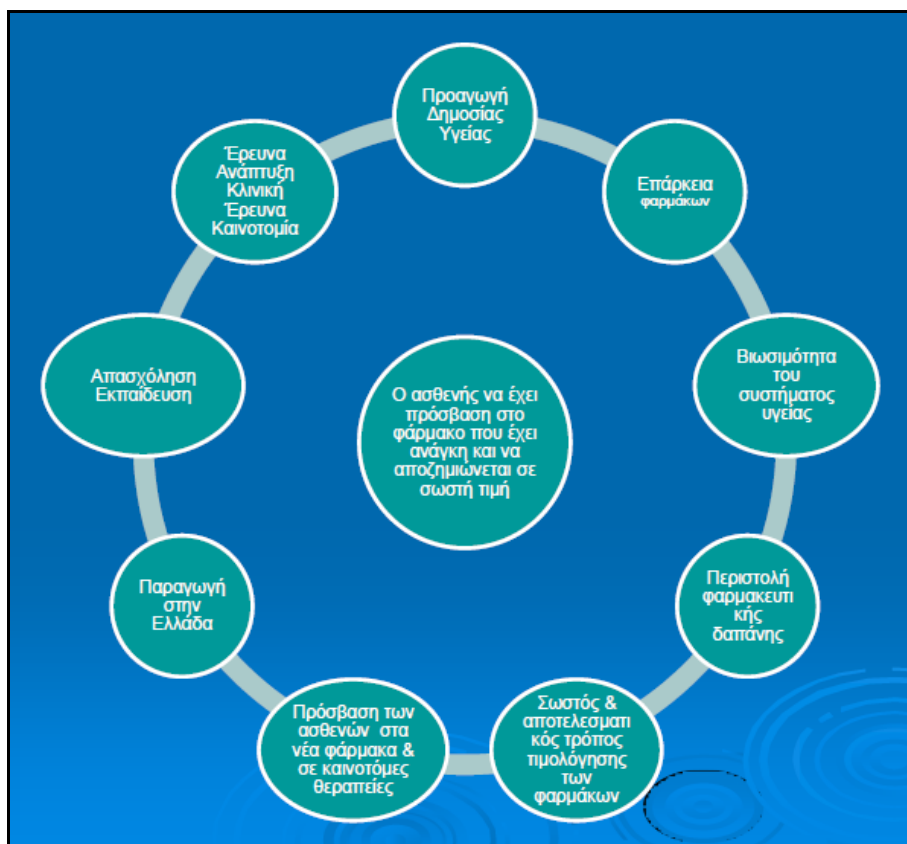
⁴⁵ Κοινωνικοί και Πολιτισμικοί: δημογραφικά στοιχεία, στάσεις προς τον κλάδο της αγοράς που διερευνάται (ιατροφαρμακευτικός), κυρίαρχες θρησκείες και γλώσσες, πολιτισμικές επιρροές στον τρόπο ζωής και κατανάλωσης, αντιλήψεις για τα εντόπια και εισαγόμενα προϊόντα, διαφοροποίηση κοινωνικού ρόλου ανδρών και γυναικών, μέσος όρος ελεύθερου χρόνου, προσδόκιμος μέσος όρος ζωής, ηλικιακή διαστρωμάτωση της αγοραστικής δύναμης, ενδιαφέρον κοινής γνώμης για περιβαλλοντικά θέματα, συνείδηση υγιεινής.

⁴⁶ Τεχνολογικοί: η αυτοματοποίηση της παραγωγικής διαδικασίας, κίνητρα επενδύσεων, ρυθμός της τεχνολογικής αλλαγής, τεχνολογία που επιτρέπει τη δημιουργία καινοτομικών προϊόντων-υπηρεσιών, τεχνολογία που παρέχει νέα κανάλια διανομής, τεχνολογία που επιτρέπει νέα κανάλια προβολής, τεχνολογία που επιτρέπει την παραγωγή ανταγωνιστικών προϊόντων, τεχνολογίες που επιτρέπουν προϊόντα μικρότερου κόστους και καλύτερης ποιότητας, τεχνολογίες που επιτρέπουν νέους τρόπους επικοινωνίας με τους πελάτες, εξέλιξη της έρευνας και ανάπτυξης.

4.5.1 Ελλάδα (Zotos, 2013)

Πολιτικοί παράγοντες

Η Ελλάδα εξαρτάται από το διεθνές εμπόριο περισσότερο από ό, τι εξαρτώνται οι ΗΠΑ, η ανεργία βρίσκεται στο 12%, σχεδόν όσο είναι και της Αμερικής, είναι μια «Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία» γεγονός που της επιτρέπει να έχει συχνά αλλαγές στους ιατροφαρμακευτικούς νόμους και η φορολογία της βασίζεται σε δύο συστήματα έμμεσης και άμεσης φορολογίας (το άτομο φορολογείται κλιμακωτά με το εισόδημά του και ατομικά με συντελεστή 18-45%).

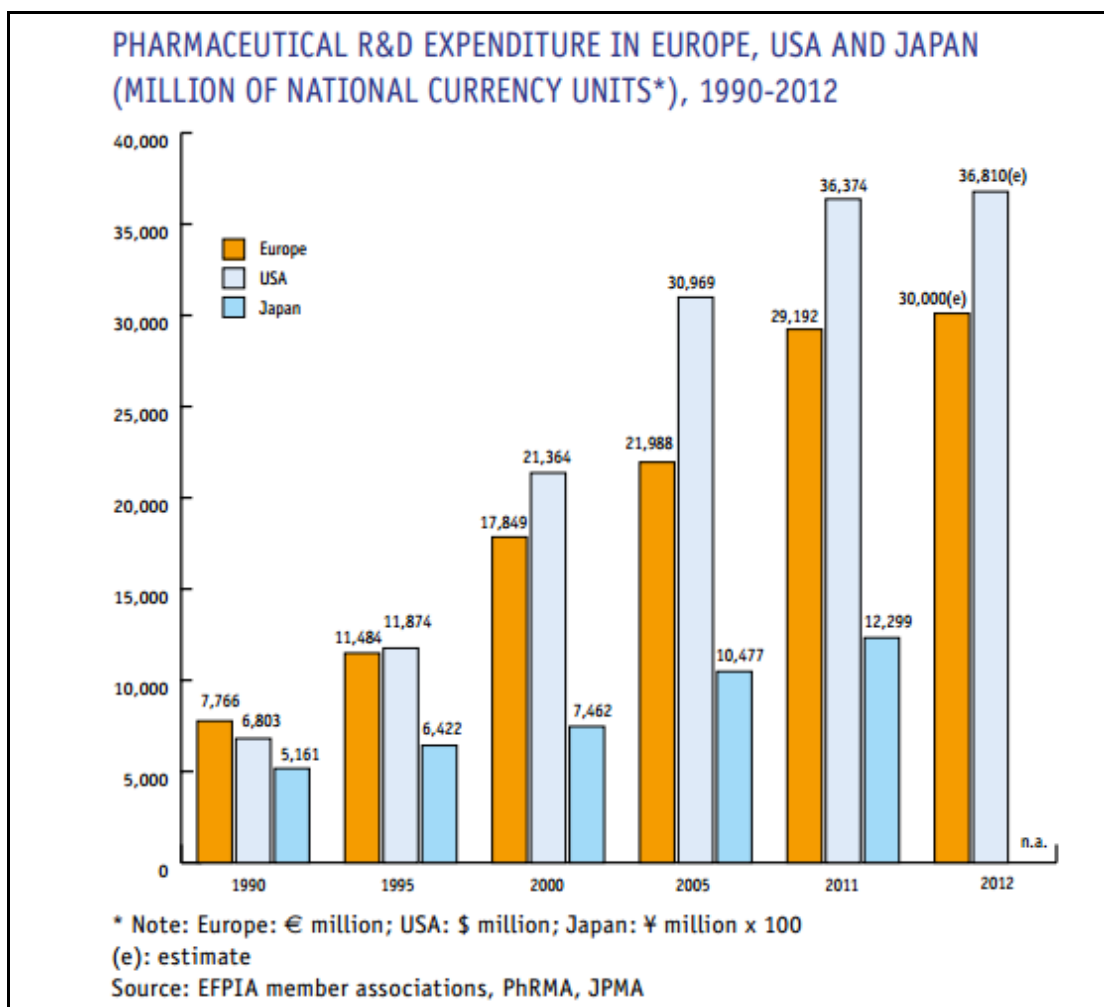


Εικόνα 19. Ο κύκλος της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα (Γείτονα, 2013)

Όπως είναι φανερό στην Ελλάδα επικρατεί ευρύτερη κρίση τα τελευταία χρόνια και ειδικά τους τελευταίους μήνες η χώρα βρίσκεται σε πολιτική αστάθεια που θα οδηγήσει σε βουλευτικές εκλογές (25.01.2015). Το μνημόνιο I και το μνημόνιο II επηρέασαν άμεσα την επιχειρηματική δραστηριότητα των φαρμακοβιομηχανιών και των φαρμακείων.

Η φαρμακευτική νομοθεσία σήμερα είναι ρευστή. Μέχρι και τώρα η λιανική πώληση του φαρμάκου είναι αυστηρά ρυθμιζόμενη, ενώ για τα υπόλοιπα φαρμακευτικά σκευάσματα,

προκαθορισμένη-τα καλλυντικά φαρμακευτικά σκευάσματα υπάγονται σε ενιαία αυστηρή ευρωπαϊκή νομοθεσία, την οδηγία 76/768/ΕΟΚ και τις τροποποιήσεις της και βάση αυτών θα πρέπει να συμμορφώνονται σε κάθε χώρα της Ε.Ε (Εικόνα 20). Οι περιορισμοί αφορούν κυρίως το ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμάκων, στη στελέχωσή τους, στα είδη σκευασμάτων που εμπορεύονται, στην τιμολόγηση και στη συνταγογράφηση (Εικόνα 19). Με το ενδεχόμενο άνοιγμα της αγοράς κάποιοι από τους παραπάνω περιορισμούς τείνουν να καταργηθούν και ο κλαδικός ανταγωνισμός θα γίνει εντονότερος. Επιπρόσθετα, γίνονται ενέργειες για την μείωση της ήδη αυξημένης φαρμακευτικής δαπάνης.



Εικόνα 20. Δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης φαρμακευτικών προϊόντων (EFPIA, 2013)

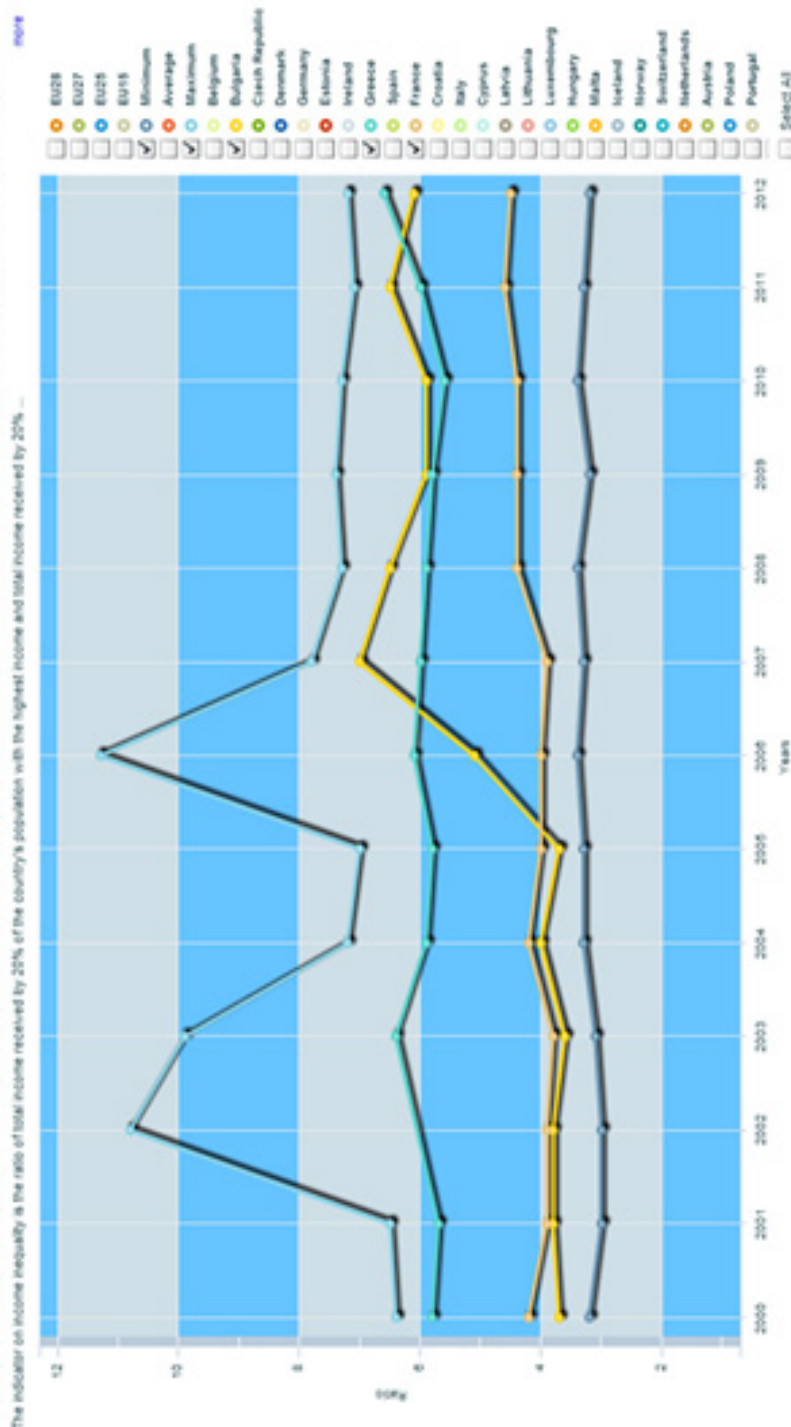
Οικονομικοί Παράγοντες

Στο οικονομικό περιβάλλον, η Ελλάδα οδηγήθηκε σε ύφεση το 2009, μετά από 15 χρόνια οικονομικής ανάπτυξης και ο πληθωρισμός (σε τιμές καταναλωτή) αγγίζει το $Q= 4-7\%$. Η οικονομία συρρικνώθηκε κατά τουλάχιστον 4-5 % πέρυσι- τη μεγαλύτερη συρρίκνωση σε περισσότερα από 50 χρόνια (Εικόνα 21). Τον τελευταίο χρόνο το ΦΠΑ αυξήθηκε κατά 4 % και οι επιχειρήσεις για να μην αυξηθεί η τελική τιμή των προϊόντων τους, μείωσαν το περιθώριο κέρδους τους, αφού έχει μειωθεί και η αγοραστική δύναμη των καταναλωτών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών που σχετίζονται με τα καλλυντικά και τα παραφάρμακα, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται οι αντίστοιχες πωλήσεις στα φαρμακεία. Ωστόσο η ζήτηση του φαρμάκου είναι σχετικά ανελαστική της αγοραστικής δύναμης των ασθενών.⁴⁷

⁴⁷ Το κόστος φαρμακευτικών προϊόντων στο χώρο της υγείας έχει τριπλασιαστεί για τα ηλικιωμένα άτομα κι έτσι τα τελευταία χρόνια τα άτομα της τρίτης ηλικίας καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα ενώ περιορίζουν τις αγορές τους σε είδη διατροφής και ένδυσης.

Η ανισότητα του εισοδήματος στο συνολικό πληθυσμό, για 17 χρόνια.

Ο δείκτης για την ανισότητα εισοδήματος είναι η αναλογία του συνολικού εισοδήματος που έλαβε το 20 % του πληθυσμού της χώρας με το υψηλότερο εισόδημα και του συνολικού εισοδήματος που έλαβε το 20 % του πληθυσμού της χώρας με το χαμηλότερο εισόδημα.

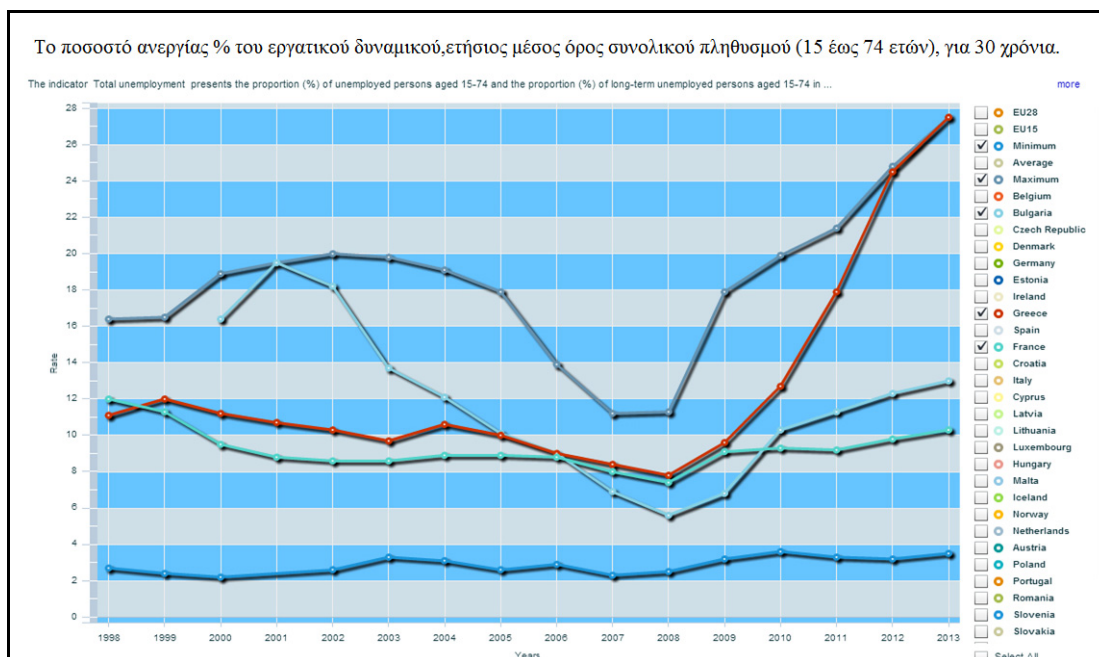


Εικόνα 21. Εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη (Eurostat)

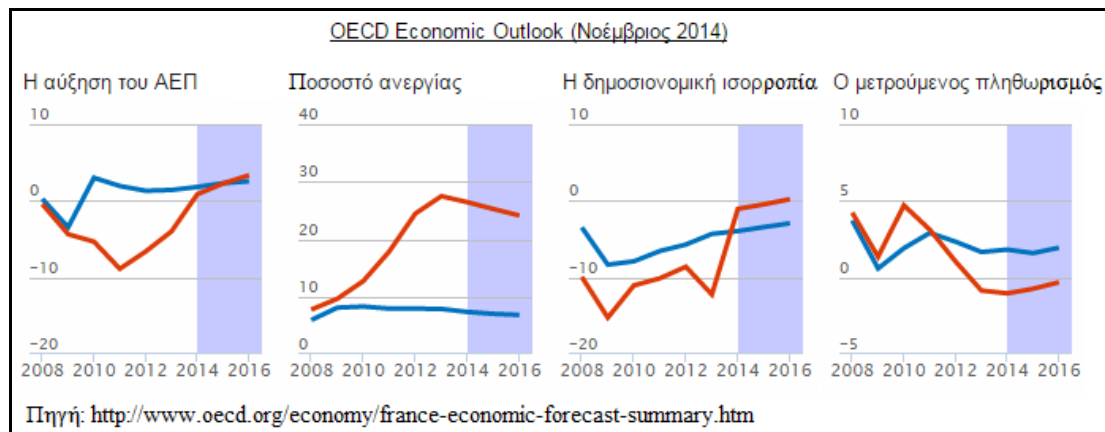
Η οικονομική κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Η ανεργία, το πάγωμα των συντάξεων και των μισθών, η επαγγελματική ανασφάλεια, η ταυτόχρονη μείωσή μισθών-συντάξεων και η κατάργηση των επιδομάτων, μειώνουν την αγοραστική δυνατότητα του καταναλωτικού κοινού, το οποίο θα περιοριστεί στα απολύτως απαραίτητα. Όλα αυτά έχουν σημαντικά, αρνητική επίδραση στην

υγεία των πολιτών. Κάποιες από αυτές είναι η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εξάρτησης, των αυτοκτονιών και των καρδιοπαθειών, και απειλούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις χαμηλές κοινωνικές τάξεις (βάση οικονομικών).

Από την άλλη πλευρά, η κρίση δημιουργεί προβλήματα και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων, ενώ επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, αφού αυξάνεται η ζήτηση. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται (Εικόνα 22), το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, ειδικά στις χώρες που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα οικονομικά προβλήματα. Τα δημόσια ελλείμματα ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η επιπλέον ζήτηση, που δημιουργεί η κρίση στις υπηρεσίες υγείας, επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται συχνά σε υπηρεσίες, οι οποίες έχουν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη (Εικόνα 23).



Εικόνα 22. Ποσοστό ανεργίας στην Ευρώπη (Eurostat)



Εικόνα 23. Οικονομικά στοιχεία Ελλάδας 2014 (OECD)

Κοινωνικοί-πολιτισμικοί παράγοντες

Ο ρόλος των φαρμακείων για την ελληνική κοινωνία είναι πολύ σπουδαίος, ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές, που ο φαρμακοποιός υποκαθιστά ακόμα και τον γιατρό. Επιπρόσθετα, ο ρόλος τους ενισχύεται από την εύκολη πρόσβαση στη φαρμακευτική περίθαλψη, δεδομένου ότι υπάρχει πληθώρα φαρμακείων. Η επίσκεψή τους σε αυτά, αποτελεί για αρκετούς ασθενείς, καθημερινή συνήθεια και προσδίδει αίσθηση ασφάλειας.

Ο πληθυσμός της χώρας μας για το 2011 εκτιμάται στα 11 εκατ. κατά προσέγγιση. Ο ρυθμός αύξησης πληθυσμού είναι 0.083 % (2011). Η φαρμακευτική αγορά μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Την πρώτη θέση κατέχουν οι γυναίκες, που δαπανούν πολλά χρήματα για την περιποίησή τους και την ευεξία τους, ενώ τον τελευταίο καιρό, αυτά τα θέματα έχουν αρχίσει να απασχολούν και τον ανδρικό πληθυσμό. Στις δημογραφικές αλλαγές, ο μέσος όρος ηλικίας αυξάνεται συνεχώς και το προσδόκιμο όριο ζωής διαμορφώνεται σήμερα στα 77 χρόνια περίπου για τους άνδρες και στα 82 έτη για τις γυναίκες. Παράλληλα, οι αγοραστικές προτιμήσεις του καταναλωτικού κοινού, επηρεάζονται και από την εισροή ενός ποσοστού μεταναστών στη χώρα. Η διάρθρωση του πληθυσμού αφορά το 93 % που είναι Έλληνες και το 7% που είναι αλλοδαποί πολίτες (2011). Συναντώνται οι εξής ηλικιακές ομάδες:

0-14 ετών: 14,2 % (άντρες 787.143 / γυναίκες 741.356)

15-64 ετών: 66,2 (άντρες 3.555.447 / γυναίκες 3.567.383)

65 και άνω: 19,6% (άντρες 923,177/ 1.185.630 γυναίκες).

Η εξέλιξη των **δημογραφικών στοιχείων** που αφορούν τον Έλληνα καταναλωτή είναι:

Η αύξηση του πληθυσμού είναι κατά 8% ανά δεκαετία.

Η σύνθεση του πληθυσμού στατιστικά έχει ως εξής: - 1 έως 15 ετών 25%

- 15 έως 65 ετών 65%

- άνω 65 ετών 10%

Η συγκέντρωση του πληθυσμού κατά 60% περίπου είναι σε αστικές πόλεις.

Ο αριθμός μελών της οικογένειας κυμαίνεται μεταξύ 3 – 4 ατόμων και με το πέρασμα του χρόνου, όλο και περισσότεροι αποκτούν μόρφωση.

Πρακτικά ωστόσο, η ελληνική αγορά κατά ένα μεγάλο ποσοστό χαρακτηρίζεται ως συντηρητική. Η συντηρητική καταναλωτική συμπεριφορά του *άνδρα* πηγάζει πολλές φορές από το εισόδημά του, από την οικονομική ανασφάλεια και από την τάση προστασίας του εισοδήματός του. Επηρεασμένος έτσι, από το σύστημα αξιών του ο άνδρας, δίνει μεγάλη βαρύτητα στην αύξηση του εισοδήματός του, στην απόκτηση περιουσίας και στην κατοχή διαρκών αγαθών. Η *γυναίκα*, είναι κατευθυνόμενη στις αγορές της από διάφορους παράγοντες και αγοράζει ευκολότερα νέα προϊόντα. Έχει διαφορετικό το σύστημα ιεράρχησης των αξιών της και προχωρά σε επιλογείς που οδηγούν στην αναγνώριση, αποδοχή από το περιβάλλον της και εκτίμηση. Ειδικότερα η εργαζόμενη γυναίκα είναι περισσότερο καταναλωτική, της αρέσει να αγοράζει καινούρια προϊόντα, πρωτότυπα, και επιδιώκει οι αγορές της να αντανakλούν την προσωπικότητά της και το γούστο της. Οι *νέοι* αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα της αγοράς, καθώς παρουσιάζονται ιδιαίτερα καταναλωτικοί, έχουν διαρκή τάση αναζήτησης νέων προϊόντων και αγοράζουν με κριτήριο την ψυχολογική τους ικανοποίηση. Προσπαθούν μέσα από τις αγορές τους, να πετύχουν την ευχαρίστηση, την αναγνώριση και την εκπλήρωση των επιθυμιών τους.

Τεχνολογικοί παράγοντες

Οι καταναλωτές πλέον, εμφανίζουν ιατροφαρμακευτική άποψη, μιας και έχουν ευρύτερη πληροφόρηση μέσω διαδικτύου σχετικά με θέματα υγείας, ασθενειών, θεραπειών και ιατρικού εξοπλισμού. Έχουν έτσι, επίγνωση των αναγκών υγείας τους, που χρειάζεται να διευθετήσουν. Ως επακόλουθο, αυτού είναι πιο απαιτητικοί σχετικά με την ικανοποίηση των αναγκών τους και πιο συνειδητοποιημένοι για τα σκευάσματα που επιθυμούν να αγοράσουν (Τούντας, 2008).

Ο κλάδος των φαρμακείων στην Ελλάδα, δεν θεωρείται ιδιαίτερα προηγμένος και δεν ακολουθεί τις σύγχρονες τάσεις τεχνολογίας. Για το λόγο αυτό, εκτιμάται ότι οι αλυσίδες φαρμακείων που στοχεύουν στην κοινή οργάνωση του δικτύου, έχουν προβάδισμα σε σχέση με τον υπόλοιπο ανταγωνισμό, σε επίπεδο αποτελεσματικότητας οργάνωσης και παρακολούθησης της λειτουργίας του καταστήματος, περιορίζοντας το λειτουργικό κόστος. Ο κλάδος, βρίσκεται ήδη, από το 2010 σε δημόσια διαβούλευση για το επιδοτούμενο πρόγραμμα ΕΣΠΑ, Digi- retail, με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του.

Η καινοτομία αποτελεί μείζον ζήτημα στον κλάδο των παραφαρμακευτικών προϊόντων. Οι επαυξημένες ανάγκες των καταναλωτών, οδήγησαν τον εν λόγω βιομηχανικό κλάδο να δημιουργήσει νέα προϊόντα, που θα μπορέσουν να ανταγωνιστούν ισάξια. Αυτό σημαίνει υψηλή ποιότητα στην έρευνα και στην ανάπτυξη προϊόντων και είναι από μόνο από τις μεγάλες επιχειρήσεις, που μπορούν να διαθέσουν μεγάλα ποσά στην έρευνα και την τεχνολογική ανάπτυξη, αλλά και στην προώθηση των νέων προϊόντων. Έμφαση από τις επιχειρήσεις δίνεται στην βελτίωση και εξέλιξη των πρώτων υλών που χρησιμοποιούνται από τις επιχειρήσεις του κλάδου. Και αυτό γιατί αφενός, πολλές χημικές πρώτες ύλες απαγορεύονται από την νομοθεσία, μιας και βλάπτουν την ανθρώπινη υγεία και σαφώς θα πρέπει να αναζητήσουν αντίστοιχες με παρόμοιες ιδιότητες για να τις αντικαταστήσουν. Επιπλέον, οι εταιρίες, αναζητούν νέες ύλες με σκοπό να αντικαταστήσουν κάποιες ακριβές, αλλάζοντας τις ισορροπίες στην αγορά (Παπαδάκης, 2007. Grant, 2002. Downey, 2007).

Στον τομέα των ερευνών και της ανάπτυξης γίνονται συγχωνεύσεις και ποικίλες εξαγορές, μιας και αρκετές εταιρείες παρουσίασαν προβλήματα σε θέματα διοίκησης και τεχνολογίας και εμφάνισαν ελλείψεις σε νέα προϊόντα (Κυριόπουλος και συν 1996).

Σε ότι αφορά τη χρήση του διαδικτύου, σε άρθρο που παρουσιάζεται στο Επαγγελματικό Επιμελητήριο Αθηνών και σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Χρήσης των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών από τα νοικοκυριά για το 2014 (ΕΕΑ), υποστηρίζεται ότι σε αυτό στρέφονται όλο και περισσότεροι Έλληνες για τις αγορές φαρμάκων. Οι online παραγγελίες αυξάνονται, κατά το εκρηκτικό ποσοστό του 101,9%. Μάλιστα, οι ηλεκτρονικές πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων σημείωσαν τη χρονική περίοδο Απριλίου 2013 - Μαρτίου 2014, σε σχέση με την αντίστοιχη περσινή περίοδο, τη μεγαλύτερη αύξηση από όλες τις κατηγορίες προϊόντων και υπηρεσιών, που πωλήθηκαν online.

4.5.2 Γαλλία

Πολιτικοί παράγοντες

Η κυβέρνησή της βασίζεται σε ένα ημι-προεδρικό σύστημα που καθορίζεται από το γαλλικό Σύνταγμα. Ακολουθεί μια πολιτική «αδιαίρετη κοσμικών και κοινωνικών δημοκρατιών». Στηρίζεται σε ένα ενιαίο σύστημα διαχείρισης με διοικητικές υποδιαιρέσεις, μέρος της κυριαρχίας των οποίων, μετατίθεται στα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα. Η πλειοψηφία των πολιτικών της χώρας είναι υψηλόβαθμοι δημόσιοι υπάλληλοι, με την γυναικεία παρουσία έντονη σε μεγάλο βαθμό στη διοίκηση. Κατά την διάρκεια της κυβέρνησης Σαρκοζί, ψηφίστηκε ένα νέο συνταξιοδοτικό νομοσχέδιο για το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης, που αυξήθηκε από τα 60 στα 62 χρόνια (Krugman, 2014).

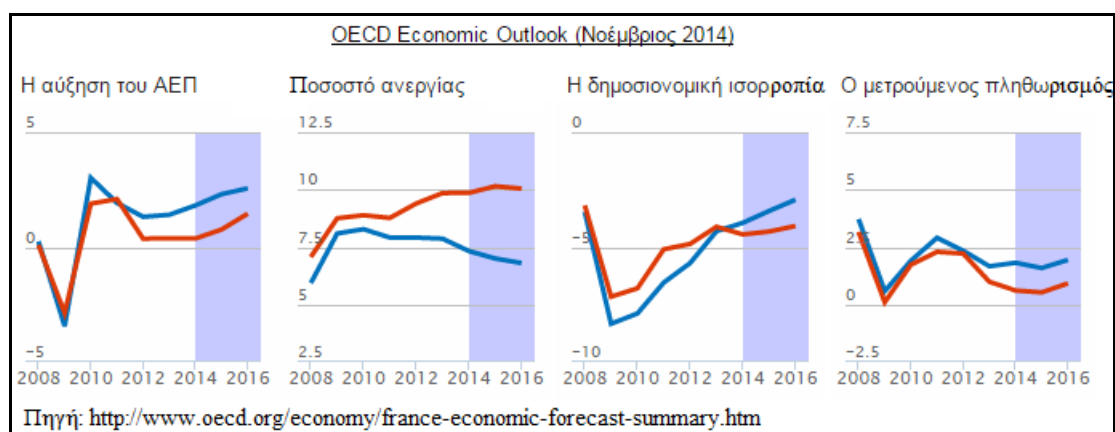
Είναι 5^η σε κατάταξη παγκόσμιου επιπέδου του ΑΕΠ, με τον δείκτη να ανέρχεται στα 3 τρισεκατομμύρια ευρώ και η κυβέρνηση δαπανά το 1 % αυτού για την έρευνα και την ανάπτυξη. Επιπρόσθετα η χώρα έχει επανασυνδεθεί με το NATO, ακολουθώντας γενικούς κανονισμούς.

Σε νομικά ζητήματα η Γαλλία διαθέτει ένα ανεξάρτητο δικαστικό σύστημα, και το κράτος δικαίου έχει εδραιωθεί. Τα δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας τηρούνται σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Σχετικά με την μίσθωση, είναι γραπτή σύμβαση, υποχρεωτική για όλες τις βαθμίδες και τα επίπεδα και οι απολύσεις δεν μπορούν να εφαρμοστούν, εκτός εάν ο οργανισμός το προβλέπει βάση γαλλικού δικαίου. Το ανώτατο ατομικό όριο συντελεστή φορολογίας εισοδήματος είναι μέχρι 45 %, και ο ανώτατος συντελεστής φορολογίας των επιχειρήσεων έχει μειωθεί στο 34,3 τοις εκατό. Οι προσπάθειες για την αύξηση του ανώτατου ορίου στον φορολογικό συντελεστή, στο 75%, κρίθηκαν αντισυνταγματικές. Παράλληλα, το κατώτατο όριο του φορολογικού συντελεστή είναι 5,5 % κι ένα συγκεκριμένο ποσοστό του 2,1 %, εφαρμόζεται μόνο στα φάρμακα, κατά περίπτωση (Http 4). Οι κυβερνητικές δαπάνες συνεχίζουν να αποτελούν ποσό μεγαλύτερο από το μισό της εγχώριας οικονομίας, και το δημόσιο χρέος έχει φτάσει πάνω από το 90 τοις εκατό του ΑΕΠ.

Σύμφωνα με την IMS Health, η Γαλλία είναι μέσα στις 10 στρατηγικές αγορές φαρμάκων, μεταξύ των ΗΠΑ, Καναδά, Μεξικό, Βραζιλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο στις οποίες παρατηρείται η μεγαλύτερη δραστηριότητα της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

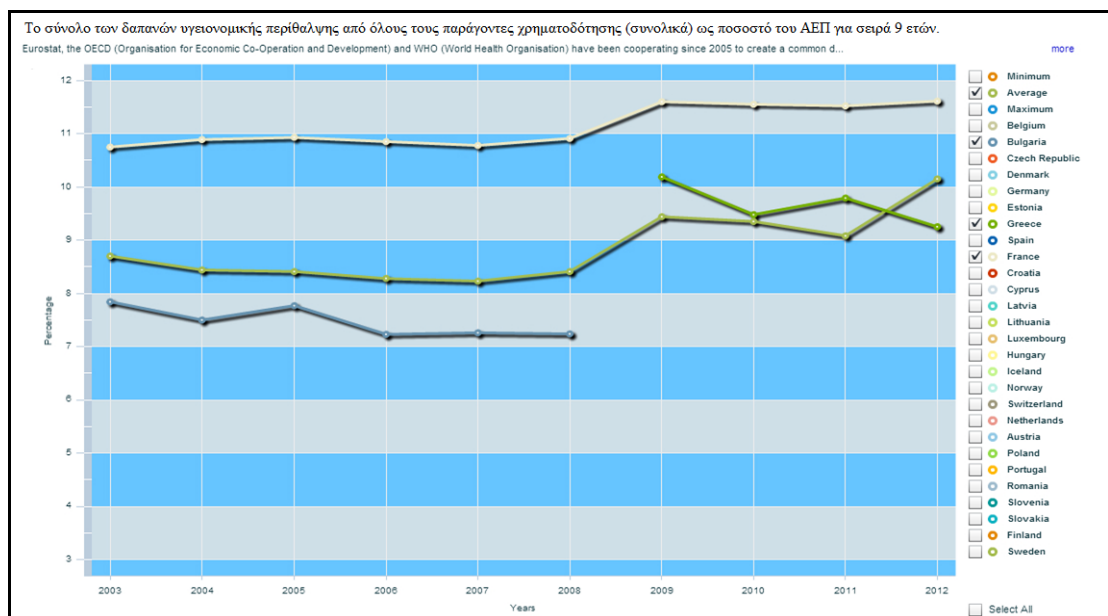
Οικονομικοί Παράγοντες

Η Γαλλία κατέχει την 5η θέση ανάμεσα στις καλύτερες οικονομίες των χωρών στην Ευρώπη (Εικόνα 24). Το ΑΕΠ αγγίζει το 2.675.900.000.000 \$, με αύξηση 1,6 % στο κατά κεφαλήν εισόδημα κατά 40.710 τρισεκατομμύρια \$. Οι εισαγωγές της χώρας κοστίζουν 577,7 δισεκατομμύρια δολάρια σε μηχανήματα και εξοπλισμό, οχήματα, πετρέλαιο, αεροσκάφη και πλαστικά. Οι εξαγωγές ανέρχονται στα 508,7 δισεκατομμύρια δολάρια σε εξοπλισμό μεταφορών, χημικά, φαρμακευτικά προϊόντα, προϊόντα σιδήρου και χάλυβα, ποτά και ηλεκτρονικά. Στις φαρμακοβιομηχανίες εφαρμόζεται πίστωση φόρου, όταν υπάρχουν έξοδα που αφορούν την Έρευνα και Ανάπτυξη προϊόντων (αφαιρείται από τον φόρο εισοδήματος ή από τον εταιρικό φόρο για το οικονομικό έτος κατά το οποίο έγιναν τα έξοδα).



Εικόνα 24. Οικονομικά στοιχεία Γαλλίας 2014 (OECD)

Η χώρα κατατάσσεται στην 4η θέση της λίστας Fortune Global 500. Ταυτόχρονα, στα τρέχοντα οικονομικά θέματα, αν και έχει υψηλό ποσοστό ανεργίας, διαφαίνεται χώρα με ανοσία στην οικονομική κρίση. Ένας λόγος που το καταφέρνει αυτό είναι ότι το 2013, οι ξένες επενδύσεις συνέχισαν να δημιουργούν θέσεις απασχόλησης, συμβάλλοντας περισσότερο στην ανάπτυξη της απασχόλησης (σε σχέση με το 2012): η Γαλλία προσέλκυσε 685 νέες επενδύσεις. Οι συγκεκριμένες επενδυτικές αποφάσεις δημιούργησαν ή διατήρησαν 29.631 θέσεις εργασίας, έναντι 25.908 θέσεων εργασίας το 2012.



Εικόνα 25. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Eurostat)

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται εν μέρει από υποχρεωτικές εισφορές για την υγεία που, επιβάλλονται σε όλους τους μισθούς, καταβάλλεται από τους εργοδότες, τους εργαζόμενους και τους ελεύθερους επαγγελματίες, κατά ένα μέρος από την κεντρική κυβέρνηση, και κατά ένα ποσό από τους ίδιους τους χρήστες, οι οποίοι πρέπει να πληρώνουν ένα μικρό ποσοστό του κόστους των περισσότερων πράξεων της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν (Εικόνα 25).

Κοινωνικοί παράγοντες

Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2014 τα 81,66 χρόνια (78,55 χρόνια οι άνδρες και 84,91 οι γυναίκες). Ο πληθυσμός της χώρας είναι 66.616.416 (20η στον κόσμο). Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι 0,549% (εκτίμηση 2009). 830.900 γεννήσεις το 2006, ευρωπαϊκό ρεκόρ γεννητικότητας με 2,07 παιδιά ανά οικογένεια. Ρυθμός γεννήσεων 12,57 γεννήσεις/1000 πληθυσμού (εκτιμ. 2009) και θανάτου 8,48 θάνατοι/1000 πληθυσμού (εκτίμηση 2008 - wikipedia1).

Η Γαλλία υπήρξε κέντρο της πολιτιστικής δημιουργίας για αιώνες και φιλοξενεί το μεγαλύτερο αριθμό των τουριστών ανά έτος. Αποτελεί την καλύτερη χώρα για να ζει κανείς και έρχεται δεύτερη σε καλές διεθνείς φήμες. Βέβαια υπάρχουν ακόμα πολλά στερεότυπα και παλιές αντιλήψεις των κατοίκων της, παρά τον προοδευτικό χαρακτήρα που δείχνουν. Η Unesco έγραψε 37 από τα εργοστάσιά της στον Κατάλογο Παγκόσμιας Κληρονομιάς. Έχει το

ψευδώνυμο "χώρα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου". Η γλώσσα των Γαλλικών είναι η δεύτερη που επιλέγουν οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο για εκμάθηση.

Επιπλέον κατατάσσεται ανάμεσα στις χώρες που διαθέτουν τα καλύτερα οργανωμένα συγκοινωνιακά δίκτυα του κόσμου. Το οδικό δίκτυο της Γαλλίας κατασκευάστηκε κατά τους ρωμαϊκούς χρόνους και τελειοποιήθηκε από τα τέλη του Μεσαίωνα. Λιγότερο σημαντικές είναι οι μεταφορές που διεξάγονται με ποταμόπλοια στο εσωτερικό της χώρας. Σπουδαιότερες είναι οι πλωτές λεωφόροι του Βορρά, του Πα-ντε-Καλαί και του Σομ. Για τις θαλάσσιες μεταφορές υπάρχουν πολλά επιβατικά και πετρελαιοφόρα σκάφη, που συνιστούν έναν από τους ωραιότερους στόλους του κόσμου. Τα σπουδαιότερα γαλλικά λιμάνια είναι η Μασσαλία, το Σαιν-Μαλό, το Καλαί, το Σερμπούρ και η Χάβρη. Η Γαλλία συνδέεται θαλάσσια με όλες τις χώρες του κόσμου. Το γαλλικό συγκοινωνιακό δίκτυο συμπληρώνεται με τις αεροπορικές συγκοινωνίες, με τις οποίες μεταφέρονται εμπορεύματα, επιβάτες και το ταχυδρομείο. Σχεδόν όλες οι μεγάλες γαλλικές πόλεις διαθέτουν αεροδρόμιο. Έτσι, καθίσταται εύκολη η διάθεση και προώθηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, από και προς όλες τις χώρες που συνεργάζονται με την Γαλλία.

Τεχνολογικοί παράγοντες

Ανάμεσα σε όλες τις τεχνολογικές εφευρέσεις, η καλύτερη εξέλιξη της Γαλλίας ήταν η εισαγωγή του σιδηροδρομικού δικτύου υψηλής ταχύτητας TGV, που διευκολύνει και το δίκτυο διανομής των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι Γάλλοι, είναι κορυφαίοι εξαγωγείς των πυρηνικών τεχνολογιών και η χώρα, η 4η βιομηχανική δύναμη στον κόσμο. Έχει αναπτύξει το πρώτο εργοστάσιο για τη διάθεση των ραδιενεργών αποβλήτων (Http5). Επιπλέον, έχει τις πιο εξελιγμένες τηλεπικοινωνιακές υποδομές στον κόσμο. Ταυτόχρονα η France Telecom έχει καθιερωθεί σε 220 χώρες και έτσι η επικοινωνία μεταξύ των συμβαλλομένων υγείας καθίσταται πιο άμεση. Συνεπώς, δίκαια κατατάσσεται, στην 6η θέση παγκοσμίως όσον αφορά την e – επιχειρήσεις (Http6).

Η Γαλλία κατέχει την 2η θέση στην Ευρώπη και την 6η θέση σε παγκόσμιο επίπεδο στις αιτήσεις διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας. Στηρίζει την πολιτική της στρατηγικής υπέρ της καινοτομίας: ήδη από το 2012, η κυβέρνηση υιοθέτησε μια πολιτική για την καινοτομία στο πλαίσιο του Συμφώνου για την ανταγωνιστικότητα, την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την απασχόληση. « Το πρόγραμμα Νέα δεδομένα για την καινοτομία », που ξεκίνησε το 2013, έχει φιλοδοξία να κάνει την Γαλλία γη της καινοτομίας (Γαλλικό προξενείο).

4.5.3 Βουλγαρία (wikipedia2)

Πολιτικοί Παράγοντες

Η Δημοκρατία της Βουλγαρίας είναι μια κοινοβουλευτική δημοκρατία με ένα ενιαίο σύστημα διακυβέρνησης. Το πιο σημαντικό πολιτικό αξίωμα σε αυτή είναι ο Πρωθυπουργός, ο οποίος συνήθως είναι ο ηγέτης του κόμματος με τους περισσότερους ψήφους.

Στη χώρα αυτή γίνονται αλληπάλληλες προσπάθειες εκσυγχρονισμού και μεταρρυθμίσεων. Επικρατεί ευνοϊκό εθνικό και ευρωπαϊκό περιβάλλον για τις μεταρρυθμίσεις αυτές και για την αναβάθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης. Γενικά διαθέτουν χαμηλό ποσοστό πόρων, μολονότι οι δήμοι αναλαμβάνουν δαπανηρές κοινωνικές υπηρεσίες (εκπαίδευση, κέντρα υγείας κ.ά.). Δίνονται αρκετοί Ευρωπαϊκοί Πόροι και η χώρα διέθεσε σχεδόν € 7 δις μεταξύ 2007 και 2013 στο πλαίσιο των διαρθρωτικών ταμείων και του Ταμείου Συνοχής. Την ίδια στιγμή το δημόσιο χρέος της βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Εμφανίζει όμως έντονα σημάδια διαφθοράς στους πολιτικούς τομείς και σε άλλους.

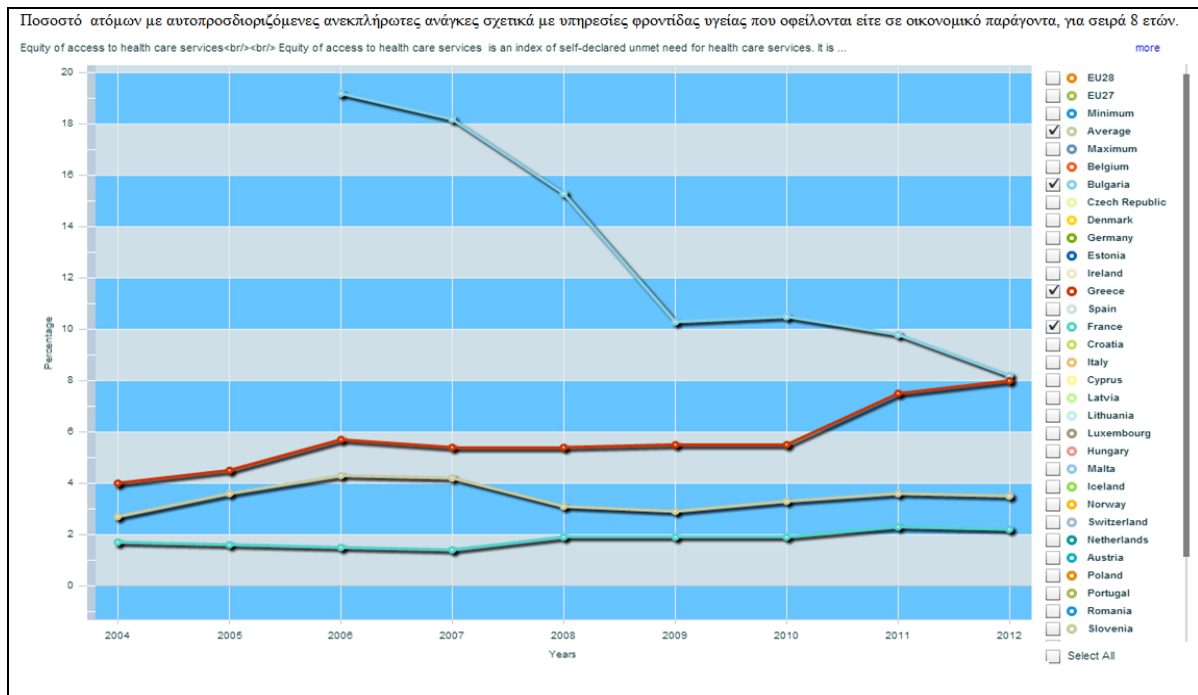
Οι νομοθέτες παραβλέπουν πολλά σημεία των νόμων και έτσι η διαφθορά και το οργανωμένο έγκλημα παραμένουν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Το δικαστικό σύστημα δεν επιβάλλει αποτελεσματικά τις νομικές ρυθμίσεις και αποθαρρύνουν τις ιδιωτικές επενδύσεις.

Ταυτόχρονα, οι δημοκρατικές παραδόσεις είναι αδύναμες και το κοινωνικό κεφάλαιο (εμπιστοσύνης), αρκετά χαμηλό. Είναι έκδηλη η δυσκολία αφομοίωσης νέων μεθόδων και νέων τεχνολογιών, από μεγάλο μέρος του προσωπικού της δημόσιας διοίκησης⁴⁸. Η διάδοση μοντέρνων μεθόδων και εργαλείων διοίκησης (ηλεκτρονική διακυβέρνηση, δείκτες αποδοτικότητας κ.ά.) είναι περιορισμένη, αν και πολιτικά κατοχυρωμένη.

Παράλληλα, υπάρχουν χαμηλές δυνατότητες για την ενίσχυση της αναπτυξιακής δυναμικής της χώρας, παρά τις σημαντικές επενδυτικές ευκαιρίες που προσφέρονται. Από το 2001, η Βουλγαρία έχει εφαρμόσει πολλές μεταρρυθμίσεις της αγοράς και έχει επιτύχει σταθερή οικονομική ανάπτυξη, πτώση της ανεργίας και σημαντική αύξηση του βιοτικού επιπέδου. Η χώρα είναι μέλος του ΝΑΤΟ, από το Μάρτιο του 2004 και της ΕΕ τον Ιανουάριο του 2007.

⁴⁸ «Διάχυση αποτελεσμάτων και ενεργειών του ευρωπαϊκού δικτύου επιχειρησιακών προγραμμάτων για τη διοικητική μεταρρύθμιση», Πακέτο εργασιών 1, Εκπόνηση μελέτης για την τοπική διακυβέρνηση στις χώρες της Ε.Ε.. Και ανάδειξη κάλων πρακτικών.

Οικονομικοί παράγοντες



Εικόνα 26. Οικονομική ανεπάρκεια εκπλήρωσης αναγκών υγείας (Eurostat)

Η Βουλγαρία έχει χαρακτηριστεί από την Παγκόσμια Τράπεζα ως άνω οικονομία μεσαίου εισοδήματος και είναι στην ομάδα των χωρών με υψηλή ανθρώπινη ανάπτυξη σύμφωνα με το Δείκτη των Ηνωμένων Εθνών Ανθρώπινης Ανάπτυξης (ΔΑΑ). Είναι το φτωχότερο μέλος της ΕΕ με κατά κεφαλήν εισόδημα μόνο το 41 % του μέσου όρου της ΕΕ (€13 500 το 2011) (Εικόνα 26).

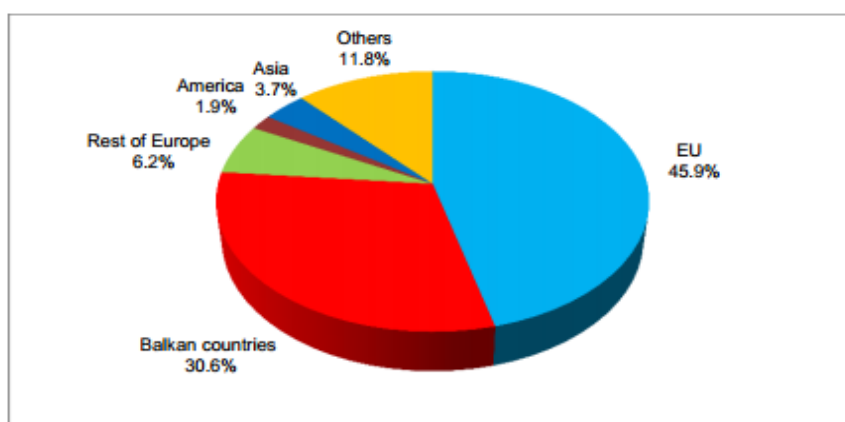
Το νομισματικό συμβούλιο στη χώρα επέφερε τη νομισματική και δημοσιονομική σταθερότητα και έθεσαν τις βάσεις για ταχεία οικονομική ανάπτυξη μεταξύ 2000 και 2008. Η βουλγαρική οικονομία λειτουργεί σύμφωνα με τις προτροπές του συμβουλίου αυτού, το οποίο έχει συνδέσει το βουλγαρικό λεβ (BGN) προς το ΕΥΡΩ, καθώς υπάρχει εθνικό νόμισμα το λεβ (βουλγ. лев, πληθυντικός «λέβα ή λέβοβ», лева ή левове). Υποδιαιρείται σε 100 στοτίνκι (βουλγ. стотинки, ενικός «stotinka», стотинка), με κωδικό ISO 4217 του λεβ να είναι το BGN. Από το 1999 και μετά την αντικατάσταση του γερμανικού μάρκου (το 1997 το λεβ προσδέθηκε στο γερμανικό μάρκο, σε σταθερή ισοτιμία χιλίων λεβ ανά μάρκο (1000:1)) από το ευρώ σε αντιστοιχία 1:1,95583, το λεβ παρέμεινε προσδεμένο στο ευρώ στη νέα αυτή ισοτιμία 1,95583 λέβα: 1 ευρώ, η οποία διατηρείται μέχρι και σήμερα.

Ταυτόχρονα, καθοδηγείται με την ανάπτυξη του τραπεζικού δανεισμού, και την κατανάλωση των άμεσων ξένων επενδύσεων. Δεδομένου, όμως ότι οι χώρες της ΕΕ δεν είχαν

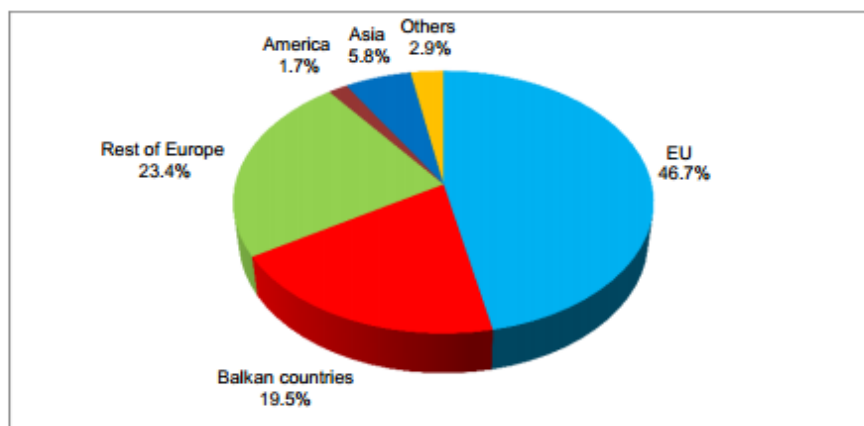
και οι ίδιες ανακάμνει από την κρίση, η βουλγαρική οικονομία επέστρεψε σε μέτρια ανάπτυξη το 2010 και το 2011, με επικεφαλής τις ισχυρές εξαγωγές.

Το έθνος εξακολουθεί να κατατάσσεται ως το μέλος της Ε.Ε με το χαμηλότερο εισόδημα και με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ να διαμορφώνεται στο 40 % του μέσου όρου της ΕΕ. Το έλλειμμα της σε τρέχουσες συναλλαγές έφτασε το 23 % του ΑΕΠ το 2008, αλλά μειώθηκε απότομα μετά. Η χρηματοπιστωτική κρίση, μετατρέπεται σε πλεόνασμα της τάξης του 1,6 % το 2011. Το τραπεζικό σύστημα είναι σταθερό αλλά τα υψηλά κεφάλαια εκτίθεται σε κινδύνους επιδείνωσης.

Σύμφωνα με την ΕΤΑΑ, η συνεχιζόμενη κρίση χρέους της Ευρωζώνης θέτει ένα σημαντικό κίνδυνο για την οικονομία της χώρας. Αυτό συμβαίνει γιατί η ΕΕ αντιπροσωπεύει περίπου το 60 % των βουλγαρικών εξαγωγών, οι οποίες αποτελούν το 55 % του ΑΕΠ της χώρας. Οι εξαγωγές της, μειώθηκαν κατά 10 % τον Ιανουάριο του 2012. Υποδεικνύεται, έτσι, μια ασθενέστερη αύξηση οικονομικών και χρηματοοικονομικών δεσμών της χώρας με την Ελλάδα, καθώς οι μεταξύ τους δεσμοί θα μπορούσαν να έχουν αρνητική επίδραση στην οικονομία της Βουλγαρίας (εξαιτίας των δημοσιονομικών προβλημάτων του χρέους στην Ελλάδα και του ασταθή τραπεζικού συστήματός της. Η ΕΕ είναι η σημαντικότερη εξωτερική αγορά για τη Βουλγαρία - η οποία περιλαμβάνει περίπου το 60% των εξαγωγών και των εισαγωγών. Μεταξύ των χωρών της ΕΕ οι κύριοι εμπορικοί εταίροι είναι η Γερμανία, η Ιταλία, η Ρουμανία και η Ελλάδα, από κοινού λήψης μέχρι 37 % των εξαγωγών και το 31% των εισαγωγών. Βαλκανικές γειτονικές χώρες (συμπεριλαμβανομένων των μελών της ΕΕ και Ελλάδα Ρουμανία) αντιπροσωπεύουν το 30 % των εξαγωγών και το 20 % των εισαγωγών (Εικόνα 27, 28).



