

Ροδούλα Α. Ζήση
Βουλευτής Μαγνησίας



**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΑΙΓΙΝΟΥ**

Ν.Π.Δ.Δ Νόμος 3601

Ελευθ. Βενιζέλου 7 Τηλ./Φαξ 04210-20270

38333 ΒΟΛΟΣ

fsm@otenet.gr

Βόλος 24 Νοεμβρίου 2011

Α.Π.6113/Φ.1,2

ΠΑΣ

1108

08 ΔΕΚ. 2011

Προς . κ. Ροδούλα Ζήση Βουλευτή Μαγνησίας

Θέμα . Ενημέρωση για τις τελευταίες εξελίξεις στον κλάδο μας.

Αξιότιμη κ. Βουλευτά,

Με την παρούσα επιστολή , θέλουμε να σας ενημερώσουμε για τα ζητήματα που μας απασχολούν το τελευταίο διάστημα , και τα οποία οδηγούν τον κλάδο μας σε συρρίκνωση και τελικά σε αφανισμό . Εκτιμούμε ότι αναγνωρίζετε την ανάγκη διατήρησης και στήριξης του Ελληνικού Φαρμακείου , του Φαρμακείου της γειτονιάς με τις υπηρεσίες που προσφέρει όλο το 24ωρο σε όλα τα σημεία του Νομού Μαγνησίας . Ασφαλώς και γνωρίζετε επίσης καλά την προσφορά του στην κοινωνία της περιοχής που λειτουργεί. Τα μέτρα που πρόκειται να πάρει η κυβέρνηση , θα οδηγήσουν τα φαρμακεία μας , με μαθηματική ακρίβεια το επόμενο διάστημα σε αφανισμό.

Σας ζητάμε να κατανοήσετε τις δικές μας ανησυχίες και να συμβάλετε από την θεσμική σας θέση , με όλες σας τις δυνάμεις στην διατήρηση και στην επιβίωση του ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΤΗΣ ΓΕΙΤΟΝΙΑΣ.

Είμαστε πρόθυμοι να σας ενημερώσουμε σχετικά με τα προβλήματα μας όποτε μας το ζητήσετε.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο Πρόεδρος

Ματσίδης Κων/νος



Ο Γραμματέας

Τσιατσιάνης Θεόδωρος

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΝΟΜΟΥ 3918/11

Με την ψήφιση του Ν. 3918/11 καθορίσθηκαν διατάξεις που στο σύνολό τους συνιστούν αυτό που έχει ονομασθεί «άνοιγμα του φαρμακευτικού επαγγέλματος με κανόνες».

Συγκεκριμένα καθορίσθηκε:

1. Νέα μικρότερη αναλογία κατοίκων ανά φαρμακείο
2. Ελεύθερη ίδρυση φαρμακείων περίξ των Νοσοκομείων
3. Δυνατότητα ίδρυσης εταιριών Φαρμακείων
4. Υποχρέωση παροχής έκπτωσης από τα φαρμακεία προς τα Ασφαλιστικά ταμεία
5. Διεύρυνση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων

Αποτίμηση των νομοθετημένων μέτρων

1. Νέα αναλογία κατοίκων ανά φαρμακείο

Με το Ν. 3918/11 καθορίσθηκε αναλογία 1000 κατοίκων ανά φαρμακείο προκειμένου να ιδρυθεί νέο φαρμακείο. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο προηγούμενος νόμος απαιτούσε 1500 κατοίκους ανά φαρμακείο.

Η χαλάρωση (relaxing) αυτού του πληθυσμιακού κριτηρίου είχε ως αποτέλεσμα να ιδρυθούν επτακόσια (700) νέα φαρμακεία σε όλη τη χώρα και να αυξήσουν ακόμα περισσότερο τον ήδη υπερβολικά μεγάλο αριθμό φαρμακείων της χώρας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι με τη ρύθμιση αυτή απορροφήθηκε όλη η ζήτηση που υπήρχε από νέους φαρμακοποιούς που ήθελαν να ιδρύσουν φαρμακείο και μάλιστα δεν καλύφθηκαν όλες οι διαθέσιμες θέσεις λόγω έλλειψης ενδιαφερομένων νέων φαρμακοποιών.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στο γεωγραφικό χώρο της Νομαρχίας (Αντιπεριφέρειας) Θεσσαλονίκης δόθηκε η δυνατότητα να ανοίξουν 48 νέα φαρμακεία και εμφανίσθηκαν ενδιαφερόμενοι μόνο για 41 νέα φαρμακεία.

2. Ελεύθερη ίδρυση φαρμακείων περίξ των νοσοκομείων

Με το Ν.3918/11 η ίδρυση φαρμακείων περίξ των νοσοκομείων είναι ελεύθερη χωρίς πληθυσμιακά ή άλλα κριτήρια και υπολογίζεται ότι θα ιδρυθούν συνολικά περίπου 70 νέα φαρμακεία σε απόσταση έως 100 μέτρα από τα νοσοκομεία.

3. Δυνατότητα ίδρυσης εταιριών Φαρμακείων

Με το Ν. 3918/11 δίδεται η δυνατότητα δημιουργίας εταιριών φαρμακείων, με συνεταιρισμό μεταξύ ήδη λειτουργούντων φαρμακείων ή λειτουργούντων φαρμακείων με νέους φαρμακοποιούς. Μέχρι τώρα τριακόσιωι (300) φαρμακοποιοί έχουν κάνει χρήση της διάταξης αυτής.

Στόχος της ρύθμισης είναι η δημιουργία φαρμακείων στα οποία θα εργάζονται πολλοί φαρμακοποιοί, προς όφελος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της μείωσης του λειτουργικού κόστους.

ΜΙΚΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΕΡΔΟΥΣ

1. Το profit margin (μικτό περιθώριο κέρδους) είναι 22% και ήδη με το Νόμο 3918/11 θεσπίζεται έκπτωση από τους φαρμακοποιούς προς τα Ασφαλιστικά ταμεία της τάξης του 4,5% μεσοσταθμικά. Δηλαδή το μικτό περιθώριο κέρδους σήμερα διαμορφώνεται σε 18,5%. Το κέρδος αυτό απομεινύεται περαιτέρω λόγω της παράνομης και παράλογης καθυστέρησης πληρωμής των ταμείων αλλά και της διαρκούς "έκτακτης φορολόγησης" (περαίωση, έκτακτη εισφορά κλπ). Επυψήσαν για 328 φάρμακα Υψηλού Κόστους έχει καθοριστεί μικτό περιθώριο κέρδους 18% (καθαρό ποσοστό κέρδους 14% το οποίο λόγω και των υψηλών τιμών των φαρμάκων αυτών μειώνει περαιτέρω μεσοσταθμικά το μέσο ποσοστό κέρδους σε επίπεδα κάτω και αυτού του 18,5%
2. Το καθαρό περιθώριο κέρδους (μετά την αφαίρεση των συντελεστών κόστους) κυμαίνεται πλέον μεταξύ 8-11% αναλόγως των ιδιαίτερων στοιχείων εκάστου φαρμακείου. Αυτόν τον συντελεστή αποδέχεται και η ΕΦΟΡΙΑ.
3. Ο κλάδος των φαρμακοποιών μας είναι ίσως ο μοναδικός στον οποίο η φοροδιαφυγή είναι μηδενική.
(Λόγοι: Υδατογραφημένα κουπόνια, μηχανογραφικός έλεγχος τιμολογίων, συναλλαγή με Δημόσιο και Ταμεία).
4. Η περαιτέρω μείωση του κέρδους στην ουσία καταργεί κάθε έννοια κέρδους διότι καλύπτει απλά και μόνο τα έξοδα λειτουργίας. Σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα χρήσης αλλά και σε εκμηδένιση των αναμενόμενων φορολογικών εσόδων από τα φαρμακεία.
5. Η υλοποίηση ενός τέτοιου στόχου αντιστρατεύεται σειρά αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και τις οδηγίες DIR 35/05 ΚΑΙ DIR 123/06.
Θέτει επίσης ισχυρά ερωτηματικά κατά πόσο είναι σεβαστή η Συμφωνία της Λισσαβόνας.
6. Χρήζει ειδικής διερεύνησης κατά πόσο είναι νόμιμο και θεμιτό να οδηγούνται 12.000 φαρμακεία σε κλείσιμο μέσω μιας Διοικητικής Απόφασης (Διοικητικός καθορισμός περιθωρίου κέρδους).
Πιστεύουμε ότι ένα λογικό περιθώριο κέρδους όπως αυτό που ισχύει σήμερα είναι απαραίτητο όχι μόνο με όρους οικονομίας και όρους λογικής αλλά και με όρους Νομικούς (προστασία επιχειρήσεων).
7. Είναι απορίας άξιο γιατί υπάρχει αυτός ο μονόπλευρος και αναποτελεσματικός προσανατολισμός στη μείωση της μικρής κερδοφορίας των φαρμακείων, όταν ο τομέας των φαρμακείων αποτελεί μόλις το 6% - 7% της "πίτας" των Δαπανών Υγείας. Για το υπόλοιπο 93% - 94% δεν υπάρχει ο ίδιος ζήλος.
8. Το κέρδος των φαρμακείων είναι ο τελευταίος και μικρότερος σε σπουδαιότητα παράγοντας που επηρεάζει το ρυθμό αύξησης των Φαρμακευτικών Δαπανών.
Ακόμη και να μηδενίσετε το κέρδος του φαρμακείου οι δαπάνες θα βαίνουν αυξανόμενες αν δεν αντιμετωπιστεί η ρίζα του προβλήματος.
(Υποκατάσταση φθηνών από ακριβότερα, νεότερες και ακριβότερες θεραπείες, υπερσυνταγογράφηση κλπ.).

ΜΙΚΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΕΡΔΟΥΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΙΤΑΛΙΑ	24
ΒΕΛΓΙΟ	29
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	24
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	24
ΙΣΠΑΝΙΑ	26
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	20
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	25
ΓΑΛΛΙΑ	25
ΕΛΒΕΤΙΑ	25
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ	19
ΕΛΛΑΔΑ	18,5

Πηγή : ΕΦΡΙΑ

ΟΦΕΙΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Σύνολο οφειλών ασφαλιστικών ταμείων : 300.000.000 €

από

ΟΠΑΔ

ΕΤΑΑ

ΤΑΥΤΕΚΩ και άλλα μικρότερα ασφαλιστικά ταμεία.

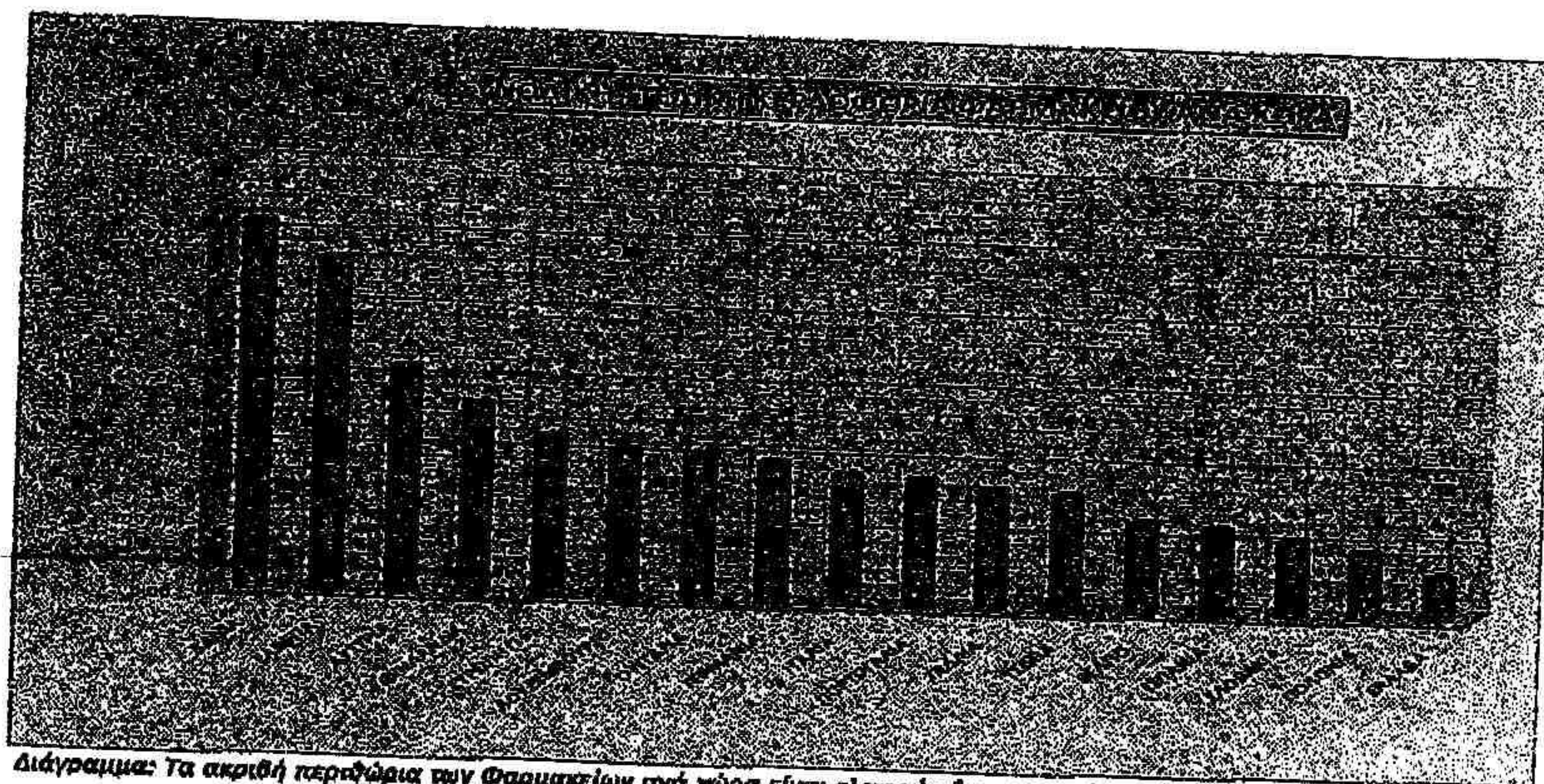
Περίοδος οφειλής : από Μάιο 2010 έως Σεπτέμβριο 2011

ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΕΣΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ

Τα Φαρμακεία στην Ελλάδα δεν λειτουργούν μόνο με ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά κέρδους πανευρωπαϊκά, αλλά ταυτόχρονα έχουν και το χαμηλότερο εισόδημα βάσει τζίρου στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ηπείρου, είναι δηλαδή τα πιο αδύναμα οικονομικώς Φαρμακεία στην Ευρώπη,