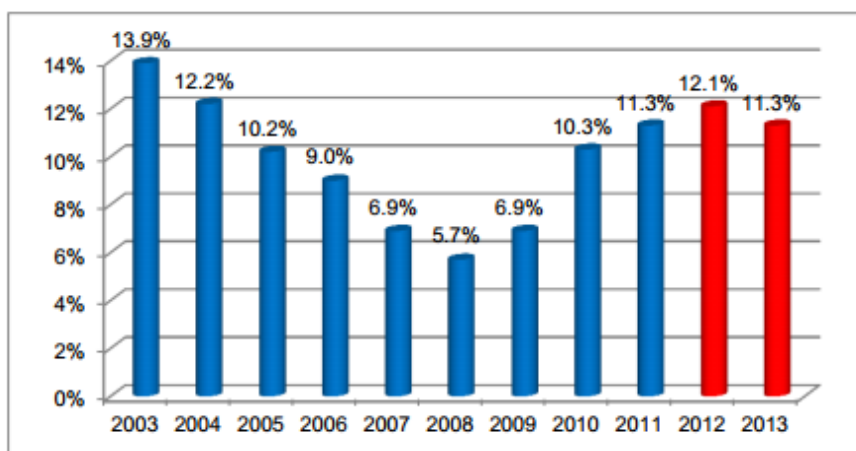
Εικόνα 27. Κύριοι εξαγωγικοί προορισμοί της Βουλγαρίας το 2011 (Http7)



Εικόνα 28. Κύριοι εισαγωγικοί προορισμοί για τη Βουλγαρία το 2011(Ητtr7)

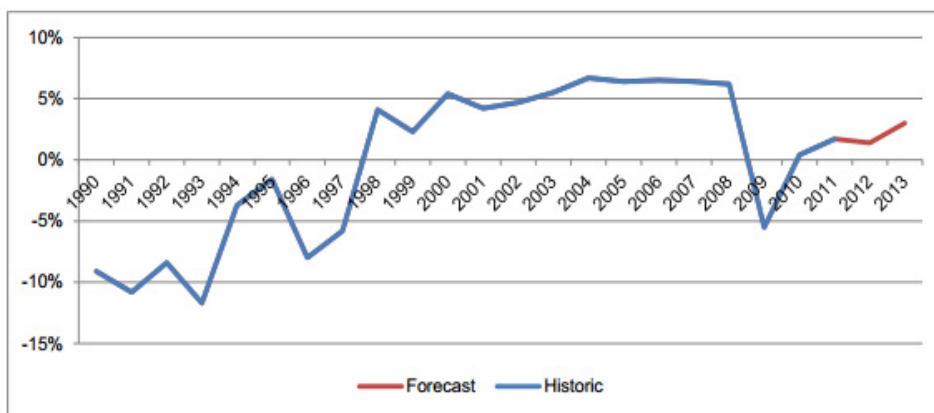
Ο φόρος προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ) στη Βουλγαρία είναι 20 %. Ο φόρος ακίνητης περιουσίας για μη οικιστικά κτίρια είναι 0,15 %. Ο φορολογικός συντελεστής για κτίρια κατοικιών καθορίζεται από τοπική φορολογική νομοθεσία. Οι συντελεστές του φόρου μεταβίβασης ακινήτων και τα μηχανοκίνητα οχήματα είναι 2 % - 4 % πληθωρισμός.

Μέχρι την παγκόσμια οικονομική κρίση η Βουλγαρία διατηρούσε ένα από τα υψηλότερα επίπεδα απασχόλησης στην ΕΕ (Εικόνα 29). Η στενότητα της αγοράς εργασίας όμως, σήμερα είναι έκδηλη στη χώρα, καθώς μεγάλο ποσοστό των κατοίκων μεταναστεύουν σε άλλες γειτονικές χώρες, για τη εύρεση εργασίας. Ταυτόχρονα, τον Δεκέμβριο του 2011 εισήχθησαν αλλαγές και στο συνταξιοδοτικό σύστημα - η ηλικία συνταξιοδότησης άρχισε να αυξάνεται το 2012 κατά 4 μήνες ανά έτος μέχρι να ανέλθει στα 63 χρόνια για τις γυναίκες και 65 για τους άνδρες (σήμερα είναι 60 και 63 ετών, αντίστοιχα) (BICA, 2012)



Εικόνα 29. Ποσοστό % ανεργίας πληθυσμού ηλικιών 15-64 στην Βουλγαρία (BICA, 2012)

Στην πραγματικότητα και σε σχέση με τους μισθούς, διαφαίνεται ότι απέχουν πολύ, από τα μέσα επίπεδα της ΕΕ - μέσος μισθός το 2011 ήταν € 361 ανά μήνα. Ο τομέας της πληροφορικής, τομείς της ενέργειας και οικονομικών προσφέρουν παραδοσιακά τον υψηλότερο μισθό στα € 803, € 749 και € 723 ανά μήνα αντίστοιχα το 2011. Οι χαμηλότερα αμειβόμενες θέσεις εργασίας είναι στη διοικητική υποστήριξη, στα ξενοδοχεία και εστιατόρια και στην κατασκευή - € 229, € 231 και € 269 ανά μήνα. Επομένως διαφαίνεται ότι έχει το χαμηλότερο κόστος εργασίας στην ΕΕ και αυτό εξακολουθεί να αποτελεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τη Βουλγαρία, καθότι πολλές πολυεθνικές εταιρείες έχουν δημιουργήσει τοπικές υποκαταστημάτων ή εξωτερική ανάθεση δραστηριοτήτων (Εικόνα 30).



Εικόνα 30. Πραγματικά ποσοστά ανάπτυξης του ΑΕΠ της Βουλγαρίας (%) (Eurostat)

Κοινωνικοί παράγοντες

Ο πληθυσμός είναι 7,265 εκατομμύρια άτομα (2013) και περιλαμβάνει Βούλγαρους (85%), Τούρκους (9%) και Ρομά (5%). Έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, λόγω της αρνητικής φυσικής αύξησης και μετανάστευσης. Παρά τις πρόσφατες εθνικά φορτισμένες διαδηλώσεις, οι άνθρωποι σε μικτές περιοχές έχουν ζήσει μαζί, σε ειρήνη, για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς έντονα σημάδια εθνικής βίας. Ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχει μειωθεί κατά 60 % μεταξύ του 1999 και του 2008, αλλά το ποσοστό φτώχειας εξακολουθεί να είναι υψηλό στο 21%.

Η Βουλγαρία έχει ένα υψηλό ποσοστό αλφαριθμητισμού, το οποίο εκτιμάται σε 98,5 % το 2011 - μια σαφή ένδειξη ότι η χώρα δεν έχει υψηλά εκπαιδευτικά πρότυπα. Από το 2011, 19,6 % έχουν ολοκληρώσει κάποια μορφή της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (αύξηση κατά 5,5

ποσοστιαίες σημεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών). Επιπλέον, το 43,4 % του πληθυσμού έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Ο αριθμός των Βουλγάρων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχει μειωθεί κατά περισσότερο από 60 % μεταξύ 1999 και 2011, λόγω της σταθερής οικονομικής ανάπτυξης και τη βελτίωση των κοινωνικών πολιτικών. Ο ταξικός διαχωρισμός είναι τόσο διάχυτος που ξεχωρίζουν απόλυτα τα δύο άκρα: οι πολύ φτωχοί και οι πλούσιοι. Παρόλα αυτά, το ποσοστό φτώχειας (20,7% το 2010) είναι μεγαλύτερο από το μέσο όρο της ΕΕ (16,4 %). Οι Βούλγαροι βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, αλλά δεν ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας (το οποίο ανήλθε σε € 120 ανά μήνα ανά πρόσωπο, το Νοέμβριο του 2011).

Η επίσημη γλώσσα της χώρας είναι η Βουλγαρική, η οποία είναι η πρώτη γλώσσα του 85,2% του πληθυσμού (όπως του 2011). Άλλες γλώσσες περιλαμβάνουν Τουρκικά (9,1%) και Ρόμα (4,2%). Οι περισσότεροι Βούλγαροι αυτοπροσδιορίζονται ως Ορθόδοξοι (76% το 2011). Υπάρχουν επίσης μουσουλμάνοι (10 %), Προτεστάντες (1,1%) και Καθολικοί (0,8%). Οι άθεοι ανήλθαν στο 4,7%, ενώ το 7,1% δεν ταυτίζονται με συγκεκριμένη θρησκεία.

Η χώρα αντιμετωπίζει δημογραφικό πρόβλημα - ο πληθυσμός έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε ποσοστό του -0.8 % (2011 εκτίμηση). Επίσημα στοιχεία ισχυρίζεται ότι το 17,5 % του πληθυσμού ζει στην πρωτεύουσα της Σόφιας, αλλά πολλοί άνθρωποι δεν αλλάζουν την εγγραφή διεύθυνσή τους όταν έρχονται να ζήσουν στην πόλη. Κατά τα τελευταία 10 χρόνια ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν επίσημα στη Σόφια έχει αυξηθεί κατά 10,3 %. Η αστικοποίηση εξηγείται από τη σημαντική διαφορά του βιοτικού επιπέδου και των συνθηκών μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών εργασίας-το ποσοστό της αστικοποίησης μεταξύ 2010 και 2015 εκτιμάται ότι θα είναι -0,3% σε ετήσια βάση.

Ένας άλλος σημαντικός δημογραφικός παράγοντας είναι η γήρανση του πληθυσμού. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας κάτω των 65 μειώθηκε από 15,3% το 2001 σε 13,2% το 2011, ενώ το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 αυξήθηκε από 16,8% το 2001 σε 18,5% το 2011. Το 2011 το ποσοστό των γεννήσεων ήταν 9,3 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους (σύγκριση με την ΕΕ σε 10,7) και το ποσοστό θανάτου - 14,3 θανάτους ανά 1.000 κατοίκους (κατά μέσο όρο 9,7 ΕΕ). Το ποσοστό γεννήσεων αναμένεται να μειωθεί κατά τα επόμενα 15 χρόνια, καθώς ο πληθυσμός σε ηλικία τεκνοποίησης θα συρρικνωθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η τάση αυτή αναμένεται να οδηγήσει σε μελλοντική μείωση του εργατικού δυναμικού. Από το 2011, η μέση ηλικία των του πληθυσμού είναι 42 έτη. Οι άνδρες αντιπροσωπεύουν 52,5 % και γυναίκες - για το 47,5 % του πληθυσμού. Η μείωση του πληθυσμού θα συνεχιστεί και στο μέλλον, σύμφωνα με το ΕΣΥ.

Τεχνολογικοί παράγοντες

Ενώ η διείσδυση του Διαδικτύου είναι αρκετά υψηλή και η ταχύτητα σύνδεσης είναι εξαιρετική, σχετικά λίγοι Βούλγαροι διαθέτουν και online καταστήματα και το ηλεκτρονικό εμπόριο δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως. Ο κεντρικός σχεδιασμός και οι εξαγωγές είχαν δημιουργήσει μια οικονομία ακατάλληλη για ανοιχτό ανταγωνισμό στις παγκόσμιες αγορές, καθώς πολλές εταιρείες, που κατασκευάζουν μεγάλο όγκο προϊόντων, έχουν χαμηλής ποιότητας παραγωγική διαδικασία και δεν είναι ανταγωνιστικές.

Το ποσοστό των smartphones έφθασαν 9,4 % το 2011 και προβλέπεται να ανέβει στο 22,4 % το 2016.94 95. Η κορυφαία εταιρεία κινητής τηλεφωνίας της χώρας εξετάζει σήμερα τη δημιουργία ενός 4G δικτύου.

Οι επενδύσεις στην έρευνα και ανάπτυξη (E & A) στη Βουλγαρία είναι μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ, στο 0,53 % του ΑΕΠ το 2009, δηλαδή περίπου 4 φορές μικρότερο από το μέσο όρο της ΕΕ. Το πολύ χαμηλό επίπεδο των ιδιωτικών επενδύσεων E & A στην οικονομία (0,16 % του ΑΕΠ) είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό και μπορεί να αποδοθεί στην επικράτηση των κλάδων χαμηλής τεχνολογίας στην οικονομία. Μια σημαντική αύξηση των δαπανών Έρευνας και Ανάπτυξης θα είναι καθοριστικής σημασίας για την αύξηση της οικονομικής ανταγωνιστικότητας, σε περίοδο που η κυβέρνηση έχει θέσει ως εθνικό στόχο του 1,5 % του ΑΕΠ για το 2020.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Σύγκριση Ερευνών- Απόψεις

«Η έννοια του Μάρκετινγκ αλλάζει» τόνισε ο καθηγητής Μάρκετινγκ, του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών Γ. Αυλωνίτης (2010), «οι προσπάθειες των φαρμακευτικών εταιρειών πρέπει να επικεντρώνονται στην προσφορά φαρμάκων και υπηρεσιών που μεγιστοποιούν την περίθαλψη, ενώ το μείγμα Μάρκετινγκ θα πρέπει να στοχεύει στη δημιουργία αξίας για τον ασθενή και το Σύστημα Υγείας». Ο καθηγητής τόνισε ότι «ο ρόλος του Μάρκετινγκ σήμερα έχει πολλές διαστάσεις: αυτόν που στοχεύει να μεγιστοποιήσει τη θετική εντύπωση της επιχείρησης προς τους εργαζόμενους, αυτόν που αναδεικνύει τη θετική εντύπωση των εργαζομένων προς τους πελάτες και τέλος αυτόν που στοχεύει να αναδείξει τη θετική εντύπωση της επιχείρησης προς τους πελάτες. Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο: Marketing Engineering, που έχει να κάνει με τις διαδικασίες συστηματικής μετατροπής πληροφοριών σε εργαλεία βελτίωσης της λήψης αποφάσεων (Αυλωνίτης, 2010).

Ο καθηγητής Vijay Mahajan (2014), από το Πανεπιστήμιο του Τέξας στο Ώστιν, γράφει στο ομώνυμο βιβλίο του ότι το «Marketing Engineering φέρνει την επιστήμη του μάρκετινγκ-λήψης αποφάσεων πιο κοντά στη διαίσθηση. Αφορά φιλικές στο χρήστη μεθόδους, προσιτά εργαλεία μάρκετινγκ και έξυπνο λογισμικό χρήσης. Αυτά επιτρέπουν στο χρήστη να επικεντρωθεί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και των αποτελεσμάτων, χωρίς να χρειάζεται να ασχοληθεί άμεσα με πολύπλοκα μαθηματικά μοντέλα» (Mahajan, 2014).

Η κα Ευαγγελία Πατεράκη (2010), Γενική Διευθύντρια, της Amgen Hellas μιλώντας για τα σημερινά επιχειρησιακά μοντέλα τόνισε ότι «πρέπει να εκφράζουν το ΠΩΣ μια εταιρεία παράγει όφελος και αξία και ΠΩΣ θα αναγνωρίζουν τις ευκαιρίες και θα απαντούν στις ανάγκες». Η κα Πατεράκη σημείωσε «η νέα εποχή εισάγει την έννοια της αξίας στον ασθενή και στη φαρμακευτική δαπάνη. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα η πληρωμή για φάρμακα και υπηρεσίες στο μέλλον, να βασίζονται στην πραγματική αξία που προσφέρουν. Η ανάδειξη της αξίας απαιτεί τη συνεργασία διαφορετικών φορέων στο χώρο της υγείας. Επομένως οι φαρμακευτικές εταιρείες θα πρέπει να βασίζονται σε πολυδιάστατη προσέγγιση. Για την ανάδειξη της αξίας χρειάζεται συστηματική ανάλυση της αγοράς, αναγνώριση των αναγκών, επιστημονική κατάρτιση, ενίσχυση της αξίας της εταιρείας, διαφοροποίηση, ευθυγράμμιση και συσχέτιση των μηνυμάτων με την υγειονομική ανάγκη, και τέλος αξιοποίηση της τεχνολογίας». Καταλήγοντας δήλωσε ότι «ένα επιχειρησιακό μοντέλο, είναι

αποτελεσματικό όταν απευθύνεται στο σωστό ακροατήριο, τη σωστή στιγμή και έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται (και όχι να καθοδηγείται) ανάλογα, πριν τα γεγονότα το επιβάλλουν και επίσης όταν η αξία που παρέχει ταιριάζει με τις ανάγκες του περιβάλλοντος» (Πατεράκη, 2010).



Εικόνα 31. Εξώφυλλο βιβλίου Goldacre (2012)

Αναφορικά με την “καθοδήγηση”, τα λάθη και τις παραλείψεις του σύγχρονου φαρμακευτικού κλάδου, ο Βρετανός γιατρός και επιστήμονας Ben Goldacre (2012), περιγράφει στο βιβλίο του (Εικόνα 31), έπειτα από προσωπική του έρευνα στον κλάδο, με τίτλο “*Bad Pharma: Τα παιχνίδια που παίζει η φαρμακοβιομηχανία*”. Ο συγγραφέας αναφέρεται στο πώς τα κέρδη των εταιριών τίθενται υπεράνω της περίθαλψης των ασθενών, στο πώς άνθρωποι πεθαίνουν επειδή δεν αποκαλύπτονται τα στοιχεία των κλινικών δοκιμών, καθώς και στα παιχνίδια που παίζονται ώστε να μη φτάνουν όλα τα δεδομένα στους γιατρούς όταν έρχεται η ώρα αξιολόγησης ενός φαρμάκου.

Το βιβλίο γράφτηκε με στόχο να βρεθούν και να δοθούν λύσεις σε μια σειρά μακροχρόνιων προβλημάτων στον χώρο της ιατρικής, όπως η αρκετά νόμιμη τακτική απόκρυψης αποτελεσμάτων των κλινικών δοκιμών από γιατρούς και ασθενείς και οι δοκιμές που είναι συχνά ανεπαρκώς σχεδιασμένες ή μη αντικειμενικές όταν η χρηματοδότηση της έρευνας για το υπό μελέτη φάρμακο γίνεται από τη φαρμακευτική εταιρία που το παράγει. Άμεσο αποτέλεσμα, ισχυρίζεται ο Ben Goldacre, είναι η παραπληροφόρηση των γιατρών ως προς το ποια θεραπεία έχει τα καλύτερα αποτελέσματα και πάει λέγοντας, με φυσικό επακόλουθο τις σοβαρές επιπτώσεις στην περίθαλψη του ασθενούς.

Στη σύνοψή του ο συγγραφέας τονίζει μεταξύ άλλων ότι: “Κάποιοι θα υποστηρίζουν πως το βιβλίο αποτελεί μια επίθεση κατά της φαρμακοβιομηχανίας, κάτι που είναι φυσικά αληθές. Αλλά δεν είναι μόνο αυτό, ούτε πρόκειται για μια ισοπεδωτική επίθεση. Πιστεύω ότι οι πιο πολλοί από όσους δουλεύουν στον κλάδο είναι καλοπροαίρετοι, στο κάτω κάτω δεν μπορεί να υπάρξει ιατρική χωρίς φάρμακα. Πολλές φαρμακευτικές ανά τον κόσμο έχουν επινοήσει εκπληκτικές καινοτομίες τα τελευταία πενήντα χρόνια, σώζοντας αμέτρητες ζωές. Αυτό όμως δεν δίνει το δικαίωμα στις εταιρίες να αποκρύπτουν στοιχεία, να παραπλανούν γιατρούς και να βλάπτουν ασθενείς.

Στα σαράντα χρόνια του επαγγελματικού τους βίου, οι γιατροί μαθαίνουν ποιες θεραπείες είναι οι αποτελεσματικότερες μέσω μιας προφορικής παράδοσης η οποία διαμορφώνεται κατά περίπτωση από εμπορικούς αντιπροσώπους, συναδέλφους ή περιοδικά. Όμως οι συνάδελφοι μπορεί να παίρνουν χρήματα από φαρμακευτικές εταιρίες –συνήα στα κρυφά– όπως άλλωστε και τα περιοδικά. Το ίδιο και τα σωματεία ασθενών.

Τέλος, οι πανεπιστημιακές μελέτες, που γενικά θεωρούνται αντικειμενικές, συχνά σχεδιάζονται και γράφονται από ανθρώπους που δουλεύουν για φαρμακευτικές εταιρίες, χωρίς να το δηλώνουν. Υπάρχουν επιστημονικά περιοδικά που ανήκουν εξ ολοκλήρου σε φαρμακευτικές εταιρίες. Αλλά πέρα απ’ αυτά, για κάποια από τα πιο σοβαρά και επίμονα προβλήματα της ιατρικής εξακολουθούμε να αγνοούμε ποια είναι η καλύτερη αντιμετώπιση, γιατί δεν συμφέρει κανέναν οικονομικά να κάνει τις απαραίτητες δοκιμές. Αυτά τα προβλήματα μένουν άλυτα, γιατί ενώ κάποιοι έχουν υποστηρίξει ότι έλυσαν πολλά από αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν αποτύχει στην πραγματικότητα” (Goldacre, 2012).

Σημειώνεται ότι ο Ben Goldacre είναι ένας από τους οργανωτές της εκστρατείας Alltrials (Http8), η οποία αναζητά την εγγραφή όλων των κλινικών μελετών και τη δημοσίευση όλων των συνοπτικών και των λεπτομερών αποτελεσμάτων τους (Http9).

Την ίδια στιγμή, ο φαρμακευτικός κλάδος αντιμετωπίζει μεγάλα προβλήματα και δυσκολίες καθώς τα στελέχη του χώρου προσπαθούν ολοένα και περισσότερο να αποδείξουν την πραγματική αξία των προϊόντων τους, στους αγοραστές. Σύμφωνα με έρευνα του Economist Intelligence-Unit Limited και τη σχετική έκθεση της Quintiles 2012 “The value challenge”, στην οποία συμμετείχαν 399 υψηλόβαθμα στελέχη του κλάδου των βιοεπιστημών, η βιοφαρμακευτική βιομηχανία έχει πέσει θύμα της ίδιας της, της επιτυχίας, διότι η αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων φαρμακευτικών θεραπειών καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την αποτελεσματική εισαγωγή νεότερης τεχνολογίας φαρμάκων. Υπάρχει βαθύτερη ανάγκη για τη δημιουργία νέων επιχειρηματικών μοντέλων που θα δώσουν ώθηση και νέα πνοή στη φαρμακευτική βιομηχανία. Οι εταιρίες οφείλουν να προχωρήσουν σε ριζικές

δομικές αλλαγές που θα υποστηρίξουν τις μελλοντικές στρατηγικές ανάπτυξης. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, τρεις είναι οι βασικοί πυλώνες που πρέπει να καλύπτουν οι αλλαγές στον φαρμακευτικό κλάδο (The Economist, 2012):

1. Η κατανόηση των αναγκών της αγοράς: Οι ασφαλιστικοί φορείς, η φαρμακοβιομηχανία, οι ασθενείς και οι ρυθμιστικοί φορείς ερμηνεύουν την αξία του φαρμάκου με διαφορετικό τρόπο. Ο φαρμακευτικός κλάδος οφείλει να δημιουργήσει ένα πλαίσιο συνεργασίας και διαλόγου με τους υπόλοιπους παράγοντες της αγοράς, ώστε να είναι σε θέση να συλλέξει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για να διαμορφώσει νέες στρατηγικές που θα απαντούν στις νέες ανάγκες.
2. Τμήμα έρευνας και ανάπτυξης (Research and Development - R&D) προσανατολισμένο στην αξία: Η ενδοεταιρική συνεργασία μεταξύ μάρκετινγκ και R&D θα γίνει πιο στενή. Το βασικό μέλημα όλων είναι οι ανάγκες και οι βαθύτερες επιθυμίες των ασθενών. Το τμήμα μάρκετινγκ οφείλει να συγκεντρώνει, να αναλύει και να παρέχει συμπεράσματα και γνώση στο R&D ώστε να προσανατολίζει την έρευνα στη σωστή κατεύθυνση.
3. Η στρατηγική μάρκετινγκ εστιασμένη στην αγορά: Η αξία του φαρμάκου δεν είναι αυτό που συνηθίζαμε ως σήμερα να παρουσιάζουμε: “ένα αποτελεσματικό φάρμακο κλινικά δοκιμασμένο”. Η πραγματική αξία του φαρμάκου δημιουργείται εκεί που το προϊόν συναντά τις ανάγκες των ασθενών.

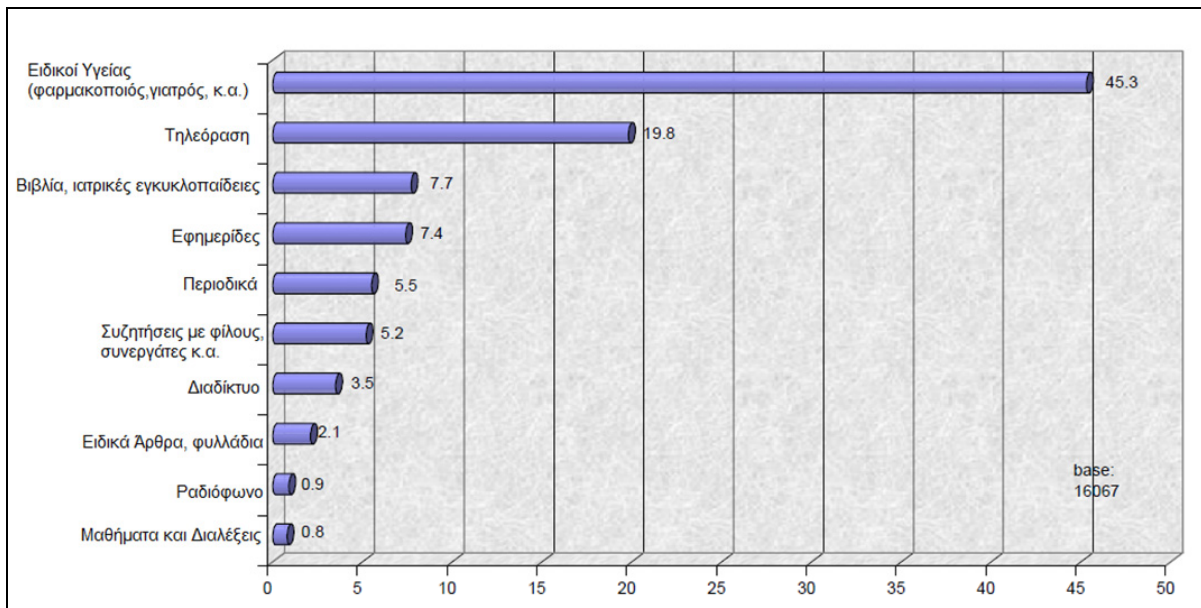
Όπως συμπεραίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, τα μέτρα που συστήνονται για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι μεγάλης σημασίας. Στο νέο χώρο της δημιουργίας αξίας η βάση για την ανάπτυξη ενός προϊόντος μετατοπίζεται από την ικανοποίηση μιας ομάδας διαφορετικών προδιαγραφών, στην ανάπτυξη εξατομικευμένων τρόπων δημιουργίας αξίας (The Economist, 2012):

Ταυτόχρονα και μέσα στο πλαίσιο εξατομίκευσης μεθόδων προσέλκυσης νέων πελατών, σε έρευνα που αφορά πολίτες της ΕΕ σχετικά με την κύρια πηγή πληροφοριών για την υγεία, ένα μεγάλο μέρος πολιτών ανέφεραν τους επαγγελματίες υγείας (φαρμακοποιούς, γιατρούς, κτλ) (Εικόνα 32) (Spadaro, 2003).

Το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η τηλεόραση ήταν η κύρια πηγή των πληροφοριών σχετικά με την υγεία. Αυτή η τάση επιβεβαιώνεται και για την Γαλλία, με ποσοστό 28,1 % που έδωσε αυτή την απάντηση (Spadaro, 2003).

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, είναι πιο πιθανό να επιλέξουν τους επαγγελματίες της υγείας (46,4 % ποσοστό γυναικών- 44,2 % ποσοστό ανδρών) ως κύρια πηγή πληροφοριών για την υγεία. Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, είναι πιο πιθανό να

χρησιμοποιούν την τηλεόραση (20,9 % έναντι 18,9 % των γυναικών) για την ενημέρωσή τους σχετικά με τα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα.

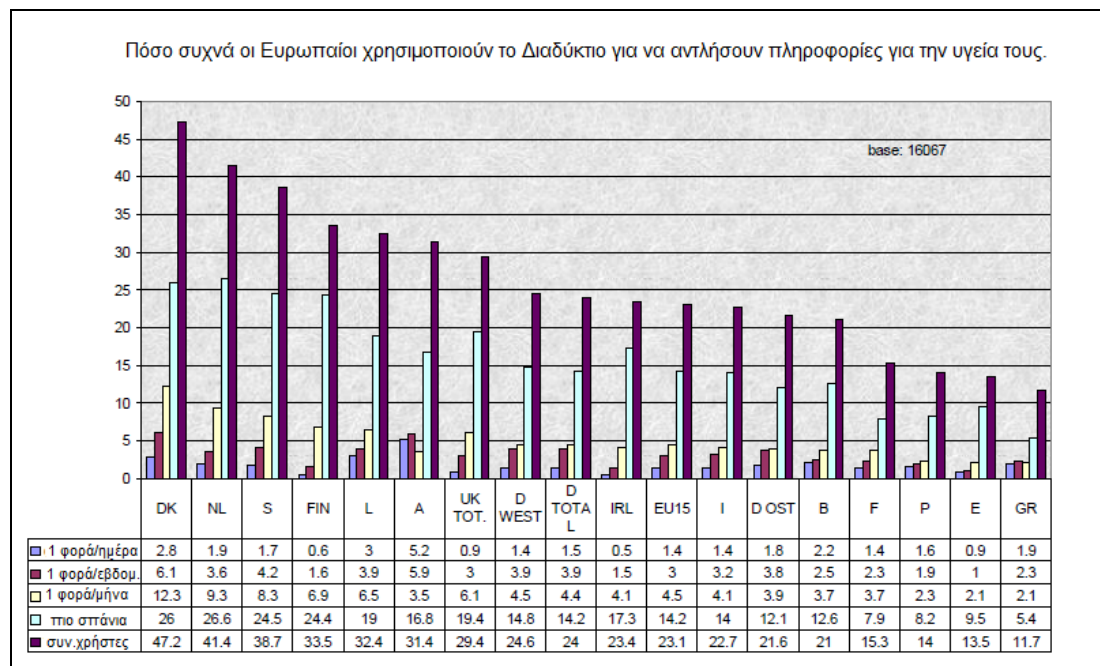


Εικόνα 32. Κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με την υγεία (% ποσοστό Ευρωπαίων) (Spadaro, 2003).

Όταν ζητήθηκε να αναφέρουν και άλλες πηγές πληροφοριών σχετικά με την υγεία, το 28,9 % των πολιτών αναφέρουν συζητήσεις με τους φίλους, την οικογένεια και τους συναδέλφους, το ένα τέταρτο αυτών εφημερίδες και περιοδικά (24,4% και 24,5% αντίστοιχα). Η ίδια έρευνα δείχνει ότι στην Ελλάδα (11,7%), την Ισπανία (13,5%), την Πορτογαλία (14%) και την Γαλλία (15,3%), από την άλλη πλευρά, οι άνθρωποι είναι χρησιμοποιούν λιγότερο το Internet για το σκοπό αυτό- 14,2% το χρησιμοποιεί λιγότερο από μια φορά το μήνα, 4,5 % μία φορά το μήνα, 3 % μία φορά την εβδομάδα και 1,4% μια φορά την ημέρα (Spadaro, 2003).

Οι άνδρες χρησιμοποιούν περισσότερο το Διαδίκτυο από τις γυναίκες για να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία κατά 24,7% έναντι 21,7% των γυναικών (Εικόνα33). Επιπλέον, η διάρκεια της εκπαίδευσης αποτελεί σημαντική διαφορά και για η χρήση του Διαδικτύου: το 37,4% των ατόμων που άφησε το σχολείο στην ηλικία των 20 ετών (ή μεγαλύτερα) χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο για να ενημερωθούν για την υγεία και τα προϊόντα της, ενώ το ποσοστό αυτό φτάνει μόνο το 5,8% μεταξύ εκείνων που φοιτούν μέχρι την ηλικία των 15 ετών (ή νεότερη) (Spadaro, 2003).

Αυτή η θετική στάση σχετικά με το Διαδίκτυο είναι ένα δεδομένο μεταξύ των νέων σε αντίθεση με μεγαλύτερης ηλικίας άτομα (55,7% στην ηλικιακή ομάδα 15-24 έναντι 26% των ατόμων των 55 ετών), καθώς και μεταξύ των πιο μορφωμένων ανθρώπων, σε αντίθεση με λιγότερο μορφωμένους (52,5% των ανθρώπων πλήρους φοίτησης στα 20 έτη και πάνω, έναντι 25,9% των ανθρώπων που σταμάτησαν στα 15 έτη ή πριν). Η πλειοψηφία των φοιτητών, διευθυντικά στελέχη και λοιποί εργαζόμενοι εκφράζουν την ίδια θετική στάση (Spadaro, 2003).



Εικόνα 33. Πόσο συχνά οι Ευρωπαίοι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να αντλήσουν πληροφορίες για την υγεία τους (Spadaro, 2003).

Οι Έλληνες καταναλωτές ολοένα και περισσότερο στρέφονται στις αγορές φαρμακευτικών προϊόντων μέσω του διαδικτύου. Το συμπέρασμα αυτό απορρέει από πρόσφατη έρευνα του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, που διενήργησαν ο καθηγητής Γιώργος Δουκίδης και η καθηγήτρια Κατερίνα Φραιδάκη. Η έρευνα αφορά τη συνολική αγορά του ηλεκτρονικού εμπορίου των επιχειρήσεων προς τους καταναλωτές στην Ελλάδα και καταγράφει τη συμπεριφορά των Ελλήνων on-line καταναλωτών για το 2011. Η αυξητική τάση των on-line καταναλωτών στην Ελλάδα φαίνεται ευδιάκριτα από το γεγονός ότι το 2006 μόνον 200.000 Έλληνες έκαναν αγορές μέσω του διαδικτύου, ενώ το 2011 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε κατακόρυφα (Δουκίδης και Φραιδάκη, 2011).

Η παρουσία στον κυβερνοχώρο, συντελεί στο να μπορέσει η επιχείρηση-φαρμακείο να δώσει το στίγμα της στον καταναλωτή που θα κάνει την έρευνα αγοράς ή και την αγορά του από το διαδίκτυο. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, ο καταναλωτής έχει ανάγκη από «έξυπνες» και στοχευμένες αγορές. Η αυθόρμητη αγορά (Impulse Buy) περιορίζεται, ο αγοραστής γίνεται επιλεκτικός και αργός στην απόφασή του και τείνει να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με εκπροσώπους πωλήσεων που θα προσπαθήσουν να τον πείσουν να αγοράσει. Ο καταναλωτής θα το σκεφτεί και θα το ξανασκεφτεί, θα ρωτήσει γνώμες, θα πάρει το χρόνο του. Η εξοικονόμηση χρημάτων είναι η κύρια αφορμή της στροφής του καταναλωτή στο διαδίκτυο. Έχει πλέον «περάσει» στην κουλτούρα του χρήστη διαδικτύου ότι το ηλεκτρονικό εμπόριο «συμφέρει». Όμως, το κίνητρο στις ηλεκτρονικές αγορές δεν είναι μόνο η εξοικονόμηση χρημάτων. Οι λόγοι που στρέφουν το καταναλωτή στην ηλεκτρονική αγορά μπορεί να είναι η έλλειψη χρόνου, η απόσταση από εμπορικά κέντρα, η σωματική κούραση, η ανάγκη να κάνει ενδελεχή έρευνα αγοράς πριν προχωρήσει στην απόκτηση αγαθών (Http10).

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Journal of Consumer Marketing» και διερευνά τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους που σχετίζονται με online διαδικτυακές φαρμακευτικές συναλλαγές, οι καταναλωτές είναι διχασμένοι. Αποδείχθηκε ότι η απευθείας προσέγγιση για την πώληση διαφόρων φαρμακευτικών ειδών, καθορίζεται ως αποδεκτή ή όχι, από το μοντέλο συναλλαγής που εφαρμόζεται (η αντικαταβολή προτιμάται) (Cařlin Gurařu, 2005).

Σχετικά με το διαδίκτυο λοιπόν, περισσότερη βάση στη διαχείριση της προσωπικής τους υγείας δίνουν οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την τεχνολογία για να μοιράζονται με τους οικείους τους τις πληροφορίες που αφορούν την υγεία τους. Το παρόν διαπιστώθηκε και στα πλαίσια μιας νέας έρευνας που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο επιστημονικό περιοδικό Journal of Medical Internet Research (Jackson et al. 2014).

Στόχος των ερευνητών ήταν να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά σχεδόν 4.500 ασθενών που χρησιμοποίησαν ένα διαδικτυακό πρόγραμμα, το OpenNotes, το οποίο παρέχει πρόσβαση στις σημειώσεις που εισήγαγαν ηλεκτρονικά για τους ίδιους, οι γιατροί τους. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν και οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους του να μοιράζονται τα στοιχεία της υγείας τους. Έτσι, περισσότεροι από το 55% δήλωσαν ότι τους αρέσει η επιλογή να δίνουν τις σημειώσεις στους οικείους τους, ενώ το 21% είπαν ότι τις διέθεσαν και σε τρίτους κατά τη διάρκεια της μελέτης. Το 56% των ασθενών έδειξαν τα στοιχεία της υγείας τους σε μέλη της οικογενείας ή και φίλους, ενώ μόνο ένα 8% τα κοινοποίησαν και σε κάποιον άλλο γιατρό, νοσηλεύτη ή επαγγελματία υγείας.

Όσον αφορά τα οφέλη, οι ασθενείς με πρόσβαση στις σημειώσεις των γιατρών τους αισθάνονταν ότι ελέγχουν περισσότερο την υγεία τους, ενώ δήλωσαν ότι καταλάβαιναν ευκολότερα την κατάσταση τους, θυμόντουσαν καλύτερα το θεραπευτικό πλάνο και ήταν περισσότερο πιθανό να ακολουθήσουν επακριβώς τις οδηγίες που τους δόθηκαν.

Από την πλευρά των γιατρών, ως αποτέλεσμα των σημειώσεων, υπήρξαν ελάχιστες αναφορές για μεγαλύτερη διάρκεια των επισκέψεων στο ιατρείο αλλά και για διάθεση περισσότερου χρόνου για απάντηση σε ανησυχίες των ασθενών τους. Μια σημαντική μειοψηφία μάλιστα δήλωσε ότι άλλαξε και ο τρόπος με τον οποίο γράφουν για θέματα όπως η ψυχική υγεία, ο καρκίνος, η παχυσαρκία και η κατάχρηση ουσιών.

Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι με το πέρας του ενός έτους και τη λήξη της έρευνας το 99% των ασθενών θέλησαν να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν την υπηρεσία, ενώ επιπλέον κανένας γιατρός δεν ζήτησε να σβηστούν οι σημειώσεις.

“Η ανοικτή πρόσβαση στις σημειώσεις παρέχει ευκαιρίες επικοινωνίας με τις οικογένειες των ασθενών και των μελών κοινωνικής υποστήριξης,” σχολίασαν οι συντάκτες του σχετικού άρθρου, καταλήγοντας ότι *“τόρα είναι ο κατάλληλος καιρός για τη δημιουργία προτύπων και την ανάπτυξη τεχνολογίας για το άνοιγμα αυτών των portals”* (Jackson et al. 2014).

Σε σχέση με την επίδραση της διαφήμισης στον γιατρό και τον ασθενή, στην Αμερική, χώρα όπου επιτρέπεται σήμερα σε μεγαλύτερο εύρος η διαφήμιση του φαρμάκου απευθείας στον καταναλωτή, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν ένα ενδιαφέρον δίλημμα: θα πρέπει να έχουν την ίδια στρατηγική προώθησης για τους δύο στόχους δηλαδή το γιατρό και τον ασθενή, ή θα πρέπει να την προσαρμόσουν για τον καθένα ξεχωριστά; Όπως έδειξαν έρευνες η ομοιότητα στο διαφημιστικό μήνυμα δε σχετίζεται θετικά με την αποτελεσματικότητά του και η ομοιότητα λειτουργεί συχνά αρνητικά.

Η προώθηση πρέπει να είναι διαμορφωμένη με στόχο τις ανάγκες των πελατών. Ο γιατρός και ο ασθενής, αντιδρούν ο καθένας με το δικό του τρόπο στην επιλογή μίας φαρμακευτικής ετικέτας. Κανείς από τους δύο δεν κάνει εντελώς ανεξάρτητα την επιλογή. Στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να περιγράψει επαρκώς τα συμπτώματά του και ο γιατρός τα λαμβάνει υπόψη του, για να αποφασίσει ποια φαρμακευτική μάρκα θα επιλέξει. Ο ασθενής πρέπει να συμφωνήσει ή τουλάχιστον να μη διαφωνήσει να συμμορφωθεί με τη θεραπεία. Κατά το παρελθόν η προώθηση είχε σαν αποκλειστικό στόχο τον γιατρό, εφόσον και ο Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας (FDA) δεν επέτρεπε την προώθηση απευθείας στους καταναλωτές και ακόμη και σήμερα δεν είναι βέβαιος για το πώς να ρυθμίσει αυτές τις διαφημίσεις (Saxton, 2011).

Η πραγματική αύξηση των διαφημίσεων που είναι προσανατολισμένες στον πελάτη έγινε το 1997, όταν το FDA επέτρεψε τις διαφημίσεις φαρμάκων στα Μ.Μ.Ε.. Από τότε οι φαρμακοβιομηχανίες έχουν αυξήσει τις δαπάνες τους για διαφημίσεις φαρμάκων προσανατολισμένων στον καταναλωτή: πάνω από ένα δισεκατομμύριο δολάρια το 1999, τρία δισεκατομμύρια το 2003 και σχεδόν 4,9 δισεκατομμύρια το 2007. Τα επίπεδα δαπανών για τις πελατοκεντρικές διαφημίσεις έχουν σταθερή αύξηση σε πάνω από 4 δισεκατομμύρια. Στην ίδια περίοδο οι φαρμακευτικές εταιρείες στην Αμερική ξοδεύουν περίπου 6,8-8 δισεκατομμύρια για την προώθηση σε γιατρούς, περιλαμβανομένου κατά μέσο όρο 500 εκατομμυρίων δολαρίων στην έκδοση ιατρικών περιοδικών. Ωστόσο τα έξοδα προώθησης με επίκεντρο τους γιατρούς έχουν μειωθεί σταθερά με μέγιστη τιμή το 2004 και πτώση 15% μεταξύ 2004 και 2008. Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι οι γιατροί κάνουν την επιλογή και οι ασθενείς την αποδέχονται βασιζόμενοι στις γνώσεις τους (Saxton, 2011).

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν από το FDA στις διαφημίσεις που απευθύνονται στους καταναλωτές, διαπιστώθηκε ότι αυτές είναι προσανατολισμένες στην πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με τις ασθένειες και την αντιμετώπισή τους, ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για τα ζητήματα της υγείας τους και ακόμη και να τους παρακινήσουν να επισκεφτούν το γιατρό τους. Το 25-33% των ασθενών επισκέπτεται το γιατρό του, παρακινούμενο από μία σχετική διαφήμιση και το 30% αυτών που επισκέφτηκαν το γιατρό τους ζήτησαν μία συνταγή για μια συγκεκριμένη μάρκα. Οι γιατροί συμμορφώνονται με αυτές τις απαιτήσεις σε ποσοστό 50-77%. Επιπρόσθετα φαίνεται πως οι ασθενείς αναζητούν συνεχώς περισσότερες πληροφορίες από διαφορετικές πηγές. Το σύνολο των δεδομένων δείχνουν ότι η επιλογή μίας φαρμακευτικής μάρκας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γιατρού και ασθενή (Saxton, 2011).

Έχει διαπιστωθεί από πολλούς ερευνητές πως είναι προτιμότερο οι μάρκες να έχουν απλή ταυτότητα ως μοναδική ακόμη και σε πολλαπλά ακροατήρια. Αυτή θα πρέπει να στηρίζεται στις ανάγκες και τις επιθυμίες των πελατών, για να συνδεθούν βαθιά και συναισθηματικά μαζί τους. Τα επιχειρήματα υπέρ της τυποποίησης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: διατήρηση μιας συνεκτικής εικόνας, ευκολία εφαρμογής, δυνατότητα ελέγχου εκτέλεσης, μειωμένο κόστος, κάποιες ανάγκες των πελατών είναι παγκόσμιες. Μία άλλη άποψη υπέρ της τυποποίησης βασίζεται στο επιχειρήμα ότι αφού γιατρός και ασθενής αλληλεπιδρούν, είναι καλό να έχουν μία κοινή αντίληψη για το εμπορικό σήμα του φαρμάκου. Κάποιοι άλλοι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι θα πρέπει να έχουν πολλαπλή ταυτότητα, ώστε να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των διαφορετικών πελατών, αλλά και επίσης να λαμβάνουν υπόψη τοπικές συνθήκες της αγοράς σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές

και ότι οι διαφημίσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν στις ανάγκες και τις πολιτισμικές διαφορές μιας χώρας με διαφορετικές δημιουργικές προσεγγίσεις. Ένα σημαντικό επιχείρημα είναι ότι οι γιατροί έχουν άλλο μορφωτικό επίπεδο και θεωρούν τον εαυτό τους πιο καταρτισμένο σε σχέση με τους ασθενείς. Έχουν την τάση να επικεντρώνονται περισσότερο στην αποτελεσματικότητα, τα επιμέρους αποτελέσματα και την ασφάλεια των εν δυνάμει ικανοτήτων των φαρμάκων. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται περισσότερο για τον τρόπο και την ποιότητα ζωής (Saxton, 2011).

Συχνά και πάλι σε σχέση με την προώθηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, διαπιστώνεται ότι οι γιατροί είναι αρνητικά προκατειλημμένοι με τις διαφημίσεις που απευθύνονται σε ασθενείς. Κάποιοι ενοχλούνται από την ανάμειξη του ασθενούς, ιδιαίτερα σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Ανησυχούν ακόμη, μήπως οι διαφημίσεις προς τους καταναλωτές περιέχουν ανακρίβειες ή ενθαρρύνουν τη ζήτηση σε περιπτώσεις που δεν χρειάζονται. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω εκπαίδευση των γιατρών ή τις χρονοβόρες συζητήσεις με τους ασθενείς, για το ποια θεραπεία θα ακολουθηθεί (Campo et al. 2005).

Η ενιαία προώθηση μπορεί να προσφέρει αποδόσεις όσον αφορά στο κόστος, την εφαρμογή και τον συντονισμό. Κάποιοι ασθενείς κάνουν τις δικές τους έρευνες και έχουν τις δικές τους απόψεις για το ποια μάρκα να επιλέξουν. Αφού οι γιατροί αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς για την επιλογή της μάρκας, η κοινή προώθηση και για τους δυο θα μπορούσε να οδηγήσει σε παρόμοιες επιλογές μάρκας, που ενισχύουν τις πιθανότητες λήψης της (Saxton, 2011).

Δύο τελείως διαφορετικές στρατηγικές προώθησης, από την άλλη πλευρά, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σύγχυση για το μήνυμα και να αποδυναμώσουν τις αντιλήψεις σχετικά με τη μάρκα. Πιθανόν η διαφήμιση να είναι διαφορετική ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κοινού όμως επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση να υπάρχει σταθερό κοινό στρατηγικό μήνυμα (Saxton, 2011).

Ταυτόχρονα, ο τύπος της διαφήμισης παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, οι ενημερωτικές διαφημίσεις είναι πιο αποτελεσματικές στις αγορές φαρμάκων με υψηλό ρυθμό εισαγωγής νέων προϊόντων, υψηλό κόστος στην αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή και για τα φάρμακα χρόνιων παθήσεων και αυτά που συνταγογραφούνται από ειδικούς. Αντίθετα, οι επαναλαμβανόμενες πειστικές διαφημίσεις κρίνονται καταλληλότερες για καθιερωμένες, χαμηλού κινδύνου, οξείες θεραπευτικές κατηγορίες και αυτές που απευθύνονται σε περιστατικά γενικών γιατρών (Campo et al. 2005).

Αντιθέτως με άλλες μελέτες οι Fischer και Albers (2010), συμπέραναν μέσω μιας έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική κατά τα έτη 2000-2005, πως η ιατρική ενημέρωση (detailing) είναι πιο αποτελεσματική από τη διαφήμιση απευθείας στον καταναλωτή για την αύξηση της πρωταρχικής ζήτησης σε μοντέλα μάρκετινγκ προσανατολισμένα στην μάρκα και όχι στην θεραπευτική κατηγορία, που άλλωστε συνήθως αναφέρεται στην πληροφόρηση των καταναλωτών.

Συμπερασματικά, για την επιλογή της βέλτιστης στρατηγικής προσανατολισμού στον ιατρό ή τον καταναλωτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η φάση του κύκλου ζωής στην οποία βρίσκεται το προϊόν, αλλά και το ανταγωνιστικό περιβάλλον που λειτουργεί στη δεδομένη στιγμή. Για παράδειγμα η αποτελεσματικότητα της εστίασης στο γιατρό φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αντοχή στο χρόνο και ιδιαίτερα κατά την περίοδο ωρίμανσης της μάρκας (Cavusgil, 2011).

Γενικότερα, σε έρευνα που διεξήχθη για το Ελληνικό και Βουλγάρο ιατροφαρμακευτικό σύστημα φροντίδας κατά τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, με σκοπό την εξέταση και η σύγκριση των δύο συστημάτων, υπήρξε και προσωπική επικοινωνία με συναφείς υπηρεσίες, όπως γραφεία διοίκησης των νοσοκομείων και των Υπουργείων Υγείας και των δύο χωρών. Προκύπτει λοιπόν, ότι και στις δύο χώρες, εκτός από την υποχρεωτική ασφάλιση υπάρχει και πρόσθετη προαιρετική ασφάλιση που παρέχεται από ιδιωτικές εταιρείες. Στη συνέχεια, η πιο σημαντική διαφορά έγκειται στον οικογενειακό γιατρό (ειδικός στη γενική ιατρική) που υπάρχει στην Βουλγαρία. Κάθε ασφαλισμένος χρειάζεται ένα παραπεμπτικό που συμπληρώνεται από τον οικογενειακό γιατρό πριν από την επίσκεψη σε ένα νοσοκομείο για ιατρική φροντίδα (εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης). Αντίθετα, στην Ελλάδα, ο ασφαλισμένος μπορεί να επισκεφθεί άμεσα οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φαρμακείο, χωρίς να χρειάζεται οποιαδήποτε μορφή παραπεμπτικού, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας τους. Και στα δύο συστήματα υγείας, είναι απαραίτητη η επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με άτυπες πληρωμές, περιορισμένη χρηματοδότηση, μεγάλα χρέη, έλλειψη της κατάλληλης επενδυτικής πολιτικής, έλλειψη μιας αντικειμενικής μεθόδου για την κοστολόγηση των ιατρικών δραστηριοτήτων και αναποτελεσματική διαχείριση (Exadaktylos, 2005).

Ειδικά στη Βουλγαρία, γίνεται προσπάθεια από την κυβέρνηση για την εκπαίδευση του κοινού σε αυτόν τον τομέα. Υπάρχουν κώδικες δεοντολογίας για τους εμπλεκόμενους δημοσίους υπαλλήλους και τους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους φαρμακοβιομηχάνους. Ωστόσο στην πραγματικότητα, καμία τακτική κατάρτιση δεν φαίνεται

να προσφέρεται, ούτε τα πρότυπα αυτά συνοδεύονται από ουσιαστικές κυρώσεις ή προσπάθειες τακτικού ελέγχου.

Επιπλέον, στοιχεία από άλλες χώρες δείχνουν ότι η μη στήριξη στα πρότυπα δεοντολογίας, ακόμη και για το επάγγελμα των γιατρών, εγκυμονεί κινδύνους κατάχρησης και διαφθοράς. Υπάρχουν «χαλαρές επιταγές των νόμων» για να αποτρέψουν το «φακελάκι», ή για να διασφαλίσουν το σύστημα από την ολίσθηση σε δωροδοκία. Επομένως, στη Βουλγαρία λείπουν δυνητικά σημαντικές ευκαιρίες για την ενίσχυση της διακυβέρνησης του ιατροφαρμακευτικού συστήματος, μέσω της ενίσχυσης των ηθικών κανόνων και τη δημόσια εποπτεία (Εικόνα 34).

Education ratings		
<i>Question</i>	<i>"Best practice" benchmark⁴⁵</i>	<i>Bulgaria rating</i>
1. Do selection committees or officials inform, educate, or solicit input from stakeholders?	Drug selection committee members should regularly organize public education campaigns and consultations to ensure fair input on decision making and procedures.	Poor
2. How are these and other relevant officials trained in ethics and integrity rules? How stringent are these rules, in principle and in practice?	All drug selection officials should be trained regularly on ethical guidelines, standards of practice and consequences for any breaches.	Poor

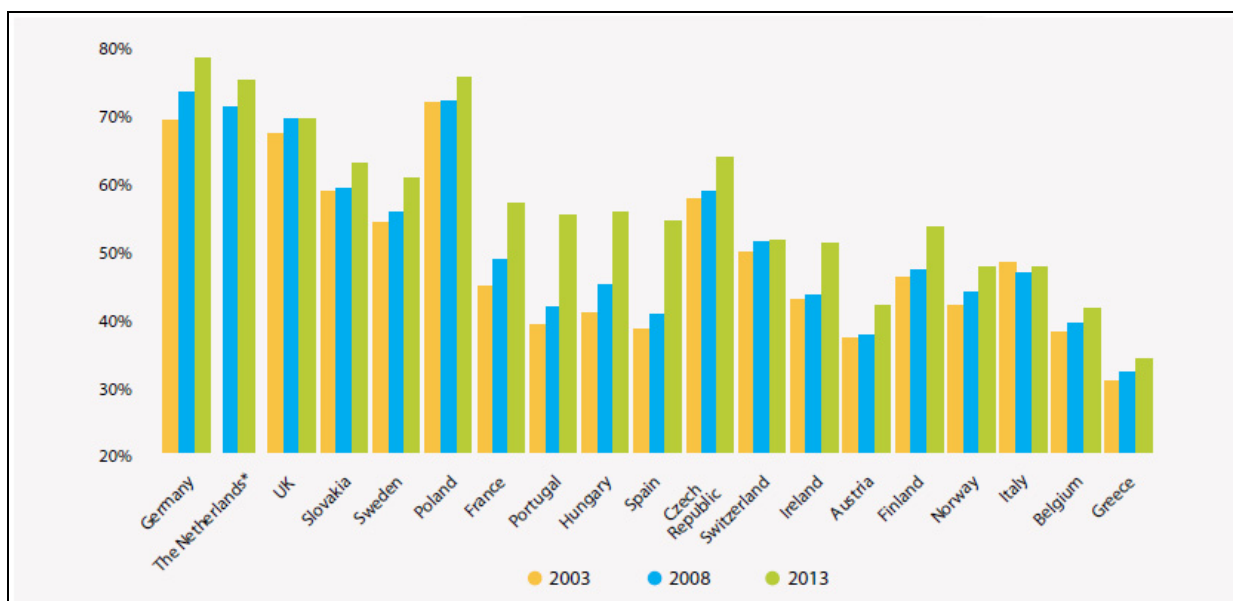
Εικόνα 34. Εκπαίδευση Βούλγαρων υπαλλήλων στους κώδικες δεοντολογίας (Todorova, 2010)

Στην ίδια χώρα, αναφορικά με την πολιτική τιμών στα φαρμακευτικά σκευάσματα, η κυβέρνηση δεν εφάρμοσε τις μεθόδους ελέγχου δημόσιων δαπανών και τις συμβάσεις παραχώρησης των τιμών των φαρμάκων, όπως συμφώνησαν σε διαπραγματεύσεις με τους κατασκευαστές. Αυτό οδήγησε σε μια ετήσια αύξηση των δαπανών για τα προϊόντα θεραπείας (κατά μέσο όρο 17% για την περίοδο 2009-2012). Η τάση αυτή στη Βουλγαρία θα συνεχιστεί και στο μέλλον, σύμφωνα με την έρευνα του καθηγητή Vekov Toni Yonkov (2014), δεδομένου ότι ο έλεγχος των δαπανών μόνο μέσω του ελέγχου των τιμών αναφοράς και του θετικού καταλόγου των φαρμάκων, είναι αναποτελεσματική. Από την έρευνα αυτή προκύπτει η ανάγκη εφαρμογής των συνδυασμένων πολιτικών για τα φάρμακα στη Βουλγαρία, με τη μορφή εκπτώσεων από τους κατασκευαστές και με συμφωνίες σχετικά με την ελεγχόμενη πρόσβαση των ασθενών και των τιμών αναφοράς.

Στην προσπάθειά τους αρκετοί ασθενείς στην Βουλγαρία να μειώσουν τις δαπάνες, χρησιμοποιούν συχνά προϊόντα συνταγογραφούμενα για αυτοθεραπεία, όπως αναφέρεται σε έρευνα των Antoaneta Tsvetkova και Anna Todorova (2014). Τα πλεονεκτήματα της

αυτοθεραπείας γίνονται ακόμη πιο σημαντικά: οι ασθενείς βρίσκουν φθηνότερη θεραπεία για την κατάστασή τους, και κοινωνικά γίνεται καλύτερη διαχείριση των ασθενών, χωρίς έξοδα θεραπείας και έξοδα για το επίδομα ασθένειας (εκ του νόμου).

Στην συνέχεια, αλλάζοντας χώρα, γίνεται αναφορά σε μια φυλετική προσέγγιση επιλογών και στάσεων των Καναδών και των Γάλλων αρρένων σχετικά με την κατανάλωση των καλλυντικών προϊόντων. Παρά το γεγονός ότι η αγορά φαρμακευτικών καλλυντικών, παραδοσιακά συνδεόταν με τις γυναίκες, δημοσιεύτηκε μια έρευνα (Souiden and Diagne, 2009) που συμβάλλει στη διαφώτιση σχετικά με τη μεγάλη σημασία του τμήματος περιποίησης των ανδρών. Αποκαλύπτει σημαντικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη στάση τους προς την κατανάλωση των καλλυντικών προϊόντων, επισημαίνοντας ότι τα κίνητρα και οι συμπεριφορές των καταναλωτών αυτών βασίζονται σε προσωπικές μεταβλητές, δηλαδή: συνείδηση, αυτοεικόνα, αντιγηραντική δράση, φυσική ελκυστικότητα, την κατάσταση της υγείας, κοινωνικοπολιτιστικές μεταβλητές (πεποιθήσεις, τρόπος ζωής), και μεταβλητές μάρκετινγκ (π.χ. διαφήμιση, κατάσταση αγοράς).



Εικόνα 35. Μερίδιο αγοράς σε όγκο γενόσημων, στην ευρωπαϊκή αγορά και σε απροστάτευτες χώρες/ ανά χώρα (Aitken, 2013).

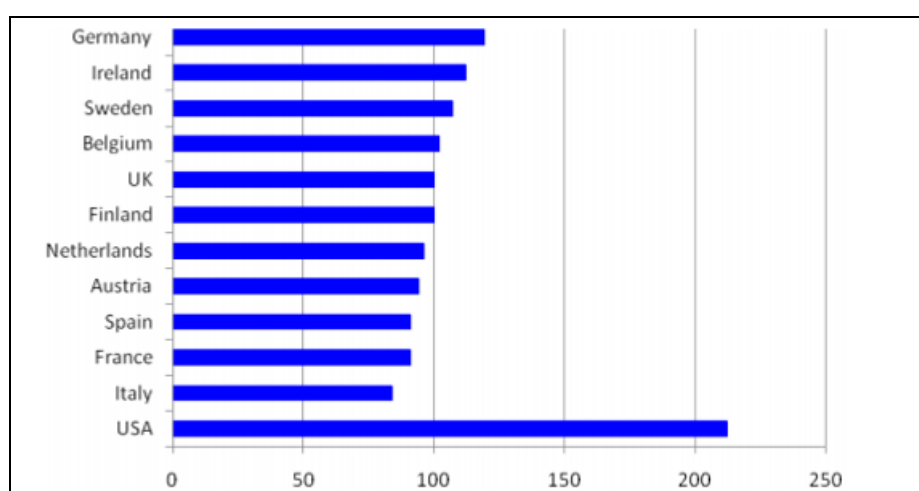
Σε σχέση με το είδος των σκευασμάτων και αναφορικά με όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, υποστηρίζεται σε έρευνα του Aitken το 2013 (Εικόνα 35), ότι τα επίπεδα στην αγορά γενόσημων φαρμάκων, συνήθως θα αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά η αλλαγή (από την έως τώρα αγορά πρωτότυπων), θα είναι επίσης αργή. Η ταχύτητα οφείλεται στη λιτότητα που έχει επιβληθεί σε ορισμένες χώρες όπως η Ισπανία - αλλά η τελική

εξοικονόμηση χρημάτων από την αγορά γενόσημων θα γίνει μόνο εάν τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους και διεισδύσουν στην αγορά.

	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ			Δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Ελλάδα	0,5	0,9	1,8	61	150	495
Βέλγιο	0,5	-	1,1	89	-	305
Βουλγαρία	-	-	0,4	-	-	48
Γαλλία	0,9	1,1	1,3	136	245	334
Δανία	0,2	0,4	0,4	35	89	134
Ιρλανδία	0,5	0,6	1,3	-	-	403
Ισπανία	0,8	1,1	1,3	101	210	312
Ιταλία	0,9	0,8	0,8	150	176	190
Κύπρος	-	-	0,3	-	-	75
Ολλανδία	0,5	0,5	0,9	81	138	292
Πορτογαλία	0,9	1,1	1,2	86	165	243
Ηνωμένο βασίλειο	0,5	0,8	0,9	78	-	255
Ευρωπαϊκή ένωση 27(μέσος όρος)	0,6	0,8	1,1	92	159	223

Εικόνα 36. Εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στις χώρες της Ευρώπης (Http11)

Είναι προφανές ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας (Εικόνα36), υπερβαίνει κατά πολύ το μέσο όρο της Ευρωπαϊκή Ένωση κατά το 2010, διπλασιάζοντας το ποσοστό συμμετοχής στο ΑΕΠ από το προγενέστερο χρονικό σημείο, δηλαδή το 2000. Η ίδια εικόνα αναδύεται και από τη στήλη της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, το απόλυτο ποσό της οποίας υπερτριπλασιάζεται κατά τη δεκαετία 2000-2010, έναντι αύξησης κατά 40% στο σύνολο της ΕΕ των 27 (Εικόνα 37)(IOBE, Http12).



Εικόνα 37. Συγκρίσεις τιμών μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ για ένα καλάθι 150 φαρμακευτικών προϊόντων, δείκτης τιμών 2008 με UK=100 (Http12)

Για τα φαρμακευτικά προϊόντα που δεν καλύπτονται πλέον από διπλώματα ευρεσιτεχνίας, οι «γενόσημες» εκδοχές μπορούν να ανταγωνισθούν εκείνα που παράγονται από τον αρχικό παρασκευαστή. Τα γενόσημα μπορεί να κοστίζουν πολύ λιγότερο, συνήθως το ένα τέταρτο της τιμής του πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος με εμπορική ονομασία για αυτό και τα προτιμούν σήμερα οι ασθενείς. Στη συγκεκριμένη αγορά, η διαφορά τιμής μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερη: διαπιστώθηκε ότι η υψηλότερη τιμή ενός γενόσημου φαρμάκου για την υπέρταση ήταν δεκαεξαπλάσια από τη χαμηλότερη τιμή του (Kanavos and Casson, 2011 υπό έκδοση αναφέρεται στο Kanavos et al. 2011). Αυτό είναι σημαντικό, καθώς μεγάλο ποσοστό των φαρμάκων που καταναλώνονται στην ΕΕ των 27, δεν καλύπτονται πλέον από διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Ωστόσο, το ποσοστό των γενόσημων φαρμάκων που αγοράζονται διαφέρει επίσης μεταξύ των κρατών μελών: υπερβαίνει το 50% του συνολικού όγκου των φαρμακευτικών προϊόντων που καταναλώνονται στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Γερμανία, στη Δανία και στη Σουηδία, αλλά είναι χαμηλότερο στη Γαλλία και την Ιταλία.

Ως εκ τούτου, η πρόσβαση των ασθενών στα συγκεκριμένα φάρμακα διαφέρει στην ΕΕ. Ειδικότερα, η πρόσβαση σε ορισμένες κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων που καλύπτονται από διπλώματα ευρεσιτεχνίας τείνει να συσχετίζεται αρνητικά με το μέγεθος της αγοράς και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Σε μερικές περιπτώσεις, η χαμηλή τιμή ενός νέου προϊόντος σε μια εθνική αγορά μπορεί να οδηγήσει τους παρασκευαστές να μην θέσουν σε κυκλοφορία το προϊόν σε άλλες αγορές, καθώς η χαμηλή τιμή μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τις προοπτικές τιμολόγησής του αλλού, λόγω της ευρείας εφαρμογής των εξωτερικών τιμών αναφοράς. Ένα διαφορετικό πρόβλημα παρατηρείται όσον αφορά τα γενόσημα φάρμακα: στην περίπτωση αυτή, οι παρασκευαστές γενόσημων μπορεί να αποφασίσουν να μην εισέλθουν σε μικρότερες αγορές.

Έτσι, τα συστήματα υγείας και οι ασθενείς στις αγορές αυτές μπορεί να μην έχουν πρόσβαση στις συγκεκριμένες φθηνότερες εναλλακτικές λύσεις. Οι μικρές αγορές αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα για τα νέα φάρμακα. Το παράλληλο εμπόριο εγείρει επίσης ανησυχίες όσον αφορά την πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς έχει συνδεθεί με ελλείψεις στα κράτη μέλη εξαγωγής (Kanavos and Costa-Font, 2005, ISPOR, 2010).

Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών ενισχύονται και από μια έρευνα της EURORDIS⁴⁹ που διεξήχθη το 2006, η οποία ανέλυσε τη διαθεσιμότητα 21 νεοεισερχόμενων φαρμάκων σε 28 χώρες. Σε 4 χώρες μόνο, σχεδόν όλα τα νέα φάρμακα, ήταν διαθέσιμα 6 μήνες μετά την άδεια κυκλοφορίας τους. Σε έντεκα άλλες χώρες, περισσότερο από το 40% των νέων φαρμάκων δεν ήταν διαθέσιμα. Το 2007, λιγότερο από τα μισά νεοεισερχόμενα φάρμακα ήταν διαθέσιμα στις ευρωπαϊκές χώρες με τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Γαλλία και Ιταλία). Σύμφωνα με μια παρόμοια μελέτη για δέκα νέα φάρμακα που μελετήθηκαν, ήταν διαθέσιμα μόνο σε 9 από τις 25 χώρες της Ευρώπης (Picavet et al. 2012).

Εκτός από την διαθεσιμότητα, η σχέση ποιότητας/τιμής του φαρμάκου, βρίσκεται ανάμεσα στα "στοιχεία που είναι ικανά να επηρεάσουν τον καταναλωτή" κατά την επιλογή φαρμακευτικών προϊόντων. Στη Βουλγαρία, οι πελάτες των φαρμακείων θεωρούν ως «βασικό» τον συνδυασμό αυτό. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη γνώσεων και πληροφοριών από την πλευρά του πελάτη, η εκτίμηση της σχέσης εξαρτάται από την απόδοση της γνώμης του γιατρού και της τιμή του σκευάσματος που πρέπει να αγοραστεί.

Στη Γαλλία ο φαρμακοποιός έχει αποστολή «δημόσιας υπηρεσίας» και πρέπει να εγγυηθεί την αποτελεσματικότητα της δημόσιας υγείας και προστασίας των καταναλωτών. Τα φαρμακεία δεν θεωρούνται εμπορικά καταστήματα και ο πελάτης επισκέπτεται το φαρμακείο κυρίως μετά από προτροπή του γιατρού. Δεν ενδιαφέρονται πολύ για την διαρρύθμιση και την ατμόσφαιρα του φαρμακείου, καθώς το έχουν συνδεδεμένο μόνο με τα «χάπια» και όχι με άλλα παραφαρμακευτικά είδη (Bonnal and Xavier, 2014).

Παράλληλα, παρόμοιο αλλά όχι ίδιο θέμα έρευνας πραγματεύεται ο Boström (2011) που επιχειρεί να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των πελατών ενός φαρμακείου (Εικόνα38). Η ποσοτική έρευνα διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πτώσης του 2011, σε τέσσερα φαρμακεία στην περιοχή του Ελσίνκι, όπου απάντησε σε φόρμα ερωτηματολογίου, δείγμα 273 καταναλωτών. Τα αποτελέσματά της δείχνουν ότι η επιλογή ενός φαρμακείου αφορά κατά σειρά σπουδαιότητας την τοποθεσία (το πιο σημαντικό κριτήριο), το φάσμα των προϊόντων (ποικιλία και ποσότητα) και το προσωπικό. Ομοίως παρουσιάζεται ότι στην επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων συμβάλει η γνώμη της οικογένειας και των φίλων, η γνώμη του φαρμακοποιού και το εμπορικό σήμα του προϊόντος ή του παραγωγού. Σχεδόν όλοι οι καταναλωτές συνήθως αγοράζουν κατά την Boström, το

⁴⁹ Η EURORDIS είναι μια μη-κυβερνητική συμμαχία ασθενών και βοηθά ανθρώπους 667 σπάνιων ασθενειών σε 61 χώρες. Απευθύνεται σε πληθυσμό 30 εκατομμυρίων ανθρώπων που πάσχουν από σπάνιες νόσους σε όλη την Ευρώπη.

ίδιο προϊόν ξανά, με την πλειοψηφία να αγοράζει μερικές φορές τα προϊόντα που πολυδιαφημίστηκαν. Επιπλέον γράφει ότι η πλειοψηφία έχει αγοράσει από το φαρμακείο ένα φάρμακο μη συνταγογραφούμενο ή μια βιταμίνη/συμπλήρωμα διατροφής, ακόμα κι αν δεν ήταν στα προσχεδιασμένο, με μεγάλη ανισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών καταναλωτών (οι περισσότεροι πελάτες που προέβησαν σε αυθόρμητες αγορές ήταν γυναίκες).

Order of importance for choice of pharmacy, based on answers of rank 1 = most important	Frequency	Percentage, %
1 Location	192	78,69
2 Product range	28	11,48
3 Loyalty card / membership program	17	6,97
4 Staff	4	1,64
5 Extra services	3	1,23
Total	244	100

Εικόνα 38. Σειρά σπουδαιότητας παραγόντων για την επιλογή του φαρμακείου. Αποκλειστικά με βάση τις απαντήσεις που δείχνουν τους πιο σημαντικούς (Boström, 2011).

Επιπλέον, σε έρευνα της Jana (2012), που διεξήχθη για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων, μελετήθηκαν οι διαφορές επιλογών στην επαρχία και στις πόλεις. Οι 289 πελάτες που συνέβαλαν δειγματοληπτικά σε αυτή μέσω συνεντεύξεων, ζούσαν είτε σε πόλη ή σε ένα χωριό. Η ανάλυση έγινε με το μοντέλο παλινδρόμησης, ειδικά της λογιστικής παλινδρόμησης, που χρησιμοποιήθηκε γιατί η εξαρτημένη μεταβλητή είχε δυαδικό χαρακτήρα. Η έρευνα διεξάγεται για πέντε ομάδες σκευασμάτων: (1) φάρμακα για την υποστήριξη του ανοσοποιητικού, (2) καλλυντικά φαρμακείου, (3) βιταμίνες και ανόργανα άλατα, (4) φάρμακα για τη στήριξη του νευρικού συστήματος και (5) παυσίπονα, πληροφορίες που είναι απαραίτητες για το Μάρκετινγκ και για προϊόντα που στοχεύουν σε συγκεκριμένες ομάδες-στόχους. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι η πιθανότητα αγοράς των φαρμακευτικών καλλυντικών για τους κατοίκους των πόλεων είναι 56,9% και την πιθανότητα αγοράς των φαρμακευτικών καλλυντικών για τους κατοίκους του χωριού είναι 40%. Η πιθανότητα της αγοράς των φαρμάκων για το ανοσοποιητικό υποστήριξη για τους ανθρώπους στις πόλεις είναι 58,1%, ενώ για τους κατοίκους του χωριού είναι 41,8%. Ο τόπος διαμονής δεν επηρεάζει την αγορά των βιταμινών και ανόργανων συστατικών, παυσίπονων, και φαρμάκων για την υποστήριξη του νευρικού συστήματος (Jana, 2012).

Συνολικά, μέσα από την σύγκριση που προηγήθηκε, αποκαλύπτονται οι διαφορετικές πτυχές της καταναλωτικής συμπεριφοράς ανά κράτος, αλλά και ανά πελάτη. Για τη απόκτηση μιας πιο ολοκληρωμένης άποψης του θέματος, θα γίνει αντιπαραβολή αυτών και των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα συντελούν στον προσδιορισμό της θεματικής περιοχής της έρευνας (βάση του σκοπού της), διευρύνουν τη καταγραφή της θεωρητικής εμπειρίας, αφορούν τεχνικές που εντείνουν τη δημιουργικότητα του ερευνητή, και έχουν περιορισμένο εύρος. Για την συγκεκριμένη μελέτη είναι πέντε και διατυπώνονται ως εξής:

1. Με ποια κριτήρια (οικονομικά, ιατρικά, κ.α) γίνεται η επιλογή φαρμακευτικών προϊόντων από τους σημερινούς Ευρωπαίους καταναλωτές;
2. Ποιό είναι το προφίλ των Ελλήνων, των Βούλγαρων και των Γάλλων καταναλωτών στην Αγορά φαρμάκων και πόσο διαφέρουν μεταξύ τους;
3. Από ποιόν/ποιούς καθορίζεται η τελική απόφαση επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων από τον καταναλωτή;
4. Ποιές είναι οι προθέσεις αγοράς - χρήσης των καταναλωτών στα προϊόντα ενός φαρμακείου, με βάση πιθανές οικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις;
5. Ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν το καταναλωτικό προφίλ για κάθε κράτος και πώς συγκρίνονται μεταξύ τους.

6.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι άμεσα συνδεδεμένες με το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα και τίτλο της εργασίας. Κάθε ερευνητική υπόθεση μπορεί να εκφραστεί με την μορφή διχοτόμου ερώτησης που δέχεται ως απάντηση το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ, και σε δεύτερο βαθμό να εστιάζει στο πώς και το γιατί. Επομένως, προκύπτουν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

1. Τα κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων από τους σημερινούς καταναλωτές - είναι οικονομικά, ιατρικά ή εμπίπτουν σε κάποια άλλη κατηγορία.
2. Το προφίλ των Ελλήνων καταναλωτών στην Αγορά φαρμάκων, είναι διαφορετικό σε σχέση με τους Βούλγαρους και τους Γάλλους.

3. Είναι κοινά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των καταναλωτών των φαρμακείων μεταξύ των τριών κρατών.
4. Οι προθέσεις των καταναλωτών για αγορά- χρήση προϊόντων ενός φαρμακείου, θα επηρεάζονται μόνο από το διαδίκτυο, στο άμεσο μέλλον.
5. Υπάρχει πελατειακή πίστη στο φαρμακείο.
6. Οι καταναλωτές επηρεάζονται στην λήψη απόφασης για αγορά ή μη ενός σκευάσματος, από τον γιατρό, τον φαρμακοποιό, την διαφήμιση, κάποια άλλη παράμετρο.
7. Το φύλο, η ηλικία και οι λοιπές δημογραφικές - κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών των τριών κρατών επηρεάζουν το καταναλωτικό τους προφίλ.
8. Η αυθόρμητη αγορά προϊόντων συμβαίνει στα φαρμακεία.
9. Οι οικονομικές αλλαγές θα επηρεάσουν το καταναλωτικό προφίλ των πελατών ενός φαρμακείου.
10. Επηρεάζεται η συχνότητα και η ποσότητα αγοράς φαρμακευτικών προϊόντων από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή.

6.3 Τελικός σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να προσδιοριστεί και να μελετηθεί η συμπεριφορά του σημερινού καταναλωτή φαρμακευτικών προϊόντων. Επιλέγεται να ερευνηθούν οι 3 συγκεκριμένες χώρες διότι το φαρμακευτικό-ιατρικό σύστημα της Γαλλίας είναι από τα πιο άρτια όπως αποδείχθηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε αντίθεση με αυτό της Βουλγαρίας που είναι υπό ανάπτυξη και επιδέχεται πολλές βελτιώσεις και το Ελληνικό που βρίσκεται σε μεσαία κατάταξη, με καθοδική πορεία σε παρατεταμένο κλίμα οικονομικής κρίσης. Επομένως παρουσιάζει ενδιαφέρον το έργο της αναζήτησης της στάσης του καταναλωτή της χώρας μας σε σχέση με αυτόν της Γαλλίας και της Βουλγαρίας. Από ακαδημαϊκής πλευράς, η εργασία αυτή φαίνεται σημαντική, διότι δεν έχει διερευνηθεί αυτούσιο το θέμα στον επιστημονικό-φαρμακευτικό χώρο του μάρκετινγκ κατά το 2014. Επομένως το θεωρητικό μέρος μαζί με την στατιστική ανάλυση θα βοηθήσουν στην σκιαγράφηση του προφίλ του καταναλωτή, σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης και συνεχών νομοθετικών αλλαγών για τον φαρμακευτικό κλάδο. Από πρακτικής πλευράς το τελικό αυτό προφίλ θα φαινόταν χρήσιμο σε εταιρίες του κλάδου ή ακόμα πιο συγκεκριμένα σε μικρότερα ιδιωτικά φαρμακεία με μια πιο στοχευμένη έρευνα στην περιοχή τους. Τα αποτελέσματα τόσο ακαδημαϊκά όσο και πρακτικά, αναμένεται να αποσαφηνίσουν ένα μικρό κομμάτι του

φαρμακευτικού μάρκετινγκ, χρήσιμο για την πορεία μικρών ή μεγαλύτερων επιχειρήσεων στην χώρα μας. Πιο ειδικά, οι επιχειρηματίες θα διευκολυνθούν στο να κάνουν στοχευμένες πωλήσεις στον χώρο τους, οι μεγάλες εταιρίες θα μειώσουν ή αυξήσουν τον όγκο παραγωγής τους για ακριβά ή φθηνά αντίστοιχα φάρμακα αλλά και το Υπουργείο Υγείας θα αντιληφθεί την κατάσταση του σημερινού αγοραστικού κοινού.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναλυτική περιγραφή των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν για τη δειγματοληψία, την συλλογή των δεδομένων, την παρουσίαση του ερωτηματολογίου, την διεξαγωγή της προκαταρκτικής και της τελικής έρευνας (Housden, 1993. Javeau, 2000).

Αρχικά, αναλύεται η φύση της έρευνας, η οποία διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους: ποιοτική ή/ και ποσοτική. Η ποιοτική έρευνα περιλαμβάνει τη συλλογή, την ανάλυση και την ερμηνεία δεδομένων που δεν μπορούν να ποσοτικοποιηθούν. Για αυτόν τον λόγο η ποιοτική έρευνα αναφέρεται κάποιες φορές και ως «μαλακή έρευνα (soft research)». Σύμφωνα με τους Miles και Huberman (1994), η ποιοτική έρευνα είναι βασισμένη σε διάφορες μεθόδους συνέντευξης (πχ. δομημένη, ημιδομημένη, focus groups, κλπ) και συλλέγονται στοιχεία που είναι κατά ένα μεγάλο μέρος ποιοτικά. Από την άλλη, στην ποσοτική έρευνα στόχος είναι η γενίκευση, δηλαδή η περιγραφή μιας ή περισσότερων μεταβλητών του πληθυσμού καθώς και την εξήγηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών του πληθυσμού. Συνεπώς χρειάζεται να συγκεντρωθούν και να αναλυθούν πληροφορίες για τις διάφορες μεταβλητές του πληθυσμού, για αυτό στηρίζεται σε ερευνητικές μεθόδους που χρησιμοποιούν τεχνικές ερωτηματολογίων, συνήθως με συνεντεύξεις «πρόσωπο με πρόσωπο» (Miles and Huberman, 1994). Επιπλέον, κατηγοριοποιείται σε πειραματική (ελέγχει τις συνθήκες), δειγματοληπτική (συλλογή δεδομένων μέσω κλειστών, κυρίως, ερωτηματολογίων), δευτερογενή έρευνα (άντληση πληροφοριών μέσω των υπαρχόντων στοιχείων που έχουν συλλεχθεί από στατιστικές, κρατικές υπηρεσίες/ ερευνητικά κέντρα, ιστορικές πηγές, πανεπιστήμια κλπ), ανάλυση περιεχομένου (ανάλυση κειμένων/ ντοκουμέντων όπου ποσοτικοποιείται το περιεχόμενο και τοποθετείται σε συγκεκριμένες κατηγορίες με συστηματικό τρόπο) (Martin, 2008).

Για τη συγκεκριμένη μελέτη, που ερευνά τις τοποθετήσεις και τις αντιλήψεις ατόμων, επικράτησε η επιλογή της ποσοτικής- δειγματοληπτικής έρευνας ως καταλληλότερη, αφού σύμφωνα και με τον Gray (2005), όταν μετρώνται οι απόψεις των καταναλωτών, η έρευνα πρέπει να είναι ποσοτική.

Αναφορικά σε επιπρόσθετη κατηγοριοποίηση της έρευνας, οι Rubin και Rubin (2005) κάνουν διάκριση ανάμεσα στην συμπερασματική και τη διερευνητική έρευνα. Από τη μια πλευρά, η συμπερασματική έρευνα είναι σχεδιασμένη για να βοηθήσει τον ερευνητή να καθορίσει, να εκτιμήσει και να επιλέξει την καλύτερη δυνατή δράση σε μια δεδομένη κατάσταση. Αυτή διακρίνεται α. σε συμπερασματική περιγραφική έρευνα και β.

συμπερασματική έρευνα αιτίας. Η πρώτη διάκριση περιγράφει μια κατάσταση, ενώ η έρευνα αιτίας διερευνά τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος. Από την άλλη πλευρά, η διερευνητική στοχεύει στην κατανόηση της φύσης ενός φαινομένου. Έτσι ερμηνεύεται το ότι η παρούσα έρευνα είναι διττής φύσης και συμπερασματική περιγραφική και διερευνητική, ως προς το καταναλωτικό προφίλ των πελατών ενός φαρμακείου και τα κριτήρια-παράγοντες, με βάση τα οποία διαμορφώνεται η αγοραστική τους συμπεριφορά.

Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει και ο υπό μελέτη πληθυσμός, όπου δείγμα αυτού συνήθως χρησιμοποιείται για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Πιο συγκεκριμένα, ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι, δυνητικά, όλοι οι καταναλωτές προϊόντων που πωλούνται στα φαρμακεία. Πρακτικά, όμως, για τις ανάγκες αυτής της έρευνας, περιορίζεται σε 1000 με 1500 άτομα, κατοίκους της περιοχής που εδρεύουν τα φαρμακεία και από τα οποία έγινε η δειγματοληψία.

7.1. Μεθοδολογία και δείγμα

Στο σημείο αυτό, αξιοποιούνται οι μέθοδοι της ποσοτικής έρευνας, για να συγκεντρωθούν συγκεκριμένα ποσοτικά στοιχεία, συγκρίσιμα μεταξύ τους. Όταν γίνεται δηλαδή, η χρήση ερωτηματολογίου, οι εναλλακτικές απαντήσεις είναι δεδομένες, άρα δεν υπάρχει περιθώριο δημιουργικότητας. Χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που είναι εύκολο να διατυπωθούν, να απαντηθούν και να αναλυθούν. Οι ερωτήσεις είναι προσανατολισμένες στην απάντηση των βασικών ερωτημάτων της έρευνας (Housden, 1993) (οι λεπτομέρειες για το ερωτηματολόγιο δίνονται στο υποκεφάλαιο 7.3).

Για το λόγο αυτό, επιλέχθηκαν τρία κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα οποία επικρατούν διαφορετικές πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές συνθήκες. Έτσι, θα διερευνηθεί η επιρροή των παραγόντων αυτών στο προφίλ των σημερινών καταναλωτών φαρμακευτικών προϊόντων. Παράλληλα, ένας ακόμα παράγοντας που συντέλεσε στην επιλογή τους ήταν η ευχέρεια συλλογής των δεδομένων στα επιλεγμένα κράτη από την ερευνήτρια. Έτσι από τα κράτη μέλη της ΕΕ που δεν παρουσιάζουν οικονομικά προβλήματα επιλέχθηκε η Γαλλία. Δεύτερο κράτος επιλέχθηκε η Ελλάδα που εντάσσεται στις χώρες με οικονομικά προβλήματα. Τέλος επιλέχθηκε ως τρίτο κράτος η Βουλγαρία που ανήκει στην ΕΕ, αλλά όχι στην ευρωζώνη.

Το βιοτικό επίπεδο θεωρείτε άριστο στην Γαλλία, μέτριο στην Ελλάδα και κάτω του μετρίου στην Βουλγαρία (Eurostat1, 2, 3). Για την αξιολόγηση του βιοτικού επιπέδου, κρίνεται καταλληλότερη η χρήση του κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (ΜΑΔ), δηλαδή προσαρμοσμένου στο μέγεθος της οικονομίας ως προς τον

πληθυσμό και στις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών. Το μέσο κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ στην ΕΕ-28 το 2012 ήταν 25 500 ΜΑΔ, ελαφρώς υψηλότερο από το μέγιστο επίπεδο (25 000 ΜΑΔ) που σημειώθηκε το 2007 και το 2008, προτού γίνουν αισθητές οι συνέπειες της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Η σχετική θέση των επιμέρους χωρών μπορεί να εκφραστεί κατόπιν σύγκρισης με τον εν λόγω μέσο όρο, όπου η τιμή για την ΕΕ-27 ορίζεται ότι ισούται με 100. Η υψηλότερη σχετική τιμή μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ καταγράφηκε στο Λουξεμβούργο, όπου το κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ σε ΜΑΔ υπερέβαινε κατά περισσότερο από 2,6 φορές τον μέσο όρο της ΕΕ-27 το 2012 (γεγονός το οποίο εξηγείται εν μέρει από τον σημαντικό ρόλο των μεθοριακών εργαζομένων από το Βέλγιο, τη Γαλλία και τη Γερμανία). Στον αντίποδα, το κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ σε ΜΑΔ στη Βουλγαρία ήταν μικρότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ-27 το 2012 (Eurostat1). Επιπρόσθετα, τα παραπάνω αποτελέσματα ενισχύει ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (ΔΑΑ), (Αγγλ. Human Development Index, HDI) που αποτελεί μέτρο σύγκρισης του προσδόκιμου ηλικίας, του αλφαριθμητισμού, της εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής ανά τον κόσμο. Με βάση αυτόν το Δείκτη, γίνεται χαρακτηρισμός μιας χώρας σε υπανάπτυκτη ή αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη και επίσης για να μετρήσει την επίδραση των οικονομικών και πολιτικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής και κατατάσσει με όμοιο τρόπο τις παραπάνω χώρες.

Έπειτα, επιλεχθήκαν οι πρωτεύουσες των τριών υπό μελέτη κρατών (Ελλάδα-Αθήνα, Γαλλία-Παρίσι και Βουλγαρία-Σόφια) για να διεξαχθεί η δειγματοληψία. Έτσι, περιοχή έρευνας για την Αθήνα ορίστηκε η περιοχή των συνοικιών Παγκράτι – Υμηττός – Δάφνη, για το Παρίσι η περιοχή των συνοικιών Belleville και Jaurès και για την Σόφια η περιοχή των συνοικιών Oborishte και Sredets. Αυτό είχε ως στόχο την αποφυγή εισαγωγής μεροληψίας στα δεδομένα, λόγω της γεωγραφικής προέλευσής τους. Βέβαια τέτοιο δειγματοληπτικό σφάλμα δεν μπορεί να αποκλειστεί τελείως, αλλά και με βάση τα αποτελέσματα μπορούμε να πούμε ότι δεν φαίνεται να εισήχθη στην παρούσα έρευνα (βλ. δημογραφικά αποτελέσματα).

Στο σημείο αυτό πρέπει να ξεκαθαριστεί η νομισματική πολιτική κάθε χώρας, καθώς η Ελλάδα και η Γαλλία είναι μέλη της ευρωζώνης, ενώ η Βουλγαρία αν και μέλος της Ευρωπαϊκής ένωσης δεν έχει ακόμα το κοινό νόμισμα. Για την Βουλγαρία ισχύει ότι 1,95583 λέβα:1 ευρώ. Οπότε για την έρευνα μας στα ερωτηματολόγια της Βουλγαρίας, οι ερωτήσεις Α4, 7, 11, 16, 21, και Β5 συμπληρώνονται σε λεβ. Για τις ανάγκες, όμως της ορθής σύγκρισης των αποτελεσμάτων, αυτά μετατρέπονται έπειτα σε ευρώ, για τις περαιτέρω αναλύσεις. Δεχόμαστε πως η διαφοροποίηση αυτή δεν προσθέτει μεροληψία στα δεδομένα.

Αναφορικά με το δείγμα της μελέτης, ήταν τυχαίο δείγμα ευκολίας και αποτελούνταν από τους πελάτες των φαρμακείων που συμφωνούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο,

την ώρα που η ερευνήτρια (ή εκπρόσωπος αυτής) βρισκόταν στο εν λόγω φαρμακείο. Η δειγματοληψία διεξήχθη σε ώρες και ημέρες κανονικής εμπορικής λειτουργίας των φαρμακείων. Ως αποδεκτός αριθμός απαντήσεων και στόχος ανά κράτος ορίστηκαν οι 50 (με 95% επίπεδο εμπιστοσύνης και 14% εύρος τυπικού σφάλματος, για 1.000 κατοίκους σε εμπορική ακτίνα από τα επιλεγμένα φαρμακεία (Lohr, 1999). Το συνολικό δείγμα δηλαδή είναι 150 ευρωπαίοι πολίτες, πελάτες φαρμακείων. Τα φαρμακεία επιλέχθηκαν τυχαία στις τρεις πρωτεύουσες (Αθήνα, Παρίσι, Σόφια) που διεξήχθη η δειγματοληψία. Το ερωτηματολόγιο δινόταν με τις απαραίτητες διευκρινήσεις από την ερευνήτρια, αφού είχε λάβει την άδεια του φαρμακοποιού για να επιτελέσει την έρευνα στον χώρο του.

Σχετικά με την πρακτική διαδικασία έρευνας λοιπόν, διεξήχθη μια προκαταρκτική έρευνα, διανέμοντας 10 ερωτηματολόγια στην Ελλάδα. Κατά την συλλογή τους, διαπιστώθηκαν ασάφειες που δυσκόλευαν το κοινό, παραλείψεις, αλλά και εκφραστικά λάθη. Έπειτα έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες διόρθωσής τους και τα τελικά ερωτηματολόγια δόθηκαν για μετάφραση στα Βουλγάρικα και στα Γαλλικά. Για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα ακολουθήθηκε η μέθοδος της «διπλής μετάφρασης ελέγχου» (Πετράκη, 2007). Αναλυτικά η προτεινόμενη μέθοδος έχει ως εξής: Ένα άτομο με γνώσεις Βουλγάρικων, μεταφράζει το ερωτηματολόγιο στα Βουλγάρικα. Ένα δεύτερο άτομο από Βουλγαρία, λαμβάνει το μεταφρασμένο κείμενο και το μεταφράζει στα Ελληνικά. Όπου υπάρχουν αποκλίσεις στην μετάφραση, σε τρίτο στάδιο, μελετώνται και διορθώνονται με την έγκριτη γνώμη και των δύο συμβαλλομένων πλευρών. Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για την Γαλλία. Στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια εκτυπώνονται, 50 στα Ελληνικά, 50 στα Γαλλικά και 50 στα Βουλγάρικα και μοιράζονται. Στην Ελλάδα τα μοιράζει και τα συγκεντρώνει η ίδια η ερευνήτρια, ενώ στη Γαλλία και τη Βουλγαρία ανέλαβαν την διανομή και συγκέντρωσή τους δύο συνεργάτες ερευνητές, με ειδικότητα ιατρικής. Η διαδικασία αυτή ξεκίνησε στις 25 Νοεμβρίου 2014 και ολοκληρώθηκε στις 23 Ιανουαρίου 2015.

7.2. Δειγματοληπτικά και Στατιστικά Σφάλματα

Κάθε ερευνητική απόπειρα εμπεριέχει ποσοστά σφάλματος στην δειγματοληψία και στην ανάλυση των δεδομένων. Τα σφάλματα των κατηγοριών αυτών ονομάζονται μη δειγματοληπτικά σφάλματα (non-sampling errors) και δεν οφείλονται στο γεγονός ότι στηρίζουμε τα συμπεράσματά μας σε ένα δείγμα, διότι θα εμφανιζόταν ακόμα και αν οι

πληροφορίες προέρχονταν από μια πλήρη απογραφή. Στην φάση της δειγματοληψίας υπάρχουν τρία κύρια είδη σφαλμάτων (Ξεκαλάκη, 1995):

- ❖ Σφάλματα μη περίληψης (non-inclusion errors) ή σφάλματα κάλυψης (coverage errors). Τα σφάλματα μη περίληψης (non-inclusion errors) ή σφάλματα κάλυψης (coverage errors) συμβαίνουν στις περιπτώσεις εκείνες που συγκεκριμένα μέλη του αντικειμενικού πληθυσμού (target population) δεν είναι δυνατόν να περιληφθούν στο δείγμα.
- ❖ Σφάλματα μη απάντησης (non-response errors). Τα σφάλματα μη απάντησης (non-response errors) είναι, όπως δηλώνει το όνομα τους, σφάλματα τα οποία προκύπτουν από το γεγονός ότι ενδέχεται να περιληφθούν στον δείγμα, μέλη του πληθυσμού τα οποία δεν αποδίδουν μια τιμή για μια μεταβλητή Y που ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε. Συχνά, δηλαδή, μελετώνται ταυτόχρονα πολλές μεταβλητές και τότε, το φαινόμενο της μη απάντησης μπορεί να παρατηρηθεί σε υποσύνολα αυτών των μεταβλητών (π.χ. η ηλικία και το εισόδημα δεν δηλώνονται).

Τα σφάλματα κάλυψης και τα σφάλματα μη απάντησης αποτελούν παραδείγματα μιας γενικότερης κατηγορίας λαθών, που είναι γνωστή ως σφάλματα μη παρατήρησης (non-observational errors), δηλαδή σφάλματα τα οποία οφείλονται σε αδυναμία παρατήρησης.

- ❖ Σφάλματα παρατήρησης (observation errors). Εξίσου σημαντικά με τα σφάλματα μη παρατήρησης, είναι τα λεγόμενα σφάλματα παρατήρησης (observational errors), τα οποία είναι αποτέλεσμα του ότι, ενώ λαμβάνουμε την πληροφορία από το μέλος του δείγματος που επιλέχθηκε, η πληροφορία αυτή είναι εσφαλμένη. Αυτό μπορεί να συμβεί διότι μια ερώτηση ενδέχεται να είναι παραπλανητική ή μη ορθά διατυπωμένη και, επομένως, να οδηγήσει σε μια μη ορθή απάντηση [σφάλμα οφειλόμενο στον συνεντευκτή (interviewer error) ή σφάλμα οφειλόμενο στην ερώτηση (question error)]. Από το άλλο μέρος, μια ορθή απάντηση ενδέχεται να καταγραφεί μη ορθά (σφάλμα καταγραφής, recording error) ή να κωδικοποιηθεί μη ορθά (σφάλμα κωδικοποίησης, coding error) ή να εισαχθεί μη ορθά σε μια βάση δεδομένων (σφάλμα μετάδοσης, transmission error). Για τα σφάλματα αυτά, δεν είναι υπεύθυνο το ερωτώμενο μέλος του δείγματος, όπως συμβαίνει με τα σφάλματα που οφείλονται στο ότι ένα άτομο ενδέχεται να δώσει μια ανακριβή απάντηση σε μια ερώτηση που έχει τεθεί πολύ ορθά, είτε εσκεμμένα για να αποκρύψει πληροφορίες, είτε λόγω σύγχυσης που ο συνεντευκτής δεν μπόρεσε να αποτρέψει. Τα σφάλματα αυτά είναι γνωστά ως

σφάλματα απάντησης (response errors) και γίνονται αν οι ερωτήσεις αφορούν ευαίσθητα θέματα, επισύρουν ενοχοποίηση, είναι πολύ λεπτομερείς ως προς την δομή, δημιουργούν ψυχολογική πίεση.

Συνοπτικά οι πηγές σφαλμάτων σε μια έρευνα παρουσιάζονται στην εικόνα 39 (Ξεκαλάκη, 1995):

Πηγές Σφαλμάτων

Γενική κατηγορία	Μορφές	Ειδικές μορφές
Δειγματοληπτική μεταβλητότητα (sampling variation)	Δειγματοληπτικό σφάλμα (sampling error)	
Σφάλματα μη παρατήρησης (non-observational errors)	Σφάλμα μη περίληψης (non-inclusion error)	Σφάλμα κάλυψης (coverage error)
	Σφάλμα μη απάντησης (non-response error)	
Σφάλματα παρατήρησης (Observational errors)	Σφάλμα απάντησης (response error)	Σφάλμα συνέντευξης (interview error)
		Σφάλμα ερώτησης (question error)
	Σφάλμα μέτρησης (measurement error)	Σφάλμα καταγραφής (recording error)
Σφάλμα κωδικοποίησης (coding error)		
Ανακρίβεια μέτρησης (inaccuracy of measurement)		
		Εγγενές σφάλμα (intrinsic error)

Εικόνα 39. Οι πηγές σφαλμάτων σε μια έρευνα (Ξεκαλάκη, 1995)

Επιπλέον, μια ακόμη γενική κατηγορία σφαλμάτων είναι η κατηγορία των σφαλμάτων μέτρησης (measurement errors) ή κατηγορία εγγενών σφαλμάτων (intrinsic errors). Σφάλματα της κατηγορίας αυτής προκύπτουν οποτεδήποτε υπάρχει μια συγκεκριμένη τιμή y_i

αναφερόμενη στο άτομο i , η οποία είναι δύσκολο να παρατηρηθεί χωρίς κάποιο επιπρόσθετο σφάλμα. Κλείνοντας την ανάλυση σφαλμάτων, παρουσιάζονται τα Σφάλμα τύπου I: Απορρίπτω H_0 όταν H_0 αληθής, και Σφάλμα τύπου II: Δέχομαι H_0 όταν H_a αληθής, όταν γίνεται έλεγχος υποθέσεων.

Συμπερασματικά, σε αυτή την ερευνητική διαδικασία παρατηρούνται σφάλματα μη περίληψης, λόγω του περιορισμένου αριθμού των ερωτηθέντων και του γεγονότος ότι απλά αρκετοί πελάτες δεν ερωτήθηκαν, αφού δεν βρέθηκαν στο χώρο του φαρμακείου κατά την διεξαγωγή της έρευνας. Επιπρόσθετα, έχει γίνει σημαντική προσπάθεια να αποφευχθούν τα σφάλματα μη παρατήρησης, ενώ τέλος υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης των σφαλμάτων μέτρησης (measurement errors), σε κάποιο βαθμό. Γενικά, το επίπεδο εμπιστοσύνης $\alpha=0.05$ είναι αξιόπιστο για την συγκεκριμένη έρευνα, αν και εμπεριέχει τα προαναφερθέντα σφάλματα.

7.3. Το ερωτηματολόγιο

Το ερευνητικό εργαλείο της μελέτης αποτέλεσε ένα αυτοσυμπληρούμενο, δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο αναπτύχθηκε μετά από ενδελεχή επισκόπηση της βιβλιογραφίας. Οι βιβλιογραφικές πηγές, στις οποίες βασίστηκε η σύνταξη του ερωτηματολογίου, προέρχονται κυρίως από Ελληνικές παρόμοιες έρευνες, σε πτυχιακό, μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο εκπόνησης. Αν και τροχοπέδη, αποτέλεσε το γεγονός ότι η κοινωνική έρευνα στο χώρο του φαρμακείου και του φαρμακευτικού μάρκετινγκ είναι περιορισμένη στη χώρα μας.

Έτσι, για να δημιουργηθεί ένα ερωτηματολόγιο, λήφθηκαν υπόψη ορισμένα χαρακτηριστικά, κατά την προσπάθεια να αποτελεί τμήμα μιας επιτυχημένης και ορθής έρευνας (Javeau, 2000): πληρότητα, σαφήνεια, συνοχή, κατάλληλη δομή, να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου, να είναι κατά το δυνατόν σύντομο, να έχει τελειότητα παρουσίασης από τεχνικής πλευράς, να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και εννοιολογικές επεξηγήσεις να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία.

Πιο συγκεκριμένα, η πληρότητα αναφέρεται επακριβώς στην ανάγκη κάλυψης όλων των πτυχών του ερευνώμενου χαρακτηριστικού, για το οποίο έχει ήδη γίνει αρκετός λόγος. Η σαφήνεια δεν αναφέρεται μόνο στο περιεχόμενο των πληροφοριών αλλά και στο άτομο το οποίο πρέπει να δώσει τις απαντήσεις. Επιπλέον, η συνοχή αφορά την ανάγκη οργανικής σύνδεσης των επιμέρους ερωτημάτων μεταξύ τους. Τα συγγενή ερωτήματα εμφανίζονται στο

ερωτηματολόγιο ομαδοποιημένα και ερωτώνται μαζί, προκειμένου η σκέψη και η μνήμη του ερωτώμενου να κατευθύνεται ευκολότερα σε ειλικρινείς απαντήσεις. Ταυτόχρονα, η κατάλληλη δομή του ερωτηματολογίου, δηλαδή η σειρά με την οποία θα τεθούν οι ομάδες ερωτήσεων, επιδρά σημαντικά στην αύξηση του βαθμού ανταπόκρισης του κοινού. Στο σημείο αυτό είναι αυτονόητο, αλλά δεν εφαρμόζεται πάντοτε, ότι προσωπικές ή γενικότερα ερωτήσεις που δεν απαντά εύκολα το κοινό (εισόδημα, ύπαρξη διαζυγίου, κλπ.) δεν τοποθετούνται στην αρχή ενός ερωτηματολογίου. Όπως είναι φυσικό, τα ερωτήματα ελέγχου τίθενται ακριβώς για τον έλεγχο της ορθότητας των απαντήσεων σε βασικές ερωτήσεις. Ένα αποτελεσματικό ερωτηματολόγιο, επίσης, χρειάζεται να είναι σύντομο, διότι ερωτηματολόγια που επεκτείνονται σε μεγάλο αριθμό ερωτημάτων, κουράζουν τον ερωτώμενο ή του δημιουργούν την αίσθηση ότι θα χάσει πολύ χρόνο και είναι δυνατόν να μην απαντηθούν (Ρόντος και Παπάνης, 2007).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας (Παράρτημα) αποτελείται από 2 μέρη. Στο πρώτο μέρος υπάρχουν 30 ερωτήσεις για το καταναλωτικό προφίλ του ερωτώμενου, ενώ στο δεύτερο μέρος, υπάρχουν 7 ερωτήσεις περιγραφικών ποιοτικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων, που κατηγοριοποιούνται ως δημογραφικά δεδομένα. Αναλυτικότερα, οι 28 ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και συμπεριλαμβάνουν:

- α) Διχοτομικές ερωτήσεις: οι ερωτήσεις αυτές επιτρέπουν στον ερωτώμενο να επιλέξει μόνο μία από τις δύο απαντήσεις που δίνονται (πχ. ναι ή όχι, άνδρας ή γυναίκα). Είναι πολύ ξεκάθαρες και γι' αυτό ακριβώς η επεξεργασία τους είναι πολύ πιο εύκολη. Διχοτόμες είναι οι ερωτήσεις A - 5, 9, 14, 19, 28, 30 και B-1, 7.
- β) Ερωτήσεις Βαθμονόμησης: στις ερωτήσεις αυτές ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει σε μόνο μία από τις υπάρχουσες κατηγορίες (πχ κλάσεις ηλικίας ή εισοδήματος). Τέτοιες ερωτήσεις είναι οι A-1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29 και B- 2, 3, 4, 5, 6.
- γ) Ερωτήσεις Πολλαπλής Επιλογής: στις ερωτήσεις αυτές ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει περισσότερες από μία απαντήσεις. Αυτές είναι οι A- 26, 27 και για την ερώτηση 28 μια ομάδα απαντήσεων πολλαπλής επιλογής για την θετική απόκριση (ναι) και μια για την αρνητική (όχι).

Επιπλέον, υπάρχουν δύο ανοιχτού τύπου ερωτήσεις οι A-3 και 4 που ζητάνε από των ερωτηθέντα να συμπληρώσει, πόσες φορές επισκέπτεται ένα φαρμακείο, για αγορές το μήνα και πόσα χρήματα ξοδεύει για τις συνολικές αγορές του στο φαρμακείο το μήνα, αντίστοιχα.

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται στο Α΄ μέρος του ερωτηματολογίου, αποτελούν προσεκτική μεταφορά από ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί σε υπάρχουσες έρευνες στην Ελλάδα, σχετικά με την υγεία, τα φάρμακα, το καταναλωτικό προφίλ, τη συμπεριφορά καταναλωτών και τα φαρμακεία (Διούδης, 2013. Καζάζης, 2014. Λαζογεώργου, 2012. Παναγιούλης, 2010. Κοτρώνιας, 2010. Παπαδάκη, 2012). Σε αυτές προστέθηκαν πέντε νέες ερωτήσεις για να διερευνηθούν θέματα που δεν έχουν τεθεί σε προϋπάρχουσες διατριβές, όπως: το πεδίο των εκπτώσεων/ προσφορών στο φαρμακείο (2), οι προθέσεις των καταναλωτών για αυθόρμητη αγορά σκευασμάτων (24, 25) και οι πιθανές επιπτώσεις στις αγοραστικές επιλογές τους (25, 26) από ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις της οικονομικής κατάστασής τους. Τέλος, οι ερωτήσεις των δημογραφικών στοιχείων είναι σχεδόν όμοιες σε όλες τις ερευνητικές εργασίες αυτού του τύπου και προστέθηκε μια επιπλέον σχετικά με το αν ακολουθεί ο ερωτηθείς χρόνια φαρμακευτική αγωγή (για να γνωστοποιηθεί η κατάσταση της υγείας του).

7.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση, ακολουθεί την περιγραφική και επαγωγική στατιστική (Μακράκης, 2005. Ρόντος, 2011. Σιώμκος και Μαύρος, 2008. Bicking & Gryna, 1979 Ξεκαλάκη, 1997, 2000, 2001) και τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 22.

Αρχικά, με την χρήση της περιγραφικής στατιστικής, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Αναλυτικά τα δεδομένα των διατεταγμένων παραμέτρων παρουσιάζονται με ποσοστιαία ραβδογράμματα και αυτά των συνεχών παραμέτρων, με ιστογράμματα συχνοτήτων. Όπου κρίνεται χρήσιμο, προβάλλονται οι πίνακες και τα μέτρα-τάσεις διασποράς των μεταβλητών. Επιπρόσθετες αναλύσεις και συγκρίσεις σε αυτά, βασίζονται στις μεθοδολογίες που περιγράφονται στην συνέχεια.

Τα δεδομένα που αντλήθηκαν, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για χρήση παραμετρικών στατιστικών μεθόδων και για το λόγο αυτό αξιοποιούνται οι ανάλογες μη παραμετρικές μέθοδοι όπως προτείνονται από την στατιστική επιστήμη (Ξεκαλάκη, 2001).

Πιο ειδικά, για τη διευκρίνιση του αν υπήρχε συσχέτιση σε κάποιο βαθμό, ανάμεσα σε διάφορες παραμέτρους της έρευνας, αξιοποιήθηκε ο συντελεστής αντιστοιχιών του Kendal tau b, για ορθότερα αποτελέσματα (μη παραμετρικός ανάλογος του συντελεστή συσχέτισης Pearson), μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ποσοτικών παραμέτρων του καταναλωτικού προφίλ. Στους συντελεστές συσχέτισης, πέρα από την τιμή σημαντικότητας

(που δείχνει ότι η παρατηρούμενη συσχέτιση δεν προέρχεται από τυχαιότητα), ενδιαφέρον παρουσιάζει η τιμή b . Η μηδενική συσχέτιση ($b=0$) αντικατοπτρίζει ανύπαρκτη επιρροή. Επιπλέον, η αρνητική συσχέτιση ($b=-$) σημαίνει πως το μέγεθος της εξαρτημένης μεταβλητής τείνει να αυξάνεται, όπως ελαττώνεται η ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ θετική συσχέτιση ($b=+$) σημαίνει πως το μέγεθος της εξαρτημένης μεταβλητής τείνει να αυξάνεται, όπως αυξάνεται η ανεξάρτητη μεταβλητή. Στην περίπτωση των ερωτήσεων αυτής της έρευνας η κωδικοποίηση των δεδομένων μπορεί να επιφέρει αντίστοιχα θετικά ή αρνητικά πρόσημα σε μια συσχέτιση ανάλογα με το πώς έχει πραγματοποιηθεί. *Για παράδειγμα*, έστω ότι κωδικοποιούμε το φύλλο με 1 για τις γυναίκες και 2 για τους άνδρες και το συσχετίζουμε με τα χρήματα που ξοδεύουν στο φαρμακείο που είναι κωδικοποιημένα σε κλάσεις με 1 την μικρότερη και 5 την μεγαλύτερη. Θετική συσχέτιση σημαίνει ότι οι άντρες τείνουν να ξοδεύουν περισσότερα, ενώ αρνητική συσχέτιση ότι οι γυναίκες τείνουν να ξοδεύουν περισσότερα. Αντιστρέφοντας την κωδικοποίηση για το φύλλο θα αντιστραφούν και οι ερμηνείες για την τάση των εξόδων.

Ταυτόχρονα, για τον έλεγχο υποθέσεων ομοιότητας των διάφορων παραμέτρων μεταξύ των χωρών, ακολουθεί ανάλυση παραλλακτικότητας με την μη παραμετρική μέθοδο ανάλυσης, ανάλογη της one factor ANOVA με $\alpha=0.5$, την ανάλυση Kruskal-Wallis. Όπου απορριπτόταν η μηδενική υπόθεση, αξιοποιούσαμε τον έλεγχο Mann-Whitney U αντί του t-test, για να διαπιστωθεί η χώρα που διέφερε. Οι έλεγχοι αποδίδουν μια τιμή (h ή χ^2) αντίστοιχη της τιμής F και μια τιμή σημαντικότητας Asymphony Significance ή Sig αντίστοιχη της τιμής P -value των παραμετρικών αναλύσεων.

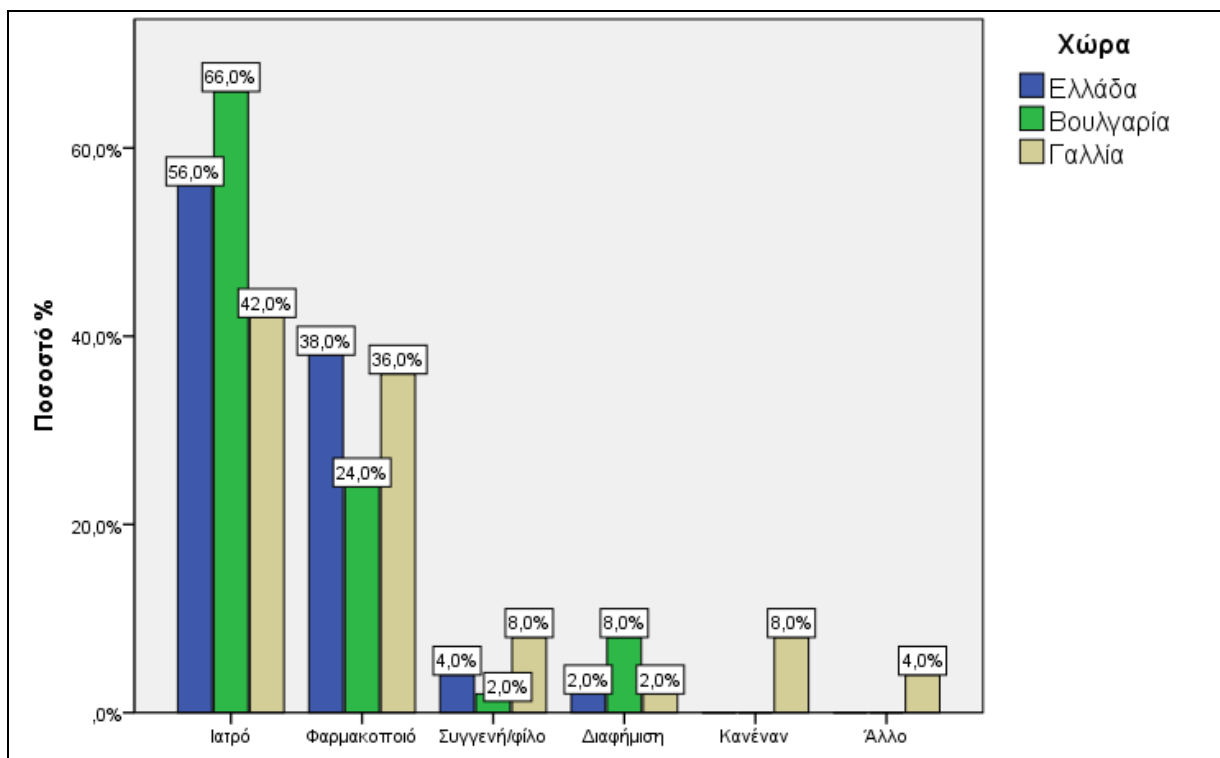
8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το κεφάλαιο αυτό αφορά την παρουσίαση και την ανάλυση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του Α μέρους (ενότητα 8.1) και Β μέρους (ενότητα 8.2) του ερωτηματολόγιου σχετικά με το καταναλωτικό προφίλ των πελατών των φαρμακείων στην Ελλάδα, την Γαλλία και την Βουλγαρία και τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων.

8.1. Αποτελέσματα ερωτήσεων σκιαγράφησης καταναλωτικού προφίλ – Α μέρος.

Ερώτηση:

A.1. Από που ενημερώνεστε για τα προϊόντα που αγοράζετε στο φαρμακείο;



Διάγραμμα 1: Πηγή ενημέρωσης για τα προϊόντα που αγοράζουν οι πελάτες στο φαρμακείο.