εξαιτίας της ορθής υγειονομικά επιλογής της Πολιτείας να επιβάλει τη διασπορά τους ομοιόμορφα παντού στην Επικράτεια,

για να είναι προσιτά σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως κατοικίας, σε μία από τις χώρες με το πιο περίπλοκο γεωγραφικό ανάγλυφο ηπειρωτικά αλλά και νησιωτικά, που διαμορφώνει μεγάλες περιοχές σε απομόνωση και δυσκολία πρόσβασης:



Διάγραμμα: Τα ακριβή περιθώρια των Φαρμακείων ανά χώρα είναι ελαφρώς διαφορετικά και όχι ενιαία στα 21,60%. Σε άλλες χώρες υψηλότερα σε άλλες χαμηλότερα. Αυτό οφείλεται στο ότι υπάρχουν ποικίλες μέθοδοι αποζημίωσης των Κρατικώς Διατιμωμένων Τιμών φαρμάκων από χώρα σε χώρα. Στα διαγράμματα παρατίθενται οι μέσοι όροι. Στοιχεία 2006-2008 (OECD, EFPIA, PGEU).

ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΕΡΔΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ (ΕΛΛΑΔΑ-ΕΥΡΩΠΗ)

1) Σύμφωνα με τα τελευταία δημοσιευμένα στοιχεία της Γ.Γ. Εσωτερικών Υποθέσεων της Κομισιόν,

σήμερα πια (με την επιβολή χαμηλότερου ποσοστού κέρδους στα Φ.Υ.Κ. από το περασμένο καλοκαίρι (Α.Δ. 7/2009) και την επιβολή rebate από τον πρόσφατο νόμο 3918/2011) τα ελληνικά Φαρμακεία δυστυχώς λειτουργούν με ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά κέρδους πανευρωπαϊκά, συγκρινόμενα με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (κόκκινη κάθετη γραμμή):

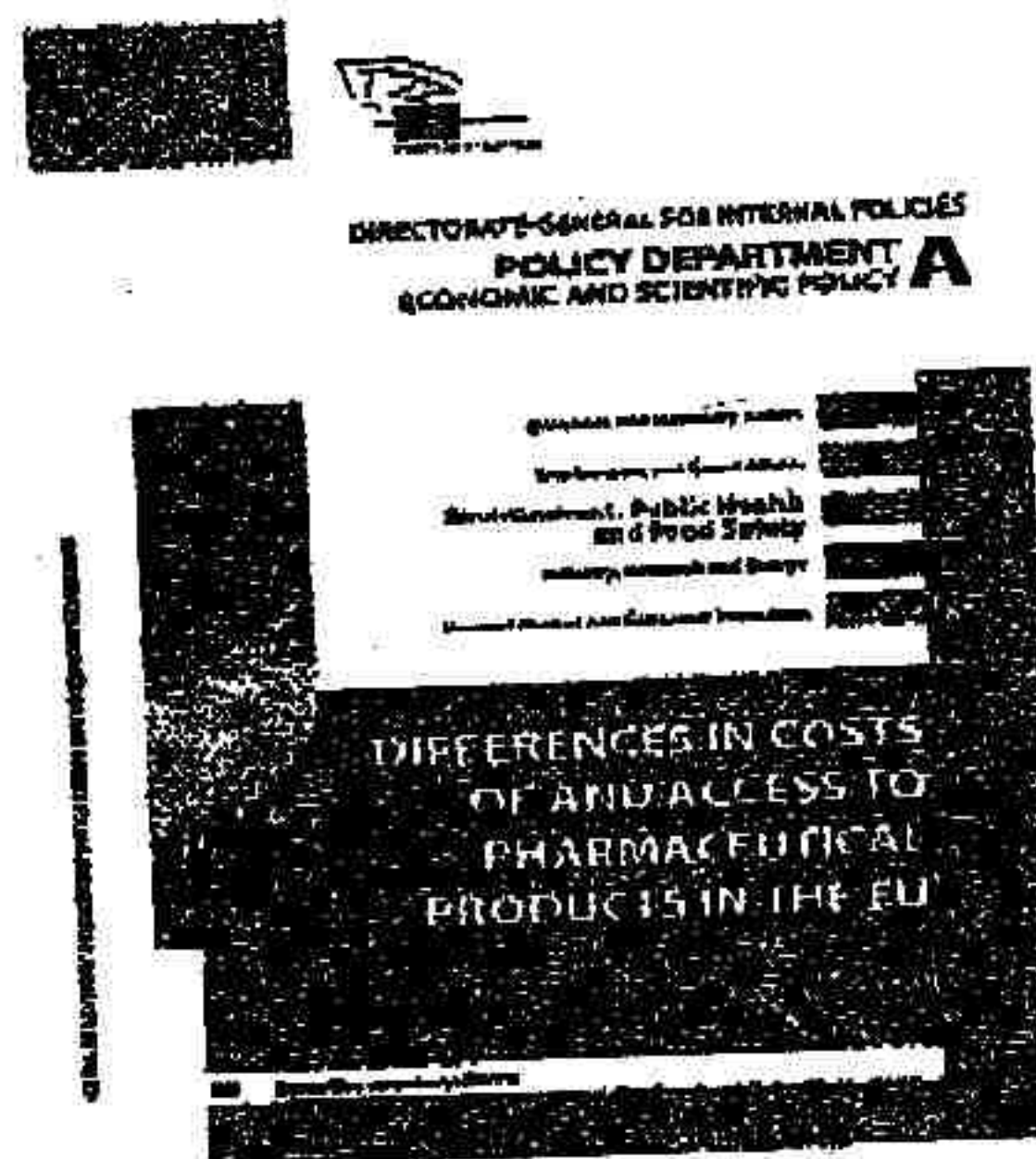
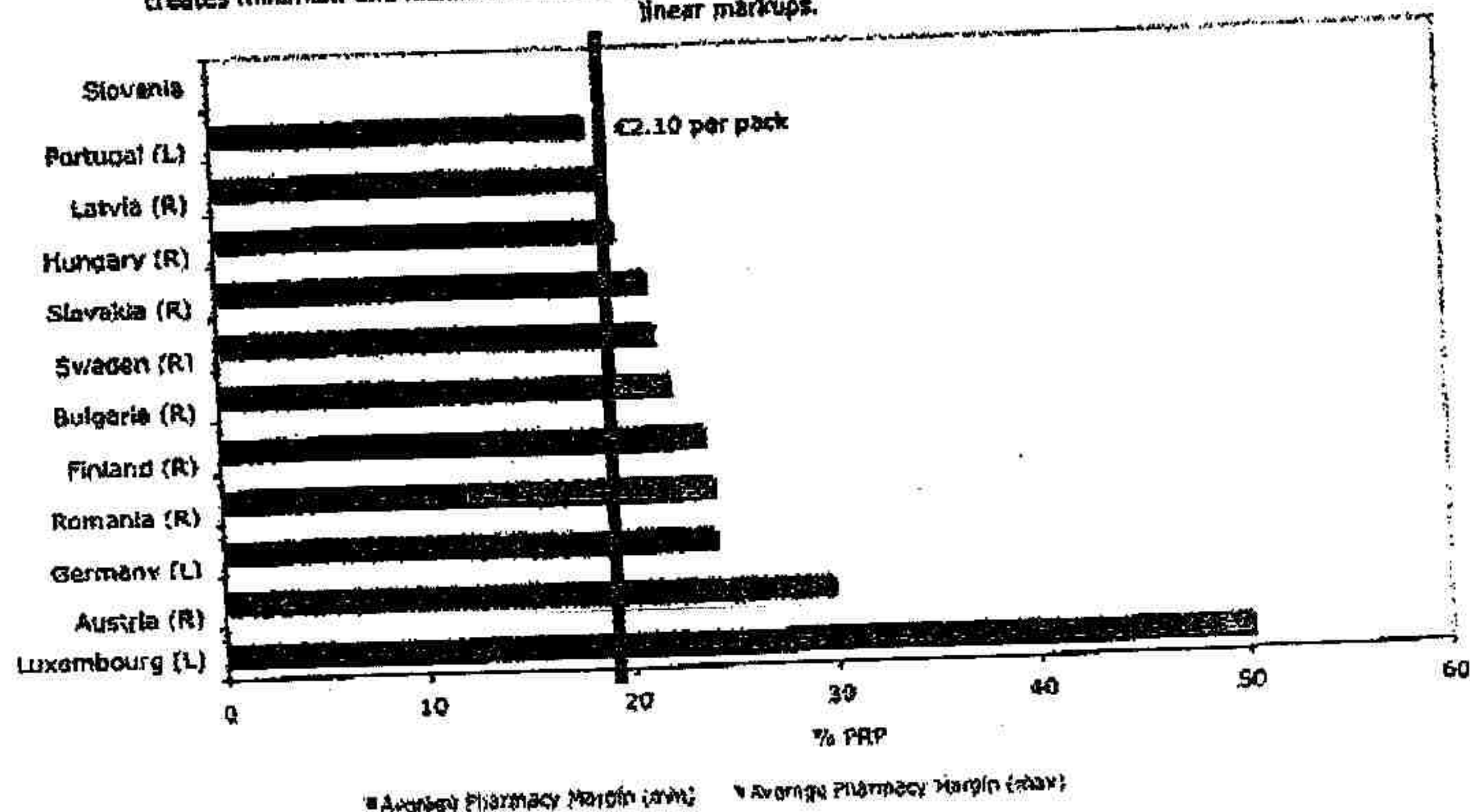