Η συντριπτική πλειοψηφία (Ελλάδα-56%, Βουλγαρία-66%, Γαλλία-42%,) των πελατών ενημερώνεται από τον ιατρό και έπειτα από τον φαρμακοποιό, για τα προϊόντα που αγοράζει στο φαρμακείο (Διάγραμμα 1). Η διαφήμιση λαμβάνει αρκετά χαμηλά ποσοστά

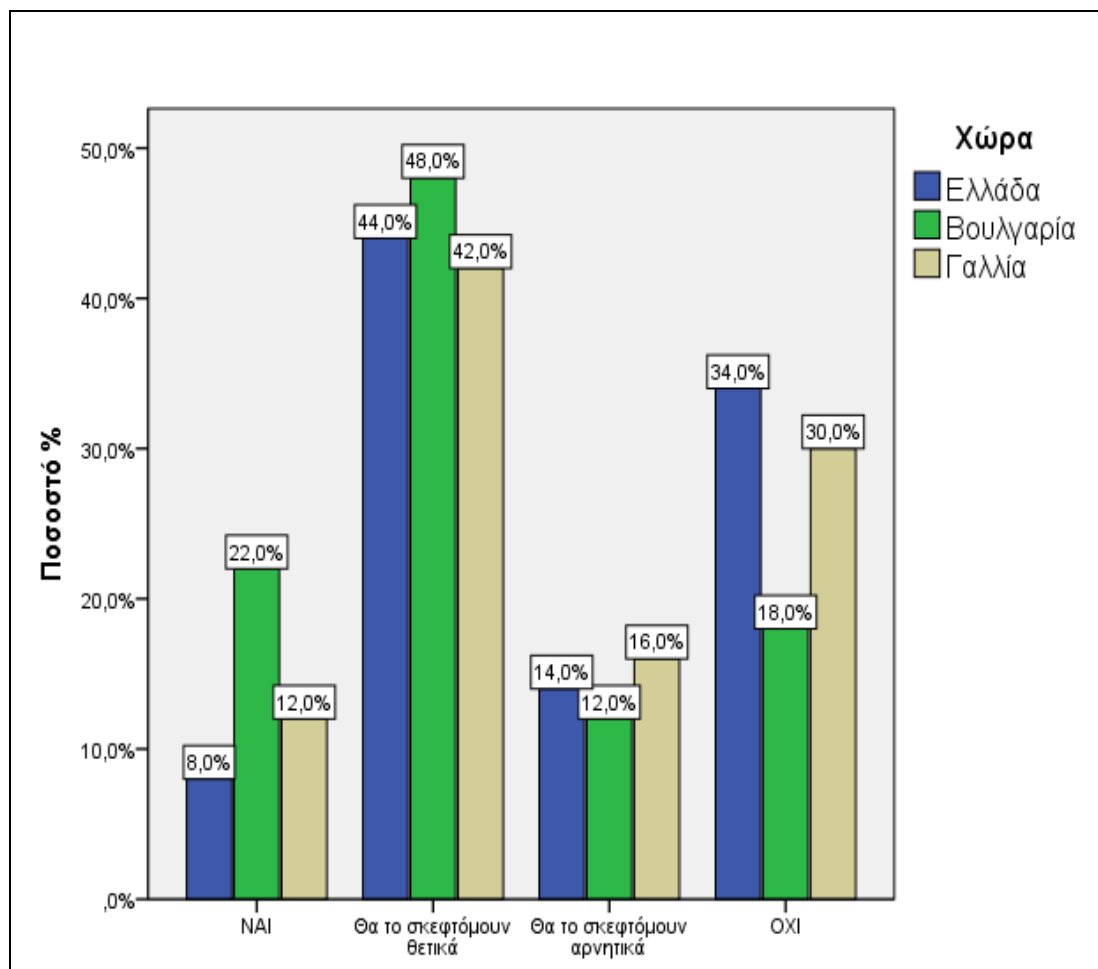
επιρροής (2%-8%-2% αντίστοιχα). Η παράμετρος της «πηγής πληροφοριών» παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά διαφορές ($p=0,026$), που οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην διαφορά μεταξύ Βουλγαρίας-Γαλλίας, ενώ καμία διαφορά δεν παρουσιάζει σε αυτή η Βουλγαρία με την Ελλάδα (Πίνακας 1). Οι Γάλλοι καταναλωτές εμφανίζουν την μεγαλύτερη παραλλακτικότητα στις απαντήσεις τους, καλύπτοντας όλες τις πιθανές επιλογές, ιδιαιτερότητα που δεν μπορούμε να την ανάγουμε στο μορφωτικό ή οικονομικό επίπεδο τους αλλά μάλλον σε ζήτημα ιδιοσυγκρασίας.

Πίνακας 1. Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την πηγή ενημέρωσης.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.
Βουλγαρία-Ελλάδα	5,040	1,000
Βουλγαρία-Γαλλία	-20,190	0,028
Ελλάδα-Γαλλία	-15,150	0,154

A.2. Θα επιλέγατε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα επειδή είναι σε προσφορά;

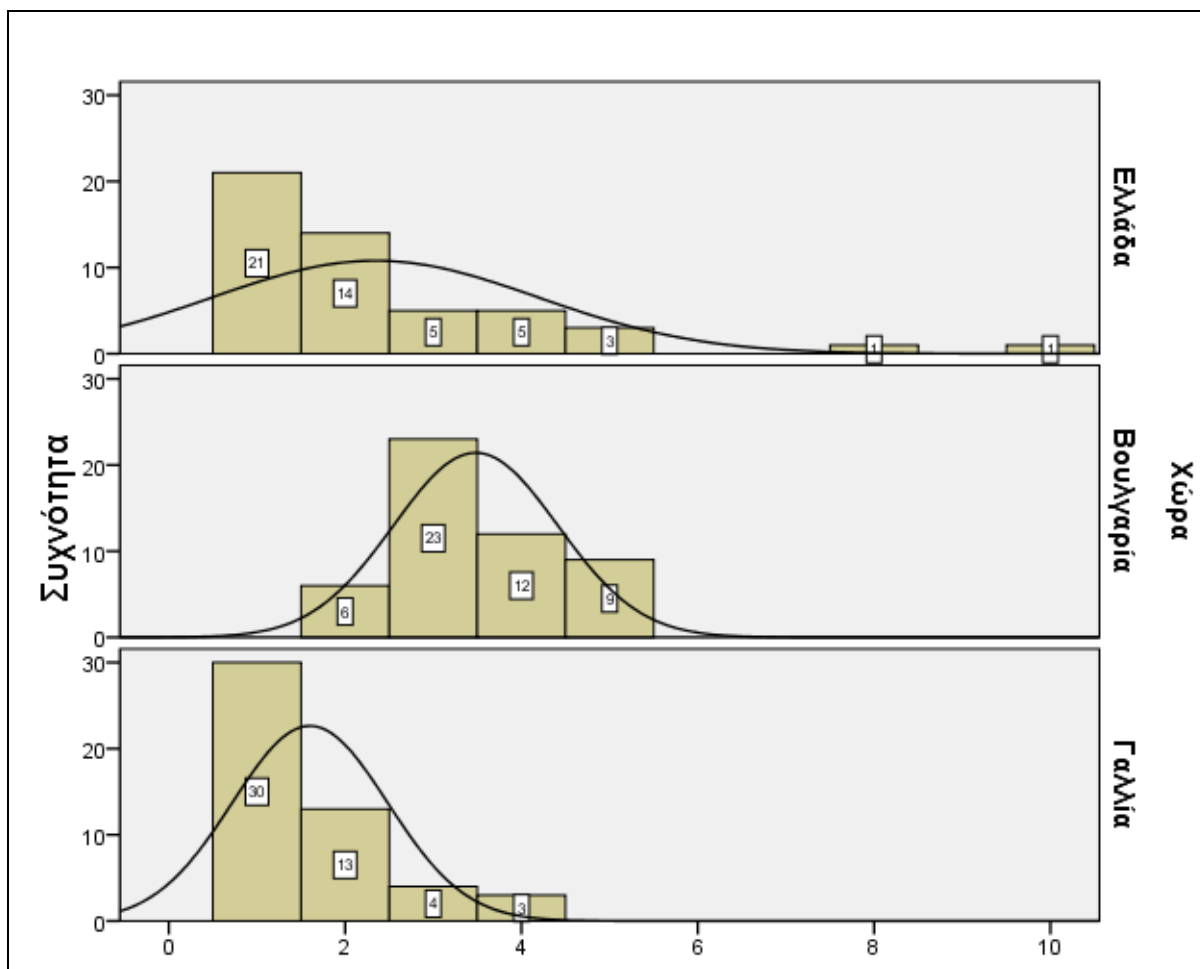
Η πλειοψηφία των πελατών παρουσιάζει θετική τάση στο αν θα αγόραζε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που θα βρισκόταν σε προσφορά, με τους οικονομικά ασθενέστερους Βούλγαρους (48%) να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καταφατικών απαντήσεων (Διάγραμμα 2). Σημαντικά μεγάλα ποσοστά παρατηρούνται στην αρνητική απάντηση για τους Έλληνες (34%) και Γάλλους(18%) καταναλωτές με τους Έλληνες (8%) να έχουν το χαμηλότερο ποσοστό θετικής απάντησης. Η παράμετρος παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά διαφορές ($p=0,048$) με τους Έλληνες καταναλωτές να διαφέρουν από τους Βούλγαρους ($p=0,049$).



Διάγραμμα 2: Επιλογή εκπαιδευτικού φαρμακευτικού σκευάσματος.

A.3. Πόσες φορές επισκέπτεστε ένα φαρμακείο, για αγορές το μήνα;

Η συχνότητα που επισκέπτονται οι πελάτες το φαρμακείο για αγορές παρουσιάζει 2 ακραίες τιμές για την Ελλάδα (8 και 10 φορές) και συνολικά διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των κρατών ($p=0,000$) (Διάγραμμα 3). Οι Βούλγαροι καταναλωτές (2-6 φορές) παρουσιάζουν διαφορετική συμπεριφορά από τους Γάλλους (1-4 φορές) και Έλληνες, επισκεπτόμενοι περισσότερες φορές το φαρμακείο ανά μήνα (για αγορές) (Πίνακας 2).

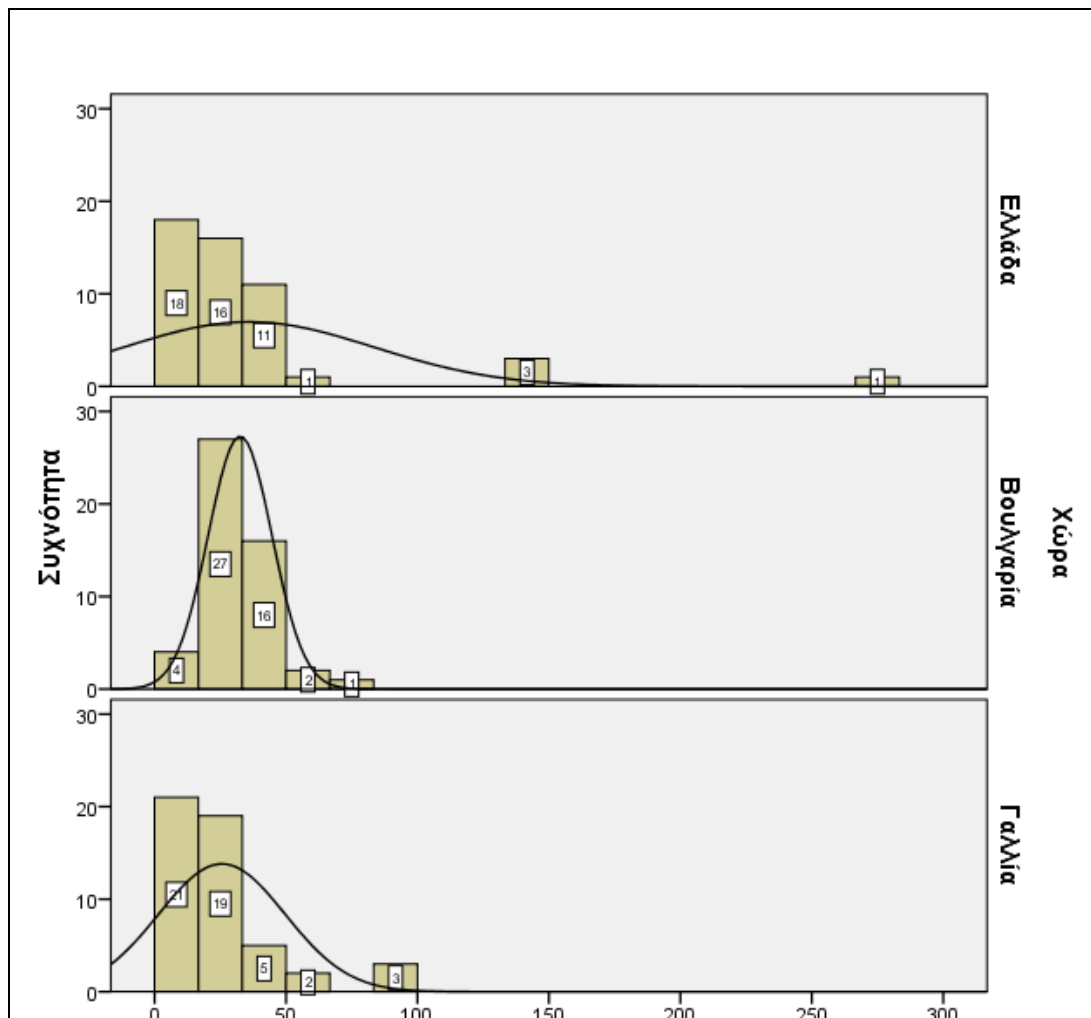


Διάγραμμα 3: Συχνότητα επισκέψεων/αγορών στο φαρμακείο το μήνα.

Πίνακας 2: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα επίσκεψης/αγοράς.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Γαλλία-Ελλάδα	18,280	0,089
Γαλλία-Βουλγαρία	61,490	0,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-43,210	0,000

Α.4. Πόσα χρήματα ξοδεύετε για τις συνολικές αγορές σας στο φαρμακείο το μήνα;



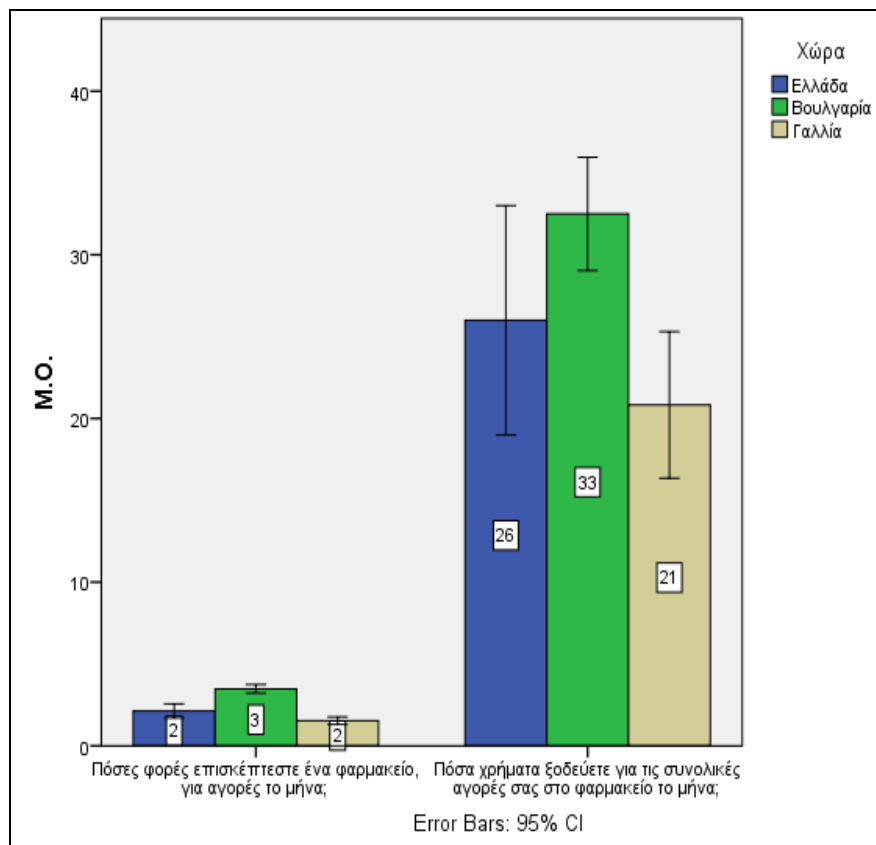
Διάγραμμα 4: Έξοδα αγορών στο φαρμακείο.

Τα χρήματα που ξοδεύουν οι πελάτες στο φαρμακείο για αγορές το μήνα, παρουσιάζουν ακραίες τιμές για την Ελλάδα (άνω ακρότατο 150 και 260 €) και την Βουλγαρία (κατώτατη τιμή 10 και ανώτατη τιμή 75 €), (σε συνάφεια με την επισκεψιμότητα) και συνολικά διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των κρατών ($p=0,002$) (Πίνακας 3). Οι Βούλγαροι καταναλωτές παρουσιάζουν διαφορετική συμπεριφορά από τους Γάλλους και Έλληνες, ξοδεύοντας περισσότερα χρήματα το μήνα στο φαρμακείο για αγορές (οι ακραίες τιμές για δεν λαμβάνονται υπόψη στην ανάλυση). Και στις τρεις χώρες (όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4), η πλειοψηφία των καταναλωτών, φαίνεται να ξοδεύουν από 0-50€/μήνα στο φαρμακείο.

Πίνακας 3: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα έξοδα αγορών στο φαρμακείο.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.
Γαλλία-Ελλάδα	8,230	1,000
Γαλλία-Βουλγαρία	29,690	0,002
Ελλάδα-Βουλγαρία	-21,460	0,038

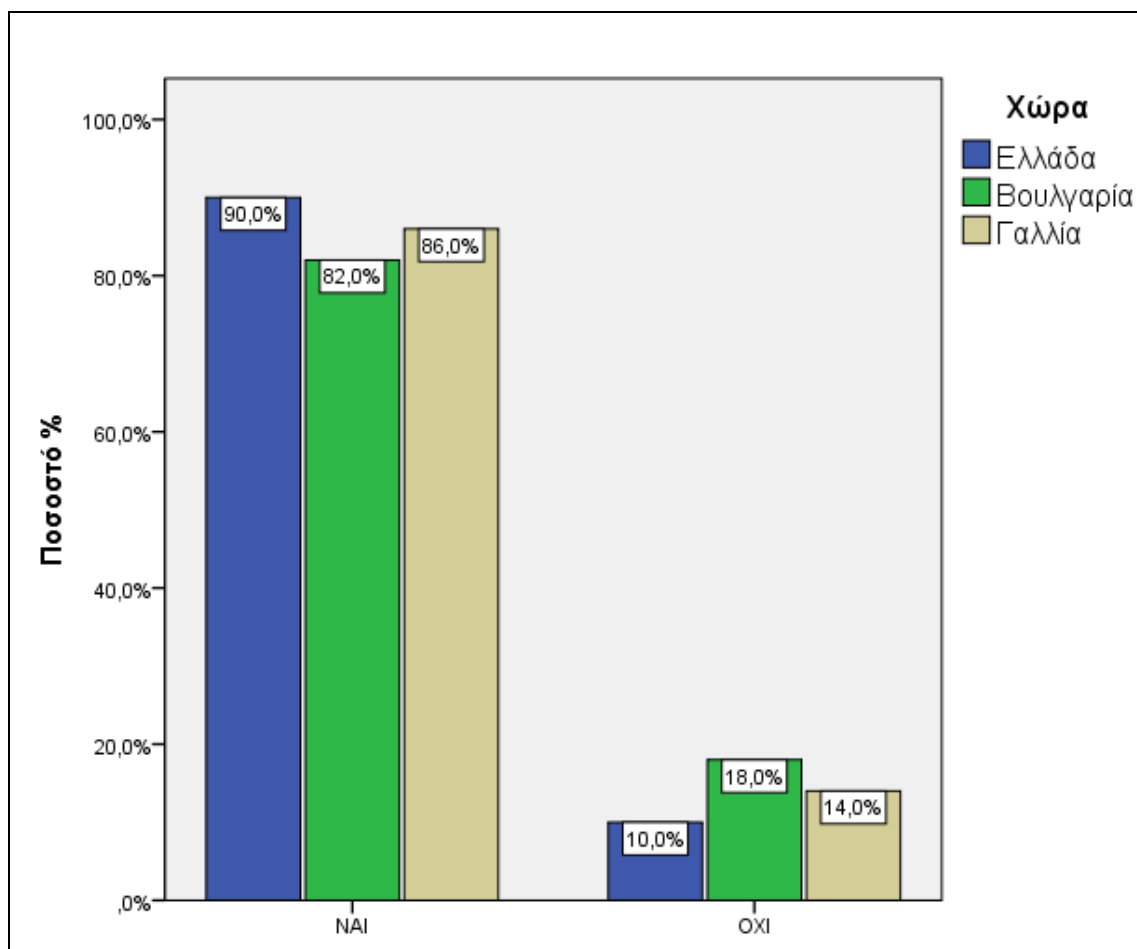
Πιο συγκεκριμένα, για τις παραμέτρους της συχνότητας επίσκεψης του φαρμακείου για αγορές και για τα χρήματα που ξοδεύονται κατά μέσο όρο σε ένα μήνα, παρατηρούμε στο διάγραμμα (χωρίς ακραίες τιμές) που ακολουθεί ότι: Οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές επισκέπτονται δυο φορές τον μήνα κατά μέσο όρο το φαρμακείο ενώ οι Βούλγαροι τρεις. Τα περισσότερα χρήματα των μήνα τα ξοδεύουν οι Βούλγαροι (33€) ακολουθούν οι Έλληνες (26€) και τέλος οι Γάλλοι (21€) (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5: Συγκριτικά αποτελέσματα μηνιαίων εξόδων στο φαρμακείο.

Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει η αναγωγή του μέσου όρου των χρημάτων που ξοδεύονται ανά επίσκεψη στο φαρμακείο σύμφωνα με τα δεδομένα μας. Από αυτά προκύπτει ότι οι Έλληνες καταναλωτές ξοδεύουν κατά μέσο όρο 13 ευρώ σε κάθε επίσκεψη στο φαρμακείο, στην δεύτερη θέση είναι οι Βούλγαροι με 11 ευρώ και τρίτη οι Γάλλοι με 10,5 ευρώ.

A.5. Αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα;

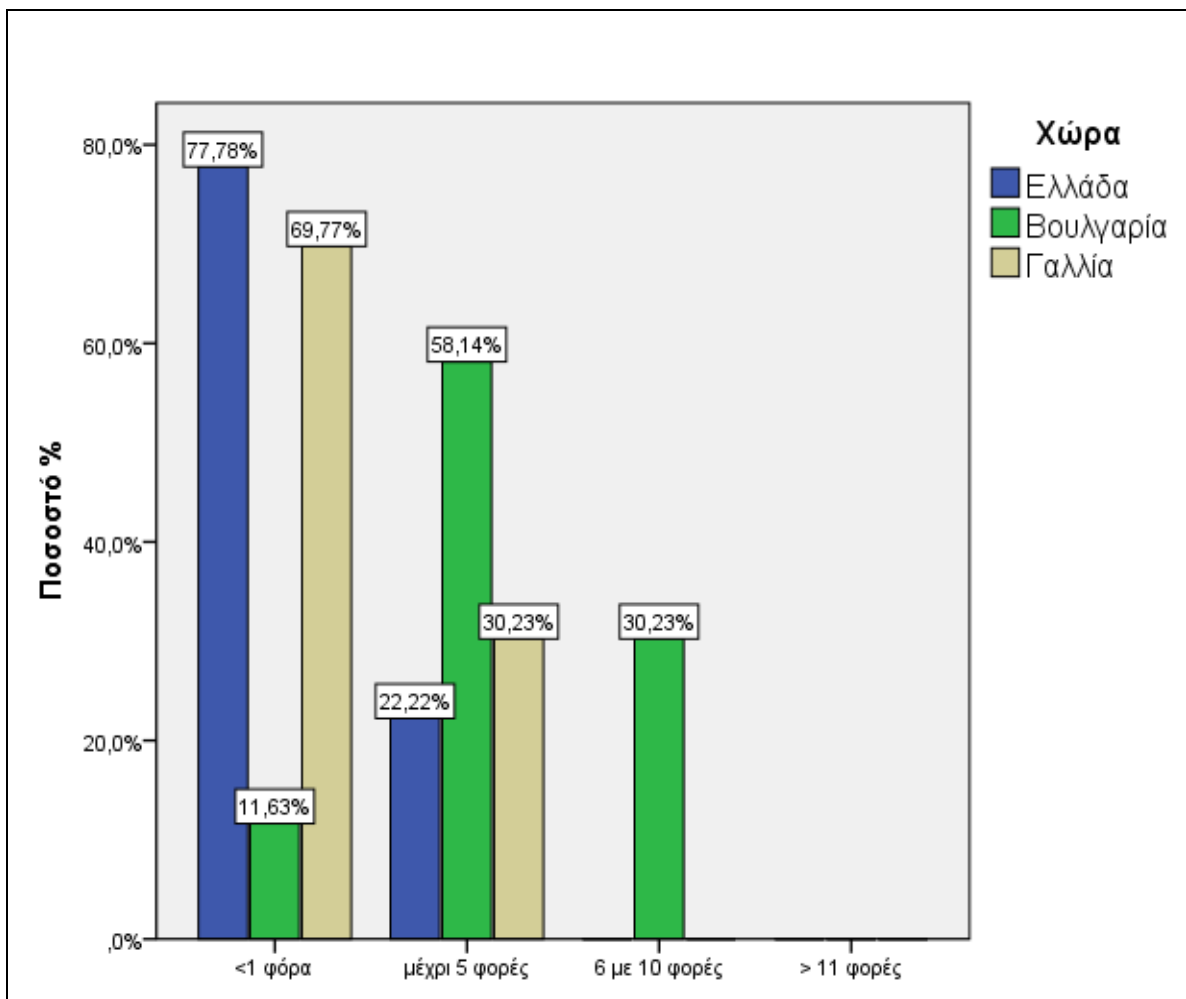


Διάγραμμα 6: Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι συντριπτική πλειοψηφία και στα τρία κράτη της έρευνας αγοράζει συνταγογραφούμενα φάρμακα. Η παράμετρος δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών ($p=0,517$). Στην Ελλάδα το 90% δηλώνει ότι αγοράζει συνταγογραφούμενα φάρμακα, με δεύτερη την Γαλλία σε ποσοστό 86% και στην τρίτη θέση την Βουλγαρία με ποσοστό 82% (Διάγραμμα 6).

Στην συνέχεια τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στις ερωτήσεις 6, 7 και 8 αφορούν και εξάγονται από τα δεδομένα των πελατών που απάντησαν "ΝΑΙ" ότι αγοράζουν συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Α.6. Πόσο συχνά αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;



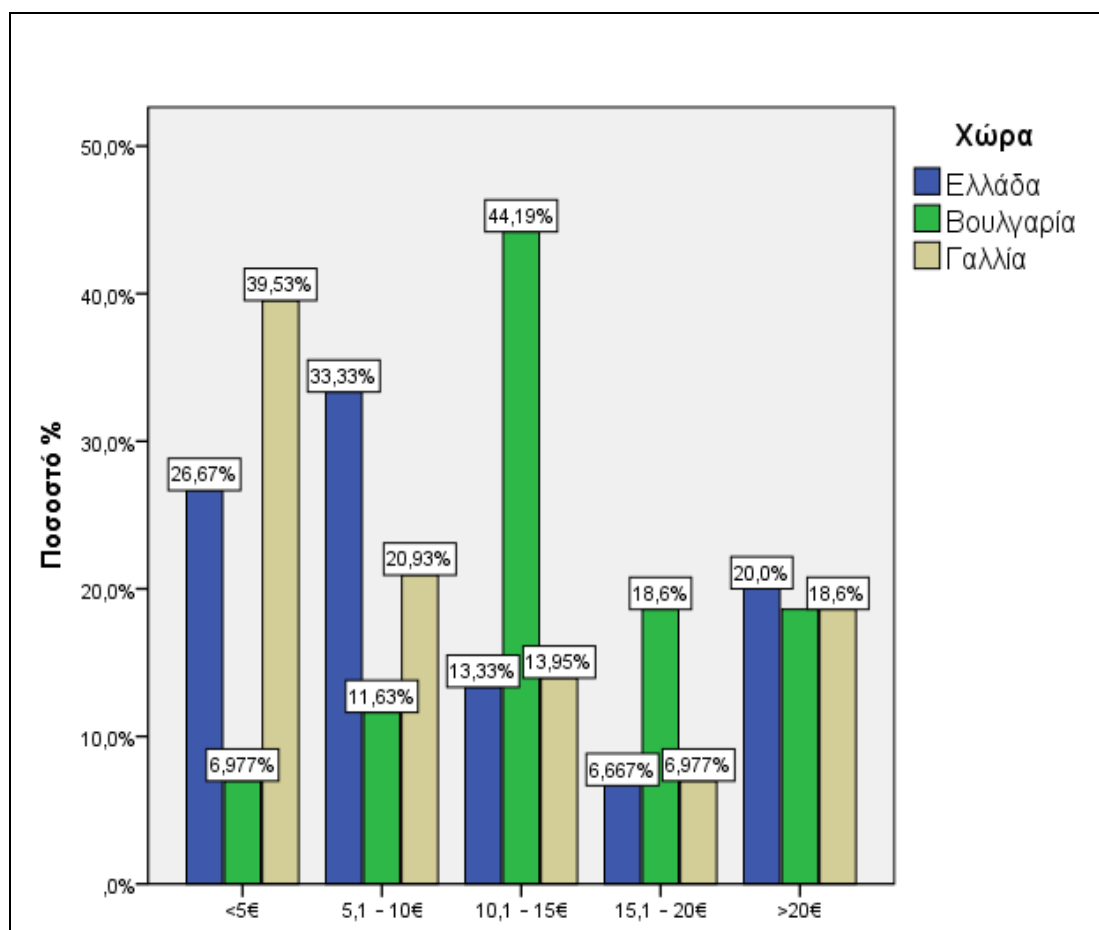
Διάγραμμα 7: Συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά μήνα.

Μεγάλη και στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,000$) παρατηρείται στην συχνότητα που αγοράζουν συνταγογραφούμενα φάρμακα οι καταναλωτές (Πίνακας 4). Οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές, κατά μεγάλη πλειοψηφία, αγοράζουν μια φορά τον μήνα τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους, ενώ οι Βούλγαροι περισσότερες φορές μέχρι και την κλάση 6 με 10 επισκέψεων στο φαρμακείο (Διάγραμμα 7). Η συχνότητα επίσκεψης και αγοράς των Βούλγαρων διαφέρει στατιστικά σημαντικά με αυτή των Ελλήνων και Γάλλων που παρουσιάζεται σχεδόν όμοια.

Πίνακας 4: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τη συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων το μήνα.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Ελλάδα-Γαλλία	-4,726	1,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-48,249	0,000
Γαλλία-Βουλγαρία	43,523	0,000

A.7. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων;



Διάγραμμα 8: Μηνιαία έξοδα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Η παραλλακτικότητα των απαντήσεων στο "πόσα χρήματα ξοδεύουν οι καταναλωτές για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων" είναι μεγάλη και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,004$) (Πίνακας 5). Οι Έλληνες και οι Γάλλοι καταναλωτές κατά το μεγαλύτερο ποσοστό ξοδεύουν στις κλάσεις <5 και 5,1 με 10

ευρώ, με τους Γάλλους να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό στη μικρή κλάση και τους Έλληνες σε αυτή μέχρι 10 ευρώ. Τα ποσοστά τους είναι πολύ κοντινά στις υπόλοιπες χρηματικές κλάσεις και δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Αντιθέτως, οι Βούλγαροι καταναλωτές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με τους Έλληνες και Γάλλους, ξοδεύοντας στις κλάσεις 10,1 με 20 ευρώ (Διάγραμμα 8).

Πίνακας 5: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα μηνιαία έξοδα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

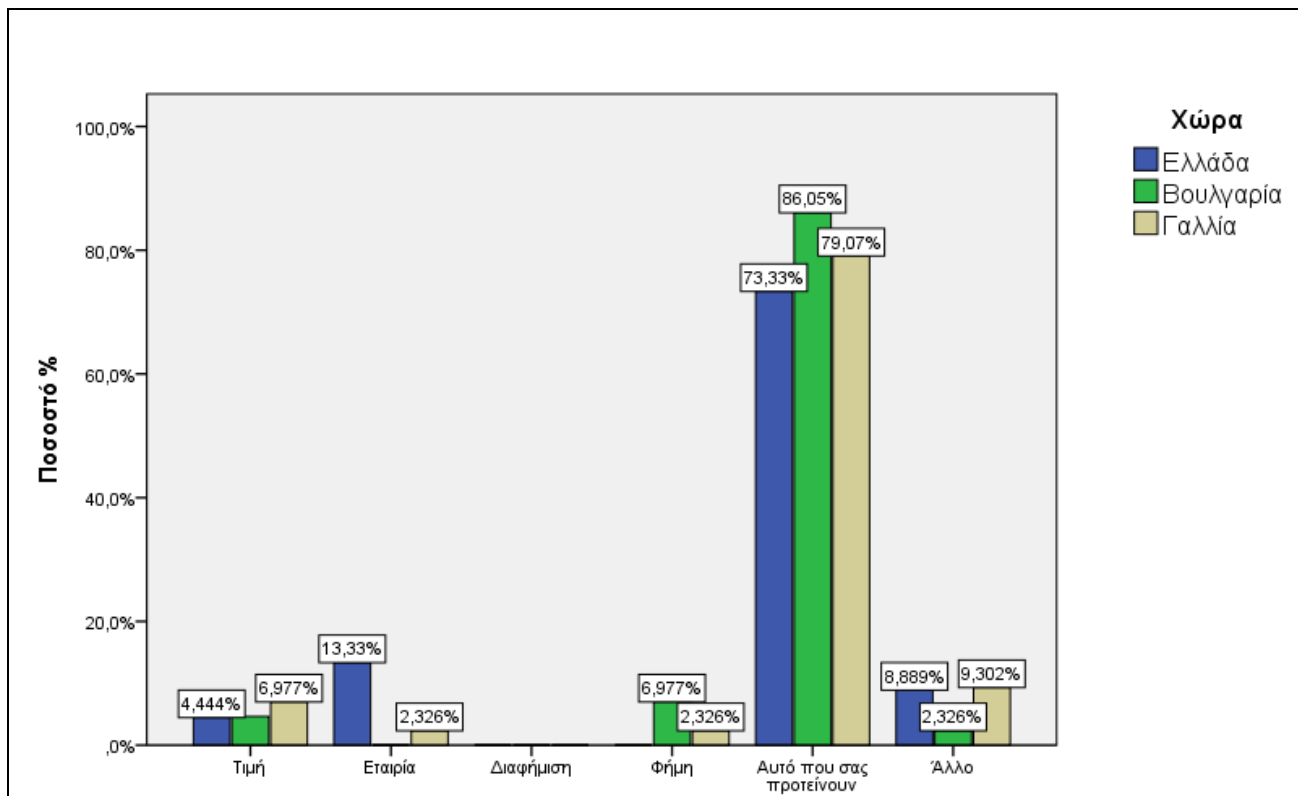
Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.
Γαλλία-Ελλάδα	4,581	1,000
Γαλλία-Βουλγαρία	25,105	0,005
Ελλάδα-Βουλγαρία	-20,524	0,028

Επιπρόσθετα, διαφαίνεται ότι οι Βούλγαροι καταναλωτές αγοράζουν συχνότερα και ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αν και ποσοτικά, παρουσιάζονται ελαφρώς λιγότεροι από του Έλληνες και Γάλλους.

A.8. Ανάμεσα στις επιλογές σας σε σκευάσματα για την ίδια πάθηση, επιλέγετε με βάση;

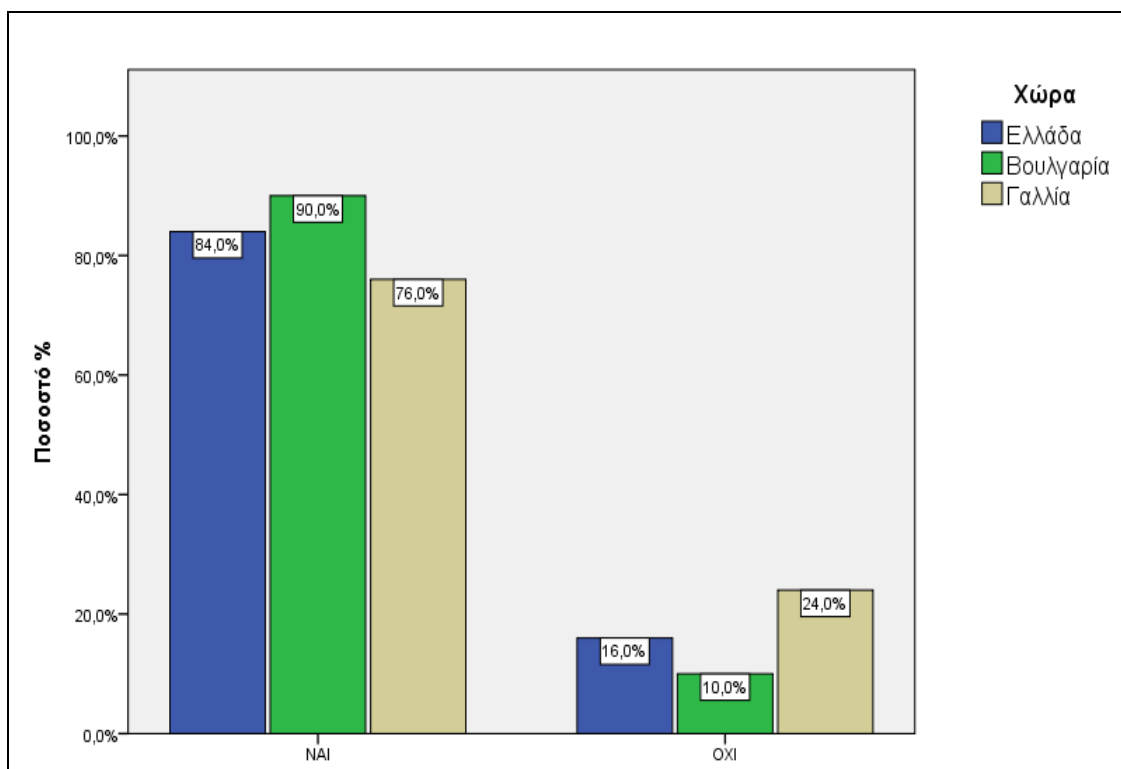
Αναφορικά με την επιλογή των καταναλωτών για συνταγογραφούμενα φάρμακα για την ίδια πάθηση, δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στον παράγοντα που επιδρά σε αυτήν ($p=0,760$). Η συντριπτική πλειοψηφία των καταναλωτών και των τριών κρατών (73,33% Έλληνες, 86,05% Βούλγαροι και 79,07% Γάλλοι) αγοράζει το σκεύασμα που τους προτείνεται (συνταγογραφείται από τον ιατρό) (Διάγραμμα 9). Δεύτερος παράγοντας- ποσοστιαία που επηρεάζει την επιλογή, είναι η εταιρία για τους Έλληνες καταναλωτές, η φήμη του προϊόντος για τους Βούλγαρους και η τιμή για τους Γάλλους. Ουσιαστικά, ποσοστά σχεδόν 10% παρατηρούνται στους Έλληνες και Γάλλους καταναλωτές στην επιλογή "ΆΛΛΟ".

Η διαφήμιση του προϊόντος δεν φαίνεται να επιδρά καθόλου, με μηδενικά ποσοστά σε όλα τα κράτη. Παράλληλα, η εταιρία δεν παίζει κανένα ρόλο στην Βουλγαρία, όπως ούτε η φήμη στην Γαλλία.



Διάγραμμα 9: Επιρροή επιλογής για την αγορά σκευασμάτων για την ίδια πάθηση.

A.9. Αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα;



Διάγραμμα 10: Αγορά Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Η συντριπτική πλειοψηφία και στα τρία κράτη της έρευνας αγοράζει μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΣΦ). Η παράμετρος δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών ($p=0,171$). Στην Βουλγαρία το 90% δηλώνει ότι αγοράζει ΜΣΦ, δεύτερη έρχεται η Ελλάδα σε ποσοστό 84% και στην τρίτη θέση η Γαλλία, με ποσοστό 76%, αρκετά χαμηλότερο από τα άλλα δυο κράτη (Διάγραμμα 10).

Στην συνέχεια τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στις ερωτήσεις 10, 11, 12 και 13 αφορούν και εξάγονται από τα δεδομένα των πελατών που απάντησαν ότι "ΝΑΙ" αγοράζουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

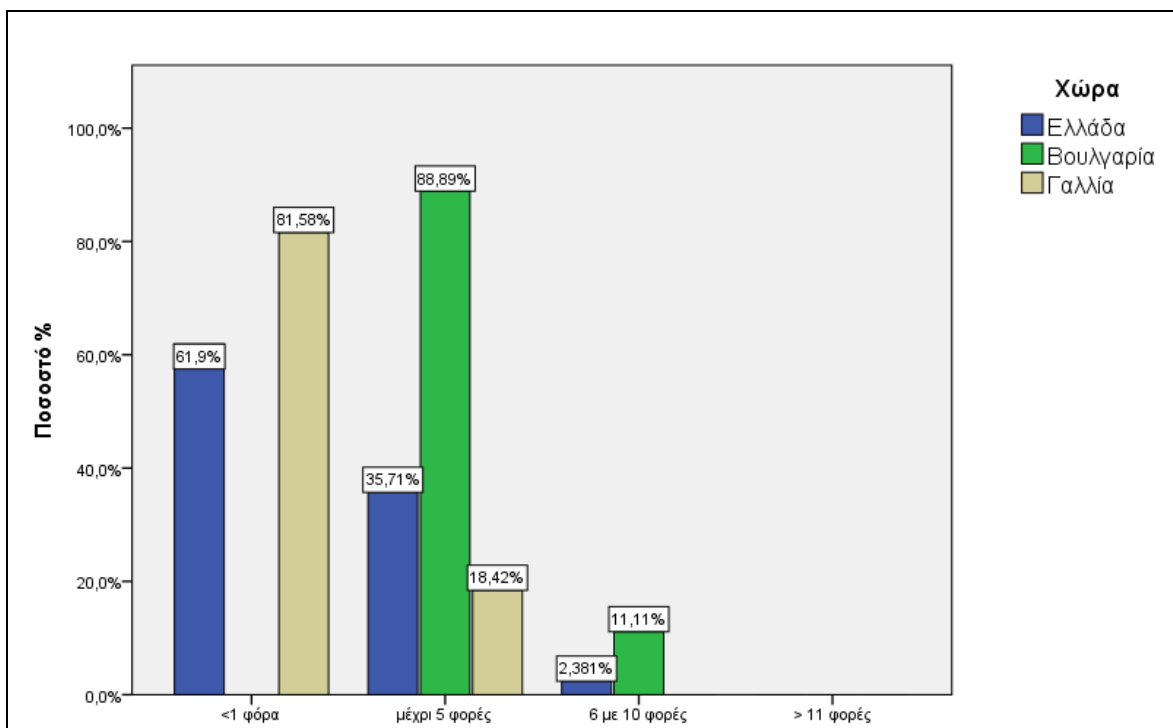
A.10. Πόσο συχνά αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;

Η συχνότητα αγοράς ΜΣΦ μεταξύ των καταναλωτών των τριών κρατών παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις και στατιστική σημαντικότητα ($p=0,000$) (Πίνακας 6). Οι Βούλγαροι καταναλωτές διαφοροποιούνται αρκετά σε σχέση με του Έλληνες και Γάλλους, αφού δηλώνουν σε ποσοστό σχεδόν 90% ότι αγοράζουν ΜΣΦ μέχρι 5 φορές τον μήνα, σε αντίθεση με τα μεγάλα ποσοστά των Ελλήνων και Γάλλων στην κλάση "λιγότερο από μια φορά τον μήνα" (61% και 81% αντίστοιχα). Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό των Γάλλων (18%) δηλώνει ότι αγοράζει ΜΣΦ μέχρι 5 φορές τον μήνα. Από την άλλη πλευρά, μόνο Έλληνες και Βούλγαροι καταναλωτές απαντούν ότι αγοράζουν ΜΣΦ 6 με 10 φορές το μήνα (Διάγραμμα 11).

Είναι εμφανές ότι η αγοραστική συμπεριφορά των Βουλγάρων διαφέρει στατιστικά σημαντικά από αυτή των Ελλήνων και Γάλλων, που φαίνεται παρόμοια.

Πίνακας 6: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

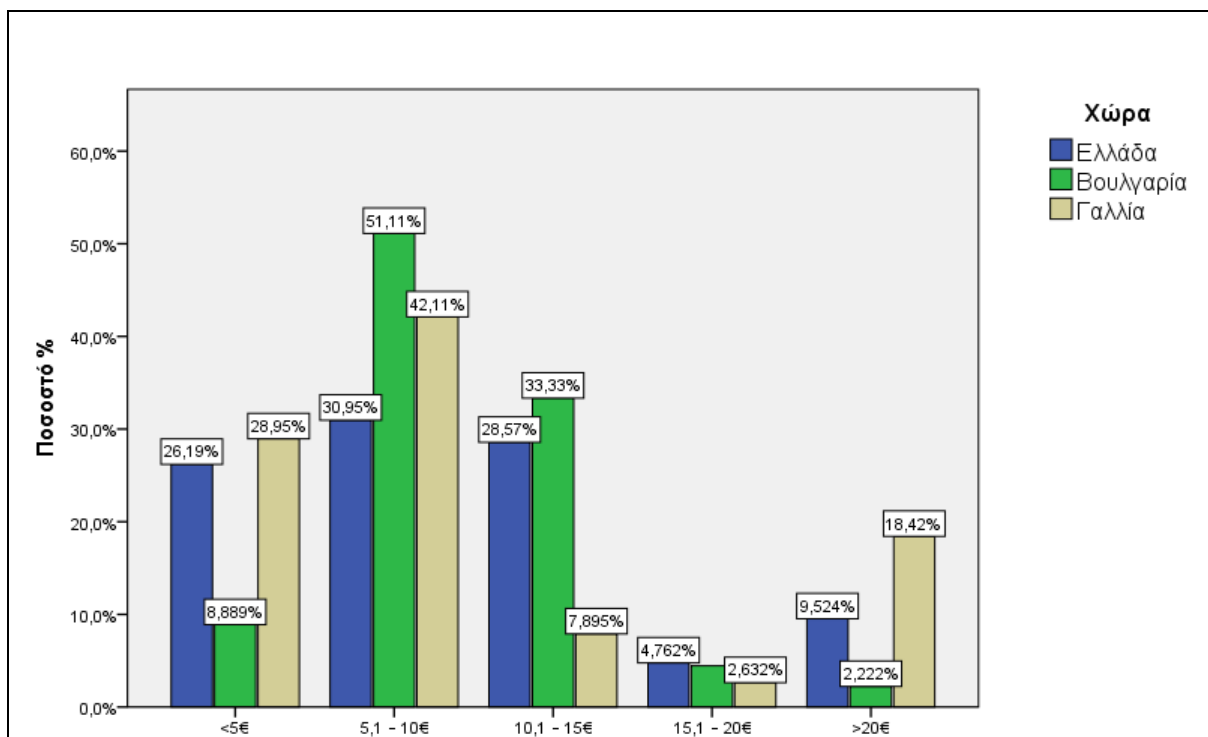
Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.
Γαλλία-Ελλάδα	12,516	0,244
Γαλλία-Βουλγαρία	52,317	0,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-39,802	0,000



Διάγραμμα 11: Συχνότητα αγοράς Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά μήνα.

A.11. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

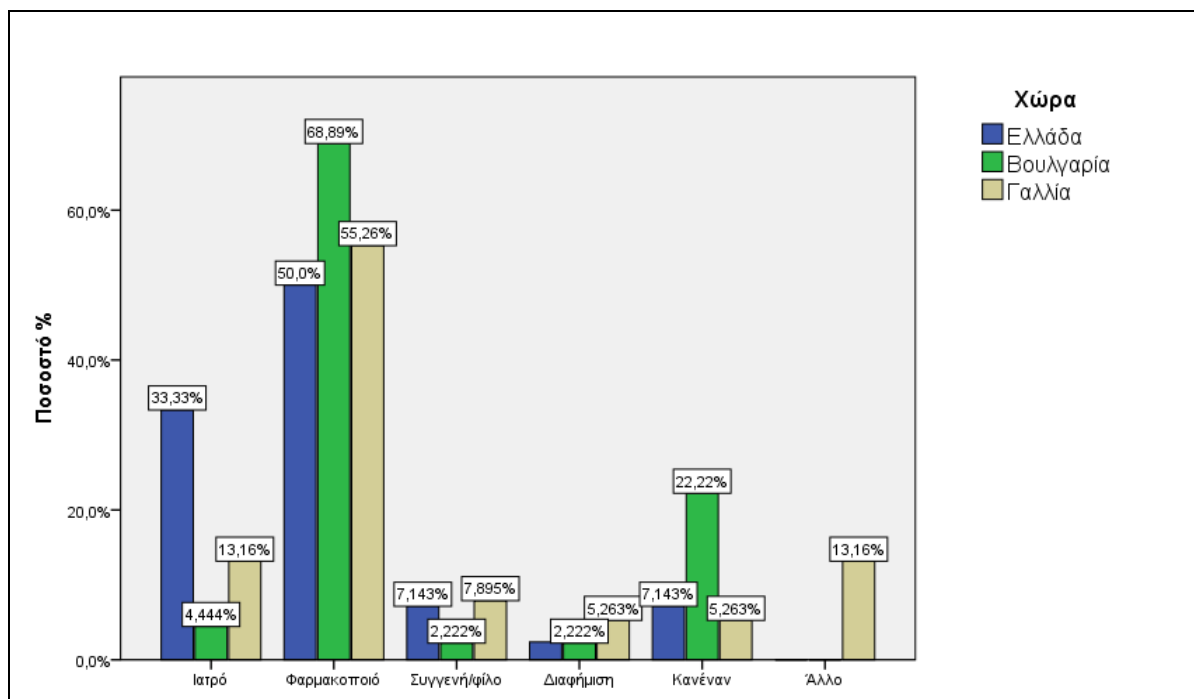
Μεγάλη διασπορά παρατηρείται στα χρήματα που ξοδεύουν οι πελάτες για την αγορά ΜΣΦ (Διάγραμμα 12). Οι 3 κλάσεις (<5€, 5.10-10€, 10.10-15€) μέχρι και 15 ευρώ τον μήνα αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,537$). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι Βούλγαροι έχουν αρκετά μικρό ποσοστό στην κλάση <5 ευρώ και οι Γάλλοι το μεγαλύτερο ποσοστό στην κλάση >20 ευρώ τον μήνα. Οι Έλληνες καταναλωτές παρουσιάζουν κοντινά ποσοστά στις πρώτες οικονομικές κλάσεις και μικρά στις 2 μεγαλύτερες. Οι Βούλγαροι και Γάλλοι παρουσιάζουν μια προτίμηση στην οικονομική κλάση των 5,1 με 10 ευρώ.



Διάγραμμα 12: Μηνιαία έξοδα αγοράς Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

A.12. Από πού ενημερώνεστε για το ΜΗ συνταγογραφούμενο προϊόν που αγοράζετε;

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερώτηση από πού προέρχεται η ενημέρωση του καταναλωτή για τα ΜΣΦ, καθώς οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,007$) (Πίνακας 7). Σε αυτήν την παράμετρο η χώρα που συμπεριφέρεται διαφορετικά είναι η Ελλάδα και διαφέρει από την Γαλλία και Βουλγαρία. Αναλυτικότερα, το 50% των Ελλήνων εμπιστεύεται και ενημερώνεται από τον φαρμακοποιό για το ΜΣΦ που θα αγοράσει και σε δεύτερο λόγο τον ιατρό (33%), με πολύ χαμηλά ποσοστά απαντήσεων στις άλλες επιλογές. Αντίθετα και οι Βούλγαροι και οι Γάλοι εμπιστεύονται το φαρμακοποιό, με τους πρώτους να έχουν αρκετά μεγάλο ποσοστό-69%- αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό τον γιατρό, με σημαντικά ποσοστά στις απαντήσεις για ενημέρωση από συγγενή ή φίλο, κανέναν, κάποια άλλη επιλογή (Διάγραμμα 13). Παράλληλα, η διαφήμιση για τα ΜΣΦ δεν φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους καταναλωτές.



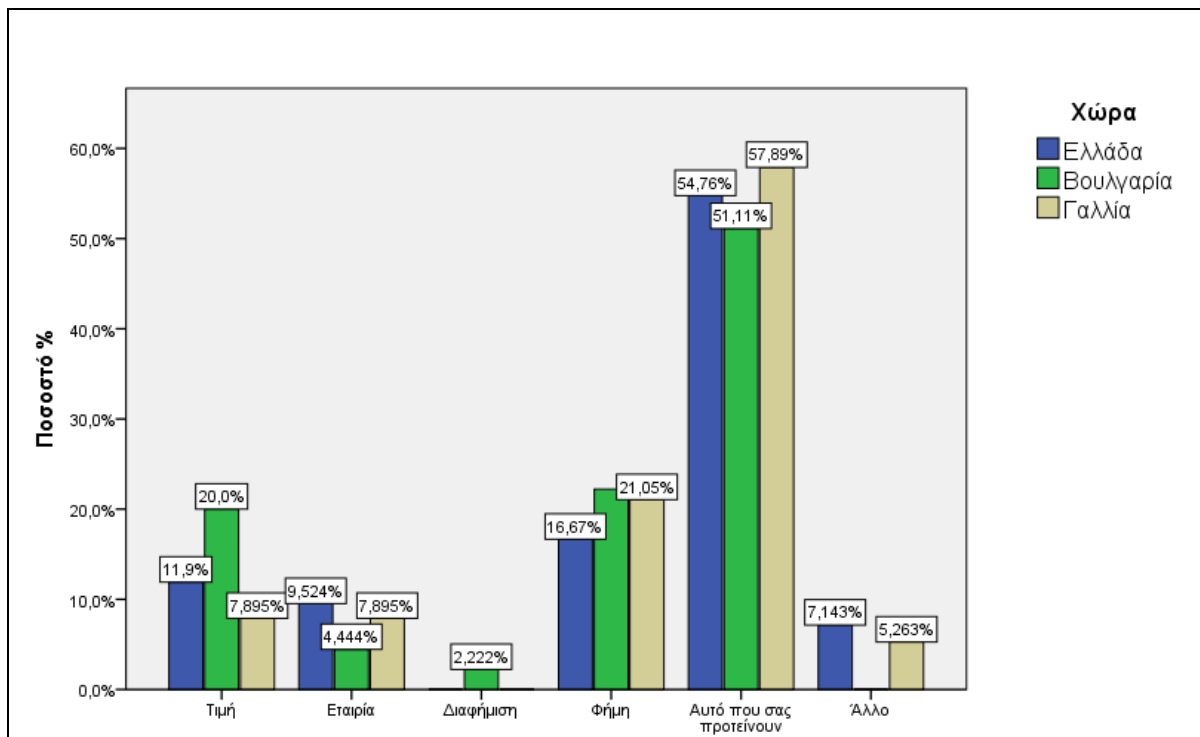
Διάγραμμα 13: Πηγή ενημέρωσης για την αγορά Μη συνταγογραφούμενου προϊόντος.

Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα πολύ κοντινά ποσοστά των Γάλλων (7,895%) και Ελλήνων (7,134%) στην απάντηση "συγγενής ή φίλος" και των Βούλγαρων (22%) και Γάλλων (5,263) στην απάντηση "κανέναν" (μπορεί να θεωρηθεί κοντινό ποσοστό Βουλγάρων-Γάλλων, αν συμπεριληφθεί στο ποσοστό των Γάλλων της απάντησης "κανέναν"(5,263%) η εναλλακτική απάντηση "άλλο"(13,16%).

Πίνακας 7: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την πηγή ενημέρωσης για την αγορά Μη συνταγογραφούμενου προϊόντος.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.
Ελλάδα-Γαλλία	-18,613	0,030
Ελλάδα-Βουλγαρία	-19,831	0,013
Γαλλία-Βουλγαρία	1,218	1,000

A.13. Ανάμεσα στις επιλογές σας για ΜΗ συνταγογραφούμενα σκευάσματα για την ίδια πάθηση, επιλέγετε με βάση;



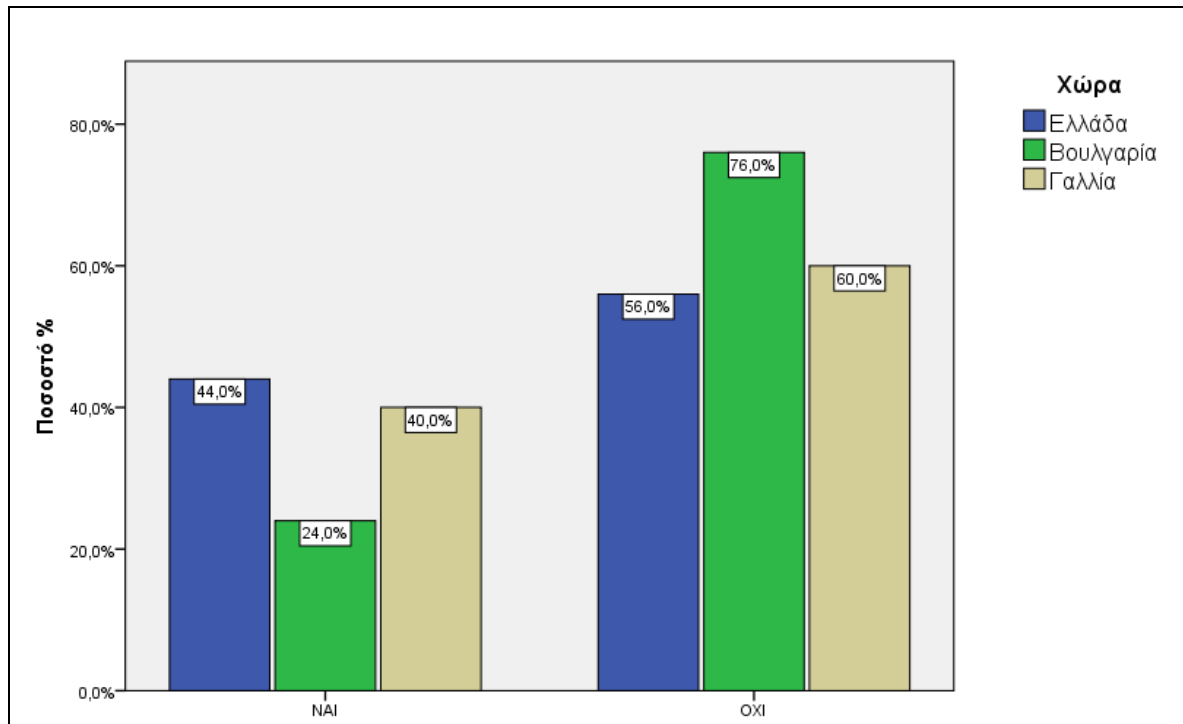
Διάγραμμα 14: Επιλογή αγοράς Μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, για την ίδια πάθηση.

Οι επιλογές των καταναλωτών για ΜΣΦ για την ίδια πάθηση δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,248$). Το 50% και άνω εμπιστεύεται και αγοράζει αυτό που του προτείνουν, σε μικρότερο ποσοστό επηρεάζεται η απόφασή τους από την φήμη και τιμή του προϊόντος (που για τους Βούλγαρους παρουσιάζεται πιο σημαντική) και τέλος την εταιρία ή κάποιον άλλο παράγοντα (Διάγραμμα 14). Η διαφήμιση δεν φαίνεται να μετέχει στην λήψη της απόφασης για αγορά σκευασμάτων ΜΣΦ για την ίδια πάθηση.

A.14. Αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στα τρία κράτη της έρευνας, απαντά ότι δεν αγοράζει βιταμίνες και / ή συμπληρώματα διατροφής. Η παράμετρος δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών ($p=0,089$). Στην Ελλάδα το 44% δηλώνει ότι αγοράζει, με δεύτερη την Γαλλία σε ποσοστό 40% και στην τρίτη θέση την Βουλγαρία με ποσοστό μόλις 24% (Διάγραμμα 15).

Στην συνέχεια τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18 αφορούν και εξάγονται από τα δεδομένα των πελατών που απάντησαν ότι ναι αγοράζουν βιταμίνες και / ή συμπληρώματα διατροφής.



Διάγραμμα 15: Αγορά βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής.

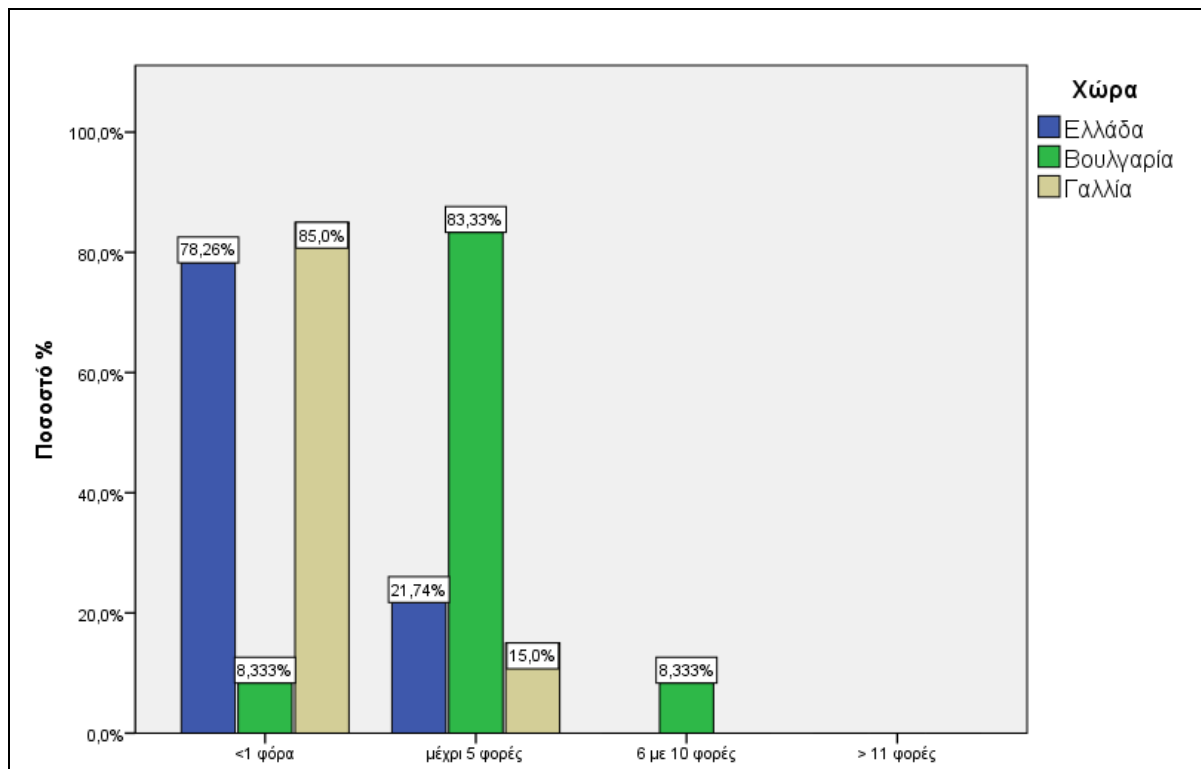
A.15. Πόσο συχνά αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής το μήνα;

Αν και λίγοι Βούλγαροι αγοράζουν βιταμίνες και / ή συμπληρώματα διατροφής, το κάνουν αρκετά συχνά μέσα σε ένα μήνα (μέχρι 10 φορές) σε αντίθεση με τους Έλληνες και τους Γάλλους καταναλωτές, που ως επί το πλείστον αγοράζουν αυτά τα προϊόντα σε μία επίσκεψη στο φαρμακείο το μήνα, με την παράμετρο να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,000$) (Πίνακας 8).

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να αναφέρουμε ότι το μικρό δείγμα που συμμετέχει στις αναλύσεις για την αγορά βιταμινών και / ή συμπληρωμάτων διατροφής, επιδρά αρνητικά στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων των στατιστικών ελέγχων, όχι όμως στην ενδεικτική αξία του φαινομένου (Διάγραμμα 16).

Πίνακας 8: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς βιταμινών και/ ή συμπληρωμάτων διατροφής.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Γαλλία-Ελλάδα	1,820	1,000
Γαλλία-Βουλγαρία	21,492	0,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-19,672	0,000

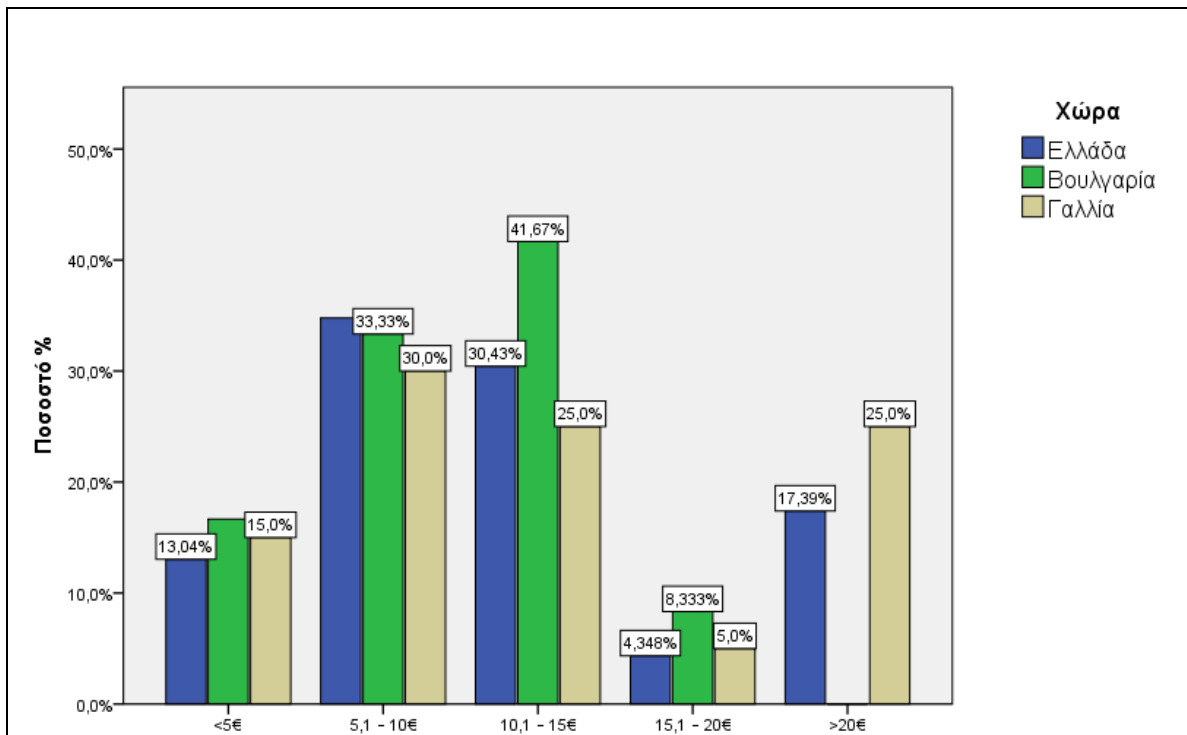


Διάγραμμα 16: Συχνότητα αγοράς βιταμινών και/ ή συμπληρωμάτων διατροφής.

A.16. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής;

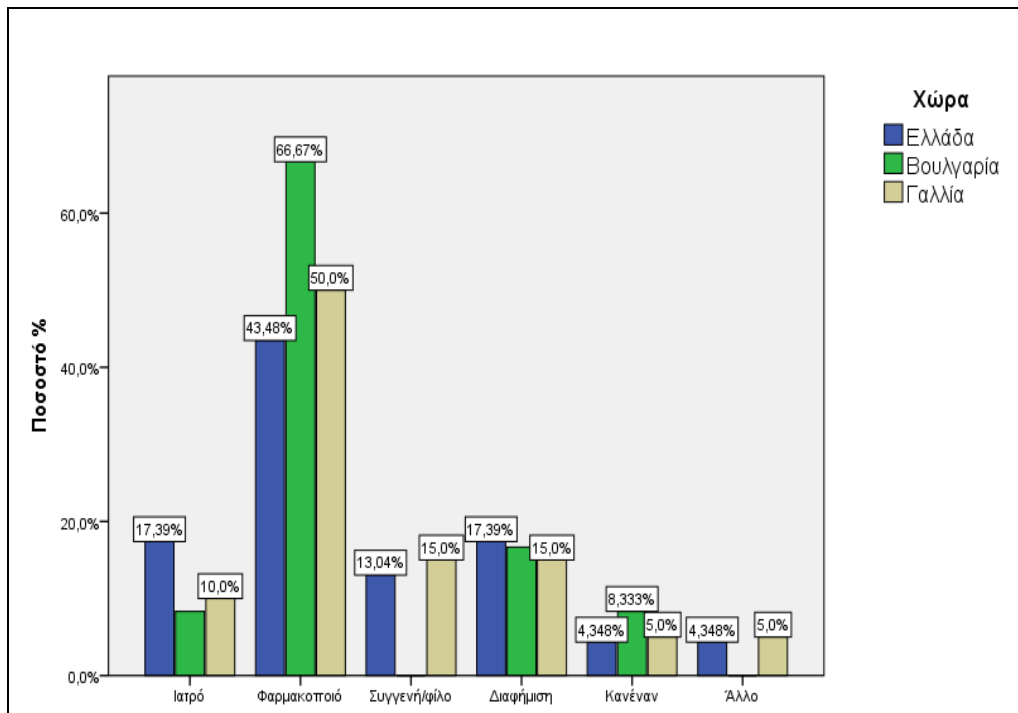
Τα έξοδα για αγορά βιταμινών ή/και συμπληρωμάτων διατροφής από τους καταναλωτές δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,699$). Το εύρος τιμών από 5 μέχρι 15 ευρώ συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά και για τα τρία κράτη. Οι Έλληνες και οι Γάλλοι καταναλωτές όμως, επιλέγουν και την οικονομική κλάση των περισσότερων από 20 ευρώ, ενώ οι Βούλγαροι ξοδεύουν μέχρι 20 ευρώ. Αν και σε μικρότερο

κομμάτι του δείγματος, φαίνεται να ξοδεύονται ελαφρώς περισσότερα χρήματα σε βιταμίνες και / ή συμπληρώματα διατροφής απ ότι σε ΜΣΦ (Διάγραμμα 17).



Διάγραμμα 17: Μηνιαία έξοδα για την αγορά βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής

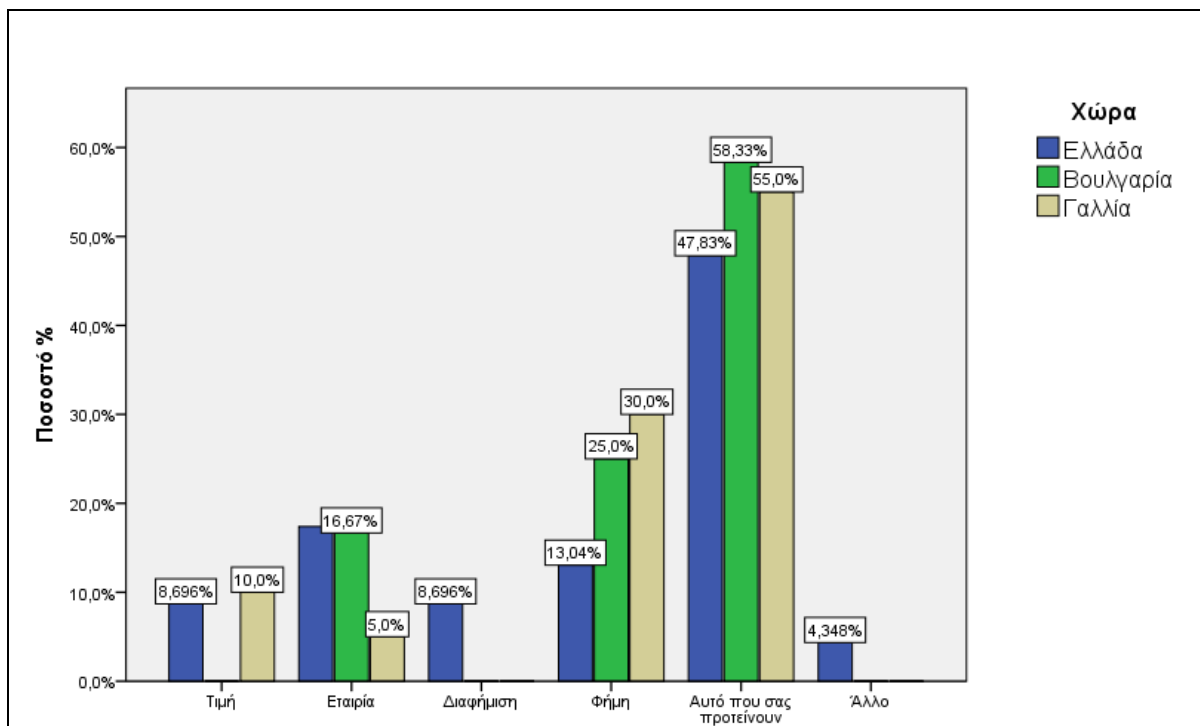
A.17. Από που ενημερώνεστε για τις βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής που αγοράζετε;



Διάγραμμα 18: Πηγές ενημέρωσης για τις βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή, χωρίς οι παρατηρούμενες διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,893$). Τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνει ο "φαρμακοποιός" (43,48% Ελλήνων, 66,67% Βουλγάρων και 50% Γάλλων), που και για αυτά τα προϊόντα φαίνεται να των εμπιστεύονται οι καταναλωτές. Μικρά ποσοστά παρατηρούνται στην ενημέρωση από τον "γιατρό", "κάποιον συγγενή ή φίλο" (0% για τους Βούλγαρους σε αυτή τη απάντηση) την επιλογή "κανέναν" ή "άλλο" (Διάγραμμα 18). Η διαφήμιση φαίνεται να επηρεάζει τους ερωτηθέντες σε υψηλότερα ποσοστά, από για τα προϊόντα ΜΣΦ.

A.18. Ανάμεσα στις επιλογές σας για παρεμφερή βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής, επιλέγετε με βάση;

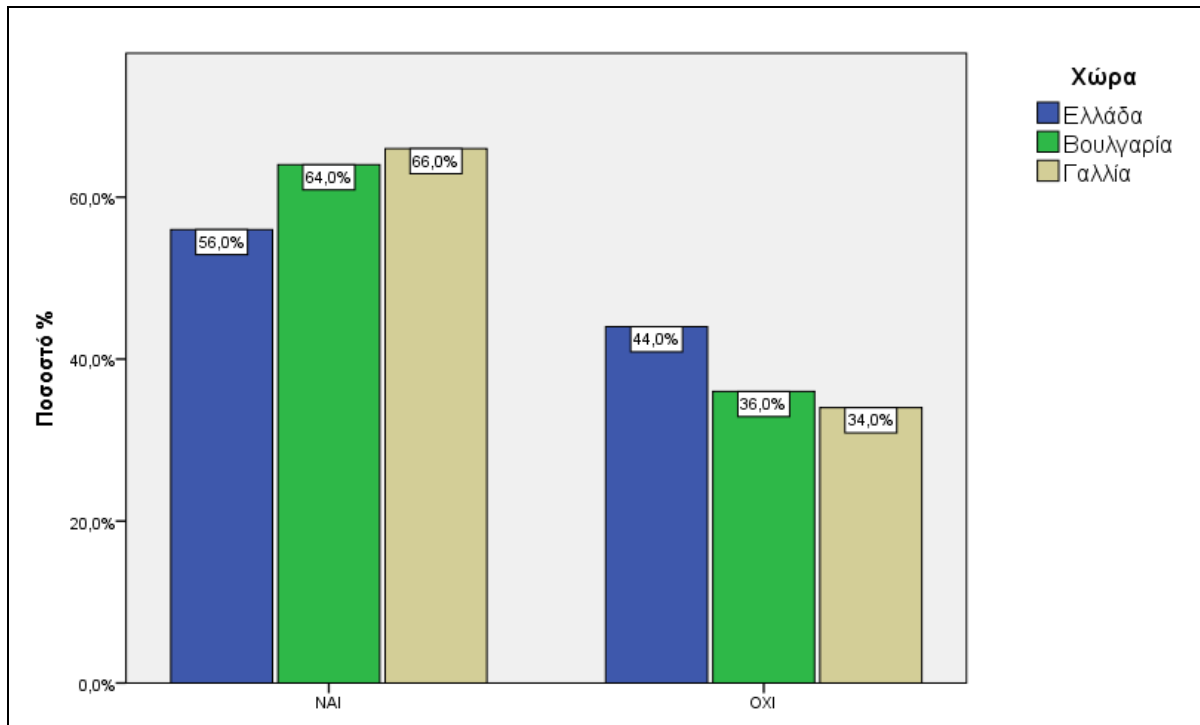


Διάγραμμα 19: Επιρροή επιλογής για παρεμφερή βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής.

Οι επιλογές των καταναλωτών για παρεμφερή βιταμίνες ή/και συμπληρώματα διατροφής, δεν αποτελούν παράμετρο που να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,853$). Σε ποσοστά της τάξης του 50% (48% Έλληνες, 53% Βούλγαροι και 55 % Γάλλοι) και άνω οι καταναλωτές εμπιστεύονται και αγοράζουν αυτό που τους προτείνουν, ενώ σε μικρότερο ποσοστό επηρεάζεται η απόφαση τους από την φήμη, την εταιρία και τιμή του προϊόντος (που για τους Βουλγάρους παρουσιάζεται ασήμαντη, ενώ σημαντικότερη για τους

Γάλλους από εταιρία) (Διάγραμμα 19). Η διαφήμιση φαίνεται να επηρεάζει την λήψη τους απόφασης για αγορά σε μικρό ποσοστό και μόνο για τους Έλληνες καταναλωτές. Η φήμη του προϊόντος παρουσιάζεται πιο σημαντική για τους Γάλλους (30%) και Βούλγαρους(25%) καταναλωτές.

A.19. Αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης;



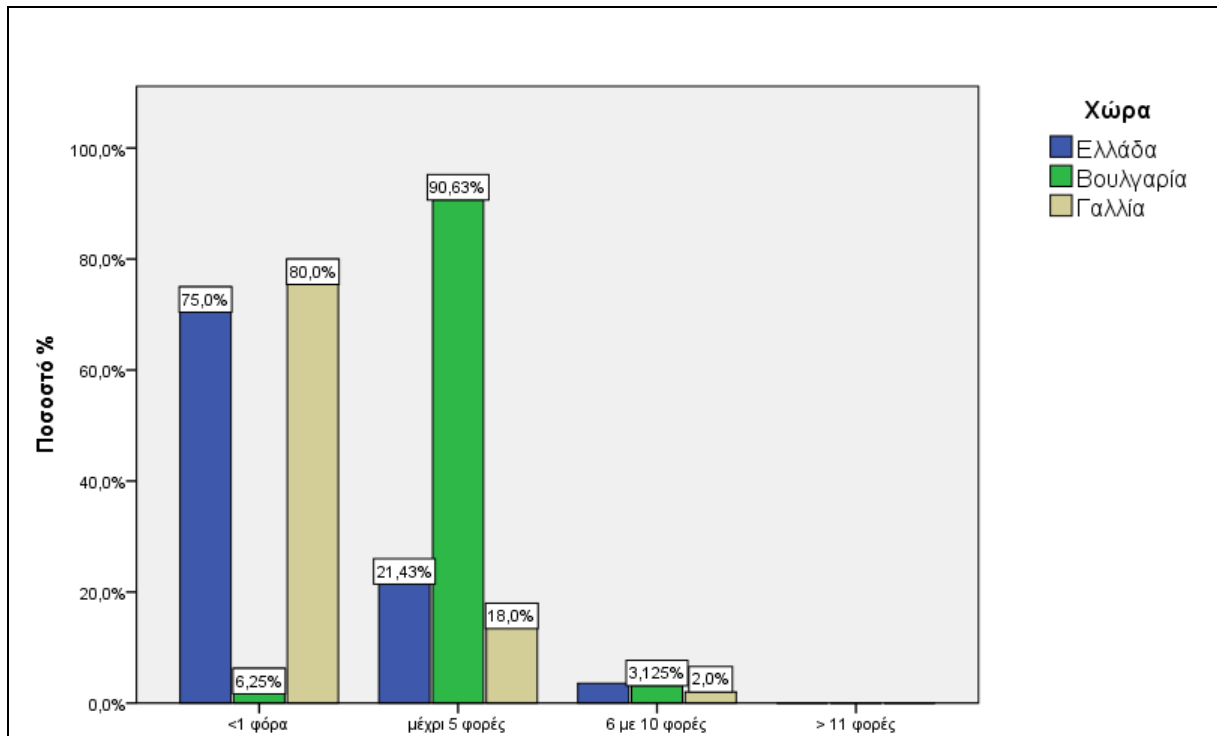
Διάγραμμα 20: Αγορά καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

Ικανοποιητικά ποσοστά περί του 60% των πελατών των φαρμακείων (56% Ελλήνων, 64% Βουλγάρων και 66% Γάλλων) αγοράζουν καλλυντικά και / ή άλλα προϊόντα περιποίησης, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών των τριών κρατών ($p=0,554$) (Διάγραμμα 20).

A.20. Πόσο συχνά αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης το μήνα;

Η συχνότητα αγοράς καλλυντικών και/ή άλλων προϊόντων περιποίησης από το φαρμακείο, τον μήνα, μεταξύ των καταναλωτών των τριών κρατών παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις και στατιστική σημαντικότητα ($p=0,000$) (Πίνακας 9). Οι Βούλγαροι καταναλωτές διαφοροποιούνται αρκετά σε σχέση με του Έλληνες και Γάλλους αφού

δηλώνουν σε ποσοστό 90% ότι αγοράζουν μέχρι 5 φορές τον μήνα σε αντίθεση με τα μεγάλα ποσοστά των Ελλήνων και Γάλλων, στην κλάση λιγότερο από μια φορά τον μήνα (75% και 80% αντίστοιχα) (Διάγραμμα 21). Μικρό ποσοστό των Γάλλων (18%) και ελαφρώς μεγαλύτερο των Ελλήνων (21%) καταναλωτών, δηλώνει ότι αγοράζει μέχρι 5 φορές τον μήνα. Εμφανίζονται επίσης, πολύ μικρά ποσοστά για όλους, στην κλάση αγορών 6 με 10 φορές το μήνα.



Διάγραμμα 21: Μηνιαία συχνότητα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

Πίνακας 9: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

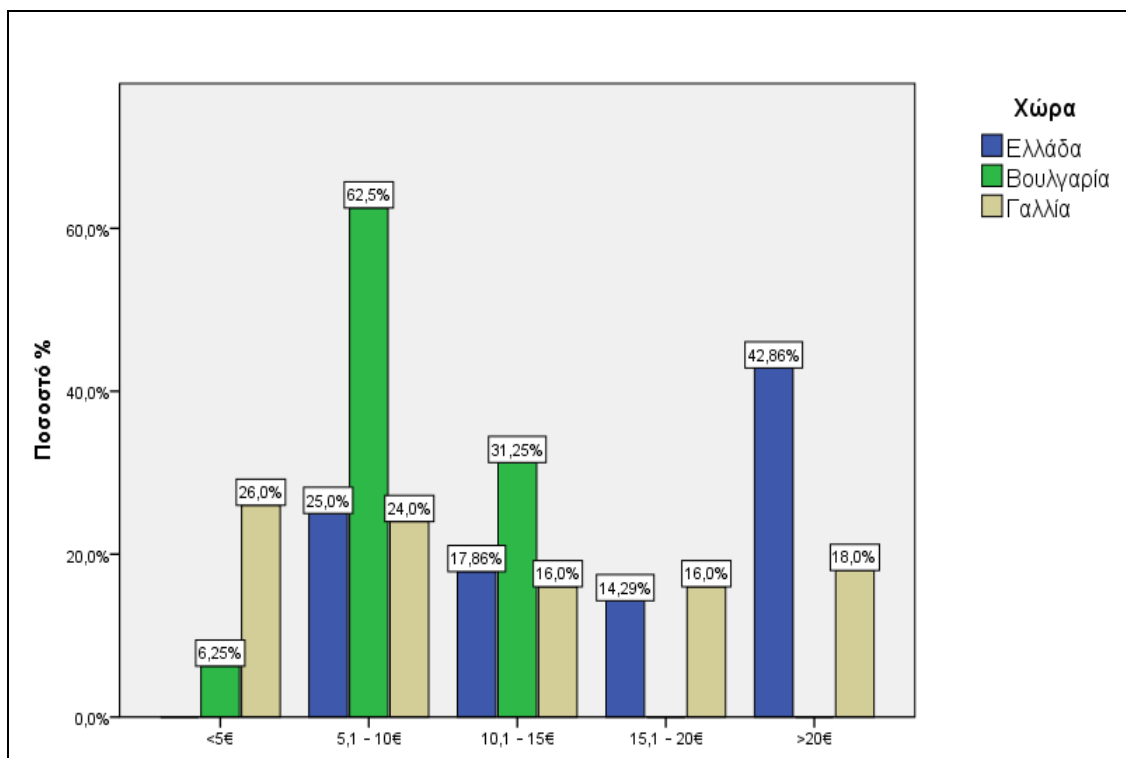
Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Γαλλία-Ελλάδα	3,044	1,000
Γαλλία-Βουλγαρία	39,721	0,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-36,676	0,000

A.21. Πόσα χρήματα ξοδεύετε για την αγορά καλλυντικών και/ή άλλων προϊόντων περιποίησης τον μήνα;

Μεγάλη διασπορά παρατηρείται στα χρήματα που ξοδεύουν οι πελάτες για την αγορά καλλυντικών και/ή άλλων προϊόντων περιποίησης τον μήνα. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,000$) (Πίνακας 10) με τους Έλληνες καταναλωτές να διαφοροποιούνται σε σχέση με του Γάλλους και Βούλγαρους.

Πίνακας 10: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα μηνιαία έξοδα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Βουλγαρία-Γαλλία	-9,400	,535
Βουλγαρία-Ελλάδα	32,321	0,000
Γαλλία-Ελλάδα	22,921	0,005



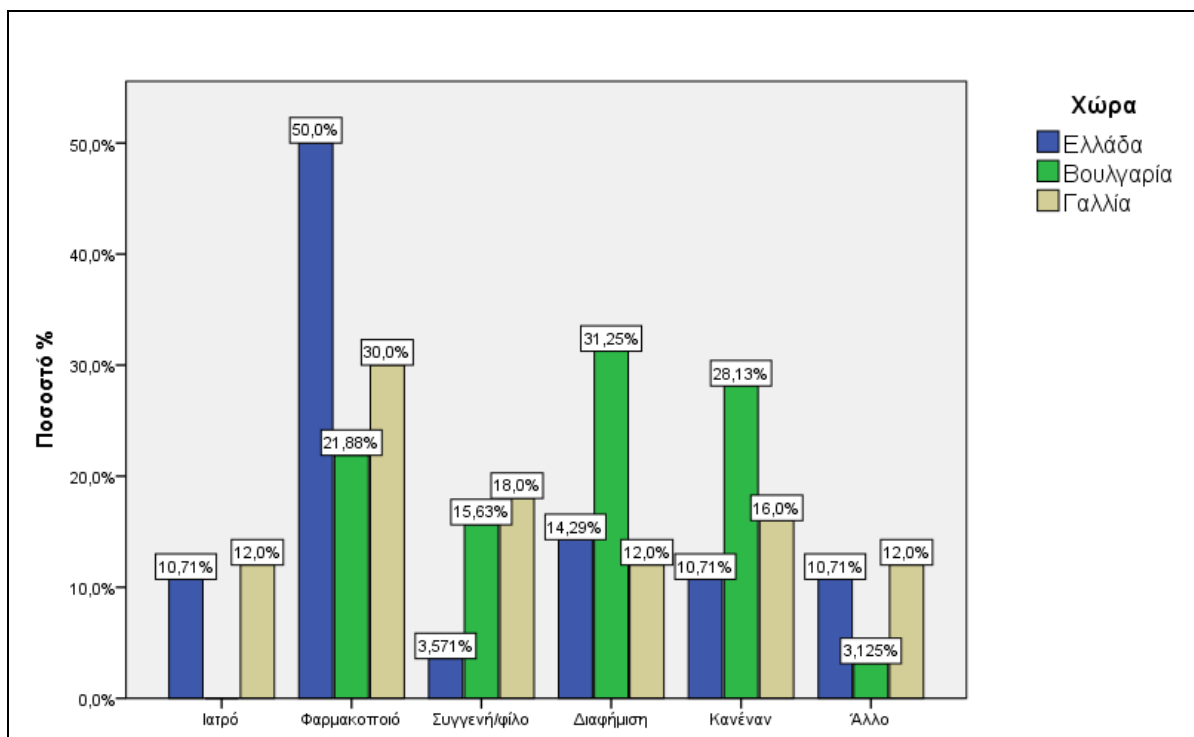
Διάγραμμα 22: Μηνιαία έξοδα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι Βούλγαροι έχουν το μικρότερο ποσοστό στην κλάση <5 ευρώ και οι Έλληνες το μεγαλύτερο ποσοστό στην κλάση >20 ευρώ τον μήνα. Οι Γάλλοι καταναλωτές παρουσιάζουν μια ισορροπημένη συμπεριφορά με κοντινά ποσοστά σε όλες τις οικονομικές κλάσεις. Οι Βούλγαροι καταναλωτές στην συντριπτική πλειοψηφία τους ξοδεύουν στην οικονομική κλάση 5,1 με 10 ευρώ και σε δεύτερο βαθμό στην 10,1 με 15 ευρώ, ενώ δεν επιλέγουν τις μεγαλύτερες κλάσεις (Διάγραμμα 22). Από την άλλη, οι Έλληνες καταναλωτές δεν εμφανίζονται στην κλάση <5 ευρώ, εμφανίζουν κοντινά ποσοστά στις ενδιάμεσες κλάσεις και παρουσιάζουν μέγιστο με 40% στην οικονομική κλάση > 20 ευρώ τον μήνα για αγορά καλλυντικών και/ή άλλων προϊόντων περιποίησης (που κατά βάση τα ξοδεύουν σε μια επίσκεψη στο φαρμακείο όπως είδαμε προηγουμένως).

A.22. Από που ενημερώνεστε για τα καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης που αγοράζετε;

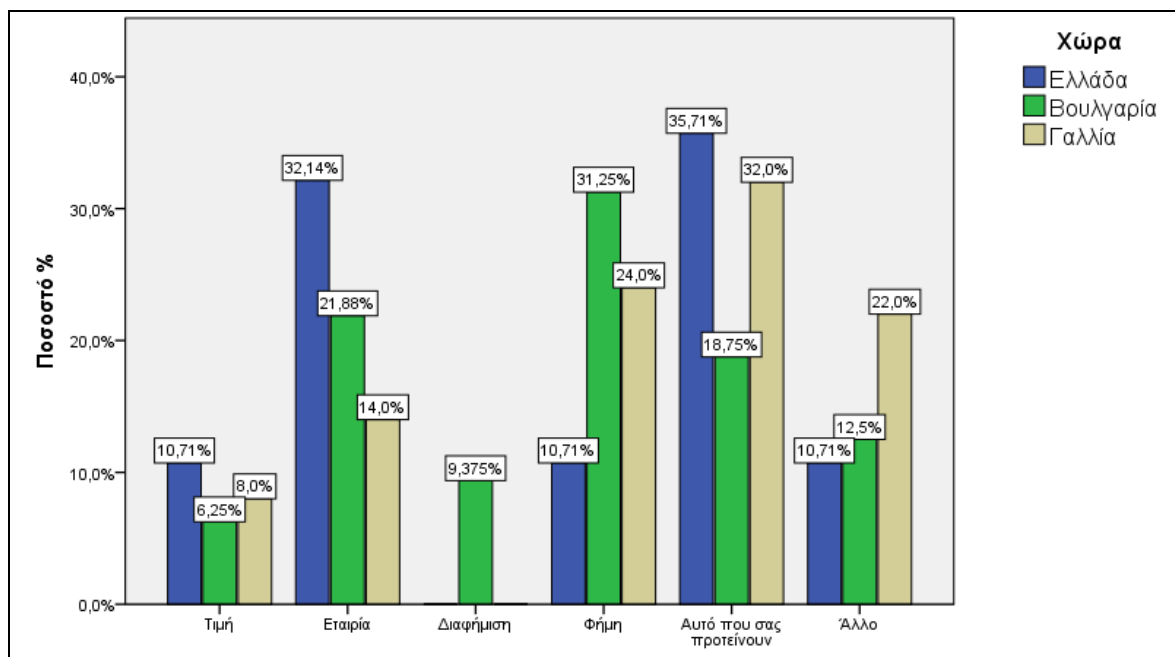
Η ενημέρωση για τα καλλυντικά και/ή τα άλλα προϊόντα περιποίησης που αγοράζουν από το φαρμακείο οι καταναλωτές, παρουσιάζει αρκετά μεγάλη παραλλακτικότητα στο εύρος των πιθανών απαντήσεων και οριακά οι διαφορές αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές για $\alpha=0,05$ που έχουμε θέσει σε αυτήν την έρευνα με $p= 0.077$. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως, ότι οι τιμές p είναι ενδεικτικές του φαινομένου και όχι αποδεικτικές για τον τύπο τις έρευνας που διεξάγουμε, καθώς και το γεγονός ότι οι αναλύσεις γίνονται για $N=110$ και όχι 150 που είναι το συνολικό μας δείγμα.

Αναλύοντας το διάγραμμα παρατηρούμε ότι οι Έλληνες καταναλωτές σε ποσοστό 50% εμπιστεύονται για την ενημέρωσή τους τον "φαρμακοποιό", η "διαφήμιση" επηρεάζει ένα 14% και ελάχιστοι ενημερώνονται από κάποιο "συγγενή ή φίλο". Οι Βούλγαροι καταναλωτές δεν λαμβάνουν καμία συμβουλή για καλλυντικά και προϊόντα περιποίησης από τον "γιατρό", εμπιστεύονται τον "φαρμακοποιό" τους σε μικρό βαθμό, ενώ η "διαφήμιση" και οι προσωπικές επιλογές τους καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό (Διάγραμμα 23). Οι Γάλλοι καταναλωτές δείχνουν μια τάση εμπιστοσύνης στον "φαρμακοποιό" και παρόμοια ποσοστά επίδρασης στην απόφασή τους έχουν οι "άλλες" παράμετροι. Τέλος η διαφήμιση στο σημείο αυτό, συγκεντρώνει υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα ΜΣΦ και τις βιταμίνες / συμπληρώματα διατροφής, ως μέσο ενημέρωσης των καταναλωτών.



Διάγραμμα 23: Πηγή ενημέρωσης για την επιλογή αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.

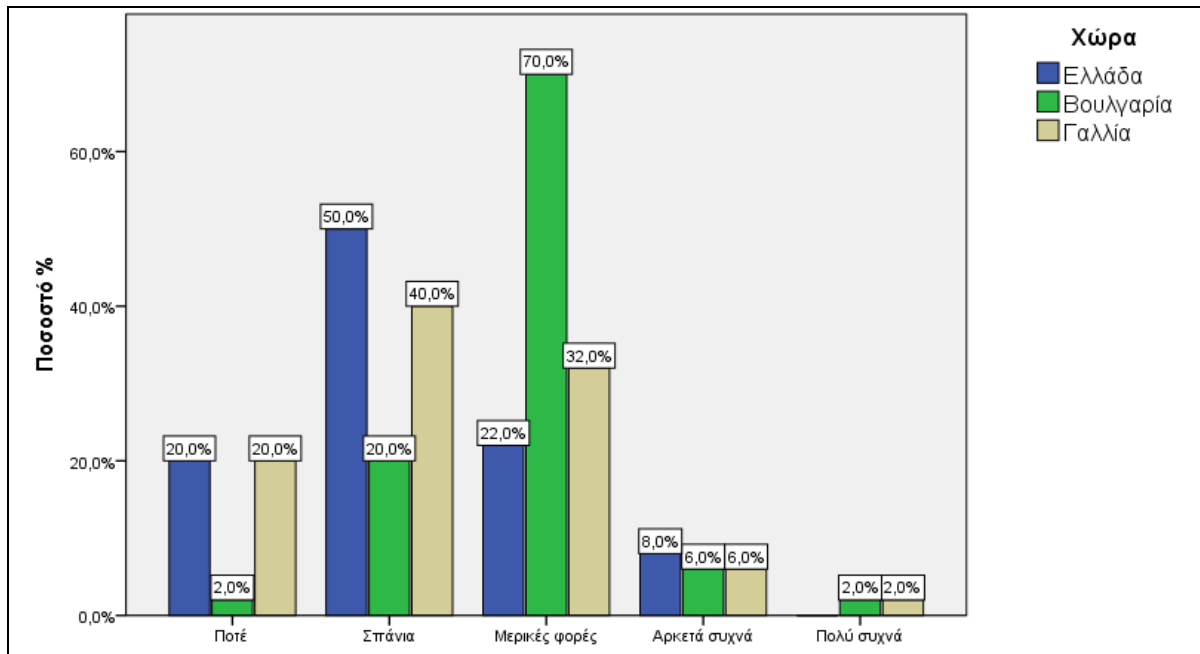
A.23. Ανάμεσα στις επιλογές σας για καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης με την ίδια δραστική ουσία, επιλέγετε με βάση:



Διάγραμμα 24: Επιρροή επιλογής για παρεμφερή καλλυντικά και / ή άλλα προϊόντα περιποίησης.

Οι επιλογές των καταναλωτών για παρεμφερή καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης δεν αποτελούν παράμετρο που να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,164$). Παρουσιάζουν όμως ενδιαφέρον οι επιλογές για το κάθε κράτος ξεχωριστά. Οι Έλληνες καταναλωτές επιλέγουν κυρίως με βάση "αυτό που τους προτείνουν" (35,71%) και την "εταιρία" (32,14%), οι Γάλλοι με βάση την "φήμη" (24%) και "αυτό που τους προτείνουν" (32%), ενώ τέλος οι Βούλγαροι με βάση την "φήμη" (31,25%) και την "εταιρία του προϊόντος" (21,88%) (Διάγραμμα 24).

A.24. Πόσες φορές αγοράζετε κάποιο προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να είναι αυτός ο λόγος για τον οποίο πήγατε εκεί;



Διάγραμμα 25: Αυθόρμητη Αγορά

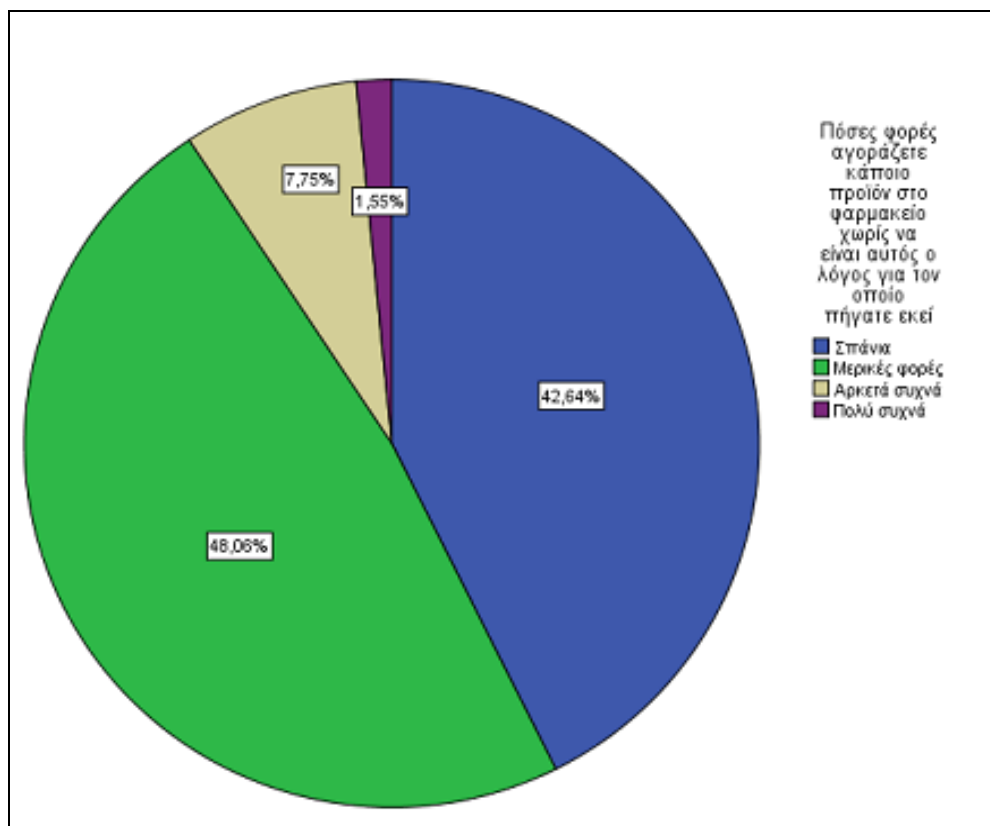
Η αυθόρμητη αγορά, το φαινόμενο δηλαδή του να αγοράσει κάποιος ένα προϊόν χωρίς να είναι αυτό ο λόγος που βρίσκεται στο φαρμακείο, είναι μια παράμετρος που παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών ($p=0,000$) (Πίνακας 11).

Οι Έλληνες και οι Γάλλοι καταναλωτές φαίνεται να αποφεύγουν την αυθόρμητη αγορά σε μεγάλο ποσοστό, ενώ οι Βούλγαροι καταναλωτές να υποκύπτουν σε αυτή πιο συχνά, με το 70% να δηλώνει ότι αγοράζει μερικές φορές. Αντίθετα το ποσοστό των 20% των Γάλλων και Ελλήνων δηλώνουν ότι ποτέ δεν αγοράζουν αυθόρμητα ή αγοράζουν αυθόρμητα σπάνια, σε ποσοστά 40% και 50% αντίστοιχα (Διάγραμμα 25).

Πίνακας 11: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την αυθόρμητη αγορά.

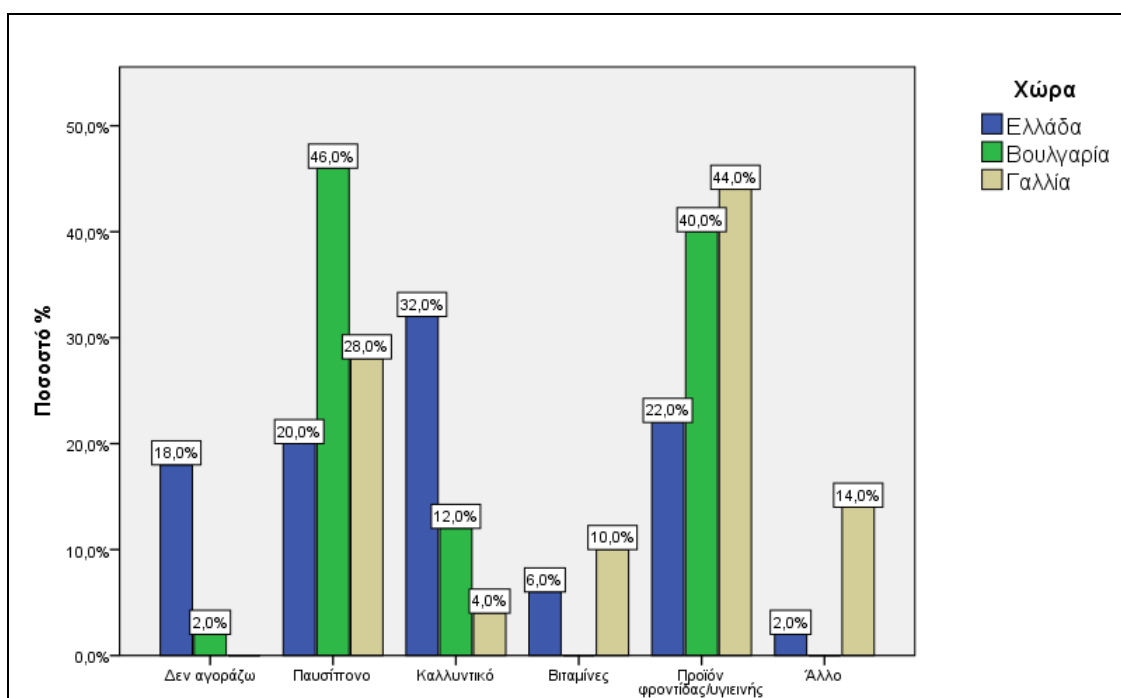
Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Ελλάδα-Γαλλία	-5,970	1,000
Ελλάδα-Βουλγαρία	-35,040	0,000
Γαλλία-Βουλγαρία	29,070	0,001

Συνολικά όμως, οι καταναλωτές και των τριών χωρών που αγοράζουν φαρμακευτικά σκευάσματα, δρουν αυθόρμητα μερικές φορές, και μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 1,6% αγοράζει πολύ συχνά κάτι που δεν είχε προγραμματίσει, από το φαρμακείο (Διάγραμμα 26).



Διάγραμμα 26: Συνολική απεικόνιση αυθόρμητης ή μη συμπεριφοράς, των καταναλωτών φαρμακευτικών προϊόντων.

A.25. Ποιάς κατηγορίας είναι συνήθως το προϊόν που αγοράζετε αυθόρμητα;



Διάγραμμα 27: Κατηγορία προϊόντος αυθόρμητης αγοράς.

Το προϊόν που αγοράζουν αυθόρμητα, αποτελεί και αυτό με την σειρά του, μια παράμετρο που παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών ($p=0,001$) (Πίνακας 12). Ενδιαφέρον επίσης, παρουσιάζει το γεγονός ότι η απάντηση "δεν αγοράζω" δεν επιλέχτηκε από το 20% των Γάλλων που απάντησαν ότι ποτέ δεν αγοράζουν αυθόρμητα, ενώ αφορά ένα ποσοστό 2% των Ελλήνων. Το γεγονός αυτό σκιαγραφεί τις απαντήσεις των Γάλλων, για μια από τις 2 ερωτήσεις (A.24 και A.25), ως αφερέγγυες.

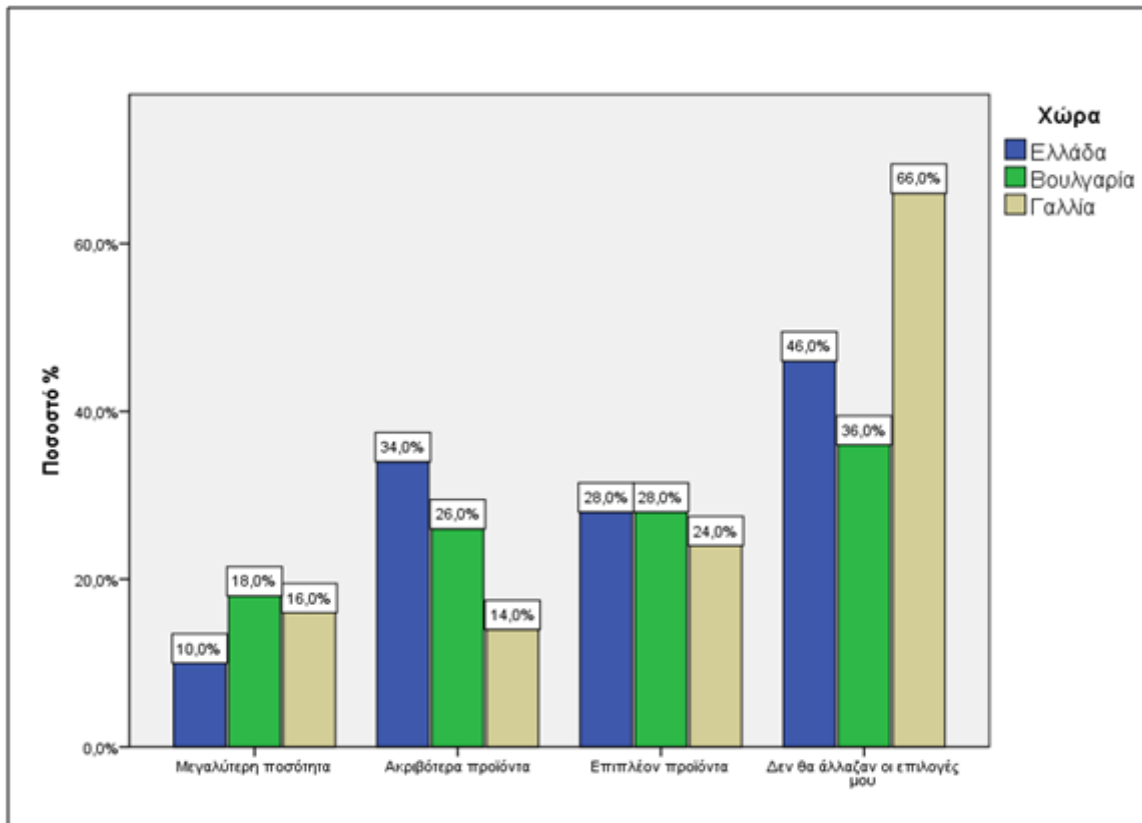
Πίνακας 12: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την κατηγορία προϊόντος αυθόρμητης αγοράς.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Ελλάδα-Βουλγαρία	-6,880	1,000
Ελλάδα-Γαλλία	-28,790	0,002
Βουλγαρία-Γαλλία	-21,910	0,026

Παρατηρούμε ότι οι Έλληνες καταναλωτές συνήθως αγοράζουν καλλυντικά (32%) ή προϊόντα φροντίδας και υγιεινής(22%), οι Βούλγαροι κατά μεγάλη πλειοψηφία αγοράζουν παυσίπνοα (46%) και προϊόντα φροντίδας και υγιεινής(40%) και τέλος οι Γάλλοι πληθώρα

προϊόντων με κύρια προϊόντα φροντίδας και υγιεινής (44%) και παυσίπονα (28%) (Διάγραμμα 27).

A.26. Αν η οικονομική σας κατάσταση ήταν καλύτερη θα αγοράζατε:

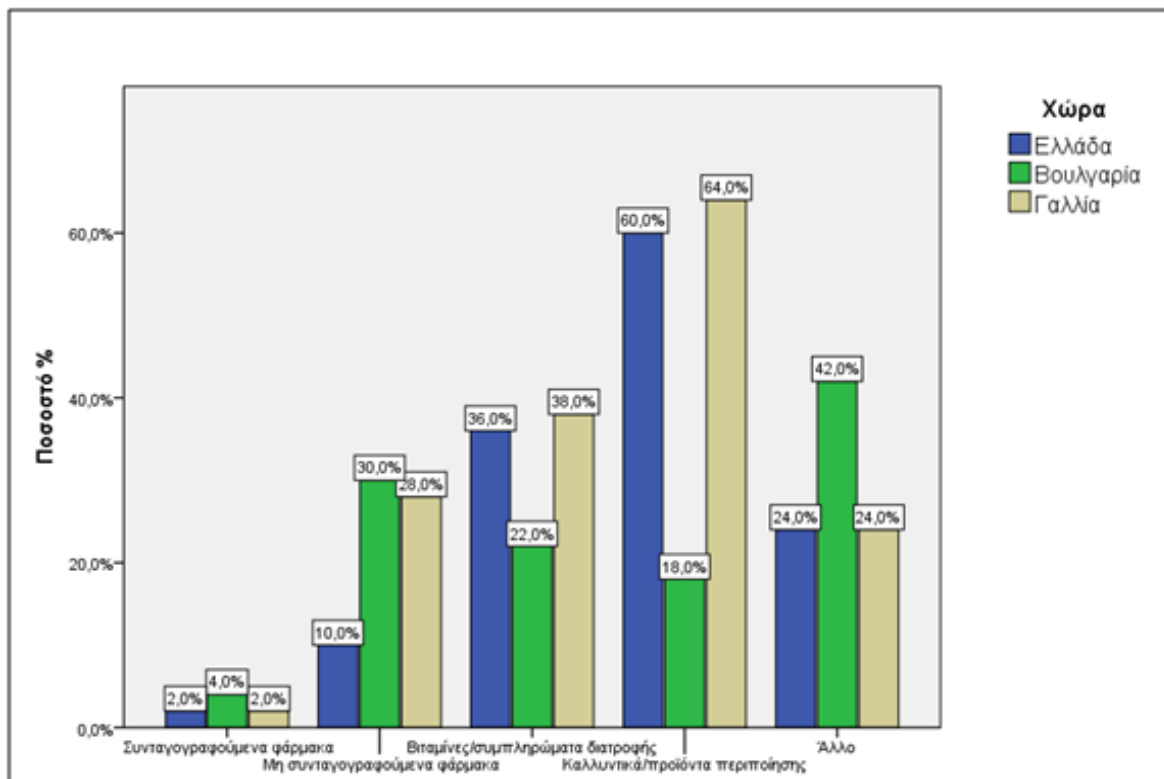


Διάγραμμα 28: Αλλαγές που επιφέρει η πιθανή βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών, στην αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Η μεταβολή της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών προς το καλύτερο δεν φαίνεται να επηρεάζει τους Γάλλους καταναλωτές που ως επί το πλείστον δηλώνουν με ποσοστό 66%, ότι δεν θα άλλαζαν τις επιλογές τους ή θα αγόραζαν επιπλέον προϊόντα (24%). Οι Έλληνες και οι Βούλγαροι καταναλωτές εμφανίζουν μοιρασμένες τάσεις ανάμεσα στο να διατηρήσουν τις επιλογές τους (46% και 36% αντίστοιχα) και να αγοράζουν ακριβότερα (34% και 26% αντίστοιχα) ή επιπλέον προϊόντα (28% και στις δύο χώρες) (Διάγραμμα 28). Μικρά είναι τα ποσοστά ανεξαρτέτως χώρας, για αγορά μεγαλύτερης ποσότητας των ίδιων προϊόντων.

A.27. Αν η οικονομική σας κατάσταση επιδεινωθεί τι από τα παρακάτω θα σταματήσετε να αγοράζετε:

Στην περίπτωση επιδείνωσης της οικονομικής κατάστασης, οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές δηλώνουν ότι θα σταματήσουν να αγοράζουν καλλυντικά και προϊόντα περιποίησης σε ποσοστά περί του 60% και σε μικρότερο βαθμό βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής (36% Ελλήνων, 22% Βουλγάρων, 38% Γάλλων) (Διάγραμμα 29).