Figure 16: Average pharmacy (retail) margins as share of retail price in selected EU Member States

Average Pharmacy Margins presented across EU27 Countries. Greater than one source (2007-2010) creates minimum and maximum values. Countries with 'R' denote regressive margins and 'L' denotes linear markups.



Sources: Karavos (Pharmaceutical Policy, 2010, lecture 9)

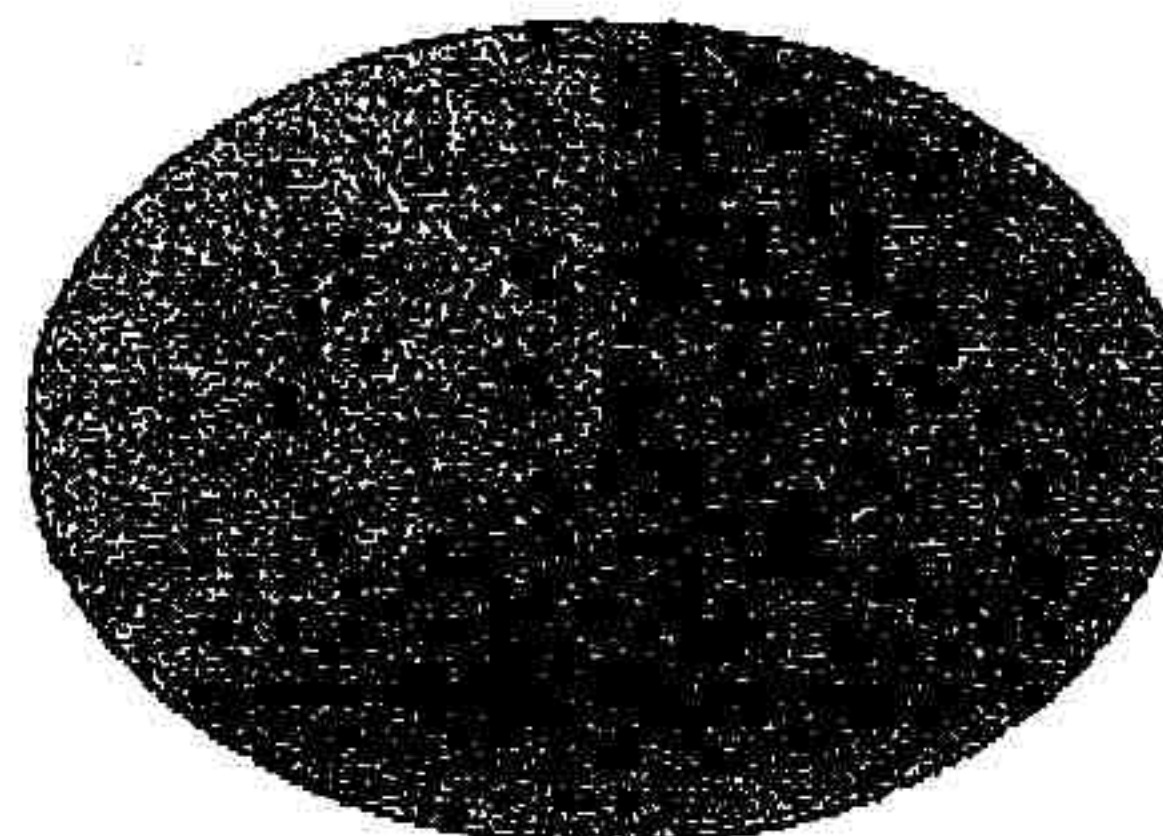
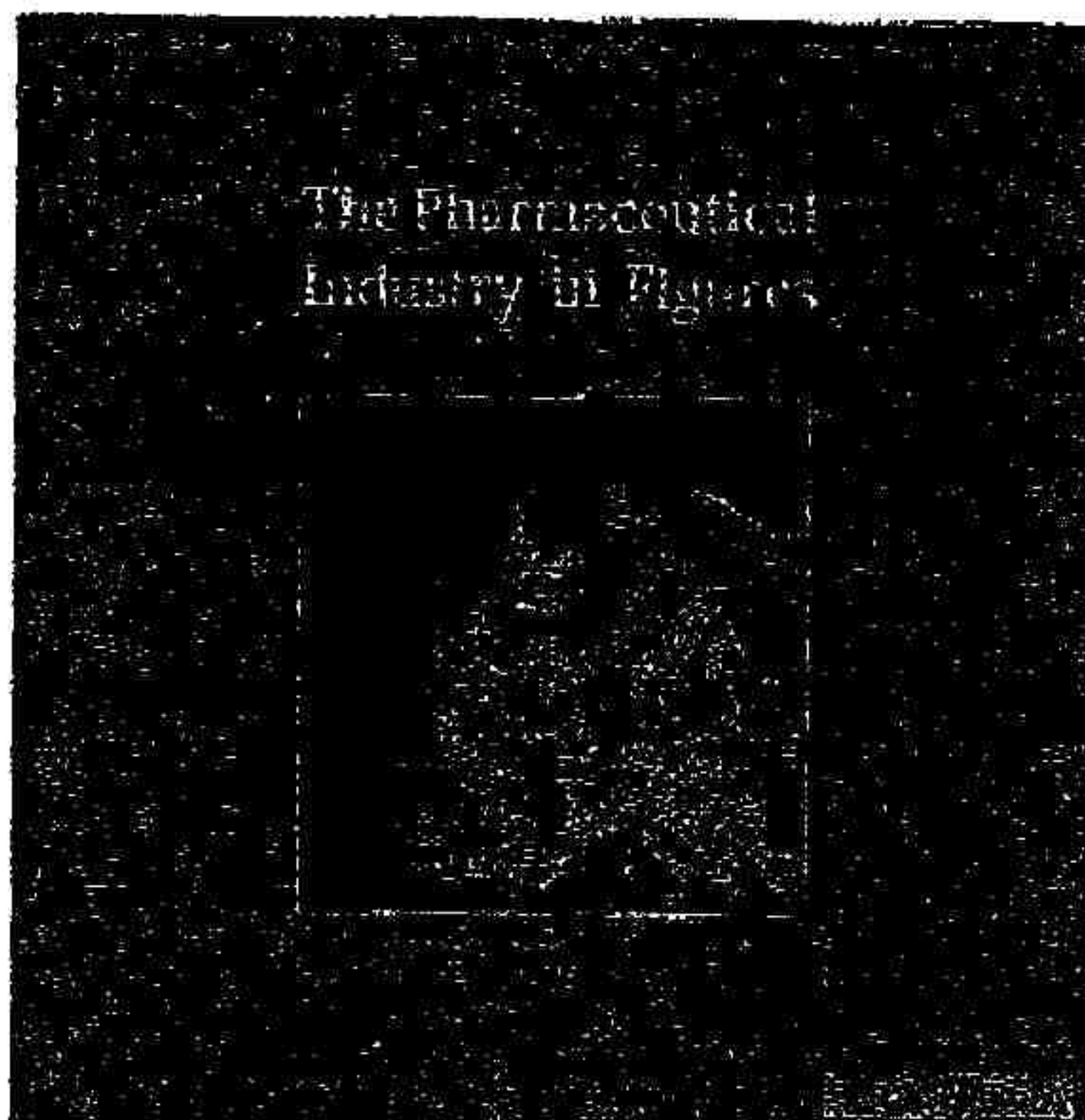
(Για κάποιες από τις υπόλοιπες χώρες
Γαλλία=24%, Ισπανία=24%, Ολλανδία=21%, Μεγ. Βρετανία=23,5%, πηγή: EFPIA 2010)