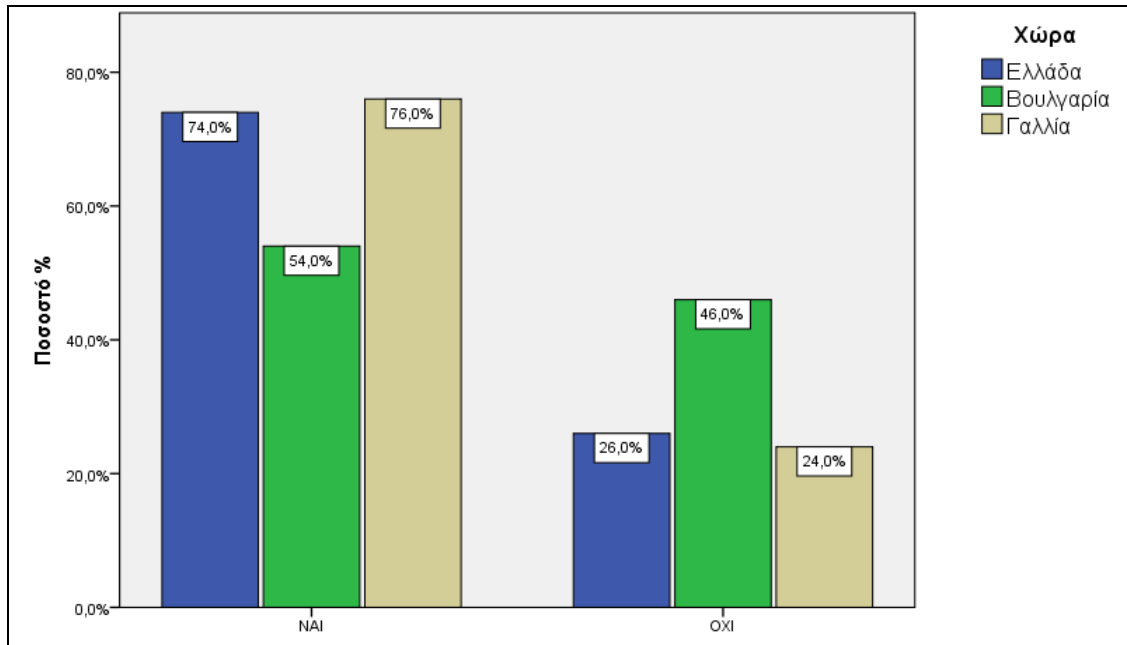
Διάγραμμα 29: Αλλαγές που επιφέρει η πιθανή επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών, στην αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Ελάχιστο είναι το ποσοστό απαντήσεων για διακοπή αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων, (2%, 4%, 2% αντίστοιχα) ενώ οι Βούλγαροι (30%) και Γάλλοι (28%) καταναλωτές φαίνεται να είναι σε κάποιο βαθμό διατεθειμένοι να σταματήσουν να αγοράζουν ΜΣΦ. Η απάντηση κάποιο «Άλλο» προϊόν συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό για τους Βούλγαρους καταναλωτές (42%) και παρουσιάζει ίδια τάση μεταξύ των Γάλλων και Ελλήνων (24%).

Επίσης πρέπει να τονισθεί ότι στις απαντήσεις πολλαπλής απάντησης, όπως η συγκεκριμένη, τα ποσοστά που παρουσιάζονται, είναι οι θετικές αποκρίσεις για κάθε

απάντηση σε σχέση με το σύνολο των απαντήσεων, που είναι διαφορετικό από το δείγμα μας και από κατασκευής μπορεί να έχουν άθροισμα μεγαλύτερο ή μικρότερο από 100%.

A.28. Ψωνίζετε σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα;



Διάγραμμα 30: Επιλογή ενός συγκεκριμένου φαρμακείου.

Η πελατειακή πιστότητα αποτελεί σημαντική παράμετρο για τις επιχειρήσεις και τα φαρμακεία εν προκειμένω, που εμφανίζει όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών των τριών υπό μελέτη κρατών ($p=0,034$). Γενικά οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές/πελάτες παρουσιάζονται σε ποσοστά άνω του 70% να επιλέγουν σταθερά ένα φαρμακείο για τις αγορές τους σε σχέση με τους Βούλγαρους, που έχουν μοιρασμένο σχεδόν 50 - 50 ποσοστό σταθερής και μη επιλογής φαρμακείου για τις αγορές τους (Διάγραμμα 30). Οι λόγοι για κάθε απάντηση παρουσιάζονται στην συνέχεια υπό το πρίσμα ερωτήσεων πολλαπλής απάντησης.

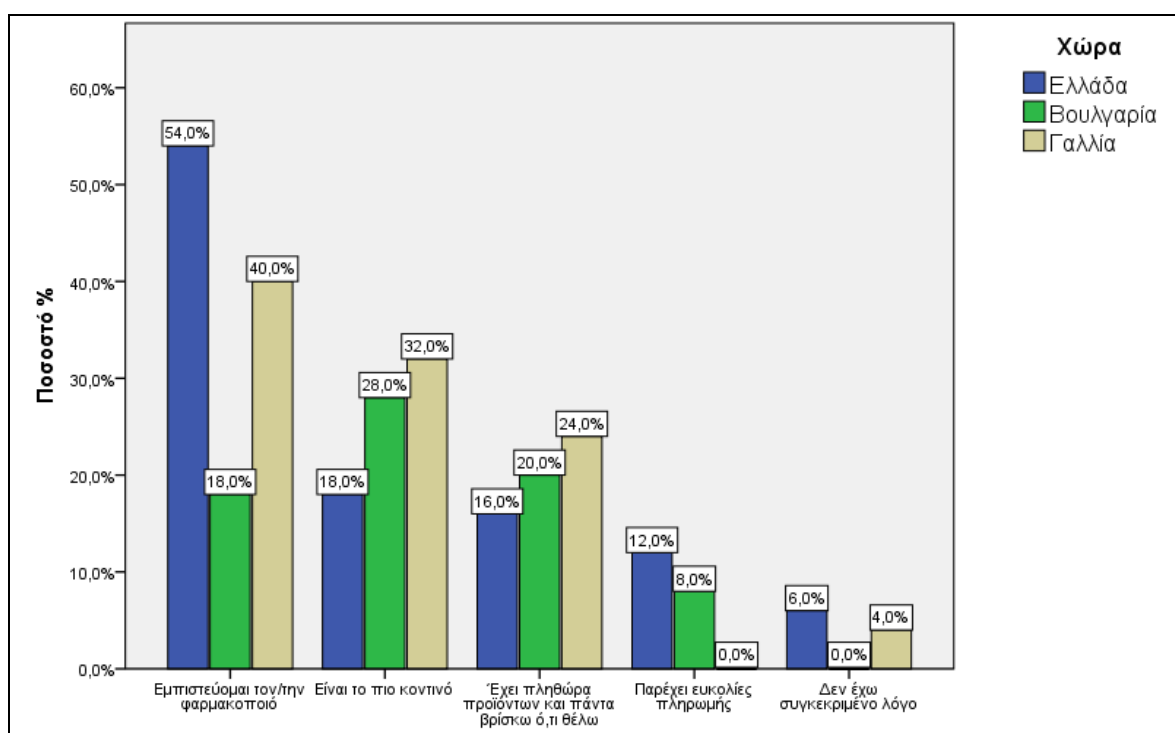
Στο σημείο αυτό κρίνεται χρήσιμο να αποσαφηνιστεί ότι ο έλεγχος μεταξύ των χωρών δεν εμφάνισε ξεκάθαρα μη οριακές διαφορές (υπάρχουν για $\alpha=0,10$) ανάμεσα στα κράτη. Έτσι το κύριο συμπέρασμα από το έλεγχο KW είναι πως οι Βουλγαρία διαφοροποιείται από το ζευγάρι Ελλάδας – Γαλλίας (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την επιλογής ενός συγκεκριμένου φαρμακείου.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Γαλλία-Ελλάδα	1,500	1,000
Γαλλία-Βουλγαρία	16,500	0,056
Ελλάδα-Βουλγαρία	-15,000	0,098

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ικανοποιητικό ποσοστό δείγματος (καταναλωτών) που καθιστά περισσότερο αξιόπιστες τις θετικές απαντήσεις, σε σχέση με τις αρνητικές.

Αν **ΝΑΙ** γιατί;

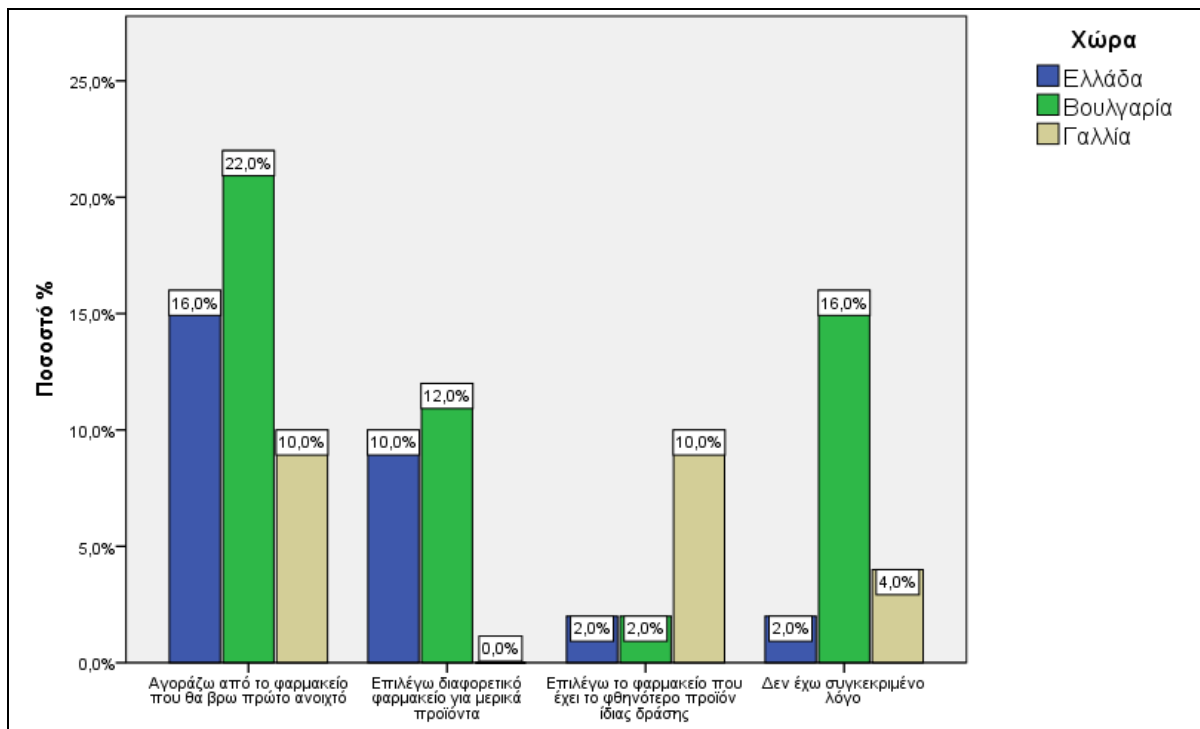


Διάγραμμα 31: Θετική, σταθερή επιλογή καταναλωτών ενός μόνο φαρμακείου για τις αγορές τους.

Η πλειοψηφία των Ελλήνων που επισκέπτονται και αγοράζουν σταθερά από ένα φαρμακείο όλα τα προϊόντα, το κάνει γιατί εμπιστεύεται τον/την φαρμακοποιό (απάντηση με ποσοστό 54%) και σε δεύτερη προτεραιότητα θέτει την τοποθεσία (κοντινή) του φαρμακείου (18%), έπειτα την πληθώρα των προϊόντων (16%) και τέλος τις ευκολίες πληρωμής (12%). Οι

Γάλλοι παρουσιάζονται με πιο σκεδασμένα ποσοστά για τους ίδιους λόγους (Διάγραμμα 31). Το ποσοστό του 40% των ερωτηθέντων εμπιστεύεται τον φαρμακοποιό, αλλά κανείς δεν επιλέγει με βάση τις ευκολίες πληρωμής. Τέλος, οι Βούλγαροι καταναλωτές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο πλησιέστερο σε αυτούς φαρμακείο (28%) και στην πληθώρα προϊόντων (20%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό εμπιστεύονται τον φαρμακοποιό (18%) ή τους ενδιαφέρουν οι ευκολίες πληρωμής (8%). Οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές απαντούν σε πολύ μικρά ποσοστά ότι δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο λόγο επιλογής καταστήματος.

Αν **ΟΧΙ** γιατί;



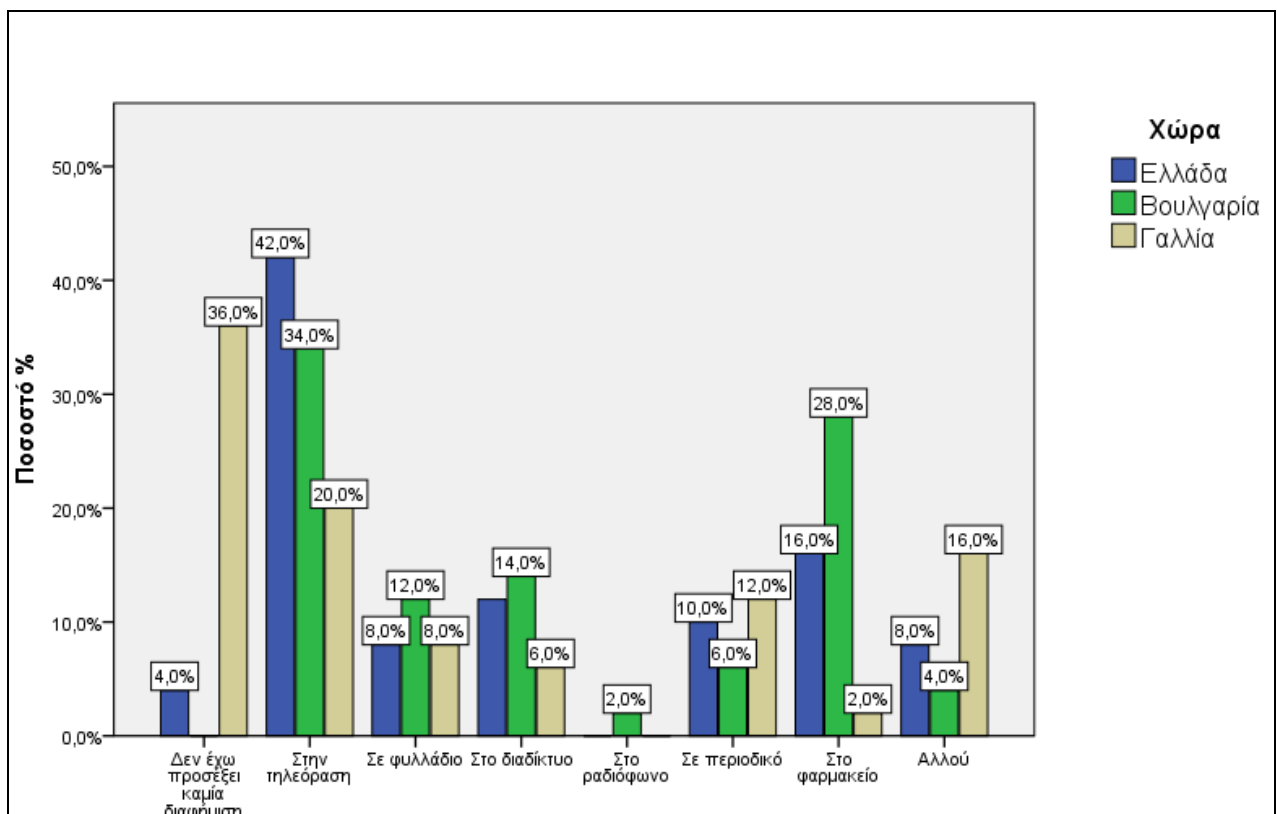
Διάγραμμα 32: Αρνητική, σταθερή επιλογή καταναλωτών ενός μόνο φαρμακείου για τις αγορές τους.

Οι πελάτες που δεν εμπιστεύονται σταθερά ένα φαρμακείο για τις αγορές τους το κάνουν για διάφορους λόγους. Οι Βούλγαροι επιλέγουν το φαρμακείο που θα βρουν πρώτο ανοιχτό (22%), όταν επιθυμούν να κάνουν αγορές χωρίς κάποιο συγκεκριμένο λόγο, ενώ μπορεί απλά να αλλάζουν φαρμακείο με βάση τα προϊόντα που θέλουν να αγοράσουν (12%) (Διάγραμμα 32). Σε παρόμοια τάση φέρονται και οι Έλληνες (16% πρώτο ανοιχτό και 10%

διαφορετικό για κάποια προϊόντα) καταναλωτές, με μικρότερα ποσοστά απαντήσεων και ελάχιστο ποσοστό για μη συγκεκριμένο λόγο (2%). Τέλος οι Γάλλοι καταναλωτές φαίνεται να επηρεάζονται ισόποσα από το φαρμακείο που θα βρουν πρώτο ανοικτό (τυχαία επιλογή) (10%) με το να επιλέγουν φαρμακείο που θα έχει φθηνότερο προϊόν για την ίδια δράση (10%).

A.29. Η τελευταία διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος που σας προξένησε το ενδιαφέρον ήταν:

Όπως έχουμε δει σε προηγούμενες ερωτήσεις, οι διαφημίσεις παίζουν μικρό ρόλο για τα περισσότερα προϊόντα των φαρμακείων και ίσως σημαντικότερο για τα καλλυντικά. Η ερώτηση σχετικά με την τελευταία διαφήμιση προϊόντος που πωλείται σε φαρμακείο που σας προξένησε το ενδιαφέρον, παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταναλωτών των τριών κρατών ($p=0,019$) (Πίνακας 14).



Διάγραμμα 33: Τελευταία παρατηρημένη διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος από τους καταναλωτές.

Οι Γάλλοι καταναλωτές διαφοροποιούνται από τους Έλληνες και Βούλγαρους δηλώνοντας σε ποσοστό 36% ότι δεν έχουν προσέξει καμία διαφήμιση, λίγοι έχουν δει στην

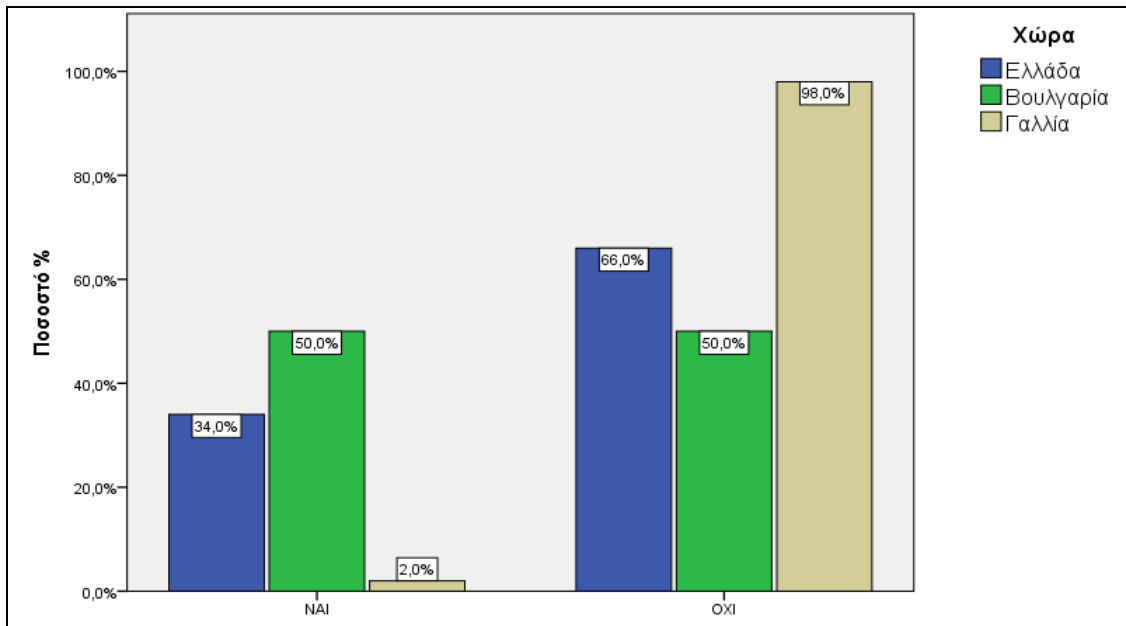
τηλεόραση (20%), σε κάποιο περιοδικό (12%) ή άλλου (16%). Αντίθετα οι Έλληνες και Βούλγαροι έχουν δει διαφήμιση στην τηλεόραση (42% και 34% αντίστοιχα), στο φαρμακείο (16% και 28% αντίστοιχα), σε φυλλάδιο (6% και 12% αντίστοιχα), στο διαδίκτυο (11% και 14% αντίστοιχα) και σε περιοδικό (10% και 6% αντίστοιχα), και αλλού (6% και 4% αντίστοιχα), με τους Βούλγαρους μόνο να απαντάνε το ραδιόφωνο (2%) (Διάγραμμα 33). Ο πίνακας 14 ενισχύει τα αποτελέσματα του παραπάνω διαγράμματος.

Πίνακας 14: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την τελευταία παρατηρημένη διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος από τους καταναλωτές.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Γαλλία-Ελλάδα	15,750	0,192
Γαλλία-Βουλγαρία	23,580	0,017
Ελλάδα-Βουλγαρία	-7,830	1,000

A.30. Θα αγοράζατε φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου;

Η τελευταία ερώτηση έχει να κάνει με τις νέες τεχνολογίες και την ύπαρξη «ηλεκτρονικών φαρμακείων», καθώς και της δυνατότητας να αγοραστούν φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου (Πίνακας 15). Παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,000$) και διαπιστώνεται ότι οι Γάλλοι καταναλωτές (σχεδόν καθολικά-98%) δεν θα αγόραζαν φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου, σε αντίθεση με τους Βούλγαρους που είναι μοιρασμένοι (50% ΝΑΙ και 50% ΟΧΙ) και τους Έλληνες που παρουσιάζουν μια λιγότερο θετική τάση σε αυτήν την προοπτική(34% ΝΑΙ και 66% ΟΧΙ) (Διάγραμμα 34).



Διάγραμμα 34: Αγορά φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου.

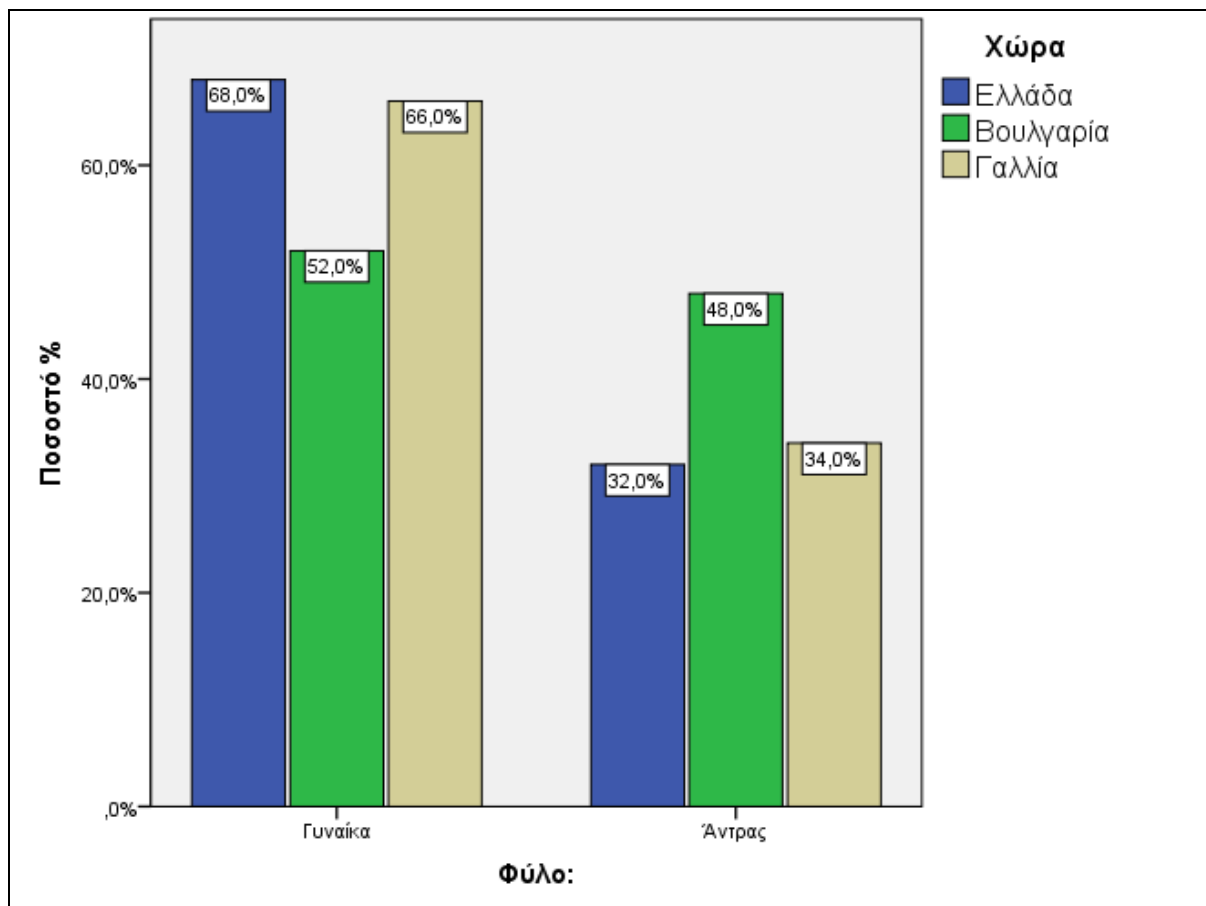
Πίνακας 15: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Βουλγαρία-Ελλάδα	12,000	0,234
Βουλγαρία-Γαλλία	-36,000	0,000
Ελλάδα-Γαλλία	-24,000	0,001

8.2. Αποτελέσματα δημογραφικών χαρακτηριστικών- Β μέρος.

Ερώτηση:

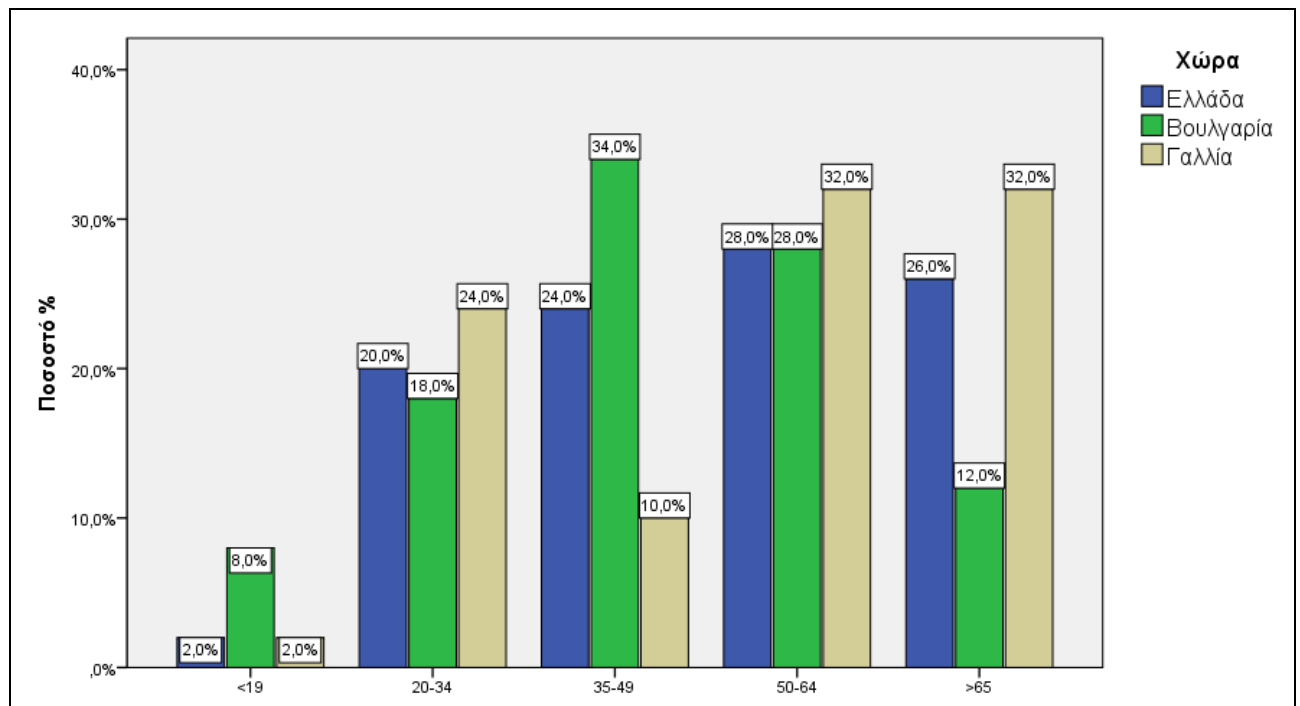
B.1. Ποιο είναι το φύλο σας;



Διάγραμμα 35: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το Φύλλο

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των πελατών των φαρμακείων και για τις 3 χώρες είναι γυναίκες. Παράλληλα ο έλεγχος KW απέδωσε τιμή $p=0.201$ καθιστώντας μη στατιστικά σημαντικές τις μικρές διαφορές στα ποσοστά των 2 φύλων μεταξύ των υπό μελέτη κρατών. Το γεγονός αυτό μας επιτρέπει να θεωρήσουμε το δείγμα μας ομοιογενές μεταξύ των κρατών, στην παράμετρο «φύλλο». Τέλος, ενδιαφέρον φαίνεται το ότι η Ελλάδα και η Γαλλία παρουσιάζουν σαφή διαχωρισμό στα ποσοστά των φύλων (με παρόμοια ποσοστά), φαινόμενο που δεν παρατηρείται για την Βουλγαρία, που τα ποσοστά είναι σχεδόν μοιρασμένα (Διάγραμμα 35).

B.2. Ποιά είναι η ηλικία σας;

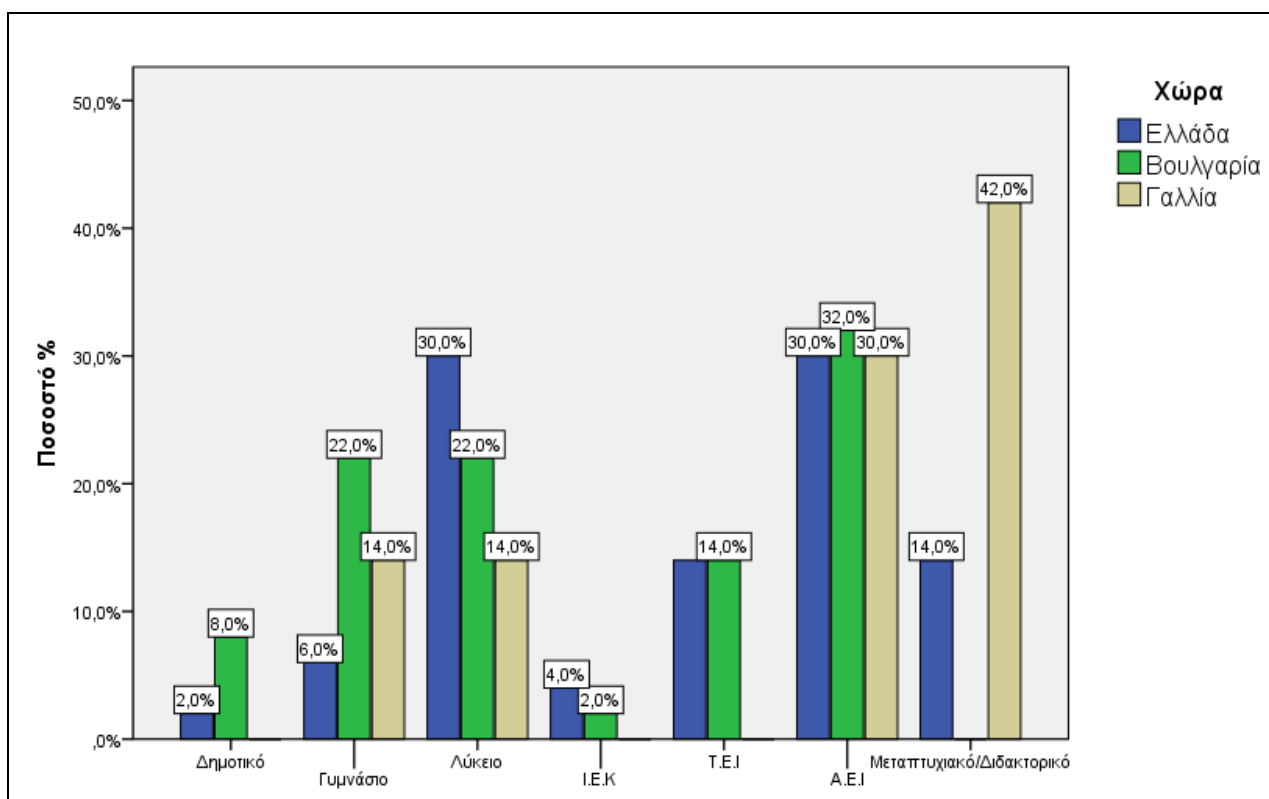


Διάγραμμα 36: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την Ηλικία.

Αναφορικά με την ηλικιακή κλάση των πελατών των φαρμακείων η παραλλακτικότητα είναι μεγάλη, όχι όμως αρκετή για να παράγει ουσιαστικές και στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0.079$). Η Γαλλία και η Ελλάδα παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά στις ηλικιακές κλάσεις 50-64 και > 65 , ενώ στην περίπτωση της Βουλγαρίας το μέγιστο παρατηρείται στην ηλικιακή κλάση των 35-49 ετών. Τα δεδομένα μας επιτρέπουν να θεωρήσουμε το δείγμα ομοιογενές, μεταξύ των κρατών, για την ηλικιακή παράμετρο (Διάγραμμα 36).

B.3. Ποιό είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

Το μορφωτικό επίπεδο είναι μια παράμετρος που διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα 3 κράτη ($p=0.000$) (Πίνακας 16). Η διαφορά αυτή είναι εμφανής και από το διάγραμμα, καθώς ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 42% των Γάλλων πελατών, παρουσιάζεται να έχει μετά τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ κανένας Βούλγαρος δεν βρίσκεται στην ίδια κλάση. Αρκετά κοντινά και για τα 3 κράτη είναι τα ποσοστά στην κλάση μόρφωσης AEI - τριτοβάθμια εκπαίδευση, με παράλληλη απουσία όμως της Γαλλίας στην κλάση TEI, IEK και δημοτικό (Διάγραμμα 37).



Διάγραμμα 37: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το μορφωτικό επίπεδο.

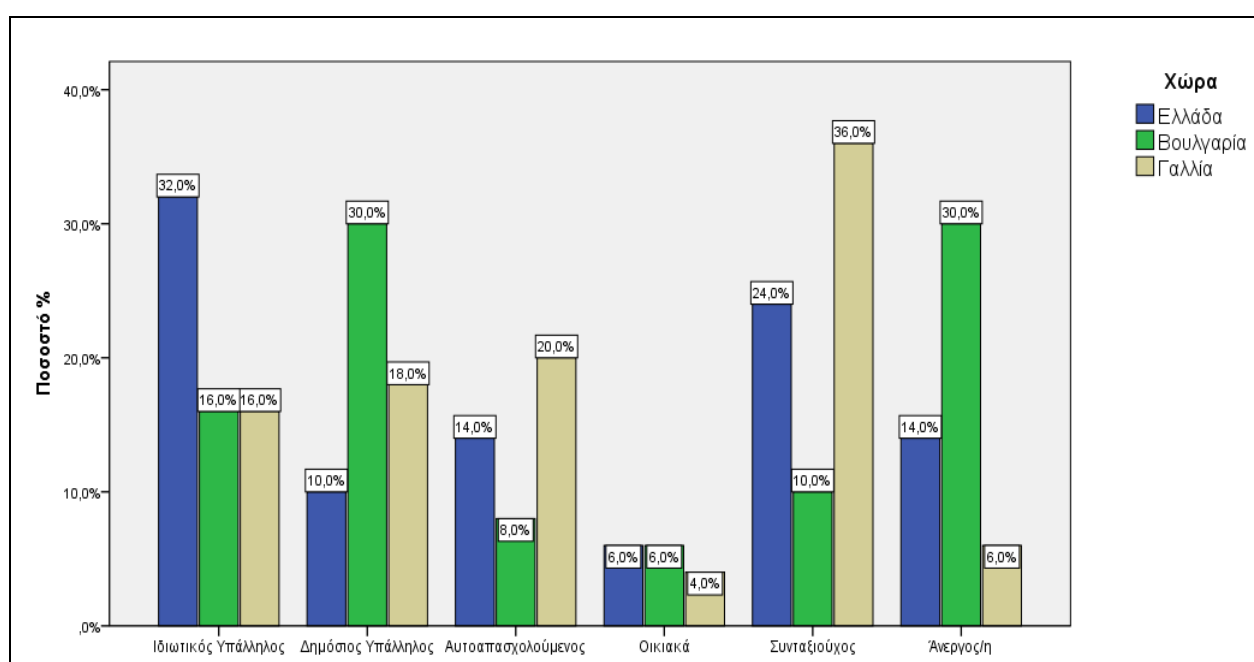
Η παραλλακτικότητα που προκύπτει, μπορεί να οφείλεται σε κάποιο βαθμό και στις διαφορές που υπάρχουν στα εκπαιδευτικά συστήματα των κρατών, παρατήρηση όμως που δεν αναιρεί την αξία του αποτελέσματος για την παρούσα έρευνα. Από τα αποτελέσματα καθίσταται σαφές ότι το μορφωτικό επίπεδο διαφέρει μεταξύ των κρατών και οι διαφορές αυτές έγκεινται μεταξύ της Γαλλίας και των 2 βαλκανικών κρατών (μεταξύ τους δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά), όπως φαίνεται από τον έλεγχο ανά ζεύγη με το τεστ Mann-Witney U (Πίνακας 16):

Συμπεραίνουμε, δηλαδή ότι το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα διαφορετικότητας μεταξύ των πελατών φαρμακείων στις τρεις υπό μελέτη χώρες και συγκεκριμένα μεταξύ των Γάλλων καταναλωτών και των Ελλήνων και Βούλγαρων.

Πίνακας 16: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για το μορφωτικό επίπεδο των καταναλωτών.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig.(p)
Βουλγαρία-Ελλάδα	19,040	0,074
Βουλγαρία-Γαλλία	-39,430	0,000
Ελλάδα-Γαλλία	-20,390	0,048

B.4. Ποιό από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια απασχόλησή σας;

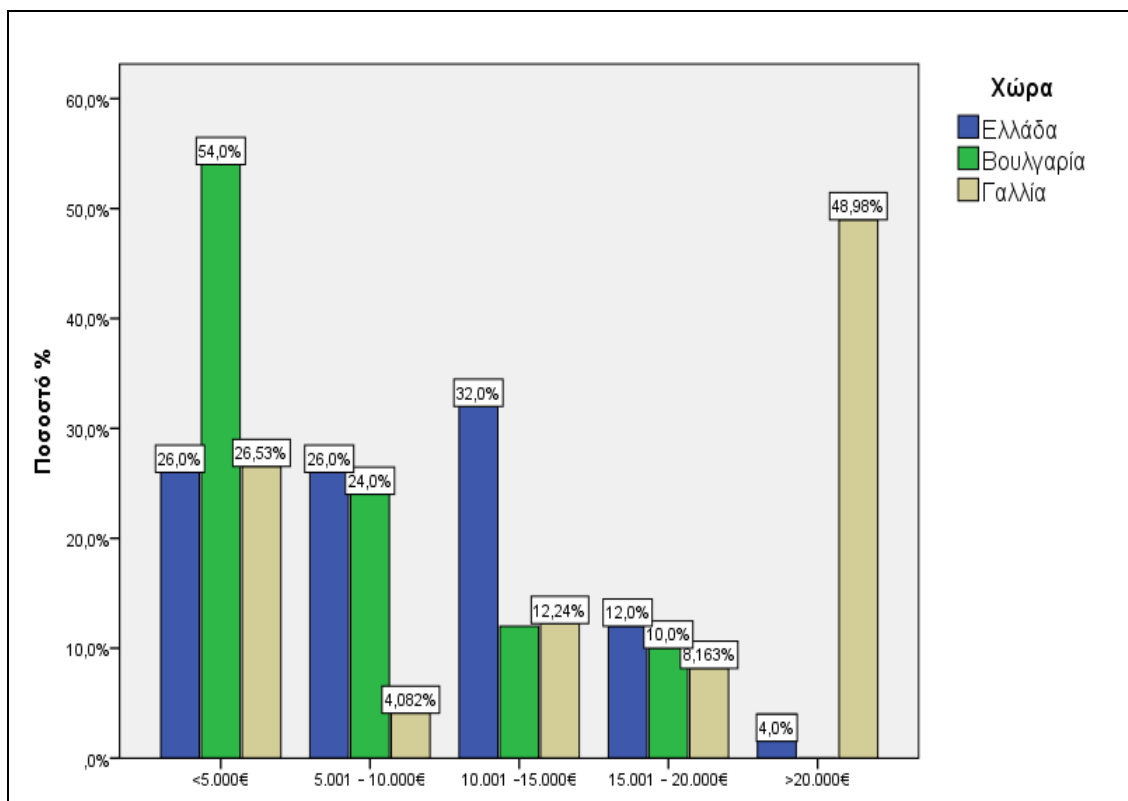


Διάγραμμα 38: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το επάγγελμα.

Το επάγγελμα των πελατών των φαρμακείων δεν αποτελεί παράγοντα με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κρατών ($p=0,540$). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα χαμηλά ποσοστά για όλα τα κράτη στα οικιακά και το αρκετά μεγάλο ποσοστό άνεργων στην Βουλγαρία. Επιπρόσθετα, ενδιαφέρει παρουσιάζει ότι στην Ελλάδα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, δημόσιοι υπάλληλοι, στην Βουλγαρία είναι άνεργοι και στην Γαλλία συνταξιούχοι. Ταυτόχρονα, οι απαντήσεις "εργάτης" και "αγρότης" συγκέντρωσαν μηδενικά ποσοστά σε όλα τα κράτη. Παρόλα αυτά, τα δεδομένα μας επιτρέπουν να θεωρήσουμε το δείγμα ομοιογενές μεταξύ των κρατών για την παράμετρο της κύριας απασχόλησης (Διάγραμμα 38).

B.5. Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημά σας;

Το ετήσιο εισόδημα είναι μια παράμετρος που φαίνεται να διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα 3 κράτη ($p=0.000$) (Πίνακας 17). Διαφορά που είναι εμφανής και από το διάγραμμα, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 49% των Γάλλων πελατών βρίσκεται στην οικονομική κλάση των >20.000 ευρώ, ενώ των Βουλγάρων σε ποσοστό 54% στην οικονομική κλάση <5.000 ευρώ (Διάγραμμα 39). Το μεγαλύτερο ποσοστό για τους Έλληνες καταναλωτές (32%) ανήκει στην οικονομική κλάση των 10.000-15.000 ευρώ.



Διάγραμμα 38: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το εισόδημα.

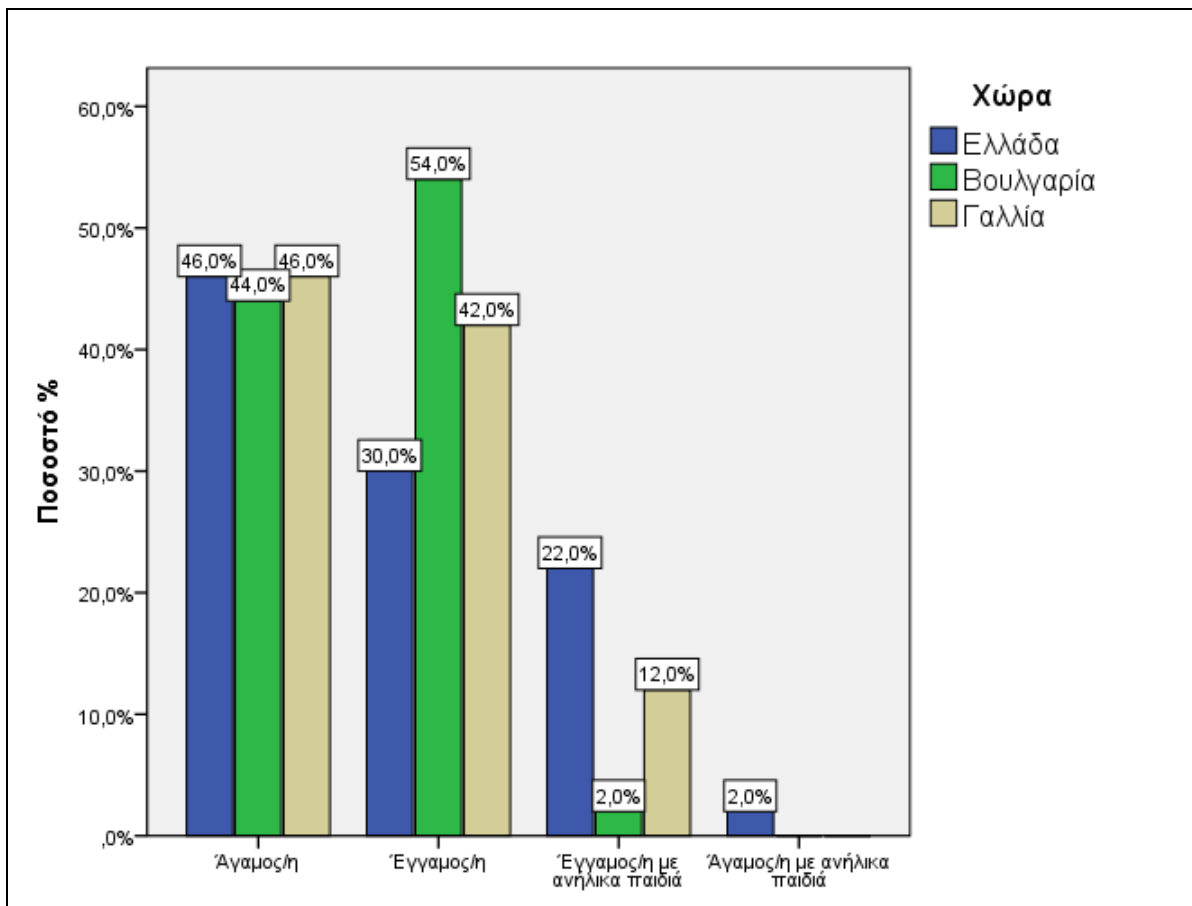
Ο έλεγχος ανά ζεύγη αποδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές (έστω και οριακά - marginal effect- στην περίπτωση Ελλάδας – Βουλγαρίας) μεταξύ και των τριών κρατών αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των πελατών των φαρμακείων.

Πίνακας 17: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για το εισόδημα των καταναλωτών.

Pairwise Comparisons of Χώρα		
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Adj. Sig. (p)
Βουλγαρία-Ελλάδα	20,460	0,043
Βουλγαρία-Γαλλία	-44,196	0,000
Ελλάδα-Γαλλία	-23,736	0,014

Συμπεραίνουμε δηλαδή ότι το οικονομικό επίπεδο αποτελεί τον δεύτερο (κατά σειρά παραγόντων δημογραφικής ανάλυσης) παράγοντα διαφορετικότητας μεταξύ των πελατών φαρμακείων στις τρεις υπό μελέτη χώρες, αλλά καθολικό μεταξύ και των τριών.

B.6. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

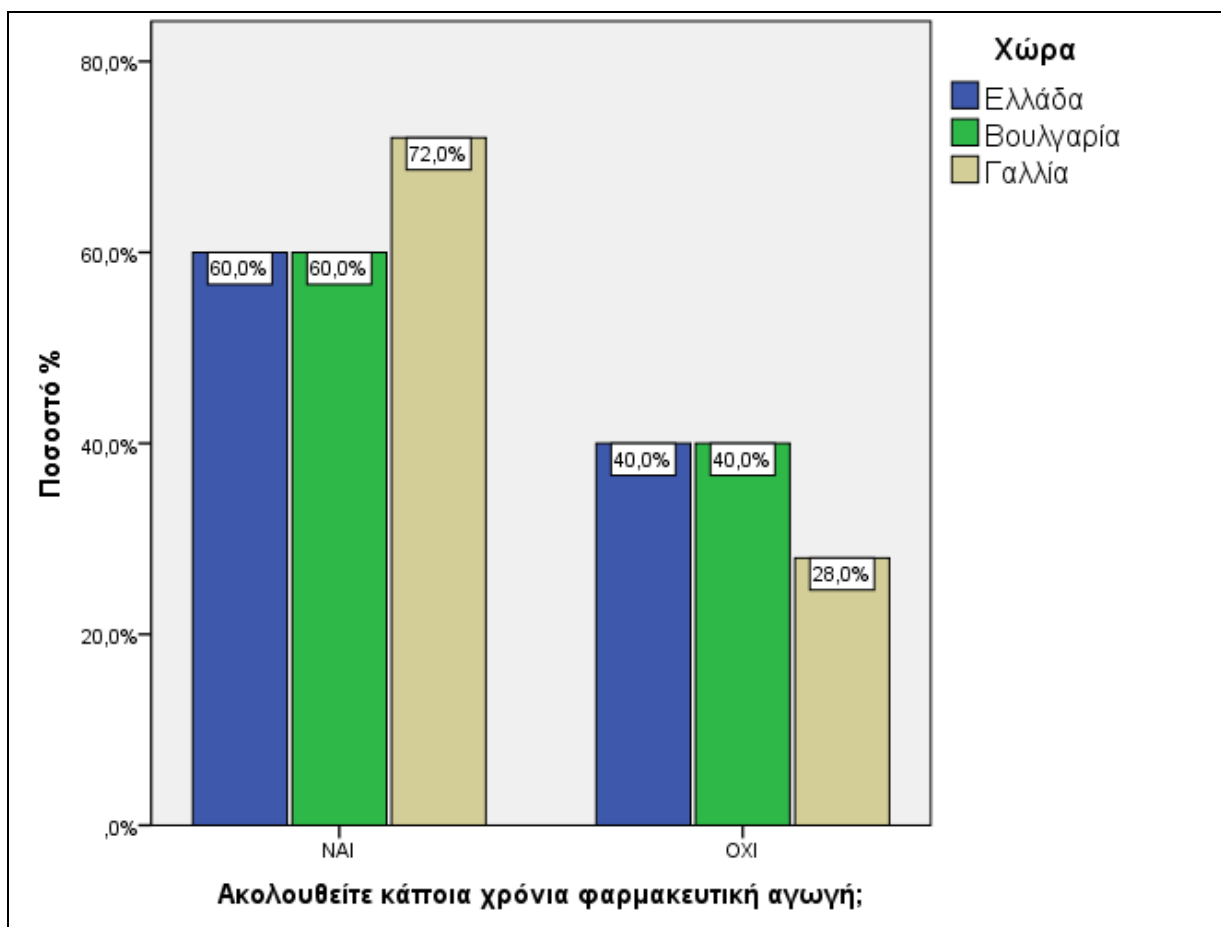


Διάγραμμα 39: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την οικογενειακή κατάσταση.

Η παράμετρος "οικογενειακή κατάσταση του πελάτη" δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των κρατών ($p=0,608$). Τα ποσοστά μεταξύ άγαμων και έγγαμων με ή χωρίς ανήλικα παιδιά είναι σχεδόν μοιρασμένα. Η οικογενειακή κατάσταση δεν αποτελεί παράγοντα ανομοιογένειας των δεδομένων μεταξύ των κρατών (Διάγραμμα 39).

B.7. Ακολουθείτε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή;

Τελευταία δημογραφική ερώτηση είναι αν ο πελάτης ακολουθεί κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή, στην οποία η πλειοψηφία απάντησε καταφατικά, με τα ποσοστά μεταξύ των κρατών να είναι ίδια για την Ελλάδα και την Βουλγαρία και ελαφρώς αυξημένα για την Γαλλία (στην απάντηση "ΝΑΙ") (Διάγραμμα 40). Από τα δεδομένα μας, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,355$) και μπορούμε με ασφάλεια να θεωρήσουμε το δείγμα ομοιογενές μεταξύ των κρατών για την παράμετρο αυτή.



Διάγραμμα 40: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την χρόνια φαρμακευτική αγωγή πελατών.

8.3 Συσχετίσεις

Στη συνέχεια ακολουθεί ένα επιπρόσθετο κομμάτι αναλύσεων και αφορά τις συσχετίσεις κάποιων μεταβλητών της έρευνας. Συγκεκριμένα, εξετάζεται η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών μεταβλητών και των μεταβλητών του καταναλωτικού προφίλ για κάθε κράτος. Εξαιρούνται από την περαιτέρω ανάλυση η δημογραφική ερώτηση για το επάγγελμα και οι ερωτήσεις που οι απαντήσεις τους είναι ποιοτικές, μη ιεραρχικές (γιατρός, φήμη κτλ), καθώς είναι δυνατό να επεξηγηθούν τέτοιες συσχετίσεις. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μεταβλητές που είχαν τουλάχιστον μια συσχέτιση (εμφανίζονται με κίτρινη σκίαση για κάθε χώρα ξεχωριστά):

Ο πρώτος πίνακας (Πίνακας 18) αφορά τις συσχετίσεις που προκύπτουν για την χώρα της Ελλάδας:

Αρχικά, το φύλο φαίνεται να συσχετίζεται μόνο με την ερώτηση αν αγοράζεται καλλυντικά ή/και άλλα προϊόντα περιποίησης, με χαμηλό βαθμό θετικής συσχέτισης, δηλαδή προβάλλεται η τάση των περισσότερων αντρών να μην τα αγοράζουν όσο οι γυναίκες.

Η ηλικία συσχετίζεται σε χαμηλό βαθμό θετικά με τις ερωτήσεις για αγορά καλλυντικών και για αγορά μέσω διαδικτύου, και σε χαμηλό βαθμό αρνητικά με την αγορά σταθερά, από ένα φαρμακείο. Επεξηγηματικά, όσο αυξάνεται η ηλικία, οι Έλληνες καταναλωτές τείνουν να μην αγοράζουν καλλυντικά ή προϊόντα μέσω διαδικτύου και να επιλέγουν ένα συγκεκριμένο φαρμακείο για τις αγορές τους.

Έπειτα, το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται σε χαμηλό βαθμό αρνητικά με την αγορά καλλυντικών και την αγορά προϊόντων μέσω διαδικτύου. Δηλαδή, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, αυξάνεται η θετική απόκριση για αγορά καλλυντικών και προϊόντων μέσω διαδικτύου.

Αντιθέτως, η παράμετρος του ετήσιου εισοδήματος δεν παρουσιάζει συσχετίσεις.

Η οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζει χαμηλό βαθμό θετικής συσχέτισης με τα χρήματα που ξοδεύονται συνολικά για τις αγορές στο φαρμακείο το μήνα; το πόσο συχνά αγοράζουν οι καταναλωτές συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα, το μηνιαίο ποσό εξόδων για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων και την αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ έχει χαμηλό βαθμό αρνητικής συσχέτισης με το αν ψωνίζουν σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα. Όσο περισσότερα, δηλαδή είναι τα άτομα σε μια οικογένεια, τόσο τείνουν να αυξάνονται τα φαρμακευτικά τους έξοδα (και για ΜΣΦ),

η συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ μειώνεται η θετική απόκριση της αγοράς ΜΗΣΥΦΑ και επιλέγεται ένα φαρμακείο για τις αγορές τους.

Πίνακας 18: Συσχετίσεις που αφορούν την Ελλάδα.

Kendall's tau_b Correlations *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		Φύλο:	Ποιά είναι η ηλικία σας;	Ποιό είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;	Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημά σας;	Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Ακολουθείτε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή;
Πόσα χρήματα ξοδεύετε για τις συνολικές αγορές σας στο φαρμακείο το μήνα;	Correlation Coefficient	-0,116	0,117	-0,075	0,113	0,376**	-0,141
	Sig. (2-tailed)	0,341	0,292	0,497	0,310	0,001	0,248
	N	50	50	50	50	50	50
Πόσο συχνά αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;	Correlation Coefficient	0,161	0,155	-0,108	-0,006	0,329*	-0,196
	Sig. (2-tailed)	0,285	0,259	0,423	0,966	0,020	0,194
	N	45	45	45	45	45	45
Πόσα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων;	Correlation Coefficient	0,015	0,179	-0,177	0,033	0,284*	-0,194
	Sig. (2-tailed)	0,912	0,150	0,149	0,792	0,028	0,156
	N	45	45	45	45	45	45
Αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Correlation Coefficient	0,168	0,241	-0,244	0,043	0,268*	-0,022
	Sig. (2-tailed)	0,238	0,063	0,058	0,742	0,046	0,876
	N	50	50	50	50	50	50
Αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής;	Correlation Coefficient	0,176	-0,016	0,038	0,020	-0,042	-0,181
	Sig. (2-tailed)	0,217	0,904	0,770	0,879	0,753	0,205
	N	50	50	50	50	50	50
Αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης;	Correlation Coefficient	0,342*	0,317*	-0,303*	-0,190	0,150	-0,313*
	Sig. (2-tailed)	0,017	0,015	0,018	0,145	0,265	0,029
	N	50	50	50	50	50	50
Ψωνίζετε σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα;	Correlation Coefficient	0,082	-0,270*	0,240	0,215	-0,318*	0,168
	Sig. (2-tailed)	0,565	0,038	0,061	0,099	0,018	0,241
	N	50	50	50	50	50	50
Θα αγοράζατε φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου;	Correlation Coefficient	-0,051	0,339**	-0,336**	0,006	-0,019	-0,276
	Sig. (2-tailed)	0,723	0,009	0,009	0,966	0,886	0,054
	N	50	50	50	50	50	50

Επιπρόσθετα, η παρακολούθηση κάποιας χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής συσχετίζεται σε χαμηλό βαθμό αρνητικά με την αγορά καλλυντικών. Το γεγονός αφορά τους πελάτες που δεν ακολουθούν κάποια χρόνια αγωγή και έτσι τείνουν να αγοράζουν καλλυντικά. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς υπάρχει εσωτερική συσχέτιση

μεταξύ των δημογραφικών ερωτήσεων ηλικίας και λήψης χρόνιας αγωγής, που αποδεικνύει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τείνει να αυξάνεται η θετική απόκριση στην ερώτηση για λήψη χρόνιας αγωγής [Correlation Coefficient= -0,628, Sig. (2-tailed)= 0,000]. (Πίνακας 18)

Ο δεύτερος πίνακας (Πίνακας 19) αφορά τις συσχετίσεις που προκύπτουν για την χώρα της Βουλγαρίας:

Πίνακας 19: Συσχετίσεις που αφορούν την Βουλγαρία.

Kendall's tau_b Correlations *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		Φύλο:	Ποιά είναι η ηλικία σας;	Ποιό είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;	Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημά σας;	Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Ακολουθείτε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή;
Πόσες φορές επισκέπτεστε ένα φαρμακείο, για αγορές το μήνα;	Correlation Coefficient	0,031	0,398**	0,123	0,287*	0,282*	-0,258
	Sig. (2-tailed)	0,812	0,001	0,302	0,021	0,032	0,051
	N	50	50	50	50	50	50
Πόσα χρήματα ξοδεύετε για τις συνολικές αγορές σας στο φαρμακείο το μήνα;	Correlation Coefficient	0,368**	0,419**	0,131	0,526**	0,361**	-0,588**
	Sig. (2-tailed)	0,003	0,000	0,250	0,000	0,004	0,000
	N	50	50	50	50	50	50
Αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Correlation Coefficient	-0,346*	-0,592**	0,151	-0,385**	-0,517**	0,574**
	Sig. (2-tailed)	0,015	0,000	0,242	0,004	0,000	0,000
	N	50	50	50	50	50	50
Πόσο συχνά αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;	Correlation Coefficient	0,419**	0,414**	-0,100	0,375**	0,244	-0,415**
	Sig. (2-tailed)	0,005	0,003	0,454	0,007	0,097	0,005
	N	43	43	43	43	43	43
Πόσα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων;	Correlation Coefficient	0,248	0,428**	-0,056	0,290*	0,323*	-0,582**
	Sig. (2-tailed)	0,079	0,001	0,657	0,027	0,021	0,000
	N	43	43	43	43	43	43
Πόσο συχνά αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;	Correlation Coefficient	0,094	0,208	0,173	0,405**	0,052	-0,302*
	Sig. (2-tailed)	0,531	0,129	0,204	0,004	0,726	0,045
	N	45	45	45	45	45	45
Αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης;	Correlation Coefficient	0,530**	0,539**	-0,017	0,244	0,380**	-0,357*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,892	0,068	0,007	0,012
	N	50	50	50	50	50	50
Ψωνίζετε σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα;	Correlation Coefficient	-0,164	-0,280*	0,084	0,017	-0,122	0,229
	Sig. (2-tailed)	0,251	0,031	0,515	0,898	0,389	0,108
	N	50	50	50	50	50	50
Θα αγοράζατε φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου;	Correlation Coefficient	0,240	0,615**	-0,198	0,034	0,519**	-0,408**
	Sig. (2-tailed)	0,093	0,000	0,124	0,798	0,000	0,004
	N	50	50	50	50	50	50

Με βάση τον πίνακα συσχετίσεων για την Βουλγαρία, εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με τους άντρες, που τείνουν να ξοδεύουν περισσότερα από τις γυναίκες στις αγορές τους στο φαρμακείο, να αγοράζουν περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα και πιο συχνά και να αποφεύγουν την αγορά καλλυντικών.

Όσο αυξάνεται η ηλικία, οι Βούλγαροι πελάτες τείνουν να επισκέπτονται περισσότερες φορές το φαρμακείο και να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα. Αυξάνεται η αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το ποσό των χρημάτων που ξοδεύουν για αυτά και το πόσες φορές, μηνιαίως, επισκέπτονται το φαρμακείο για να τα αγοράσουν. Επιπλέον, με την ηλικιακή αύξηση, μειώνονται οι αγορές καλλυντικών και η τάση να εμπιστευτούν το διαδίκτυο για τις αγορές τους, ενώ παρατηρείται η τάση επιλογής ενός μόνο φαρμακείου, σταθερά.

Το μορφωτικό επίπεδο των Βούλγαρων καταναλωτών δεν παρουσιάζει συσχέτιση με κάποια παράμετρο του καταναλωτικού προφίλ.

Επιπρόσθετα, όσο αυξάνεται η εισοδηματική κλάση, οι πελάτες τείνουν να επισκέπτονται περισσότερες φορές το φαρμακείο και να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα. Έτσι, παρατηρείται αύξηση της αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των χρημάτων που ξοδεύουν για αυτά και το πόσες φορές επισκέπτονται το φαρμακείο για να τα αποκτήσουν, ενώ αυξάνεται και συχνότητα αγοράς ΜΗΣΥΦΑ.

Έπειτα, όσο αυξάνεται το μέγεθος της οικογένειας, οι πελάτες τείνουν να επισκέπτονται περισσότερες φορές το φαρμακείο και να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα. Αυξάνεται η αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων και το χρηματικό ποσό που ξοδεύουν για αυτά. Τέλος, μειώνονται οι αγορές καλλυντικών και η τάση να εμπιστευτούν το διαδίκτυο για τις αγορές τους.

Όσο για τους πελάτες που ακολουθούν κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή, τείνουν να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, γενικότερα, στο φαρμακείο το μήνα. Αγοράζουν συνταγογραφούμενα φάρμακα με μεγαλύτερη συχνότητα, ξοδεύοντας περισσότερα χρήματα. Παράλληλα τείνουν να αγοράζουν πιο συχνά ΜΗΣΥΦΑ, να μην αγοράζουν καλλυντικά και να μην εμπιστεύονται το διαδίκτυο για τις αγορές τους (Πίνακας 19).

Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 20) προκύπτει από την Γαλλία.

Πίνακας 20: Συσχετίσεις που αφορούν την Γαλλία.

Kendall's tau_b Correlations *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		Φύλο:	Ποιά είναι η ηλικία σας;	Ποιό είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;	Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημά σας;	Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Ακολουθείτε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή;
Θα επιλέγατε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα επειδή είναι σε προσφορά	Correlation Coefficient	0,036	0,033	0,248*	0,111	0,060	0,002
	Sig. (2-tailed)	0,787	0,788	0,043	0,370	0,639	0,991
	N	50	50	50	49	50	50
Πόσες φορές επισκέπτεστε ένα φαρμακείο, για αγορές το μήνα;	Correlation Coefficient	-0,038	-0,029	0,207	0,262*	0,130	-0,141
	Sig. (2-tailed)	0,779	0,818	0,100	0,040	0,321	0,300
	N	50	50	50	49	50	50
Αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Correlation Coefficient	-0,046	-0,228	-0,112	-0,324*	-0,063	0,262
	Sig. (2-tailed)	0,746	0,083	0,399	0,016	0,645	0,067
	N	50	50	50	49	50	50
Πόσα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων;	Correlation Coefficient	-0,063	0,146	-0,008	0,299*	-0,179	-0,149
	Sig. (2-tailed)	0,652	0,261	0,953	0,023	0,185	0,287
	N	43	43	43	43	43	43
Αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Correlation Coefficient	0,289*	0,317*	0,175	0,069	0,048	-0,038
	Sig. (2-tailed)	0,043	0,016	0,186	0,608	0,727	0,793
	N	50	50	50	49	50	50
Πόσο συχνά αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;	Correlation Coefficient	0,333*	0,062	-0,161	0,092	0,107	-0,004
	Sig. (2-tailed)	0,043	0,680	0,287	0,549	0,496	0,981
	N	38	38	38	37	38	38
Πόσα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων;	Correlation Coefficient	0,309*	0,178	0,190	0,297*	0,055	-0,220
	Sig. (2-tailed)	0,042	0,200	0,175	0,037	0,703	0,148
	N	38	38	38	37	38	38
Αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής;	Correlation Coefficient	-0,017	0,144	-0,313*	-0,037	-0,143	0,055
	Sig. (2-tailed)	0,904	0,274	0,018	0,784	0,296	0,703
	N	50	50	50	49	50	50
Πόσο συχνά αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής το μήνα;	Correlation Coefficient	0,279	-0,185	-0,465*	-0,245	-0,099	0,081
	Sig. (2-tailed)	0,224	0,379	0,034	0,253	0,649	0,725
	N	20	20	20	20	20	20
Αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης;	Correlation Coefficient	0,287*	0,164	0,056	0,047	-0,165	-0,165
	Sig. (2-tailed)	0,045	0,212	0,673	0,726	0,228	0,247
	N	50	50	50	49	50	50
Πόσο συχνά αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης το μήνα;	Correlation Coefficient	-0,150	-0,295*	0,119	0,069	-0,284*	-0,093
	Sig. (2-tailed)	0,288	0,023	0,364	0,603	0,037	0,514
	N	50	50	50	49	50	50
Ψωνίζετε σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα;	Correlation Coefficient	0,190	-0,253	-0,032	-0,052	-0,329*	0,067
	Sig. (2-tailed)	0,184	0,054	0,810	0,699	0,016	0,640
	N	50	50	50	49	50	50

Με βάση το διάγραμμα συσχετίσεων για την Γαλλία εξάγονται κάποια επιπρόσθετα συμπεράσματα. Αρχικά, οι άντρες τείνουν να μην αγοράζουν ΜΗΣΥΦΑ, να μην πάνε συχνά στο φαρμακείο για αυτά, να ξοδεύουν λιγότερα σε σχέση με τις γυναίκες και να αποφεύγουν την αγορά καλλυντικών.

Με την αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών, μειώνεται η τάση αγοράς ΜΗΣΥΦΑ και η συχνότητα αγοράς καλλυντικών.

Το βελτιωμένο μορφωτικό επίπεδο, επιδρά αρνητικά στην τάση για αγορά ενός προϊόντος που βρίσκεται σε προσφορά. Αντίθετα, επιδρά θετικά στην τάση για αγορά και στην συχνότητα αγοράς βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής.

Όσο αυξάνεται το εισόδημα, οι Γάλλοι πελάτες τείνουν να επισκέπτονται περισσότερες φορές το φαρμακείο. Παράλληλα, αυξάνεται η αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το ποσό που ξοδεύουν για αυτά καθώς και για την αγορά ΜΗΣΥΦΑ.

Επιπλέον, όσο αυξάνεται το μέγεθος της οικογένειας, οι πελάτες τείνουν να μειώνουν την συχνότητα αγοράς καλλυντικών, ενώ τείνουν να επιλέγουν σταθερά ένα φαρμακείο για τις αγορές τους.

Κλείνοντας, η λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής, δεν συσχετίζεται με κάποια παράμετρο του καταναλωτικού προφίλ των Γάλλων (Πίνακας 20).

9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Καταναλωτικό προφίλ

1. Οι καταναλωτές και των τριών χωρών ενημερώνονται κυρίως, από τον θεράποντα ιατρό για τα προϊόντα που αγοράζουν στο φαρμακείο. Σε σημαντικό βαθμό επίσης λαμβάνουν πληροφορίες και από τον φαρμακοποιό. Οι διαφημίσεις δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή τους. Οι Γάλλοι, αντίθετα με τους Έλληνες και Βούλγαρους καταναλωτές, έχουν την τάση να δίνουν σημασία σε πληροφορίες που προέρχονται από διάφορες πηγές και κυρίως σε συγγενείς-φίλους, ενώ οι Βούλγαροι και οι Έλληνες δίνουν μικρή βαρύτητα σε αυτούς, τις διαφημίσεις και άλλες πηγές. Τα κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων από τους σημερινούς καταναλωτές μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι εμπίπτουν στον όρο ιατρικά, περισσότερο από κάποια άλλη κατηγορία.
2. Σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα που είναι σε προσφορά, οι οικονομικά ασθενέστεροι Βούλγαροι εμφανίζουν θετική στάση για τα συγκεκριμένα προϊόντα, ενώ πολλοί Έλληνες δεν θα τα επέλεγαν. Οι Γάλλοι, πλειοψηφικά, θα αγόραζαν τα συγκεκριμένα σκευάσματα αν και δεν διαφαίνεται οικονομικός λόγος στο παρασκήνιο για αυτή την επιλογή τους και μάλλον είναι θέμα ιδιοσυγκρασίας. Οι καταναλωτές παρουσιάζουν αρκετά διαφορετικό προφίλ αναφορικά με τις προσφορές/εκπτώσεις των φαρμακευτικών προϊόντων.
3. Οι Βούλγαροι καταναλωτές επισκέπτονται με μεγαλύτερη συχνότητα το φαρμακείο (2-6 φορές/μήνα) για τις αγορές τους, σε σχέση με τους Γάλλους και Έλληνες, που κατά βάση σε δυο επισκέψεις πραγματοποιούν όλες τις αγορές του μήνα.
4. Οι Βούλγαροι καταναλωτές ξοδεύουν συνολικά τα περισσότερα χρήματα το μήνα στο φαρμακείο για τις αγορές τους. Συγκεκριμένα οι Έλληνες και οι Γάλλοι επισκέπτονται δυο φορές τον μήνα κατά μέσο όρο το φαρμακείο, ενώ οι Βούλγαροι τρεις. Όπως αποδεικνύεται από την έρευνα, τα περισσότερα χρήματα συνολικά τον μήνα τα ξοδεύουν οι Βούλγαροι (33€) ακολουθούν οι Έλληνες (26€) και τέλος οι Γάλλοι (21€). Από την άλλη πλευρά, αν εξετάσουμε τα χρήματα ανά επίσκεψη στο φαρμακείο τότε οι Έλληνες καταναλωτές ξοδεύουν κατά μέσο όρο 13 ευρώ σε κάθε επίσκεψη στο φαρμακείο, στην δεύτερη θέση είναι οι Βούλγαροι με 11 ευρώ και τρίτη οι Γάλλοι με 10,5 ευρώ. Οι καταναλωτές παρουσιάζουν διαφορετικό προφίλ σε σχέση με την συχνότητα επίσκεψης και τα έξοδα που πραγματοποιούν σε ένα φαρμακείο.

5. Η συντριπτική πλειοψηφία καταναλωτών και στα τρία κράτη της έρευνας αγοράζει συνταγογραφούμενα φάρμακα, με τους Έλληνες να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες αγοράζουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ), με τους Βούλγαρους να επικρατούν ποσοστιαία. Αναφορικά με τις βιταμίνες και / ή τα συμπληρώματα διατροφής οι περισσότεροι καταναλωτές φαρμακείων δεν τα αγοράζουν και οι Βούλγαροι είναι αυτοί που τα επιλέγουν λιγότερο από όλους. Τέλος, ικανοποιητικά είναι τα ποσοστά των πελατών των φαρμακείων που αγοράζουν καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης. Συμπερασματικά, οι πελάτες και των τριών χωρών εκτός από τα φάρμακα, τα άλλα προϊόντα που αγοράζουν σε ικανοποιητική συχνότητα είναι τα καλλυντικά και τα προϊόντα περιποίησης. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει μια ομοιότητα καταναλωτικού προφίλ σε σχέση με την συνήθεια των πελατών να φροντίζουν για την περιποίησή τους, ανεξάρτητα από εξωτερικούς παράγοντες (κοινωνικό-πολιτικό-οικονομικούς).
6. Σχετικά με την συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι Έλληνες και οι Γάλλοι καταναλωτές τα αγοράζουν μία φορά τον μήνα σε σχέση με τους Βούλγαρους που το κάνουν πιο συχνά. Αναλόγως, δρουν οι καταναλωτές και για τα ΜΗΣΥΦΑ, με τους Βούλγαρους να προβαίνουν έως 5 φορές το μήνα, σε αγορά τους. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και για τις βιταμίνες ή/και συμπληρώματα διατροφής, που βέβαια λαμβάνουν πολύ μικρό δείγμα θετικών απαντήσεων. Επιπρόσθετα, οι Βούλγαροι αγοράζουν καλλυντικά σκευάσματα, συχνότερα έναντι των υπολοίπων.
7. Τα συμπεράσματα για την συχνότητα αγοράς, εμφανίζονται άμεσα σχετιζόμενα με τα αποτελέσματα του "πόσα χρήματα ξοδεύουν οι καταναλωτές για την αγορά των διαφόρων σκευασμάτων". Συγκεκριμένα για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα οι Γάλλοι ξοδεύουν τα λιγότερα συγκριτικά με τους Βούλγαρους, που δίνουν τα πιο πολλά χρήματα- διαφαίνεται ότι οι Βούλγαροι καταναλωτές αγοράζουν συχνότερα και ξοδεύουν περισσότερα χρήματα, για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αν και ποσοτικά, παρουσιάζονται ελαφρώς λιγότεροι από του Έλληνες και Γάλλους. Αναφορικά με τα ΜΗΣΥΦΑ και τις βιταμίνες ξοδεύονται κατά πλειοψηφία περί τα 15-20€. Αν και σε μικρό μέρος του δείγματος, φαίνεται να ξοδεύονται περισσότερα χρήματα σε βιταμίνες ή/και συμπληρώματα διατροφής από ότι σε ΜΗΣΥΦΑ. Σε ότι αφορά τα καλλυντικά, οι Έλληνες (σε μία επίσκεψη) φαίνεται να επιλέγουν τα ακριβά προϊόντα (άνω των 20€) κι όχι τις φθηνότερες λύσεις, οι Βούλγαροι όσα είναι σε μεσαίες τιμές και οι Γάλλοι παρουσιάζονται πιο ανεξάρτητοι στις επιλογές τους σε σχέση με την τιμή των

σκευασμάτων. Παρουσιάζονται λοιπόν, διακριτές διαφορές στο καταναλωτικό προφίλ των κατοίκων κάθε χώρας.

8. Αναλυτικά και σε ότι αφορά την πηγή ενημέρωσης των καταναλωτών για τα ΜΗΣΥΦΑ, προκύπτει ότι σε μεγάλο βαθμό, οι καταναλωτές εμπιστεύονται τον φαρμακοποιό για την ενημέρωσή τους. Επιπλέον, οι Έλληνες ακολουθούν την πρόταση του γιατρού τους, ενώ πολλοί Βούλγαροι και σε μεγάλο βαθμό οι Γάλλοι «κανέναν». Ο φαρμακοποιός έχει τον κύριο λόγο επιρροής για τις βιταμίνες ή και συμπληρώματα διατροφής. Σχετικά με τα καλλυντικά, οι Έλληνες επίσης επηρεάζονται από τον φαρμακοποιό, την διαφήμιση και την κοινή γνώμη, ενώ οι Βούλγαροι πιο πολύ από την διαφήμιση, ελάχιστα από τον φαρμακοποιό και σχεδόν καθόλου από τον γιατρό. Τέλος οι Γάλλοι επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τον φαρμακοποιό. Κλείνοντας, ως γενική αίσθηση αποτυπώνεται για τους Βούλγαρους η έλλειψη εμπιστοσύνης στη γνώμη των επιστημόνων –γιατρών και φαρμακοποιών- και σε αυτό πιθανολογείται ότι συμβάλει το φαινόμενο της οικονομικής διαφθοράς των ειδικών από τις εταιρίες, όπως αναλύθηκε στα κεφάλαια της θεωρίας.

Παρατηρείται ότι, η διαφήμιση καλλυντικών συγκεντρώνει τα υψηλότερα ποσοστά επιρροής σε σχέση με όλα τα άλλα προϊόντα που μελετήθηκαν, τα ΜΗΣΥΦΑ και τις βιταμίνες ή/και συμπληρώματα διατροφής, ως μέσο ενημέρωσης και επιρροής των πελατών. Τα ποσοστά αυτά όμως υπολείπονται σε σχέση με την επιρροή που έχει ο φαρμακοποιός στον Έλληνα και Γάλλο καταναλωτή και μόνο ο Βούλγαρος καταναλωτής παρουσιάζει ποσοστό, άνω του 30%, επιρροής αποκλειστικά από την διαφήμιση.

9. Σχετικά με την επιλογή των καταναλωτών για συνταγογραφούμενα φάρμακα για την ίδια πάθηση, η συντριπτική πλειοψηφία των καταναλωτών και των τριών κρατών αγοράζει το σκεύασμα που τους προτείνεται από τον γιατρό, ενώ επόμενος σημαντικός παράγοντας είναι η εταιρία για τους Έλληνες καταναλωτές, η φήμη του προϊόντος για τους Βούλγαρους και η τιμή για τους Γάλλους. Η διαφήμιση του προϊόντος δεν επιδρά καθόλου, η εταιρία δεν παίζει κανένα ρόλο στην Βουλγαρία, όπως ούτε η φήμη στην Γαλλία.

Οι επιλογές των καταναλωτών μεταξύ ΜΗΣΥΦΑ για την ίδια πάθηση δεν παρουσιάζουν διαφορές με τις επιλογές για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Κατά πλειοψηφία οι καταναλωτές εμπιστεύονται και αγοράζουν το ΜΗΣΥΦΑ που τους προτείνεται. Σε μικρότερο βαθμό επιρροής εντοπίζεται η παράμετρος φήμη και τιμή του προϊόντος και τέλος η εταιρία ή κάποιος άλλο παράγοντας. Η διαφήμιση δεν φαίνεται να διαδραματίζει κανένα ρόλο.

Ακόμα και για παρεμφερή βιταμίνες ή/και συμπληρώματα διατροφής, οι καταναλωτές εμπιστεύονται και αγοράζουν αυτό που τους προτείνουν, ενώ σε μικρότερο ποσοστό επηρεάζεται η απόφαση από την εταιρία και τιμή του προϊόντος. Η διαφήμιση φαίνεται να επηρεάζει ελάχιστα και μόνο τους Έλληνες καταναλωτές, ενώ η φήμη του προϊόντος παρουσιάζεται πιο σημαντική για τους Γάλλους και Βούλγαρους καταναλωτές.

Οι επιλογές των καταναλωτών για παρεμφερή καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης παρουσιάζουν ενδιαφέρον, αφού οι Έλληνες καταναλωτές επιλέγουν κυρίως με βάση "αυτό που τους προτείνουν" και την εταιρία, οι Γάλλοι με βάση την φήμη, "αυτό που τους προτείνουν" και άλλους παράγοντες, ενώ τέλος οι Βούλγαροι με βάση την "φήμη" και την εταιρία του προϊόντος.

Γενικά, παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις στην καταναλωτική συμπεριφορά μεταξύ των πελατών φαρμακείου κάθε κράτους για το τι τους επηρεάζει στην τελική απόφαση αγοράς σκευασμάτων παρεμφερούς χρήσης ιδίως όταν αυτά δεν είναι φάρμακα.

10. Οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές αποφεύγουν την αυθόρμητη αγορά σε μεγάλο ποσοστό, ενώ οι Βούλγαροι καταναλωτές υποκύπτουν σε αυτή μερικές φορές. Συμπεραίνεται ότι οι Έλληνες καταναλωτές συνήθως αγοράζουν αυθόρμητα καλλυντικά ή προϊόντα φροντίδας και υγιεινής, οι Βούλγαροι κατά μεγάλη πλειοψηφία αγοράζουν παυσίπονα και προϊόντα φροντίδας και υγιεινής και τέλος οι Γάλλοι πληθώρα προϊόντων με κύρια τα προϊόντα φροντίδας και υγιεινής και τα παυσίπονα.
11. Η μεταβολή της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών προς το καλύτερο δεν φαίνεται να επηρεάζει τους Γάλλους καταναλωτές που ως επί το πλείστον δηλώνουν ότι δεν θα άλλαζαν τις επιλογές τους ή θα αγόραζαν επιπλέον προϊόντα. Οι Έλληνες και οι Βούλγαροι καταναλωτές διχάζονται ανάμεσα στο να διατηρήσουν τις επιλογές τους και να αγοράσουν ακριβότερα ή επιπλέον προϊόντα. Από την άλλη πλευρά, σε περίπτωση επιδείνωσης της οικονομικής κατάστασης, οι Έλληνες και Γάλλοι καταναλωτές δηλώνουν ότι θα σταματήσουν να αγοράζουν καλλυντικά και προϊόντα περιποίησης και σε μικρότερο βαθμό (ερωτηθέντες και των τριών χωρών) βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής. Εντούτοις, ελάχιστο, αλλά υπαρκτό είναι το ποσοστό απαντήσεων για διακοπή αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων από όλους, ενώ οι Βούλγαροι και Γάλλοι καταναλωτές είναι διατεθειμένοι να σταματήσουν να αγοράζουν και ΜΗΣΥΦΑ.

Γενικότερα, η μεταβολή της οικονομικής κατάστασης των πελατών των φαρμακείων αναμένεται να μην επιφέρει αλλαγές στην καταναλωτική συμπεριφορά, σε σημαντικό βαθμό. Αν η οικονομική κατάσταση δεν μείνει σταθερή, τα προϊόντα που εύκολα θα

διακόψουν οι καταναλωτές είναι τα καλλυντικά και λοιπά προϊόντα φροντίδας και υγιεινής, μαζί με τις βιταμίνες και τα συμπληρώματα διατροφής.

12. Οι Έλληνες και οι Γάλλοι καταναλωτές/πελάτες παρουσιάζονται κατά πλειοψηφία να επιλέγουν σταθερά ένα φαρμακείο για τις αγορές τους σε σχέση με τους Βούλγαρους, που παρουσιάζουν μεικτές τάσεις. Σχετικά με τους Έλληνες που επιδεικνύουν πελατειακή πιστότητα, το κάνουν αρχικά γιατί εμπιστεύονται τον/την φαρμακοποιό, έπειτα λόγω κοντινής τοποθεσίας του φαρμακείου, για την πληθώρα των προϊόντων και τέλος για τις ευκολίες πληρωμής. Οι Γάλλοι επιλέγουν με βάση την εμπιστοσύνη στον φαρμακοποιό και ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι κανείς δεν επιλέγει με βάση τις ευκολίες πληρωμής. Τέλος, οι Βούλγαροι καταναλωτές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο πλησιέστερο σε αυτούς φαρμακείο και στην πληθώρα προϊόντων, ενώ σε μικρότερο ποσοστό εμπιστεύονται τον φαρμακοποιό ή τους ενδιαφέρουν οι ευκολίες πληρωμής. Φαίνεται δηλαδή ότι για τον Έλληνα πελάτη ο φαρμακοποιός παίζει τον κυριότερο ρόλο, για τον Γάλλο ο φαρμακοποιός και η απόσταση του φαρμακείου, ενώ για τον Βούλγαρο η απόσταση και η πληθώρα των προϊόντων.

Αντίθετα, όσοι επιλέγουν οποιοδήποτε φαρμακείο για τις αγορές τους, το κάνουν για διάφορους λόγους. Οι Βούλγαροι και οι Έλληνες επιλέγουν το φαρμακείο που θα βρουν πρώτο ανοιχτό, ενώ αλλάζουν φαρμακείο με βάση τα προϊόντα που θέλουν να αγοράσουν. Οι Γάλλοι καταναλωτές φαίνεται να επηρεάζονται από την τοποθεσία και την οικονομικότερη δυνατή επιλογή. Οι ίδιοι, αν και οικονομικά εύρωστοι σε σχέση με τους Έλληνες και Βούλγαρους, αναζητούν κατά πλειοψηφία το κατάστημα με το φθηνότερο σκεύασμα.

13. Πολλοί Γάλλοι δηλώνουν ότι δεν έχουν δώσει σημασία σε καμία διαφήμιση φαρμακευτικών σκευασμάτων και ελάχιστοι βλέπουν στην τηλεόραση ή σε περιοδικό. Αντίθετα οι Έλληνες και οι Βούλγαροι τις παρατηρούν στην τηλεόραση, στα φαρμακεία, σε φυλλάδια, στο διαδίκτυο και σε περιοδικό, με τους τελευταίους να είναι οι μόνοι που αντιλήφθηκαν ανάλογες διαφημίσεις στο ραδιόφωνο.
14. Σε ότι αφορά τις νέες τεχνολογίες και την ύπαρξη «διαδικτυακών φαρμακείων», καθώς και της δυνατότητας να αγοραστούν φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου, καθολικά σχεδόν, οι Γάλλοι καταναλωτές δεν θα αγόραζαν με αυτό τον τρόπο, σε αντίθεση με τους Βούλγαρους που είναι θετικά και αρνητικά κείμενοι σε αυτόν και τους Έλληνες που παρουσιάζουν λιγότερο θετική στάση.

Δημογραφικά στοιχεία

Συγκεντρωτικά από την παρουσίαση και ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών για του πελάτες φαρμακείων στην Ελλάδα, την Γαλλία και την Βουλγαρία συμπεραίνεται με ασφάλεια ότι οι γυναίκες αποτελούν τους πιο συχνούς πελάτες των φαρμακείων. Ηλικιακά, σχεδόν κάθε κλάση (από 20 –άνω των 65 ετών) αγοράζει από φαρμακείο, με μια ελαφρά τάση των Γάλλων να είναι οι γηραιότεροι. Στον τομέα της απασχόλησης, παρουσιάζονται μικρές διαφορές για τα επαγγέλματα που απαντώνται στο αστικό περιβάλλον μιας πρωτεύουσας (άνεργοι, συνταξιούχοι, δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι). Η οικογενειακή κατάσταση δεν εμφανίζει κάποια υπολογίσιμη μεταβλητότητα (άγαμοι, έγγαμοι με ή χωρίς παιδιά), όπως ούτε το αν ακολουθείται κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή ή όχι. Οι πέντε αυτές δημογραφικές παράμετροι δεν προσφέρουν σημαντική διαφοροποίηση στο δείγμα μεταξύ των χωρών που μελετώνται.

Αντίθετα, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση προκύπτει ότι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά και αποτελούν τις παραμέτρους από τις οποίες θα πηγάζουν οι διαφοροποιήσεις των επιλογών, για τους πελάτες κάθε κράτους. Διαμορφώνουν έτσι, το καταναλωτικό προφίλ τους και σε αυτές βασίζεται η ερμηνεία των αποκλίσεων-διαφορών που παρουσιάζονται. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε, το συμπερασματικό γνωμικό του Αριστοτέλη αναφορικά με τη σπουδαιότητα της μόρφωσης για τον κάθε άνθρωπο: *«Έρωτηθείς δε ο Αριστοτέλης τίνα διαφέρουν οι πεπαιδευμένοι των απαιδευτών, όζω, οι ζώντες των τεθνηκότων»*.

9.1 Προτάσεις προς τον ΕΟΦ

Οι επαγγελματίες υγείας, αλλά και οι πολίτες φαίνεται να έχουν χάσει την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Προφανής λύση στην απώλεια των αξιών αυτών θα είναι η καλή λειτουργία του οργανισμού, έτσι ώστε να εκπέμπει εμπιστοσύνη και αξιοπιστία. Για να γίνει αυτό, χρειάζεται ένας Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ) κατάλληλα στελεχωμένος, σε στενή συνεργασία με τα Πανεπιστήμια, τα Ερευνητικά κέντρα και τα Νοσοκομεία και κάθε διαδικασία του να διέπεται από την ορθή χρήση της νομοθεσίας, όχι ακυρωτικά με τις νέες ανακαλύψεις, αλλά ενισχυτικά για την υγεία των πολιτών.

9.2 Προτάσεις προς το κράτος

Στο σημείο αυτό προέχει η κρατική μέριμνα για την εξασφάλιση ενός:

- Άμεσου συστήματος αντιμετώπισης της ανεργίας και παροχής του κατώτατου μισθού σε όλους, για να έχουν όλοι δικαίωμα στην υγεία και την προσωπική τους φροντίδα.
- Δίκαιου και μόνιμου ασφαλιστικού συστήματος, για να επωφελούνται όσοι είναι νόμιμα κατοχυρωμένοι την έκπτωση του Ταμείου Ασφάλισής τους.
- Συστήματος «ιατροφαρμακευτικής» εκπαίδευσης των πολιτών, για να μην εμπίπτουν στις σε λιγότερο ικανοποιητικές επιλογές σκευασμάτων.
- Συστήματος επιδοτήσεων/επιχορηγήσεων για την έρευνα και ανάπτυξη νέων ή βελτιωμένων σκευασμάτων. Οι κοινές φαρμακευτικές εταιρείες δεν έχουν καμία υποχρέωση ή συμφέρον να επενδύσουν στην χρόνια έρευνα και ανάπτυξη, αλλά ούτε την οικονομική δυνατότητα.
- Συστήματος απονομής δικαιοσύνης σε κάθε εταιρία, ή επιστήμονα υγείας που προσπαθεί να παραπλανήσει το κοινό, προς οικονομικό όφελος του κι όχι να γίνεται αρωγός της συνήθειας αυτής.

9.3 Προτάσεις προς τις φαρμακευτικές βιομηχανίες

Οι φαρμακευτικές-καλλυντικές βιομηχανίες μέσα στον αναπτυσσόμενο κλοιό των φαρμακευτικών σκευασμάτων, καλό θα είναι να παρέχουν συγκριτική αλλά και ουσιαστική πληροφόρηση για τα προϊόντα τους. Επιπλέον, θετική θα ήταν και μία προσπάθεια ευρύτερης ενημέρωσης προς τους φαρμακοποιούς με τη βοήθεια των ιατρικών επισκεπτών, με υποχρεωτικά σεμινάρια και ημερίδες. Μια τέτοια κίνηση μπορεί να επηρεάσει τους φαρμακοποιούς, έτσι ώστε και οι ίδιοι να παρέχουν μεγαλύτερη ενημέρωση προς τους ασθενείς-καταναλωτές τους. Επιπρόσθετα, ένα διευρυμένο κανάλι άμεσης επικοινωνίας της φαρμακευτικής εταιρείας και του ασθενούς-καταναλωτή, θα οδηγήσει μόνο σε πλεονεκτήματα του καταναλωτή. Τέτοιου είδους ενημέρωση μπορεί να παρέχει χρήσιμες οδηγίες προς τους ίδιους και να τους βοηθήσει να αποφασίσουν ορθολογικά. Μια ακόμη πρόταση προς τις φαρμακευτικές βιομηχανίες είναι η ύπαρξη συμφωνιών για απόλυτη προστασία των ιατρών και φαρμακοποιών, αλλά και υποστήριξης σε περιπτώσεις λάθους συνταγογράφησης ή χορήγησης, για να αναλάβει ο κάθε συμβαλλόμενος τις ευθύνες του και να μην είναι ο πελάτης «θύμα». Φυσικά, κέρδος μπορούν να αντλήσουν από την παροχή

ποικιλίας βελτιωμένων σκευασμάτων κι όχι από την επίμονη (ορθή ή όχι) προώθηση ενός και μόνο προϊόντος, με κάθε κόστος (ακόμα και την ζωή ενός ανθρώπου).

9.4 Προτάσεις προς τους ασθενείς

Στους ασθενείς αυτό που προέχει είναι η προσωπική τους διάθεση για ενημέρωση. Οι πηγές είναι ποικίλες και άμεσα διαθέσιμες, αλλά είναι στην κριτική ευχέρεια των ίδιων ποια θα ακολουθήσουν. Είναι σημαντικό η αναζήτηση πληροφοριών να είναι δίπλευρη: όχι μόνο για τις θετικές επιρροές των σκευασμάτων, αλλά και τις αντενδείξεις ή τις εναλλακτικές λύσεις. Η άκριτη αγορά και χρήση σκευασμάτων δεν δικαιολογείται από κανένα, ακόμα και στην πιο απομακρυσμένη περιοχή. Στην κατεύθυνση αυτή συντελεί ένας συγκεκριμένος φαρμακοποιός – γιατρός της εμπιστοσύνης τους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσουν να αναζητούν συνεχώς βέλτιστες λύσεις. Σχετικά με τις τιμές, σήμερα πιο άμεσα από ποτέ, γίνεται η σύγκριση τιμών είτε με ένα τηλεφώνημα είτε μέσω του διαδικτύου, επομένως έτσι ο καταναλωτής προετοιμάζεται και δεν αποπροσανατολίζεται εύκολα με τις υψηλότερες τιμές. Εν ολίγοις, είναι πιο εύκολο να αποκτήσει «άποψη» και με την κρατική συμβολή κρατική και «παιδεία», σχετικά με το τι επιλέγει και το τι αγοράζει από το φαρμακείο. Και αν αυτό δεν ισχύει για όλους, τότε θα πρέπει να το διεκδικήσουν άμεσα.

9.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στο τέλος της εργασίας αυτής, παρουσιάζεται ένα θέμα μείζονος σημασίας, που αφορά τις προτάσεις για την εξέλιξη του φαρμακευτικού μάρκετινγκ. Σε πρώτη φάση προτείνεται να διεξαχθεί παρόμοια μελέτη, σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, αλλά και σε επαρχιακές πόλεις. Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, αλλά και την ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, κρίνεται σκόπιμο οι μελλοντικές έρευνες που θα διεξαχθούν σχετικά με το φαρμακευτικό μάρκετινγκ, να είναι περισσότερο προσανατολισμένες στους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των ασθενών-καταναλωτών και των επαγγελματιών υγείας στη χρήση, την συνταγογράφηση και την χορήγηση συνταγογραφούμενων, μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καλλυντικών και βιταμινών/συμπληρωμάτων διατροφής. Αυτό θα ήταν πιο εύκολο αν ανατεθεί η έρευνα σε ομάδα ερευνητών για πιο εξειδικευμένα και πιο αξιόπιστα αποτελέσματα.

Ακόμη, καλό θα είναι να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες για τις απόψεις των ασθενών- καταναλωτών στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι εξοικονομήσεις είναι πιο απαραίτητες απ'ότι στις ανεπτυγμένες χώρες και να γίνονται εποικοδομητικές συγκρίσεις. Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί η αναγκαιότητα επανάληψης της έρευνας σε τακτά χρονικά διαστήματα (δημιουργία μόνιμου βαρόμετρου ικανοποίησης), λόγω του γεγονότος ότι οι απαιτήσεις των πελατών μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό κυρίως συμβαίνει λόγω της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας, της οικονομίας, της νομοθεσίας, της πολιτικής κάθε χώρας, της δημιουργίας και εισαγωγής νέων υπηρεσιών, των μεταβολών στο ανταγωνιστικό πεδίο και των αλλαγών στα κοινωνικά δεδομένα.

Συμπερασματικά, είναι σαφές ότι οι εταιρίες δεν είναι κοινωφελείς οργανισμοί, αλλά ειδικά οι φαρμακευτικές δημιουργήθηκαν και υπάρχουν για να υπηρετούν «την υγεία του ανθρώπου». Σε επιστημονικό-πανεπιστημιακό επίπεδο, είναι επιτακτική ανάγκη της ενίσχυσης της έρευνας γενικότερα, με στόχο τη συστηματική προαγωγή της καινοτομίας για την κοινωνική προσφορά κι όχι μόνο για το χρηματικό όφελος (το οποίο θα είναι αναπόφευκτο όσο προσφέρονται προϊόντα βελτιωμένης σύστασης και ποιότητας).

10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κάθε έρευνα ποσοτικής μέτρησης αντιλήψεων, ενέχει περιορισμούς, καθότι στηρίζεται στις υποκειμενικές απόψεις και στάσεις των ερωτωμένων. Επιπρόσθετα, κατά τη διάρκεια της έρευνας αντιμετωπίστηκαν κάποιες δυσκολίες όσον αφορά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στις τρεις χώρες, γι' αυτό κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω περιορισμοί:

- Έλλειψη γνώσεων νομοθετικού πλαισίου για την παροχή φαρμακευτικών προϊόντων στις χώρες της Βουλγαρίας και της Γαλλίας.
- Ταχύτατες αλλαγές σε εξωγενείς παράγοντες (νομικο-πολιτικο-κοινωνικούς) της Ελλάδας.
- Αδυναμία προσωπικής επαφής με τον κάθε ερωτώμενο, για την απόκτηση προσωπικής αίσθησης της «φαρμακευτικής συμπεριφοράς» και παιδείας τους.
- Δυνατότητα διεξαγωγής έρευνας σε πολύ περιορισμένο, μικρό δείγμα συγκριτικά με τον πληθυσμό της Αθήνας, του Παρισιού και της Σόφιας, για λόγους εξοικονόμησης χρόνου και χρημάτων.
- Μη εξοικειωμένο κοινό σε ερευνητικές προσπάθειες, με αποτέλεσμα να αρνούνται να απαντήσουν, θεωρώντας ότι είναι ενέργεια προώθησης των διαφημιστικών εταιριών.
- Ένας μικρός αριθμός ερωτωμένων, πιθανώς, προτίμησε να δώσει κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις για να αποφύγει την ειλικρινή απάντηση ευαίσθητων ερωτήσεων, όπως είναι οι προσωπικές, απόρρητες ή όσες τον φέρνουν σε αμηχανία.
- Πολλά από τα αποτελέσματα είναι «προϊόντα» βιασύνης και περιορισμένου χρόνου του ερωτωμένου ή και φόβου να μην εκτεθεί δίνοντας μία λάθος απάντηση.
- Αρνητική στάση των κατοίκων της Γαλλίας στην απάντηση των ερωτηματολογίων, καθώς θεώρησαν ότι η έρευνα είναι κατευθυνόμενη από φαρμακευτική εταιρία της Ελλάδος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αθανασιάδης Θάνος, Μανιάτης Γιώργος, Ντεμούσης Φώτης**, (2013) Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ετήσια Έκθεση 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών.
- Αυλωνίτης Γ.** (2010). Ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ (ΕΕΦΑΜ): "INNOVATING IN UNCERTAIN TIMES" περίληψη διαθέσιμη ηλεκτρονικά: <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=85&articleID=11185&la=1>
- Γαβρόγλου Σταύρος**, (2013), «Ο κατώτατος μισθός στην Ελλάδα και διεθνώς», Εμπειρικά δεδομένα, πολιτικές επιλογές, Ιούλιος 2013, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, Διαθέσιμο στο: <http://www.eiead.gr/publications/docs/minimumwage.pdf>.
- Γαλλικό προξενείο** στην Ελλάδα, Διαθέσιμο στο: <http://www.ambafrance-gr.org/16-886-%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82>
- Γείτονα Μαίρη** (2013). Παρουσίαση, Εισαγωγή στα οικονομικά υγείας θεωρητική & εμπειρική προσέγγιση, http://www.eefam.gr/assets/files/ekdilosis/seminaria/HO_Introduction%20Geitona.pdf
- Γιαρενίου Μ. Μαρία**, (2012), Διπλωματική εργασία, «Ηλεκτρονική προώθηση και φαρμακευτικό μάρκετινγκ», Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Φαρμακευτικής, Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στο φαρμακευτικό μάρκετινγκ. Διαθέσιμη στο: [http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5668/3/Nemertes_Giarenίου\(pha\).pdf](http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5668/3/Nemertes_Giarenίου(pha).pdf)
- Δαγκαλίδης Αθανάσιος** (2011) Κλαδική μελέτη 15, παραγωγή & εμπορία φαρμάκων Ιούνιος 2011 Έρευνα-Σύνταξη: Δρ. Δαγκαλίδης Αθανάσιος Τράπεζα Πειραιώς, Μονάδα Οικονομικής Ανάλυσης και Αγορών.
- Διούδης Γρηγόριος**, (2013) Διπλωματική εργασία: Μάρκετινγκ Υπηρεσιών στο ελληνικό φαρμακείο, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Μάιος 2013, Λευκωσία.
- Δουκίδης Γ και, Φραιδάκη Κ.** (2001) «Αγοραστική συμπεριφορά του Έλληνα on-line καταναλωτή», Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Πρόγραμμα e-business innovation forum Τρίτη 6/12/2011
- ΕΕΑ**, (2014), Άρθρο «Εκρηκτική αύξηση 101,9% στις online αγορές φαρμάκων», Επαγγελματικό Επιμελητήριο Αθηνών, 21.12.2014. Διαθέσιμο στο: <http://www.eea.gr/gr/el/articles/ekriktiki-ayksisi-1019-stis-online-agores-farmakon>
- ΕΕΦΑΜ** (2008), Φαρμακευτικό Περιοδικό, Τριμηνιαία Ενημερωτική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Φαρμακευτικού Marketing, Αφιέρωμα στο 6^ο Συνέδριο Φαρμακευτικού Marketing, Εκδότης Παυλοπούλου GROUP, Μάιος 2008.

- ΕΕΦΑΜ** (2014), Κώδικας Δεοντολογίας και Διαφάνειας των στελεχών φαρμακευτικού μάρκετινγκ και επιστημονικής ενημέρωσης, Γενική Συνέλευση ΕΕΦΑΜ, Διαθέσιμο στο <http://www.eefam.gr/assets/files/company/CodeOfEthicsEEFAM2014.pdf>
- Ευθυμιάδου Δ.**, (2014), “Φαρμάκι” τα φάρμακα για τους Έλληνες! Πόσο πληρώνουν πλέον για συμμετοχή. <http://www.iatropedia.gr/articles/read/7503>
- Ευρωπαϊκή επιτροπή** 1, απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις, και κοινωνική ένταξη. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?Catid=1021&langid=el&intrapageid=1730>
- Ευρωπαϊκή επιτροπή** 2 Το σύστημα υγείας της Γαλλίας <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1110&langId=en&intPageId=2517>
- Ευρωπαϊκή επιτροπή**, (2014), Έκθεση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών, Βρυξέλλες, 5.9.2014 COM(2014) 548 final.
- Ζηγκιρίδης Ευθύμιος**, (2008), Οικονομία Επιχειρήσεις-Μάρκετινγκ, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων.
- Καζάζης Ν.** (2011). Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ- Θεωρία, Πρακτική, Δεοντολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης.
- Καζάζης Ν.** (2014). Οι προτεραιότητες των Φαρμακευτικών Εταιριών κατά την περίοδο της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά στο: <https://www.dropbox.com/s/5uvllv41wjongmm/Report.pdf?DL=0>
- Καζάζης Νίκος** (2014), Ίδρυμα Executive Education Experts. Αποτελέσματα Έρευνας :Οι προτεραιότητες των φαρμακευτικών εταιριών κατά την περίοδο της παρούσας οικονομικής κρίσης, Οκτώβριος 2014. διαθέσιμο online <https://www.dropbox.com/s/5uvllv41wjongmm/Report.pdf?dl=0>
- Κοτρώνιας, Ν.**, (2010), διπλωματική εργασία: Οι στρατηγικές προώθησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι σύγχρονες τάσεις της διαφήμισης. Η περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ), Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα
- Κυριόπουλος Γιάννης, Γείτονα Μαίρη, Σκουρολιάκου Μαρία** (1996), “Φαρμακοοικονομία Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης”, Εξάντας Εκδόσεις ΑΕ, Αθήνα 1996, σελ 24 - 33,36-46,79,88
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α.** (1995), Ψυχολογία κινήτρων, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α.** (1995), Ψυχολογία κινήτρων, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Λαζαρίδου, Δ.** (2003), Η Οργάνωση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης Στις Χώρες Της Νότιας Ευρώπης Και Οι Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες Τους. http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf
- Λαζογεώργου Παγωνίτσα** (2012). Ικανοποίηση ασθενών-πελατών από τις υπηρεσίες φαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχονται στο φαρμακείο και προσδοκίες αυτών από το φαρμακείο και το

- φαρμακοποιό. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακής Ειδίκευσης στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας. <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/16513>
- Μακράκης Β. Γ.** (2005) Ανάλυση δεδομένων στην επιστημονική έρευνα με τη χρήση του SPSS. Από τη θεωρία στην πράξη. Εκδόσεις Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός, 2005, 205 σελ. ISBN 960-01-0691-6
- Μακρή- Μπότσαρη, Ε.** (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση :Μοντέλα μεθόδων και τεχνικών, Αθήνα: Ελληνικές επιστημονικές εκδόσεις
- Μάλλιαρης Γ. Πέτρος** (1990), Εισαγωγή στο μάρκετινγκ, 2η έκδοση, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς.
- Μανιαδάκης Νίκος.** Συνέντευξη τύπου καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Εγκαταλείπεται το σύστημα ελεύθερης τιμολόγησης στη φαρμακευτική πολιτική, Διαθέσιμο στο: <http://www.eumedline.eu/post/EGKATALEIPETAI-TO-SYSTMMA-ELEYTHERHS-TIMOLOGHSHS-STH-FARMAKEYTIKH-POLITIKH>.
- Μαντζάρης Γ.,** (2011), Συγγραφικό έργο καθηγητή ΤΕΙ Σερρών, Σύγχρονο marketing αγαθών και υπηρεσιών, Σέρρες.
- Μαυρειδόπουλος Χ. και Δεληγιάννης Α,** (1999) Άρθρο: Η μάρκα κάνει τον καταναλωτή ή ο καταναλωτής τη μάρκα; Ειδικοί του μάρκετινγκ αποκαλύπτουν με ποιους τρόπους πείθουν τους αγοραστές, Ηλεκτρονική εφημερίδα Το Βήμα, ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 27/06/1999 00:00, Διαθέσιμο στο :<http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?Aid=112292>
- Μπατάς, Γ., και Παπαβασιλείου, Ν.** (2003). Μάρκετινγκ λιανικού και χονδρικού εμπορίου. Αθήνα, Εκδόσεις Rosili.
- Μπάλας, Γεώργιος & Πολίνα Παπασταθοπούλου,** (2003), Συμπεριφορά καταναλωτή: αρχές-στρατηγικές – εφαρμογές, εκδοτικός οίκος Rosili.
- Μπλέρη Ε.,** (2013), Σημειώσεις στο μάθημα marketing, ΤΕΙ Πειραιά Σχολή Διοίκησης Και Οικονομίας, Τμήμα Λογιστικής.
- Μπουραντά Αθανασία,** (2007), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών: Διερεύνηση ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών», Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς
- Ξεκαλάκη Ευδοκία** (1997) Εισαγωγή στη Στατιστική Σκέψη, τόμος Ι (Περιγραφική Στατιστική), Αθήνα, 1997. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά <http://www.stat-athens.aueb.gr/~exek/statistiki-skepsi-I-index.html>
- Ξεκαλάκη Ευδοκία.** (1995) Τεχνικές Δειγματοληψίας, Αθήνα, 1995. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά <http://www.stat-athens.aueb.gr/~exek/Sampling-Techniques-index.html>
- Ξεκαλάκη Ευδοκία.** (2000) Εισαγωγή στη Στατιστική Σκέψη, τόμος ΙΙ (Εκτιμητική και Έλεγχοι Υποθέσεων), Αθήνα, 2000. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά <http://www.stat-athens.aueb.gr/~exek/statistiki-skepsi-II-index.html>

- Ξεκαλάκη Ευδοκία.** (2001) Μη Παραμετρική Στατιστική, Αθήνα 2001. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά <http://www.stat-athens.aueb.gr/~exek/NPar-Statistics/index.html>
- Οδηγός του πολίτη,** ηλεκτρονική σελίδα. Διαθέσιμη στο: <http://www.odigostoupoliti.eu/epikeropiimenos-katalogos-misifa-diagrafes/#sthash.jtcsythr.dpbs>
- Οικονόμου Χαράλαμπος,** (2012), INEE Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μάρτιος 2012, Επιστημονικές Εκθέσεις/7, Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Παναγούλης, Α.,** (2010), Διερευνητική εργασία για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ασθενών- Πελατών και φαρμακοποιών», Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Παπαδάκη, Ε.,** (2012), Διπλωματική εργασία: Η επίδραση της διαφήμισης των μη Συνταγογραφούμενων παυσίπων φαρμάκων (Οtc) στη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών του φαρμακείου, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα. Διαθέσιμο στο : <http://nemertes.lis.upatras.gr/jsrui/bitstream/10889/5455/1/%CE%94%CE%99%CE%A0%CE%9B%CE%A9%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99...pdf>
- Παπαδάκης, Β.,** (2007), «Στρατηγική επιχειρήσεων», τόμος Α, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 2007
- Πατεράκη Ε.** (2010). Ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ (ΕΕΦΑΜ): "INNOVATING IN UNCERTAIN TIMES" περίληψη διαθέσιμη ηλεκτρονικά: http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?category=19&id=2914
- Πετράκη Ελένη,** (2007). Μεταπτυχιακή εργασία, Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε Νοσοκομείο, Ψυχολόγος, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
- Πλατής Χ. Γ., Κωσταγιόλας Π. Α., Ρουβά Α. Γ.** (2009), Κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση του φαρμάκου στο ελληνικό σύστημα υγείας, Ιατρικά Χρονικά Β.Δ Ελλάδος, Τόμος 4 - Τεύχος 2
- Ρόντος, Κ. Β.** (2011) Ανάλυση στατιστικών δεδομένων και δημογραφικές-κοινωνικές εφαρμογές. Η περιγραφική προσέγγιση. Εκδόσεις Μπένου Γ., 2011, 302 σελ. ISBN 978-960-8249-79-0.
- Ρόντος, Κ. και Παπάνης, Ε.** (2007) Οι τεχνικές του καλού ερωτηματολογίου. Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρη.
- Σίμου Έφη** (2008), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία Σίμου Έφη Επιμέλεια, σ.238.
- Σιώμκος Γ. Ι., Μαύρος Δ. Α.,** (2008), Έρευνα Αγοράς, Αθήνα, εκδ. Σταμούλης
- Σιώμκος Ι. Γεώργιος,** (2002), " Συμπεριφορά καταναλωτή και στρατηγική Μάρκετινγκ", Εκδόσεις Αθανάσιος Σταμούλης, Αθήνα, 2η Έκδοση
- Σιώμκος, Γιώργος Ι.,** (1994), Συμπεριφορά καταναλωτή & στρατηγική μάρκετινγκ, Πειραιάς: εκδόσεις Α. Σταμούλης.

- Τζωρτζάκης Κώστας - Τζωρτζάκη Αλεξία**, (2002), Αρχές Μάρκετινγκ. Η Ελληνική προσέγγιση. 2^η έκδοση. Εκδόσεις ROSILI
- Τομάρας Πέτρος** (2009), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ και την Έρευνα Αγοράς, Αθήνα, ιδιωτική έκδοση.
- Τούντας Γ.Κ.** (2007). Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας, Διαθέσιμο στο: ΙΑΣΠΣ, Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής, <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?Id=813>
- Τούντας Ι.** (2013) Εγκύκλιος ΕΟΦ, από τον πρόεδρο του Καθ. ΙΩΑΝΝΗ ΤΟΥΝΤΑ, Χολαργός, 15 - 3- 2013, Αρ. Πρωτ: 22247
- Τούντας, Γ.**, (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Γενιά
- Τσάγκλα Αντιγόνη**, (2006), διπλωματική εργασία «Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου», Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Φαρμακευτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών στις φαρμακευτικές επιστήμες-κατεύθυνση φαρμακευτικό marketing, Πάτρα.
- Τσακλαγκάνος Α.**, (2000), Βασικές αρχές του μάρκετινγκ, 2η έκδοση, εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.
- Τσακλαγκάνος, Άγγελος Α.**, (2000), Βασικές αρχές του μάρκετινγκ, 2η έκδοση, εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη Α.Ε
- Υφαντόπουλος Ι.**, (2002), Η κοινωνική ασφάλιση του ΤΣΑΥ'', Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα
- Φαρμέτρικα** (2000). Πωλήσεις Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων (1987-1999), Αθήνα.
- Χατζηπαλαμουτζή Χριστίνα**, (2014), Άρθρο: Θα υπογράψουν δήλωση συγκατάθεσης οι ασθενείς που θα επιλέγουν ακριβότερο φάρμακο, 22 Αυγούστου 2014, 11:52, Διαθέσιμο στο: <http://www.ygeia360.gr/el/medicine/item/12642-tha-ypografoyn-dhlwsh-sygkatatheshs-oi-astheneis-roy-tha-epilegoyn-akribotero-farmako>

Ξενόγλωσση

- Adcock Dennis, Halborg Al, Ross Caroline**, (2001), Marketing: Principles and Practice, Pearson Education 4th ed., England.
- Ahire, S.L., and Dreyfus, P.** (2000). "The impact of design management and process management on quality. An empirical investigation". Journal of Operations Management, 18, 549-575
- Aitken Murray** (2013). The Global Use of Medicines: Outlook through 2017 IMS Institute for Healthcare Informatics, November 2013. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά: http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Health%20Institute/Reports/Global_Use_of_Meds_Outlook_2017/IIHI_Global_Use_of_Meds_Report_2013.pdf

- Anderson S. P., Ciliberto F. and Liukonyte J.,** (2008), Getting into Your Head(ache): Advertising Content for OTC Analgesic, Marketing Science Institute Working Paper. https://www.cerge-ei.cz/pdf/events/papers/080303_t_2.pdf
- Andreev, Georgi,** (2004) Importers Accused the State of Redistributing the Medicine Market, Capital Weekly, No. 2, 17-23 January 2004, <http://www.capital.bg/weekly/04-02/16-2.htm>
- Andrew Paddison, Kine Olsen,** (2008), Painkiller purchasing in the UK: An exploratory study of information search and product evaluation, International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, Vol. 2 Iss: 4, pp.284 - 306
- Avlonitis G., Ladias S.** (2004), Ambush Marketing and the Olympic Games Athens 2004”, Presented at the 10th International Sports Law Association Congress, 25-27 November 2004, Athens.
- Babakus, E., Bienstock, C., and Van Scotter, J.R.** (2004). Linking perceived quality and customer satisfaction to store traffic and revenue growth. *Decision Sciences*, 35(4), 713-731
- Babin B., Darden W. and M. Griffin** (1994), Work and/or fun: measuring hedonic and utilitarian shopping value, *Journal of Consumer Research*, Vol.20, No 4, p.p. 664-656.
- Baker, J.** (1987). The role of the environment in marketing services: The consumer perspective. In J. Czepiel, C. Congram, & J. Shanahan (Eds.), *The services challenge: Integrating for competitive advantage* (pp. 79-84). Chicago: American Marketing Association
- Baker, J.** (1998). Examining the information value of store environments. Chicago: NTC Business, 1998, p.55-79
- Baker, J., Berry, L.L., and Parasuraman, A.** (1988). The marketing impact of branch facility design. *Journal of Retail Banking*, 10(2)
- Baker, J., Lavy, M. And Grewal, D.** (1992). An experimental approach to marketing retail store environmental decisions”. *Journal of Retailing*, 68(4), 445-460
- Balabano D., McKee M.** (2002), Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria, *Health Policy* 62 (2002) 243–273
- Balabanova D.** (2001) Financing the health care system in Bulgaria: options and strategies. Phd Thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2001.
- BDA** (2005). Annual Activity Report 2005. Sofia, Bulgarian Drug Agency.
- BDA** (2010). <http://en.bda.bg/>
- Berger Paul D., Nada I. Nasr** (1998), Customer lifetime value: Marketing models and applications. *Journal of Interactive Marketing* Volume 12, Issue 1, Pages 17–30, Elsevier.
- Berry, T.M.** (2001), *Nursing Nonprescription drug Handbook*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- BICA,** (2012) PEST Analysis of Bulgaria Prepared by BICA April, 2012 Διαθέσιμο στο: <http://www.bica-bg.com/wp-content/uploads/2013/02/2012-PEST-ANALYSIS-BULGARIA.pdf>
- Bicking, C. & Gryna, F.M.** (1979). Process control by statistical methods. In JM. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.