2) Ο πανευρωπαϊκός μέσος όρος του ποσοστού κέρδους των Φαρμακείων (*retail profit margin*) συνολικά είναι 21,6% (στοιχεία 2008), ενώ σήμερα τα ποσοστά κέρδους στην Ελλάδα βρίσκονται χαμηλότερα του πανευρωπαϊκού μέσου όρου, στο 18,5% (ποσοστό κέρδους 22,15% μείον *rebate*):

efpia

Ευρωπαϊκή Ένωση Φαρμακευτικών
Προϊόντων και Απορροφητών

PRICE STRUCTURE - BREAKDOWN
OF THE RETAIL PRICE OF A
MEDICINE, 2008 (%)



- Manufacturer
- Wholesaler
- Pharmacist
- State (VAT and other taxes)

Note: Non-weighted average for Europe (estimate)

Source: EFPIA member associations

I. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η Εθνική πολιτική για την φαρμακευτική περίθαλψη ακολουθεί βασικές γενικές αρχές όπως:

- Ασφάλεια των φαρμάκων και των φαρμακοθεραπειών
- Προσβασιμότητα των πολιτών
- Διασπορά επαγγελματιών υγείας και φαρμακείων
- Έλεγχο και διατηρησιμότητα του συστήματος
- Ευελιξία προσαρμογών στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών
- Ορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης μέχρι του ορίου που δεν προσβάλλεται η προσβασιμότητα των πολιτών και δεν δημιουργούνται αποκλεισμοί
- Ανεξαρτησία και βιωσιμότητα των φαρμακοποιών

Οι παραπάνω γενικές αρχές υπακούουν στο Ενωσιακό Δίκαιο που με τη σειρά του ορίζει ως λόγο δημοσίου συμφέροντος την έκφραση και εφαρμογή τους κατά τρόπο που υπηρετεί την αναλογικότητα, την επικουρικότητα την πρόληψη και προφύλαξη των πολιτών.

Οι στρεβλώσεις που διαρκώς εμφανίζονται στην φαρμακευτική περίθαλψη οφείλονται είτε στην παρερμηνεία είτε την μη ισόρροπη τήρηση όλων αυτών.

II. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΜΕΤΡΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Σύγχρονη λειτουργία του ΕΟΦ που να εγγυάται:

1. Ανεξαρτησία και όχι συγχώνευση με ΕΦΕΤ
2. Την ασφάλεια των φαρμάκων και ιδιαίτερα των γενοσήμων φαρμάκων.
3. Τις μελέτες κόστους – αποτελεσματικότητας για τα νεοεισερχόμενα στην θεραπευτική μόρια σε σύγκριση με τα υπάρχοντα.
4. Την ασφάλεια των νέων βιοτεχνολογικών φαρμάκων
5. Την επάρκεια σε φάρμακα της φαρμακευτικής αγοράς και την εξισορρόπηση συμφερόντων που δημιουργούν δραματικές ελλείψεις φαρμάκων εις βάρος της φαρμακευτικής περίθαλψης
6. Την προώθηση μελετών που διευκολύνουν την είσοδο στη συνταγογραφία γενοσήμων και την ανανέωση του καταλόγου τους
7. την δημιουργία περιβάλλοντος πιστοποίησης της αυθεντικότητας των φαρμάκων
8. την δημιουργία περιβάλλοντος ευνοϊκού για τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (κατάργηση κουπονιών, δισδιάστατο γραμμικό κώδικα τυπωμένο στο σώμα της συσκευασίας των φαρμάκων, διασφάλιση δεδομένων αρμοδιότητας του ΕΟΦ)

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση – Προβλήματα και Προτάσεις

1. Πρέπει να οδηγεί σε κάρτα ασθενούς, στην ασφάλεια των δεδομένων και στην τήρηση περιφερειακού εθνικού συστήματος δεδομένων μη ελεγχόμενου από άλλα κέντρα ή συμφέροντα. Το σύστημα αυτό μπορεί να βρίσκεται σε οριοθετημένη αλληλεπίδραση με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα στα πλαίσια των σχετικών οδηγιών. Πρέπει να καλύπτουν όλους τους σχηματισμούς και φορείς υγείας.
2. Χρήση συστήματος ηλεκτρονικής ανίχνευσης για τον έλεγχο της συνταγογραφίας και εκκαθάριση συνταγών.
3. **Εργονομία – Συμμόρφωση χρήσης**
Η απουσία σύνδεσης με τις εφαρμογές διαχείρισης Φαρμακείων, μας απασχολεί - κατά την διάρκεια εκτέλεσης μιας συνταγής- με επί πλέον διαδικασία και χρόνο χωρίς να μας προσδίδει κάποιο οργανωτικό όφελος, μετατοπίζοντας μάλιστα την προσοχή μας από την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων σε γραφειοκρατικές διαδικασίες.
Προτεινόμενη λύση:
Άμεση σύνδεση με τις εφαρμογές διαχείρισης φαρμακείων. Τα όποια βήματα έχουν γίνει προς την κατεύθυνση αυτή, αποτελούν αποκλειστικές πρωτοβουλίες των εταιρειών που διαχειρίζονται προγράμματα φαρμακείων.
4. **Όχι άριστα ενημερωμένος κατάλογος**
Το φάρμακο είναι αγορανομικά διατιμημένο είδος, απαγορευομένης κάθε μεταβολής της τιμής πώλησής του. **Ο Φαρμακοποιός έχει την ευθύνη για την επιλογή του τιμοκαταλόγου διατίμησης**, έντυπου ή ηλεκτρονικού. Είναι λοιπόν υποχρεωμένος να ελέγχει τις τιμές που τυπώνει το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και να τις **διορθώνει** με τον στυλογράφο όποτε απαιτείται. Είναι χαρακτηριστικό ότι το πρωτόκολλο επιθεώρησης Φαρμακείων εξετάζει την **ύπαρξη** στο φαρμακείο έντυπης ή ηλεκτρονικής διατίμησης φαρμάκων. Δεν μπορεί ο φαρμακοποιός να βασισθεί σε τιμές καταλόγου τον οποίο **δεν έχει ο ίδιος επιλέξει**.
Προτεινόμενη λύση:
Άμεση σύνδεση με τις εφαρμογές διαχείρισης Φαρμακείων και διατίμηση **συνταγών, συγκεντρωτικών καταστάσεων** καθώς και έκδοση οικονομικής φύσης **παραστατικών** με λήψη τιμών αποκλειστικά από την εφαρμογή Φαρμακείου, για τον τιμοκατάλογο της οποίας την ευθύνη έχει ο ίδιος ο φαρμακοποιός, βάση πάντα την επίσημη κρατική διατίμηση.
5. **Αναξιόπιστος κατάλογος φαρμάκων**
Περιλαμβάνει όλα τα δυνητικά και όχι τα πραγματικά κυκλοφορούντα φάρμακα, με συνέπεια ο γιατρός να μπορεί να επιλέξει και αυτά που πρακτικά δεν υπάρχουν στο εμπόριο. Ο ασθενής ταλαιπωρείται με επιστροφή στον γιατρό και επανέκδοση συνταγής.

Προτεινόμενη λύση:

Υποχρέωση των φαρμακευτικών εταιρειών να δώσουν τα απαραίτητα στοιχεία στον ΕΟΦ και το Σύστημα ελέγχου Συνταγογράφησης, ώστε να δημιουργηθεί ο σωστός κατάλογος των πραγματικά κυκλοφορούντων και υποχρέωσή τους να τον επικαιροποιούν.

6. **Αριθμός συνταγογραφούμενων εμβολαγίων**

Σήμερα το σύστημα επιτρέπει την αναγραφή υπεράριθμου αριθμού εμβολαγίων σε σχέση με το συνταγογραφηθέν δοσολογικό σχήμα.

Προτεινόμενη λύση:

Να γίνεται αυτόματη διασταύρωση δοσολογίας-περιεκτικότητας ώστε το σύστημα να μπλοκάρει την αναγραφή περισσότερων εμβολαγίων.

7. **Αναγραφή χημικά ταυτόσημων ουσιών.**

Σήμερα το σύστημα επιτρέπει την αναγραφή στην ίδια συνταγή έως και τριών διαφορετικών εμπορικών ονομασιών οι οποίες είναι χημικά ταυτόσημες (πχ. τρεις ομεπραζόλες).

Προτεινόμενη λύση:

Έλεγχος της δραστικής ουσίας ώστε να μπλοκάρεται η αναγραφή.

8. **Συνεχής επανάληψη συνταγογράφησης.**

Υπάρχει απουσία ελέγχου πρόσφατων συνταγογραφήσεων σε έναν ασθενή. Δεν εμποδίζει τον ασθενή να προβαίνει σε συνεχείς επαναλήψεις συνταγογράφησης, αλλάζοντας απλά τον γιατρό, ακόμη και την ίδια ημέρα.

Προτεινόμενη λύση:

Έλεγχος πρόσφατων συνταγογραφήσεων και ενημέρωση του συνταγογράφου.

9. **Αδυναμία παρακολούθησης ιατρικού ιστορικού**

Υπάρχει αδυναμία παρακολούθησης του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς καθώς και των θεραπευτικών σχημάτων που ακολουθήθηκαν κατά το παρελθόν για το ίδιο ή διαφορετικό ιατρικό πρόβλημα.

Προτεινόμενη λύση:

Έλεγχος πρόσφατων συνταγογραφήσεων και τήρηση αρχείου ιατρικού ιστορικού.

10. **Επίπεδο εξυπηρέτησης ασθενούς-φαρμακοποιού**

Παρατηρούνται συχνά άσκοπες μετακινήσεις των ασφαλισμένων μεταξύ φαρμακείου και ιατρείου συνήθως διότι δεν επισυνάπτεται στη συνταγή κάποιο συνοδευτικό έγγραφο.

Προτεινόμενη λύση:

Αναγραφή ενημερωτικών μηνυμάτων στη συνταγή που τυπώνει ο γιατρός πχ.

Χορηγείται από το Νοσοκομείο

Απαιτείται γνωμάτευση Νοσοκομείου

Απαιτείται αντιβιόγραμμα

Απαιτείται βεβαίωση κινολόνης κλπ.

III. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ορθή η επιλογή συμμετοχής με βάση το ιδιοσκέυασμα και όχι την ασθένεια.

Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης πέραν του ορθολογισμού στην συμμετοχή του ασθενούς σε κάθε φάρμακο πρέπει να θεωρηθεί σοβαρά τόσο ο όγκος των φαρμάκων που δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση όσο και τυχόν απελευθερώσεις στις τιμές των ΜΗΣΥΦΑ, αφού είναι αδύνατο να ανταπεξέλθουν οι πολίτες στις υψηλές τιμές που θα καθορίζει στην περίπτωση αυτή το ισχύον ολιγοπώλιο των παραγωγών τους.

Ναι σε λελογισμένη αύξηση της τιμής των φθηνών ΜΗΣΥΦΑ προκειμένου να παραμείνουν στην αγορά.

Όχι σε απελευθέρωση τιμής.

IV. ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ

Απαιτείται άλλο ένα στάδιο ανάλυσης που να εισέρχεται όχι μόνο σε εμπορικά ονόματα αλλά σε μορφές και περιεκτικότητες.

πχ. Το σκεύασμα Χ είναι εντός Θετικής Λίστας.

Κυκλοφορεί σε 20 διαφορετικές συσκευασίες. Γιατί και οι 20 συσκευασίες πρέπει να είναι εντός Λίστας;

V. ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ως έχει το σύστημα

Δύο παρατηρήσεις:

- Σε περίπτωση μαζικών μειώσεων τιμών να υπάρχει μεταβατικό διάστημα 2 μηνών για να μειωθούν τα αποθέματα που βρίσκονται στα φαρμακεία
- Κίνητρα για μεγαλύτερη διείσδυση γενοσήμων προς ιατρούς και φαρμακοποιούς

VI. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ

Κοινοί κανόνες για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία .

1. Εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση στις εξελίξεις της φαρμακοθεραπείας
2. Άμεση προσαρμογή στις απαιτήσεις της φαρμακοθεραπείας και των δοσολογικών σχημάτων της ηλεκτρονικής βάσης της συνταγογραφίας
Τήρηση φακέλων (records) και διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων
3. Ορισμός και τήρηση κανόνων Συλλογικής Σύμβασης μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων και Π.Φ.Σ. για την εκτέλεση και αποζημίωση συνταγών
4. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα
5. Δικαίωμα υποκατάστασης στον φαρμακοποιό για ουσιαστικά όμοια φάρμακα της ίδιας ομάδας φαρμάκων και ίδιας τιμής. Αυτό ισχύει σε διάφορες χώρες και διασφαλίζει την εξυπηρέτηση του ασθενούς σε περιπτώσεις ελλείψεων.

VII. ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ – (ΦΥΚ)

Οριοθέτηση και τήρηση συγκεκριμένων κανόνων ασφαλείας χορήγησης και όχι μόνο οικονομικών κριτηρίων κατάρτισης καταλόγου των φαρμάκων αυτών.
Επιβάλλεται η διάθεση τους από τα φαρμακεία και η απαγόρευση στην δεσπόζουσα θέση του ΙΚΑ μέσω των φαρμακείων του ή την επέκταση δημιουργίας και άλλων φαρμακείων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που δημιουργεί ενίσχυση κοστοβόρου κρατισμού και βρίσκεται σε ισχυρή αντίθεση προς το Ενωσιακό Δίκαιο.
Όπως και στη συλλογή rebate έτσι και για τα ΦΥΚ απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διαρκής ρευστότητα των ασφαλιστικών ταμείων στα νόμιμα χρονικά όρια.

VIII. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

1. Ποσοστό Κέρδους (βλ. Συν. Πίνακα 1)

Σήμερα το ποσοστό κέρδους είναι 18,4 % όταν ο Μ.Ο. Ευρώπης είναι 22%.

Ο Συντελεστής εξόδων υπερβαίνει το 12% βάσει των στοιχείων της Εφορίας.

Εδώ πρέπει να συνυπολογιστούν:

- Οι διαρκείς «έκτακτες» φορολογίες (περαίωση, φόρος αλληλεγγύης, φόροι επιτηδεύματος, έκτακτη εισφορά κλπ.)
- Οι καθυστερήσεις πληρωμών των Ταμείων που συνεχίζονται και υπερβαίνουν ακόμη και τους 7 – 8 μήνες
- Το απαγορευτικό κόστος δανεισμού

Συνεπώς είναι άνευ αντικειμένου η συζήτηση περί περαιτέρω μείωσης του ποσοστού κέρδους.

Πέραν των άλλων θα οδηγήσει σε εκμηδενισμό των φορολογικών εσόδων από την φορολογία των φαρμακείων.

Πηγές αύξησης της δαπάνης είναι:

- Οι υψηλές εργοστασιακές τιμές (σε ορισμένες περιπτώσεις)
- Η υποκατάσταση φθηνών από ακριβά
- Η υπερβάλλουσα κατανάλωση

2. Τα φαρμακεία βρίσκονται σε επικίνδυνα οριακό σημείο επιβίωσης γεγονός που δημιουργεί αμφισβητήσεις για την πορεία και βιωσιμότητά τους.

Υπάρχει τεράστια δυσκολία απορρόφησης χρημάτων ΕΣΠΑ ή άλλων φορέων χρηματοδότησης προγραμμάτων συνοχής.

Παρόλα αυτά ένα γενικό πλαίσιο κανόνων συγχωνεύσεων με βάση τις οριοθετήσεις φαρμακευτικής νομοθεσίας και το εταιρικό δίκαιο είναι σε εξέλιξη προκειμένου να μειωθεί μεν ο συνολικός αριθμός των φαρμακείων αλλά να μην αλλοιωθεί ο χαρακτήρας της διασποράς τους που εξυπηρετεί την προσβασιμότητα των πολιτών.

Οι συγχωνεύσεις φαρμακείων εξυπηρετούν τον στόχο μείωσης του λειτουργικού τους κόστους.

3. Το χονδρεμπόριο πρέπει να υπηρετεί τον ορθολογισμό της διανομής και όχι το παράλληλο εμπόριο φαρμάκων που λόγω των χαμηλών τιμών τους δημιουργεί και αυτό δραματικές ελλείψεις φαρμάκων.

4. Πρέπει να κατανοήσουμε όλοι ότι το Ελληνικό Φαρμακείο είναι το μικρότερο σε μέγεθος, σε τζίρο και σε κερδοφορία φαρμακείο της Ευρώπης. Αυτό εδράζεται στην αναλογία φαρμακείων ανά κάτοικο όπου κατέχουμε το παγκόσμιο ρεκόρ. (Βλ. Συν. Πίνακα 2)

ΙΧ. Πόρος 4% - Εισφορά υπέρ ΠΦΣ

Προφανώς υπάρχει παρανόηση

Η εισφορά υπέρ ΠΦΣ ΔΕΝ αποτελεί κοινωνικό φόρο υπέρ τρίτων!

Πληρώνεται αποκλειστικά και μόνο από τους φαρμακοποιούς επί των τιμολογίων αγοράς φαρμάκων αποτελεί ουσιαστικά συνδρομή των φαρμακοποιών προς τον Σύλλογό τους, δεν επιβαρύνει και δεν μετακυλίεται στην λιανική τιμή του φαρμάκου και στον τελικό καταναλωτή.

Η εισφορά υπέρ ΠΦΣ αποτελεί νόμιμο περιουσιακό στοιχείο των φαρμακοποιών μελών που την κατέβαλαν και χρησιμοποιείται για το Κεφάλαιο Αποζημίωσης Εξόδου Φαρμακοποιών (ΚΑΕΦ) κατά την συνταξιοδότησή τους.

Δεν προσφέρει τίποτα η απάλειψή της ενώ η οποιαδήποτε παρακράτηση της υπέρ άλλου φορέα (π.χ. ΕΟΦ) είναι παράνομη και καταχρηστική.

Πρόκειται ουσιαστικά για δήμευση και επισύρει ποικίλες και μεγάλου βαθμού δυσκολίας νομικές περιπλοκές. (Βλ. Συν. Τιμολόγιο)

Χ. Νόμος 3918/11

Ο νέος νόμος 3918/11 προβλέπει την απελευθέρωση του επαγγέλματος βάσει και των προβλέψεων της Επιστολής Προθέσεων από 23/2/2011

Η Επιστολή Προθέσεων, στο σημείο 24 αναφέρεται συγκεκριμένα και προβλέπει:

- Σύσταση εταιρειών (έγινε)
- Αύξηση ωρών λειτουργίας (έγινε)
- Ελάττωση περιθωρίου κέρδους (έγινε για ότι αφορά τα Ταμεία)
- Ελάττωση πληθυσμιακού κριτηρίου για άνοιγμα νέων φαρμακείων (Έγινε. Ήδη τα πρώτα νέα φαρμακεία άνοιξαν. Αναμένεται η λειτουργία τουλάχιστον 800 νέων φαρμακείων).