- Bidgood E.** (2013), Healthcare Systems: France, Based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine Updated by Emily Clarke (2012) and Elliot Bidgood (January 2013).
- Bitner, M.J.** (1992). Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, 56(4), 57-71.
- Bloemer, M.R and Ruyter, K.** (1998), On the relationship between store image, store satisfaction and store loyalty. *European Journal of Marketing* 32(5/6), 499-513.
- Bone, P.F., and Ellen, P.S.** (1989). Scents in the marketplace: explaining a fraction of Olfaction". *Journal of Retailing*, 75(2), 243-262
- Bonnal Liliane and Moinier Xavier,** (2014). The Clute Institute Elements Of Pharmacy Service And Satisfaction: Patient Versus Consumer. *The Journal of Applied Business Research – March/April 2014 Volume 30, Number 2,*
- Boström Katarina,** (2011). Consumer behaviour of pharmacy customers Choice of pharmacy and over-the-counter medicines. Bachelor of Business Administration Thesis International Business 2011. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38151/bostrom_katarina.pdf?sequence=1
- Brian M. Henahan, Dr. Shermain Hardesty, Madeline Shultz, and Dr. John Wells,** (2011)" New Cooperative Development Issues", pp 2-5, CHOICES the Magazine of Resource issues.
- Briesacher, B., and Corey, R.** (1997). Patient satisfaction with pharmaceutical services at independent and chain pharmacies. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 54(3), 531-536
- Cařlin Gurařu,** (2005) "Pharmaceutical marketing on the internet: marketing techniques and customer profile", *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22 Iss: 7, pp.421 - 428
- Campo katia, Odette De Staebel, Els Gijbrecchts and Walter van Wareschoot.** (2005). Physicians' Decision Process for Drug Prescription and the Impact of Pharmaceutical Marketing Mix Instruments. *Health Marketing Quarterly*, Vol. 22(4), 73-75, 80-96
- Cavusgil Er.** (2011). Are Pharmaceutical Marketing Decisions Calibrated to Communications Effects? *Health Marketing Quarterly*, 28:317-336
- Chevreur Karine, Isabelle Durand-Zaleski, Stéphane Bahrami, Cristina Hernández-Quevedo, Philipa Mladovsky** (2010) Health system review, France, *Health system in Transition*, Vol.12, No 6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf
- Chow, S. and Holden, R.** (1997). Toward an understanding of loyalty.The moderating role of trust". *Journal of Managerial Issues*, 4(3), 275-298
- Cohen, Cercone and Macaya** (2002), MSH & WHO (1997).
- Coleman, R.P.** (1983). The continuing significance of social class to marketing. *Journal of Consumer Research*, 10, 265-280.
- Cordina, M., Mcelnay, J.C., and Hughes, C.M.** (1998). Societal perceptions of community pharmaceutical services in Malta. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 23(4), 115-126
- Couffinhal A, Perronnin M** (2004). Accès à la couverture complémentaire maladie en France: une comparaison des niveaux de remboursement. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2000–2002*

- [rapport 1521]. Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/rap1521.pdf>,
- Daukiya Sharwan Kumar**, (2013), Value creation through emerging marketing practices, International Journal of Res, IJRIM Volume 3, Issue 10(October 2013), Διαθέσιμο στο: <http://www.euroasiapub.org/IJRIM/Oct2013/3.pdf>
- David C., Dave E., Susan M., Ole Jorgen V.** (2013), The consumer decision journey, mckinsey Quarterly
- De Looper M, Lafortune G** (2009). Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Health working paper 43) (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issuesmigration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-healthcare-in-oecd-countries_225748084267
- Degeratu M. Alexandru, Arvind Rangaswamy Arvind, Wo Jianan**, (2000), Consumer choice Behavior in online and traditional supermarkets. The effects of brand name, price and other search Attributes, International Journal of Research in Marketing, Vol.17, Issue 1, (March), pp. 55-78
- Delcheva E.** (1999), How much and for what do the consumers pay in the health sector in Bulgaria. Health Economics 1999;1:15–20 in Bulgarian.
- Delcheva E.** (2006), Overall access to quality health care. In: Angelov I, editor. Economics in Bulgaria and EU: running economic development: strategies and reality. Sofia: EI of BAN; 2006. P. 76–97 [in Bulgarian].
- Dibb Sally, Simkin Lyndon; Pride William M. and Ferrell O.C.**, (2005). Marketing: Concepts and Strategies. 5th Edition. Abingdon, UK: Houghton Mifflin, p. 850.
- Dibb, Sally, Lyndon Simkin, William M. Pride & O.C. Ferrell**, (2001), Marketing Concepts and Strategies, 4th edition, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Dickov Veselin, Boris Kuzman** (2011), Specific features of pharmaceuticals marketing mix. Journal of Management & Marketing in Healthcare, VOL. 4 NO. 3, 160-167
- Dickov, V. T. & Kuzman, B. M.** (2011) The Promotion of Pharmaceutical Products. Mater Sociomed, 23 (1), 48-59.
- Dimova A, Popov M, Rohova M.** (2007) The Health Care Reform in Bulgaria: Analysis. Open Society Institute, Sofia
- Dimova Antoniya, Maria Rohova, Emanuela Moutafova, Elka Atanasova, Stefka Koeva, Dimitra Panteli, Ewout van Ginneken**, (2012) Bulgaria Health system review, Vol. 14 No. 3 2012, Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies
- Docteur E, Oxley H** (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Health working paper 9) <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>
- Downey Jim**, (2007) The Chartered Institute of Management Accountants, “Strategic Analysis Tools”, 26 Chapter, Street London SW1P 4NP, United Kingdom, October 2007. Διαθέσιμο στο:

- http://www.cimaglobal.com/Documents/importedddocuments/cid_tg_strategic_analysis_tools_nov07.pdf.pdf
- Dragana Lakić, Ljiljana Tasić, Mitja Kos, Guenka Petrova, Assena Stoimenova, Dušanka Krajnović,** (2012) Pharmacy network and access to medicines in selected eastern European countries: comparative analysis, *Croat Med J.* 2012;53:53-9
- Drucker Peter F.** (1954). *The practice of management*, Harper & Row, 1st ed., New York
- Durvasula, S., Lysonski, S., and Zotos, Y.** (1996). Consumer decision-making styles: a multicountry Investigation. *European Journal of Marketing*, 30(12), 10-21
- East, R., Harris, P., Lomax, W. And Wilson, G.** (1997). First-store loyalty to US and British supermarkets”. Kingstone Bussiness School, Occasionl Paper Series No 27
- EFPIA** (2013) The European Federation of Pharmaceutical Industries And Associations, Διαθέσιμο στο: http://www.efpia.eu/uploads/Figures_Key_Data_2013.pdf
- Elbaum M** (2007a). Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 55:47–54.
- Elbaum M** (2007b). Protection sociale et solidarité en France. *Revue de L'Observatoire Français des Conjonctures Economiques*, 102:559–622.
- Engel F. James, Blackwell D, Kollat T. David,** (1978), *Consumer behavior*”, Dryden Press, 3rd Edition
- Ensor T, Savelyeva L.** (1998), Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence From Kazakstan. *Health Policy and Planning* 1998;13(1):41–9.
- EOHCS** (2003). Health Care Systems in Transition: Bulgaria. European Observatory on Health Care Systems. <http://www.euro.who.int/document/e67499.pdf>.
- EUC.** (2012). The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities, Progress Consulting S.r.l. And Living Prospects Ltd., © 2012, European Union, Catalogue number: QG-30-11-072-EN-N, p. 18-21
- Eurostat Database,** (2013) Monthly minimum wages - bi-annual data [earn_mw_cur]. Currency: Euro. Extracted on 12.02.13.
- Eurostat1** http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National_accounts_and_GDP
- Eurostat2** http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_of_consumer_goods_and_services
- Eurostat3** http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/GDP_per_capita,_consumption_per_capita_and_price_level_indices
- Evgeniou Theodoros; Gagan Bhalia and Leonard Lerer** (2004). Customer relationship management and networked healthcare in the pharmaceutical industry. *International Journal of Medical Marketing*. Vol. 4, 4. Hendry Stewart Publications. 370-379
- Exadaktylos NM.** (2005), Organisation and financing of the health care systems Of Bulgaria and Greece – what are the parallels? *BMC Health Services Research* 2005;5:41

- Eysenbach G.** (2001). What is e-health? Editorial. *J Med Internet Res* 2001;3(2):e20), doi:10.2196/jmir.3.2.e20
- Federal Trade Commission** (2009), Office of nonprescription drug products: what we do”, available at: www.fda.gov
- Fill, C., Dimopoulou, E.** (1999), Shaping Corporate Images: Attributes used to form Impressions of Pharmaceutical Companies, *Corporate Reputation Review*, Vol.2, No.3, pp.202-213.
- Finlayson Greg, Ross Mullner,** (2005) Direct - to - consumer advertising of prescription drugs: help or hindrance to the public's health?, *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22 Iss: 7, pp.429 - 431
- Fischer M- Albers S.** (2010). Patient- or Physician-Oriented Marketing: What Drives Primary Demand for Prescription Drugs? *Journal of Marketing Research* Vol. XLVII (February 2010), 103-121
- Foppe van Mil J. W., Martin Schulz** (2006): a review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe, Vol. 7, No. 1, Spring 2006, p.163.
- Futrell Charles,** (2011) *Fundamentals of Selling: Customers for Life through Service*. McGraw-Hill/Irwin; 12 edition
- Gardner John** (2009), The New Four P's of Marketing”, Διαθέσιμο ηλεκτρονικά στο: <http://www.pharmexec.com/node/220476>
- Godin Seth** (1999), *Permission Marketing: Turning Strangers Into Friends And Friends Into Customers*. Simon and Schuster NY.
- Goldacre Ben** (2012), *Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients*. Fourth Estate, ISBN 978-0-00-735074-2.
- Grandzol, J. R., & Gershon, M.** (1997). Which TQM practices really matter: An empirical investigation. *Quality Management Journal*, 4(4), 43-59.
- Grant M. Robert,** (2002), *Contemporary Strategy Analysis: Concepts, Techniques, Applications* Blackwell Publishers, January 2002.
- Grey E. David,** (2005), *Doing research in the real world England*, Sage Publications Ltd, 2005
- Gronroos C.** (1978), A Service – Oriented Approach to Marketing of Services” (*European Journal of Marketing*, Vol. 12, No. 8,
- Gronroos C.** (1988), Service quality: the six criteria of good perceived service quality, *Review of Business*, 9. 10-13
- Gronroos, C.** (1985), Internal marketing -theory and practice *Proceedings of the American Marketing Association's Services Conference*, American Marketing Association, Chicago IL.
- Grund J, Vartdal TE.** (2000), Distribution of pharmaceuticals - a Norwegian logistic perspective. *Pharm World Sci*;22(3):109-1150.
- Hadjikhani, A., and Bengston, A.** (2004). An interaction model for consumer-retailer relationships. Department of Business Studies, Uppsala University, Occasional Paper, March 2004

- Hawkins, D.I., Best R.J. and K.A. Coney** (2001), *Consumer Behavior – Building Marketing Strategy*, 8th international edition, Irwin/ McGrawhill, p.p. 5-31.
- HCAAM** (2008). Actualisation de la note sur le médicament adoptée le 29 juin 2006. Paris, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_250908.pdf)
- Hepler CD, Strand LM.** (1990), Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*;47(3):533-543.
- Holden Peter,** (1992), *Marketing Communications in the Pharmaceutical Industry*. Radcliffe Publishing Ltd
- Housden Matthew** (1993). *Επιτυχημένη έρευνα αγοράς σε μια εβδομάδα / μετάφραση Λούση Μοίραλη*. - Αθήνα : Anubis, 1993
- Iatronet,** (2009), *Μάστιγα τα πλαστά φάρμακα*, <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/10048/mastiga-ta-plasta-farmaka.html>
- IFOP** (2014), *LES FRANÇAIS ET LA PHARMACIE*. http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2673
- IMS** (2012), *The Global Use of Medicines: Outlook Through 2016 Report by the IMS Institute for Healthcare Informatics*. http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Global%20Use%20of%20Meds%202011/Medicines_Outlook_Through_2016_Report.pdf
- IMS Health** <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>
- ISPOR,** (2010) *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) – Greece, October 2008. Reimbursement process in Greece*. Accessed 20 October 20 2010 <http://www.ispor.org/htaroadmaps/Greece.asp>
- Ittner, C. D., & Larcker, D. F.** (2003). Coming up short on nonfinancial performance measurement. *Harvard Business Review*, 81(November), 88 95.
- Jackson SL, Mejilla R, Darer JD, Oster NV, Ralston JD, Leveille SG, Walker J, Delbanco T, Elmore JG.** (2014) Patients Who Share Transparent Visit Notes With Others: Characteristics, Risks, and Benefits. *J Med Internet Res* 2014;16(11):e247
- Jacoby, J.** (1976), *Consumer Psychology: An Octennium*”, *Annual review of Psychology*, Vol. 27, p.p. 331-358.
- Jana Valečková,** (2012). *The Analysis of the Influence of Residence in the Purchase of Pharmaceutical Products*, *Journal of Competitiveness*, Vol. 4, Issue 1, pp. 56-68, March 2012 ISSN 1804-171X (Print), ISSN 1804-1728 (On-line), DOI: 10.7441/joc.2012.01.05
- Javeau, C.,** (2000). *Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο – Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή*. Γ' Έκδοση. Αθήνα: Τυπωθήτω

- Joseph M., Spake D. & Finney Z.,** (2008), Consumer attitudes toward pharmaceutical direct-to-consumer advertising, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol.2 No. 2, p p.117-133.
- Kanavoor, S., Grewal, D. and Blodgett, J.** (1997), Ads promoting OTC medication: the effect of ad format and ad credibility on beliefs, attitudes and purchase intentions, *Journal of Business Research*, Vol. 40, pp. 219-77.
- Kanavos P, Costa-Font J.** (2005), Pharmaceutical parallel trade in Europe: Stakeholder and competition effects. *Economic Policy*. 45:752-798, October
- Kanavos Panos, Sotiris Vandoros, Rachel Irwin, Elena Nicod, Margaret Casson,** (2011), Medical Technology Research Group – LSE, Health London School of Economics and Political Science Prepared under a framework contract held by Milieu Ltd (2011). Directorate general for internal policies policy department a: economic and scientific policy differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. study 2011, διαθέσιμο ηλεκτρονικά: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET\(2011\)451481_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481_EN.pdf).
- Khan Yaqub, Poonam Gupta, Dipendu Goswami, Bipin Bihari and Vikas Kumar Verma** (2013), A Review on Marketing of OTC Drugs, VOLUME 2 ISSUE 1, JOURNAL OF SCIENTIFIC & INNOVATIVE RESEARCH
- Kim, J.O, and Jin, B.Y,** (2001). Korean consumers' patronage of discount stores: Domestic vs Multinational discount store shoppers' profiles. *Journal of Consumer Marketing*, 18(3), 236-255
- Klein, B.and K. Leffler.** (1981) 'The role of market forces in assuring contractual performance', *Journal of Political Economy*,89,1981, pp.615-641.
- Kotler Philip and Armstrong Gary** (1997), *Marketing, an introduction* Prentice Hall PTR 4th ed.
- Kotler Philip, Kevin Lane Keller, Mairead Brady, Malcolm Goodman, Torben Hansen** (2012). *Marketing Management*. 2nd ed., Pearson Education
- Kotler, P.** (1980). *Marketing management*. New Jersey, Prentice –Hall, Inc,
- Kotler, P. And Keller, K.** (2006), *Marketing and Management*, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, USA
- Kotler, P., Fox K.,** (1985), *Strategic Marketing for Educational Institutions*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Krugman Paul,** (2014), Article, The Fall of France”28.08.2014, Διαθέσιμο στο: http://www.nytimes.com/2014/08/29/opinion/paul-krugman-the-fall-of-france.html?_r=0
- Leereveld Wim,** <http://www.accesstomedicineindex.org/index-publications>
- Lemorton C** (2008). Rapport d'information no. 848 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prescription, la consommation et la fiscalité des

- médicaments. Paris, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0848.pdf>)
- Lenain P** (2000). Santé to the French Health system. OECD Observer, 223 (<http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/356.html>,
- Levitt T.**, (1960), Marketing Myopia, Harvard Business Review, July – August
- Lexchin J. & Mintzes B.**, (2002), «Direct-to-consumer advertising of prescription drugs», Journal of Public Policy & Marketing, Vol. 21 No. 2, pp.194-201.
- Lohr, Sharon L.** (1999). Sampling: Design and Analysis. Pacific Grove, California: Duxbury Press. p. 49. ISBN 0-534-35361-4.
- LSE** (2004) Health Systems in Transition 2004 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE).
- Lysonski S., Durvasula S. and Y. Zotos** (1996), Consumer decision making styles: a multi-country investigation, *European Journal of Marketing*, Vol.30, No 12, p.p. 10-21
- Maddox, L.M.** (1999), The use of pharmaceutical web sites for prescription drug information and product requests, *Journal of Product & Brand Management*, Vol. 8, No. 6, pp. 488-96.
- Mahajan Vijay**, (2014), Άρθρο, Διαθέσιμο στο: <http://www.decisionpro.biz/business-users/marketing-engineering/what-is-marketing-engineering>
- Manova M. Manoela, Assena Stoimenova, Fabrice Clerfeuille, Guenka I. Petrova**, (2011) Impact of generic competition on market share and prices of cardiovascular medicines on the Bulgarian pharmaceutical market. *Journal of Public Health* February 2011, Volume 19, Issue 1, pp 91-100
- Martin, O.** (2008). Η Ανάλυση Ποσοτικών Δεδομένων. Αθήνα: εκδόσεις Τόπος.
- Mason, N.** (1996). Store loyalty- that old chestnut?. The Researcher, Customer Loyalty-The Issue for the 90's, A.C Nielsen, Nielsen House, Heading-on, Oxford OX3 9RX
- Maynard A., Karen B.**, (2003), «Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals», *Health Affairs*, Volume 22, Number 3
- Meagher P, Azfar O, Rutherford D.** (2005), Governance in Bulgaria's Pharmaceutical System: A Synthesis Of Research Findings. College Park: IRIS Centre, 2005. Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADF523.pdf
- Meagher Patrick, Omar Azfar, Diana Rutherford**, (2005) The IRIS Center, University Research Corporation International, contract number pce-i-00-97-00042-00, task order 8, governance in bulgaria's pharmaceutical system a synthesis of research findings, united states agency, international development.
- Mickey Smith**, (1991), phd, *Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases*, Pharmaceutical Press, New York, ch.1.
- Miles, M.B. and Huberman**, (1994), *Qualitative Data Analysis* Thousand Oaks, 2nd edition, Sage Publications, 1994

- Milgrom, P. and J. Roberts.** (1986) 'Price and advertising signals of product quality', *Journal of Political Economy*, 94, 1986, pp.796-821.
- Mintzes, B.** (2001), An assessment of the health systems impacts of direct to consumer advertising of prescription medicines (DTCA)", The University of British Columbia, Centre for Health Services & Policy Research, HPRU 02:2D
- Morganosky, M. And Cude, B.** (2000), Consumer response to online grocery shopping, *International Journal of Retail and Distribution Management*, Vol. 28, No. 1, pp. 17-26.
- Moynihan Ray** (2008), Feature Drug marketing, Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ* 2008;336:1402
- Nichol MB, McCombs JS, Johnson KA, Spacapan S, Sclar DA,** (1992). The effects of consultation on over-the-counter medication purchasing decisions. *Med Care.* 1992 Nov;30(11):989-1003.
- NSI** (2010) National Statistical Institute. Health care. Sofia [in Bulgarian].
- Padisson A. and Olsen K.,** (2008), Painkiller purchasing in the UK: an exploratory study of information search and product evaluation", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 2, No.4, pp. 284-306.
- Patel, S** (2010), OTC/DTC Drug Advertising Media Effects on Youth Aged 15-College of Communication, Department of Advertising, University of Texas at Austin, Poster Paper http://www.utexas.edu/nursing/chpr/docs/Conference_06/Patel_abstrt.pdf, 04.2010
- Petkova Valentina, Velislava Valchanova, Adel Ibrahim, Irina Nikolova, Niko Benbasat & Milen Dimitrov,** (2014) Marketing approaches for OTC analgesics in Bulgaria, 2014 Published by Taylor & Francis, *Biotechnology & Biotechnological Equipment* Volume 28, Issue 2, 2014 pages 360-365
- Pfeifer Phillip E., Robert L. Carraway** (2000), Modeling customer relationships as Markov chains. *Journal of Interactive Marketing* Volume 14, Issue 2, Pages 43–55, Elsevier.
- Picavet, E., Annemans, L., Cleemput, I., Cassiman, D., Simoens, S.,** (2012) Market uptake of orphan drugs – a European analysis, 26 JUN 2012, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Volume 37, Issue 6, pages 664–667, December 2012
- Pinson, C. and A. Jolibert,** (1998), Consumer behaviour: an overview of current approaches and issues, *In European Perspectives on Consumer Behaviour*, Edited by Lambkin, M, Foxall, G, Raaij F.V. and Heilbrunn, B, Prentice Hall Europe
- Ragot S, Sosner P, Bouche G, Guillemain J, Herpin D.** (2005), Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey. *J Hum Hyperten.* 168 *Harvard Health Policy Review*;19(7):577-584.
- Randall Kevin,** (2009). *Neuromarketing Hope and Hype: 5 Brands Conducting Brain Research*,
- Renvoise Patrick and Christophe Morin** (2005), *Neuromarketing: Understanding the Buy Buttons"* in *Your Customer's Brain*, Kindle Edition, salesbrain LLC

- Rohova Maria, Antoniya Dimova, Emanuela Mutafova, Elka Atanasova, Stefka Koeva and Ewout van Ginneken**, (2013), Balancing regulation and free markets: the bulgarian pharmaceutical sector, euro health incorporating Euro Observer Vol.19 | No.1 | 2013, p.38
- Rollins L. Brent and Matthew Perri**, (2014), *Pharmaceutical Marketing*, Jones & Bartlett Learning, USA. Pp.28-48.
- Rubin, H.J. and Rubin, I.S.** (2005), *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*, second edition. Sage Publications, 2005
- Ruynon E. Kenneth**, (1980), *Consumer behavior and the practice of Marketing*, A Bell and Howell Company, 2nd Edition
- Sacheva, Denitsa** (2004), *Media Analysis, June 2003-June 2004,*” mimeo, IHHIL.
- Saxton Kim** (2011). Rx for Brand Consistency Should Pharmaceutical Marketers Send Different Messages to Physician and Consumer Audiences? Στο: *JOURNAL OF ADVERTISING RESEARCH*, June 2011, 380-393
- Schmitt H. Bernd** (1999), *Experiential Marketing*, *Journal of Marketing Management* Volume 15, Issue 1-3,
- Singler, H.K., Bond, C.M. and Hannafort, P.C.** (2000), Over-the-counter ibuprofen; how and why is it used?, *The International Journal of pharmacy Practice*, Vol. 9, pp. 121-7.
- Smart Pharma Consulting** (2014), Γαλλία Γενόσημα: Συνεχίζεται η Δυναμική τους Διεξόδωση στην Αγορά, Άρθρο, Ηλεκτρονικό περιοδικό «Pharmacy Management και επικοινωνία», Διαθέσιμο στο: <http://www.pharmamanage.gr/cms.asp?Id=89>
- Smith C. Mickey, Eugene Mick Kolassa, James Greg Perkins, Bruce R Siecker** (2002). *Pharmaceutical Marketing, Principles, Environment and Practice*. Taylor & Francis
- Smith D.B** (2009). An exploratory study of key opinion leadership management trends among European pharmaceutical companies, *Journal of Medical Marketing* Vol. 9, 4, 291-300.
- Souden Nizar, Diagne Mariam**, (2009) "Canadian and French men's consumption of cosmetics: a comparison of their attitudes and motivations", *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 26 Iss: 2, pp.97 - 109.
- Sousa, R., & Voss, C. A.** (2002). Quality management revisited: A reflective review and agenda for future research. *Journal of Operations Management*, 20, 91 109.
- Spadaro Rosario** (2003). European Union citizens and sources of information about health, For: Directorate-General SANCO, March 2003, European Union citizens and sources of information about health, EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf
- Spangenberg, E.R., Crowley, A., and Henderson, P.W.** (1996). Improving the store environment: do olfactory cues affect evaluations and behaviors?. *Journal of Marketing*, 60(4), 67-80.
- Spies, K., Hesse, F., and Loesch, K.** (1996). Store atmosphere, mood and purchasing behavior”. *International Journal of Research in Marketing*, 14, 1-17.

- Sproles G. and E. Kendall** (1986), A methodology for profiling consumer's decision making styles", *The Journal of Consumer Affairs*, Vol. 20, Issue 2, p.p. 267-280.
- Stephens, E.C. and Johnson M.S.** (2000), Dr Mom and other influences on younger and older adults' OTC medication purchases", *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 19, December, pp. 441-59.
- Swan, J.T, Bowers, M.R and Richardson, L.D.** (1999). Customer trust in the salesperson: An integrative review and meta-analysis of the empirical literature". *Journal of Business Research*, 44(2), 93-107
- Taskov Hristo**, (2008) Fair access to ARV drugs, National Centre of Infectious and Parasitic Diseases, Sofia, 30 June -1 July 2008 Peer Review
- Tauber E.M.** (1972), "Why do people shop?", *Journal of Marketing*, Vol.36 (October), p.p. 46-59.
- The Access to Medicine Index** (2014), http://www.accesstomedicineindex.org/sites/2015.atmindex.org/files/2014_accesstomedicineindex_fullreport_clickablepdf.pdf
- The Economist** (2012), Economist Intelligence Unit Limited. Reinventing biopharma: Strategies for an evolving marketplace. The value challenge An Economist Intelligence Unit report Sponsored by Quintiles. Διαθέσιμο ηλεκτρονικά: <http://www.quintiles.com/~media/library/white%20papers/reinventing-biopharma-the-value-challenge.pdf>
- Thompson, H.U.** (1962). *Product Strategy*, Business Publication Ltd, 1962
- Todorova Tamara** (2010). Vertical Integration in High-Transaction Cost Sectors: the Case of the Bulgarian Pharmaceutical Industry *Journal of Advanced Research in Management*, 2010, vol. I, issue 2, pages 127 - 138
- Trifonov K** (2010). Bulgaria – pharmaceutical market and trends 2009–2010. Pravetz, Seminar of Roche-Bulgaria, 9 April 2010 (www.dnevnik.bg/getatt.php?filename=o_885151.pdf, accessed
- Tsvetkova Antoaneta and Todorova Anna** (2014). Profile of Patients Using OTC Drugs, *Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences* (ISSN: 2354-3238) Vol. 2(12) pp. 293-296, December, 2014.
- Tzenova AT, Davidkov A, Petrova GI** (2003), Assessment of patient and pharmacists attitudes in Bulgaria regarding herbal medicinal products., *Bulgaria, Bollettino Chimico Farmaceutico* [2003, 142(4):157-159]. <http://europepmc.org/abstract/MED/12918224>
- Vandoros Sotiris and Stargardt Tom**, (2013), 'Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis, (2013), *Health Policy*, 109 (1). Pp. 1-6. ISSN 0168-8510
- Vekov Toni Yonkov** (2014), Control of public expenditure on drug products in Bulgaria – Policies and outcomes (Short report). *SEEJPH* 2014, posted: 01 September 2014. DOI 10.12908/SEEJPH-2014-28

- Walsh G., Henning-Thurau T., Wayne-Mitchell V. and K. Wiedmann** (2001), Consumer's decision-making style as a basis for market segmentation, *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, Vol.10, Issue 2, p.p. 117-132.
- Wazaify M., Shields E., Hughes C. M., McElnay J. C.** (2005) Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines. *Family Practice*. 2005; 22(2):170–171. <http://fampra.oxfordjournals.org/content/22/2/170.long>
- Weitz A. Barton and Jap D. Sandy** (1995), Relationship Marketing and Distribution Channels, *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 23 no. 4 305-320
- WHO** (2010) Regional Office for Europe (2010). Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>,
- Wilkie, W.** (1994) *Consumer Behavior*. New York :John Wiley & Sons.
- Wolper F. Lawrence**, (2010), *Health Care Administration: Managing Organized Delivery Systems* 5th ed., Published by Jones & Bartlett Publishers.
- World Development Report** (1993). Investing in Health. The IBRD/The World Bank. Oxford University Press, 1993
- Yoo, Park, and Macinnis, D.J**, (1998). Effects of store characteristics and in-store emotional experiences on store attitude". *Journal of Bussiness Research*, 42, 253-263.
- Zotos Dimitrios**, (2013) Copy of Greece PEST Analysis. https://prezi.com/kl3_rh0fnuy0/copy-of-greece-pest-analysis/

Νόμοι και Διατάξεις:

- ΦΕΚ 229Α/19.11.2012, Αρ.11 «Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων του ν.4046/2012 και του ν. 4093/2012».
- ΦΕΚ 41/Α'/01-03-2012, Αρ. 1,2,3 «Δελτίο Τιμών Φαρμάκων ανθρώπινης χρήσης»
- ΦΕΚ 228/Α/2.11.2011 ν. 4025 «*Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις*».
- ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011 ν. 3918, Αρ. 34-40, «*Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*».
- ΦΕΚ 3054/Β/2012, Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β'/3–11–2011) κοινής υπουργικής απόφασης «*Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'/11–4–2012) κοινή υπουργική απόφαση, Αρ. 1-23.
- ΦΕΚ 559/Β/8/5/2011 Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.32294 «*Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης*»

- ΦΕΚ 189/Α'/2010 ν. 3892 ΦΕΚ 189/Α/ 4.11.2010 «*Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.*»
- ΦΕΚ 6/Α/2010 Ν. 3816/2010 Αρ.12, «*Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις.*»
- ΦΕΚ 179/Α/1-8-51, ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ: Αριθ. 1846/51 «*Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων*»
- ΦΕΚ 38/Α/2014 ν. 4238 «*για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις*»
- ΦΕΚ/19726/2004, Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/83657 «*Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της παραγωγής και της κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, σε συμμόρφωση με την υπ' αριθμ. 2001/1983/ΕΚ Οδηγία «περί κοινοτικού κώδικα για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση», όπως τροποποιήθηκε από τις υπ' αριθμ. 2004/27/ΕΚ, 2004/24/ΕΚ Οδηγίες για τα παραδοσιακά φάρμακα φυτικής προέλευσης και το άρθρο 31 της υπ' αριθμ. 2002/1998/ΕΚ Οδηγία για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινου αίματος και συστατικών αίματος.*»
- ΦΕΚ Β' 2374/24.8.2012 ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΥΓ3α/οικ.82161/ «*Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της παραγωγής και της κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, σε συμμόρφωση με την υπ' αριθμ. 2001/83/ΕΚ Οδηγία «περί κοινοτικού κώδικα για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση» (L 311/28.11.2001), όπως ισχύει και όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία 2010/84/ΕΕ, όσον αφορά τη φαρμακοεπαγρύπνηση (L 348/31.12.2010).*» Αρ. 64-67.
- ΦΕΚ 2198/Β/2009 Αριθμ. ΔΥ8δ/Γ.Π.οικ.130648 «*Εναρμόνιση της εθνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 93/42/ΕΟΚ «περί ιατροτεχνολογικών προϊόντων.*»
- ΦΕΚ 59Β/06 ΔΥΓ 3(α) 83657/06, «*Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της παραγωγής και κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση- Ορισμοί.*»
- ΦΕΚ Α41-1-3-2012 Ν.4052 «*Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.*», Άρθρο 21.
- ΦΕΚ 983/Β/30-3-2012, Αριθ. ΔΥΓ3(α) /οικ. 33013 «*Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων*», Άρθρο 4, παρ. 4.

ΦΕΚ 284/Β/08-03-2002, Αριθ. Υ6α/οικ. 22261, Αρ.7, Εφημερίδα της κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 284 «Διαφήμιση φαρμακευτικών προϊόντων που μπορούν να χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή»,

ΦΕΚ 352/Β/2005, Εφημερίς της κυβέρνησεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο, αρ. Φύλλου 352, 18 Μαρτίου 2005, ΔΥΓ3(α)/132979/2005, «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις Κοινοτικές οδηγίες στον Τομέα των καλλυντικών».

ΦΕΚ 40 Α΄15/03/2010 Ν. 3833/2010, «Προστασίας της εθνικής οικονομίας- Επείγονται μέτρα κατά της δημοσιονομικής κρίσης»

ΦΕΚ 31/2-3-2011 ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3918 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», κεφ. Γ, άρθρο 34 και άρθρο 36

ΦΕΚ 176/11 -7-2005, Νόμος Υπ. Αριθμ. 3370 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας»

ΦΕΚ 31/2-3-2011 ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3918 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Κεφ. Β, άρθρο 17

ΟΔ. 76/768/ΕΟΚ, Αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π 65217, 14/09/2007, «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τη Κοινοτική οδηγία 2007/17/ΕΚ της Επιτροπής, για την τροποποίηση της οδηγίας 76/768/ΕΟΚ του Συμβουλίου σχετικά με τα καλλυντικά προϊόντα, με σκοπό την προσαρμογή των παραρτημάτων ΙΙΙ και VI στην τεχνική πρόοδο».

Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου αιθ. 726/2004 για τη θέσπιση κοινοτικών διαδικασιών χορήγησης άδειας και εποπτείας όσον αφορά τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη και για κτηνιατρική χρήση και για τη σύσταση Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων

ΣΦΕΕ. (2012-2013). Κώδικας Δεοντολογίας, Αναθεώρηση. Διαθέσιμο στο: http://www.sfee.gr/files/page/Entypo_diafaneia_FinalFinalFinal.pdf (Δεκέμβριος 2012)

ΣΦΕΕ (2013). Εγκύκλιοι ΕΟΦ. Διαθέσιμο στο: <http://www.sfee.gr/eg/%CE%94%CE%91%CE%A0%CE%91%CE%9D%CE%95%CE%A3%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%A9%CE%98%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3> ΕΟΦ, App 7, 1/ Feb/ 2013

ΕΟΦ http://www.eof.gr/web/guest/home?p_p_id=62_INSTANCE_2WKd&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=12&62_INSTANCE_2WKd_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&62_INSTANCE_2WKd_groupId=12225&62_INSTANCE_2WKd_articleId=345695&62_INSTANCE_2WKd_version=1.0

Directive 2004/27/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use. Article 1. Published March 31, 2004.

Patent Act, RSC 1985, C. P-4, «Νόμος περί διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας.»

Ηλεκτρονικές σελίδες

- Http1** Άρθρο, Ηλεκτρονικό Εμπόριο και Διαφήμιση Φαρμάκων, Συμπληρωμάτων Διατροφής και Καλλυντικών : Τι Ισχύει, Δίκαιο και Τεχνολογία, Νομικές Υπηρεσίες, Ηλεκτρονική Σελίδα στο: <http://lawandtech.eu/el/2014/02/05/cosmetics-electronic-commerce/>
- Http2** Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας της Βουλγαρίας
<http://www.mlsp.government.bg/bg/integration/news/2013-01-07%20Bulgarian%20Guide%20for%20Cypriot%20Migrants%20EL%20-%20FINAL.PDF>
- Http3** National health insurance fund Bulgaria <http://www.en.nhif.bg/web/guest/patient-s-rights>
- Http4** <http://www.heritage.org/index/country/france>
- Http5** <http://www.slideshare.net/iamankitsharma/france-pestl-analysis>
- Http6** <http://www.managementparadise.com/balajiv.ganesh/documents/6290/france-pest-analysis/>
- Http7** <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=60>
- Http8** <http://www.alltrials.net/>
- Http9** <http://pmjournal.gr/bad-pharma-farmakobiomhxania/>
- Http10** <http://www.pharmamanager.gr/ecommerce.asp>
- Http11** <http://ec.europa.eu/eurostat>
- Http12** <http://www.iobe.gr/>
- wikipedia1** <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%AF%CE%B1>
- wikipedia2**
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%AF%CE%B1>

Παράρτημα Α. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος “MBA Διοίκηση Επιχειρήσεων” του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για εκπαιδευτικούς σκοπούς στα πλαίσια διπλωματικής διατριβής. Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι σεβόμαστε απολύτως το χρόνο σας, και ότι το ερωτηματολόγιο έχει δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε η απάντησή του σε χρόνο να μην υπερβαίνει τα 5-10 λεπτά της ώρας.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να συλλέξει πληροφορίες για τους παράγοντες που σχετίζονται με την επιλογή φαρμακευτικών προϊόντων. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 2 μέρη: το *πρώτο* αναφέρεται στις επιλογές των καταναλωτών για την Αγορά φαρμάκων και το *δεύτερο* αναφέρεται στο δημογραφικό προφίλ και τα εξαγωγικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή.

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε που δεχθήκατε να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή και θα το εκτιμούσαμε δεόντως εάν συμπληρώνατε το ερωτηματολόγιο με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν υπό την μορφή στατιστικών συνόλων. Σας παρακαλούμε να σημειώστε ότι τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου αυτού θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις γνώσεις μας αναφορικά με αυτό το σημαντικό πεδίο στο χώρο του φαρμακευτικού μάρκετινγκ.

Υπεύθυνη Έρευνας: Δημουλά Μαίρη-Μαρία

τηλ.: 6981448920, email: Mairy_dim@windowslive.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών προϊόντων (Συγκριτική Μελέτη καταναλωτών Ελλάδας-Γαλλίας-Βουλγαρίας).

ΜΕΡΟΣ Α'

Παρακαλούμε για τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάλτε X σε ένα τετραγωνάκι ανά ερώτηση.

1. Από που ενημερώνεστε για τα προϊόντα που αγοράζετε στο φαρμακείο;

- Ιατρό Φαρμακοποιό Συγγενή/φίλο Διαφήμιση Κανέναν Άλλο

2. Θα επιλέγατε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα επειδή είναι σε προσφορά;

- ΝΑΙ Θα το σκεφτόμουν θετικά Θα το σκεφτόμουν αρνητικά ΟΧΙ

3. Πόσες φορές επισκέπτεστε ένα φαρμακείο, για αγορές το μήνα; _____

4. Πόσα χρήματα ξοδεύετε για τις συνολικές αγορές σας στο φαρμακείο το μήνα; _____ €

5. Αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα; ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Πόσο συχνά αγοράζετε συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;

- <1 φορά μέχρι 5 φορές 6 με 10 φορές > 11 φορές

7. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

- <5€ 5,1 – 10€ 10,1 – 15€ 15,1 – 20€ >20€

8. Ανάμεσα στις επιλογές σας σε σκευάσματα για την ίδια πάθηση, επιλέγετε με βάση;

- Τιμή Εταιρεία Διαφήμιση Φήμη Αυτό που σας προτείνουν Άλλο

9. Αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα; ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Πόσο συχνά αγοράζετε ΜΗ συνταγογραφούμενα φάρμακα το μήνα;

- <1 φορά μέχρι 5 φορές 6 με 10 φορές > 11 φορές

11. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων;

- <5 5,1 – 10€ 10,1 – 15€ 15,1 – 20€ >20 €



12. Από που ενημερώνεστε για το ΜΗ συνταγογραφούμενο προϊόν που αγοράζετε;

- Ιατρό Φαρμακοποιό Συγγενή/φίλο Διαφήμιση Κανέναν
 Άλλο

13. Ανάμεσα στις επιλογές σας για ΜΗ συνταγογραφούμενα σκευάσματα για την ίδια πάθηση, επιλέγετε με βάση;

- Τιμή Εταιρεία Διαφήμιση Φήμη Αυτό που σας προτείνουν
 Άλλο

14. Αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής; ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Πόσο συχνά αγοράζετε βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής το μήνα;

- <1 φορά μέχρι 5 φορές 6 με 10 φορές > 11 φορές

16. Πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για την αγορά βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής;

- <5€ 5,1 – 10€ 10,1 – 15€ 15,1 – 20€ >20 €

17. Από που ενημερώνεστε για τις βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής που αγοράζετε;

- Ιατρό Φαρμακοποιό Συγγενή/φίλο Διαφήμιση Κανέναν
 Άλλο

18. Ανάμεσα στις επιλογές σας για παρεμφερή βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής, επιλέγετε με βάση;

- Τιμή Εταιρεία Διαφήμιση Φήμη Αυτό που σας προτείνουν
 Άλλο

19. Αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης; ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Πόσο συχνά αγοράζετε καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης το μήνα;

- <1 φορά μέχρι 5 φορές 6 με 10 φορές > 11 φορές

21. Πόσα χρήματα ξοδεύετε για την αγορά καλλυντικών και/ή άλλων προϊόντων περιποίησης τον μήνα; <5 5,1 – 10 10,1 – 15 15,1 – 20 >20 €

22. Από που ενημερώνεστε για τα καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης που αγοράζετε;

- Ιατρό Φαρμακοποιό Συγγενή/φίλο Διαφήμιση Κανέναν
 Άλλο

23. Ανάμεσα στις επιλογές σας για καλλυντικά και/ή άλλα προϊόντα περιποίησης με την ίδια δραστική ουσία, επιλέγετε με βάση:

- Τιμή Εταιρεία Διαφήμιση Φήμη Αυτό που σας προτείνουν
 Άλλο

24. Πόσες φορές αγοράζετε κάποιο προϊόν στο φαρμακείο χωρίς να είναι αυτός ο λόγος για τον οποίο πήγατε εκεί; Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές
 Αρκετά συχνά Πολύ συχνά

25. Ποιάς κατηγορίας είναι συνήθως το προϊόν που αγοράζετε αυθόρμητα;
 Παισιόπινο Καλλυντικό Βιταμίνες Προϊόν φροντίδας/υγιεινής Άλλο

Στις παρακάτω ερωτήσεις μπορούν να επιλέγουν περισσότερες από μια απαντήσεις.

26. Αν η οικονομική σας κατάσταση ήταν καλύτερη θα αγοράζατε:

Μεγαλύτερη ποσότητα από τα ίδια προϊόντα Ακριβότερα διαφορετικά προϊόντα Επιπλέον διαφορετικά προϊόντα Δεν θα άλλαζαν οι επιλογές μου

27. Αν η οικονομική σας κατάσταση επιδεινωθεί τι από τα παρακάτω θα σταματήσετε να αγοράζατε:

Συνταγογραφούμενα φάρμακα Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα
 Βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής Καλλυντικά/προϊόντα περιποίησης Άλλο

28. Ψωνίζετε σταθερά από ένα μόνο φαρμακείο τα προαναφερθέντα προϊόντα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν **ΝΑΙ** γιατί; Εμπιστεύομαι τον/την φαρμακοποιό

- Είναι το πιο κοντινό
- Έχει πληθώρα προϊόντων και πάντα βρίσκω ό,τι θέλω
- Παρέχει ευκολίες πληρωμής
- Άλλος λόγος

Αν **ΟΧΙ** γιατί; Αγοράζω από το φαρμακείο που θα βρω πρώτο ανοιχτό

- Επιλέγω διαφορετικό φαρμακείο για μερικά προϊόντα
- Επιλέγω το φαρμακείο που έχει το φθηνότερο προϊόν ίδιας δράσης
- Άλλος λόγος



29. Η τελευταία διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος που σας προξένησε το ενδιαφέρον ήταν:

- Στην τηλεόραση Σε φυλλάδιο Στο διαδίκτυο
 Στο ραδιόφωνο Σε περιοδικό Στο φαρμακείο Αλλού

30. Θα αγοράζατε φαρμακευτικά προϊόντα μέσω διαδικτύου; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ Β'

Παρακαλούμε για τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάλτε X σε ένα τετραγωνάκι ανά ερώτηση.

1. Φύλο: Γυναίκα Άνδρας

2. Ποιά είναι η ηλικία σας; <19 20-34 35-49 50-64 >65

3. Ποιό είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Ι.Ε.Κ. Τ.Ε.Ι.
 Α.Ε.Ι. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό Άλλο

4. Ποιό από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια απασχόλησή σας;

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικός Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> Εργάτης |
| <input type="checkbox"/> Δημόσιος Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> Οικιακά |
| <input type="checkbox"/> Αυτοαπασχολούμενος | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Αγρότης | <input type="checkbox"/> Άνεργος/η |

5. Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημά σας;

- <5.000€ 5.001 – 10.000€ 10.001 – 15.000€ 15.001 – 20.000€ >20.000€

6. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; Άγαμος/η Έγγαμος/η

- Έγγαμος/η με ανήλικα παιδιά Άγαμος/η με ανήλικα παιδιά

7. Ακολουθείτε κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΠΗΓΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Οι ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων είναι σχεδόν ίδιες σε όλες τις ερευνητικές εργασίες.

Πιο αναλυτικά, αναφέρεται ότι:

Η Ερώτηση 28 Α Μέρος προέρχεται από την "Διπλωματική εργασία: Μάρκετινγκ Υπηρεσιών στο ελληνικό φαρμακείο, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Διούδης Γρηγόριος, Μάιος 2013, Λευκωσία".

Οι Ερωτήσεις 5-23 Α Μέρος προέρχονται από το "Ίδρυμα Executive Education Experts, Born to deliver learning excellence, Αποτελέσματα Έρευνας :Οι προτεραιότητες των φαρμακευτικών εταιριών κατά την περίοδο της παρούσας οικονομικής κρίσης, Οκτώβριος 2014".

Οι Ερωτήσεις 1,3, 5-23, Α Μέρος, Β Μέρος Δημογραφικών προέρχονται από το "Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακής Ειδίκευσης στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ακαδημαϊκό έτος 2011-2012, Λαζογεώργου Παγωνίτσα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια".

Οι Ερωτήσεις 3,4 Α Μέρος και 6 Β Μέρος προέρχονται από "Παναγιούλης, Α., (2010), Διερευνητική εργασία για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ασθενών- Πελατών και φαρμακοποιών», Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα".

Οι Ερωτήσεις 8,,13,18,23,29 Α Μέρος προέρχονται από "Κοτρώνιας, Ν., (2010), διπλωματική εργασία: Οι στρατηγικές προώθησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι σύγχρονες τάσεις της διαφήμισης. Η περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ), Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα".

Οι Ερώτηση 6, Β μέρος και Ερωτήσεις 6,3 και 6,4 προέρχονται από την: "Παπαδάκη, Ε., (2012), Διπλωματική εργασία: Η επίδραση της διαφήμισης των μη Συνταγογραφούμενων παυσίπονων φαρμάκων (Οtc) στη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών του φαρμακείου, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα. Διαθέσιμο στο : <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5455/1/%CE%94%CE%99%CE%A0%CE%9B%CE%A9%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99.pdf>

Οι ερωτήσεις 2, 24, 25, 26 και 27 δεν πηγάζουν από κάποιο ερωτηματολόγιο παρόμοιας έρευνας. Είναι προσωπική η επιλογή τους, για να διερευνήσω θέματα που δεν έχουν τεθεί σε υπάρχουσες διατριβές σε πεδίο εκπτώσεων στο φαρμακείο- 2, προθέσεις καταναλωτών για αυθόρμητη αγορά σκευασμάτων 24, 25 και διαφοροποίησης οικονομικής κατάστασης με τις επιπτώσεις της στις αγοραστικές επιλογές των καταναλωτών- 25, 26.

Παράρτημα Β. Κατάλογος εικόνων, διαγραμμάτων και πινάκων εργασίας

ΕΙΚΟΝΕΣ

- Εικόνα 1. Ιστορική εξέλιξη μάρκετινγκ
- Εικόνα 2. Προσεγγίσεις μάρκετινγκ.
- Εικόνα 3. Η παγκόσμια κατάταξη των φαρμακοβιομηχανιών
- Εικόνα 4. Συνολική εικόνα Γαλλικού Συστήματος Υγείας
- Εικόνα 5. Η Αγορά φαρμάκων στην Βουλγαρία
- Εικόνα 6. Δείκτες διαφάνειας Βουλγαρίας
- Εικόνα 7. Δείκτες υπευθυνότητας Βουλγαρίας
- Εικόνα 8. Φαρμακευτική αγοραστική δύναμη των τριών υπό μελέτη κρατών με βάση την έκθεση του ΠΟΥ.
- Εικόνα 9. Κατώτατος μισθός και ανεργία στις χώρες της ΕΕ, 2011
- Εικόνα 10. Κατώτατος μισθός ανά μήνα σε Ευρώ σε 12μηνη βάση, β' τρίμηνο 2012
- Εικόνα 11. Κατώτατοι μισθοί, που δημοσιεύθηκαν από την Eurostat και αναφέρονται σε εθνικό επίπεδο, ανά μήνα
- Εικόνα 12. Η απόφαση αγοράς από τον καταναλωτή.
- Εικόνα 13. Παράγοντες που επηρεάζουν την αγοραστική συμπεριφορά
- Εικόνα 14. Εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καταναλωτή
- Εικόνα 15. Υπόδειγμα συνολικής συμπεριφοράς του καταναλωτή
- Εικόνα 16. Παράγοντες που επηρεάζουν τους καταναλωτές στην επιλογή ΜΗΣΗΦΑ
- Εικόνα 17. Η αλληλεπίδραση του ασθενούς και του γιατρού για την επιλογή μιας μάρκας
- Εικόνα 18. Τα περιβάλλοντα του φαρμακευτικού marketing
- Εικόνα 19. Ο κύκλος της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα
- Εικόνα 20. Δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης φαρμακευτικών προϊόντων
- Εικόνα 21. Εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη
- Εικόνα 22. Ποσοστό ανεργίας στην Ευρώπη
- Εικόνα 23. Οικονομικά στοιχεία Ελλάδας 2014
- Εικόνα 24. Οικονομικά στοιχεία Γαλλίας 2014
- Εικόνα 25. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης
- Εικόνα 26. Οικονομική ανεπάρκεια εκπλήρωσης αναγκών υγείας
- Εικόνα 27. Κύριοι εξαγωγικοί προορισμοί της Βουλγαρίας το 2011
- Εικόνα 28. Κύριοι εισαγωγικοί προορισμοί για τη Βουλγαρίας το 2011
- Εικόνα 29. Ποσοστό % ανεργίας πληθυσμού ηλικιών 15-64 στην Βουλγαρία
- Εικόνα 30. Πραγματικά ποσοστά ανάπτυξης του ΑΕΠ της Βουλγαρίας (%)
- Εικόνα 31. Εξώφυλλο βιβλίου Goldacre (2012)
- Εικόνα 32. Κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με την υγεία (% ποσοστό Ευρωπαίων)

- Εικόνα 33. Πόσο συχνά οι Ευρωπαίοι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να αντλήσουν πληροφορίες για την υγεία τους
- Εικόνα 34. Εκπαίδευση Βούλγαρων υπαλλήλων στους κώδικες δεοντολογίας
- Εικόνα 35. Μερίδιο αγοράς σε όγκο γενόσημων, στην ευρωπαϊκή αγορά και σε απροστάτευτες χώρες/ ανά χώρα
- Εικόνα 36. Εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στις χώρες της Ευρώπης
- Εικόνα 37. Συγκρίσεις τιμών μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ για ένα καλάθι 150 φαρμακευτικών προϊόντων, δείκτης τιμών 2008 με UK=100
- Εικόνα 38. Σειρά σπουδαιότητας παραγόντων για την επιλογή του φαρμακείου. Αποκλειστικά με βάση τις απαντήσεις που δείχνουν τους πιο σημαντικούς
- Εικόνα 39. Οι πυγές σφαλμάτων σε μια έρευνα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

- Διάγραμμα 1: Πηγή ενημέρωσης για τα προϊόντα που αγοράζουν οι πελάτες στο φαρμακείο.
- Διάγραμμα 2: Επιλογή εκπαιδευτικού φαρμακευτικού σκευάσματος
- Διάγραμμα 3: Συχνότητα επισκέψεων/αγορών στο φαρμακείο το μήνα.
- Διάγραμμα 4: Έξοδα αγορών στο φαρμακείο.
- Διάγραμμα 5: Συγκριτικά αποτελέσματα μηνιαίων εξόδων στο φαρμακείο.
- Διάγραμμα 6: Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Διάγραμμα 7: Συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά μήνα.
- Διάγραμμα 8: Μηνιαία έξοδα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Διάγραμμα 9: Επιρροή επιλογής για την αγορά σκευασμάτων για την ίδια πάθηση.
- Διάγραμμα 10: Αγορά Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Διάγραμμα 11: Συχνότητα αγοράς Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά μήνα.
- Διάγραμμα 12: Μηνιαία έξοδα αγοράς Μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Διάγραμμα 13: Πηγή ενημέρωσης για την αγορά Μη συνταγογραφούμενου προϊόντος.
- Διάγραμμα 14: Επιλογή αγοράς Μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, για την ίδια πάθηση.
- Διάγραμμα 15: Αγορά βιταμινών και/ ή συμπληρωμάτων διατροφής.
- Διάγραμμα 16: Συχνότητα αγοράς βιταμινών και/ ή συμπληρωμάτων διατροφής.
- Διάγραμμα 17: Μηνιαία έξοδα για την αγορά βιταμινών και/ή συμπληρωμάτων διατροφής
- Διάγραμμα 18: Πηγές ενημέρωσης για τις βιταμίνες και/ή συμπληρώματα διατροφής.
- Διάγραμμα 19: Επιρροή επιλογής για παρεμφερή βιταμίνες/συμπληρώματα διατροφής.
- Διάγραμμα 20: Αγορά καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.
- Διάγραμμα 21: Μηνιαία συχνότητα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.
- Διάγραμμα 22: Μηνιαία έξοδα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.
- Διάγραμμα 23: Πηγή ενημέρωσης για την επιλογή αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης
- Διάγραμμα 24: Επιρροή επιλογής για παρεμφερή καλλυντικά και / ή άλλα προϊόντα περιποίησης.
- Διάγραμμα 25: Αυθόρμητη Αγορά
- Διάγραμμα 26: Συνολική απεικόνιση αυθόρμητης ή μη συμπεριφοράς, των καταναλωτών φαρμακευτικών προϊόντων.
- Διάγραμμα 27: Κατηγορία προϊόντος αυθόρμητης αγοράς.
- Διάγραμμα 28: Αλλαγές που επιφέρει η πιθανή βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών, στην αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Διάγραμμα 29: Αλλαγές που επιφέρει η πιθανή επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των καταναλωτών, στην αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.

- Διάγραμμα 30: Επιλογή ενός συγκεκριμένου φαρμακείου.
Διάγραμμα 31: Θετική, σταθερή επιλογή καταναλωτών ενός μόνο φαρμακείου για τις αγορές τους.
Διάγραμμα 32: Αρνητική, σταθερή επιλογή καταναλωτών ενός μόνο φαρμακείου για τις αγορές τους.
Διάγραμμα 33: Τελευταία παρατηρημένη διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος από τους καταναλωτές.
Διάγραμμα 34: Αγορά φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου.
Διάγραμμα 35: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το Φύλλο
Διάγραμμα 36: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την Ηλικία.
Διάγραμμα 37: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το μορφωτικό επίπεδο.
Διάγραμμα 38: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το επάγγελμα.
Διάγραμμα 38: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για το εισόδημα.
Διάγραμμα 39: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την οικογενειακή κατάσταση.
Διάγραμμα 40: Απεικόνιση δημογραφικών αποτελεσμάτων για την χρόνια φαρμακευτική αγωγή πελατών.

ΠΙΝΑΚΕΣ

- Πίνακας 1: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την πηγή ενημέρωσης.
Πίνακας 2: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα επίσκεψης/αγοράς.
Πίνακας 3: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα έξοδα αγορών στο φαρμακείο
Πίνακας 4: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τη συχνότητα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων το μήνα.
Πίνακας 5: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα μηνιαία έξοδα αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
Πίνακας 6: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
Πίνακας 7: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την πηγή ενημέρωσης για την αγορά Μη συνταγογραφούμενου προϊόντος.
Πίνακας 8: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς βιταμινών και/ ή συμπληρωμάτων διατροφής.
Πίνακας 9: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την συχνότητα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.
Πίνακας 10: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για τα μηνιαία έξοδα αγοράς καλλυντικών και / ή άλλων προϊόντων περιποίησης.
Πίνακας 11: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την αυθόρμητη αγορά.
Πίνακας 12: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την κατηγορία προϊόντος αυθόρμητης αγοράς.
Πίνακας 13: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την επιλογή ενός συγκεκριμένου φαρμακείου.
Πίνακας 14: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την τελευταία παρατηρημένη διαφήμιση φαρμακευτικού σκευάσματος από τους καταναλωτές.
Πίνακας 15: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου.
Πίνακας 16: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για το μορφωτικό επίπεδο των καταναλωτών.
Πίνακας 17: Σύγκριση χωρών ανά ζεύγη, για το εισόδημα των καταναλωτών.
Πίνακας 18: Συσχετίσεις που αφορούν την Ελλάδα.
Πίνακας 19: Συσχετίσεις που αφορούν την Βουλγαρία.
Πίνακας 20: Συσχετίσεις που αφορούν την Γαλλία.