11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Κανείς σχεδιασμός δεν μπορεί να προχωρήσει είτε σε συνθήκες οικονομικής κρίσης είτε όχι εφ' όσον ο δείκτης της αναλογίας των φαρμακευτικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ παραμένει καθοδηγητικό σημείο των όρων του Μνημονίου. Ο δείκτης είναι λανθασμένος (ως μ.ο. των χωρών της ΕΕ είναι 1,6 % έκθεση ΟΟΣΑ 2011 και όχι 1%)
2. Κανείς σχεδιασμός φαρμακευτικής περίθαλψης δεν μπορεί να σταθεί χωρίς την ύπαρξη φαρμακείων σε διασπορά, βιωσιμότητα και ανεξαρτησία λειτουργίας. Ο όρος του Μνημονίου που αφορά τη μείωση του ποσοστού κέρδους από το 18,4% (σε όλη την ΕΕ είναι 22%) που είναι σήμερα στο 15% με υψηλή φορολόγηση που ξεπερνά το 12% στις λιανικές τιμές των φαρμάκων (άρθρο 2 παράγραφος 8 ενότητα β, p.33 legislative Acts and other instruments 12352/12-7-2011) πρέπει να απαλειφθεί άμεσα. Εκτός από 12.000 φαρμακεία που απειλούνται από την ανεργία να υπολογισθούν και 24.000 εργαζόμενοι συνολικά στην υποστήριξη της φαρμακευτικής περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα.
3. Στην Ελλάδα έχουμε πολύ μικρό μέγεθος φαρμακείων οριακής βιωσιμότητας. Αυτός είναι ο κύριος λόγος διαφωνίας μας για μέτρα που χωρίς να βοηθούν τη μείωση της Δημόσιας Δαπάνης, θα οδηγήσουν σε βίαιο κλείσιμο φαρμακείων. Άλλωστε είναι αλληλοσυγκρουόμενη η πολιτική που από τη μία θεσπίζει νέα φαρμακεία και από την άλλη τα κλείνει με βίαιο τρόπο. Οποιοδήποτε σύστημα τιμολόγησης και αποζημίωσης που αφορά το φαρμακείο και εάν χρησιμοποιηθεί δεν μπορεί να συμπίεσει το κόστος κάτω από τα επίπεδα που απαιτούνται για την ομαλή διεξαγωγή της διανομής του φαρμάκου. Οι πιθανοί πειραματισμοί που εξετάζονται εάν δεν υπάρξει προσοχή μπορεί να τινάξουν στον αέρα το σύστημα πρωτοβάθμιας φαρμακευτικής περίθαλψης. Αυτό σε μία εποχή που κανείς άλλος φορέας πλην του φαρμακείου δεν είναι σε θέση να αναλάβει τη λειτουργία, το κόστος και το δίκτυο της διανομής. Για το λόγο αυτό οι σχεδιασμοί για μεταβολές στα συστήματα αποζημίωσης του φαρμακείου θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι όπως και εάν μετρηθεί το κόστος λιανικής διανομής δεν μπορεί να πέσει κάτω από το ποσοστό του 20% επί της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Σημειώνεται ότι ο μέσος όρος του φαρμακείου επί της Λ.Τ του φαρμάκου στην Ε.Ε (στοιχεία ΕΦΡΙΑ 2010) ανήλθε στο 21,6%.
4. Δια βίου πιστοποιημένη εκπαίδευση φαρμακοποιών που δημιουργεί υψηλές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μείωση των δαπανών περίθαλψης συνολικά είναι άμεση αναγκαιότητα που συναντά δυσκολίες από πλευράς Υπουργείου Παιδείας.
5. Άμεσες εφαρμογές καθολικές της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με αλλαγή κουπονιού και εφαρμογή δισδιάστατου γραμμωτού κώδικα.

Αθήνα, 18/11/2011

Κύριε Πρόεδρε,

Συμπληρωματικά στις προτάσεις που ήδη σας δώσαμε, σας καταθέτουμε επί πλέον:

- **ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ**
Η Επιτροπή Λίστας να δουλέψει ένα επιπλέον επίπεδο ανάλυσης:
Πολλά ιδιοσκευάσματα κυκλοφορούν σε πάρα πολλές μορφές, συσκευασίες και περιεκτικότητες και διαρκώς αυξάνονται.
Πρέπει να διαχωριστούν:
 1. Σε εκείνα που πρέπει να δίνονται από τα Ταμεία
 2. Σε εκείνα που δεν τεκμηριώνεται η χρήση τους από την δοσολογία, την περιεκτικότητα ή την συσκευασία.
- **ΕΚΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΠΟ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΗΚΕΣ**
Οι εκπτώσεις κακώς απαγορεύτηκαν με ΥΑ.
Αφορά την συναλλακτική σχέση προμηθευτών – φαρμακοποιών και πρέπει να επανέλθουν σε δυνητική βάση.
(τουλάχιστον 0%-5% στα συνταγογραφούμενα και 5% στα μη συνταγογραφούμενα).
- **ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ**
Η χρήση της, αν αποφασιστεί, πρέπει να γίνει πιλοτικά από τα Νοσοκομεία.
- **ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**
Ηλεκτρονική κάρτα ανά ασφαλισμένο. Διασφαλίζει το ιστορικό του ασθενούς όταν παραστεί ανάγκη και την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης για τα ασφαλιστικά ταμεία.
- **ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΑΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΔΩΡΕΑΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
Σήμερα η κατάσταση είναι ανεξέλεγκτη και φάρμακα που πληρώνει το σύστημα στην Ελλάδα Βρίσκονται στις γειτονικές χώρες, με αποτέλεσμα οικονομική αιμορραγία δεκάδων εκατ. Ευρώ
- **ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΤΑΜΕΙΩΝ – ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ**
Το κρισιμότερο ζήτημα, γιατί δείχνει κακοδιοίκηση και κακοδιαχείριση.
Παραβιάζει τις κοινοτικές οδηγίες και τις απαιτήσεις του Μνημονίου. Επιπλέον δημιουργεί πρόβλημα στην είσπραξη του rebate.
- **ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΕΡΔΟΥΣ:**
Το περιθώριο κέρδους σε ότι αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία μειώθηκε και έφτασε έως 18,5% επί της λιανικής τιμής όταν στην ενωμένη Ευρώπη ο μέσος όρος λιανικής τιμής του φαρμάκου ανήλθε στο 21,6% (στοιχεία ΕΦΡΙΑ 2010).
- **ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ:**
Από την πολλαπλή και απότομη μείωση των τιμών των φαρμάκων, τα φαρμακεία υπέστησαν ζημιά σε ότι αφορά την τιμή των αποθεμάτων. Σε επερχόμενη μείωση τιμών καλό είναι να υπάρχει πρόσφορο διάστημα για να μειωθεί η ζημιά ή η ζημιά να θεωρηθεί ως έξοδο και να αφαιρεθεί από την φορολογία του επόμενου έτους βάση της εφορίας.

— **ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ:**

Να δημιουργηθεί κατάλογος βάση του ημερήσιου κόστους θεραπείας που θα οριστεί σαν τιμή αναφοράς. Τα φάρμακα αυτά να οριστούν πάνω από την τιμή αναφοράς ως υψηλού κόστους.

Ο κατάλογος που θα δοθεί στην δημοσιότητα με τα ΦΥΚ να επανεξετάζεται κάθε 5 έτη για την ομαλή λειτουργία της αγοράς.

— **ΕΟΠΥΥ:**

Τα φαρμακεία του ΙΚΑ και στην συνέχεια φαρμακεία ΕΟΠΥΥ και όποια άλλα δημιουργηθούν, παράγουν υπέρμετρο κρατισμό και αύξηση της δημοσίας δαπάνης υγείας σε εποχές που το κύριο μέλημα μας είναι η μείωση της δαπάνης.

Για τον ΠΦΣ