

ΑΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ
ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ, ΑΜ: 2005119
ΠΟΥΛΑΚΙΔΑΣ ΗΛΙΑΣ, ΑΜ: 2006043

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015

1208

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και η αποτύπωση των απόψεων των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με την συνταγογραφηση γενόσημων φαρμάκων. Αρχικά παρουσιάζονται και αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Χώρας μας, η δομή και η οργάνωσή του με ιδιαίτερη έμφαση στις δομές των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην αγορά φαρμάκων, στις βασικότερες κατηγορίες τους, στα μεγέθη της φαρμακευτικής δαπάνης ανά τον κόσμο και αναλύονται τα βασικότερα μεγέθη της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας. Τέλος ακολουθεί σχετική έρευνα και συμπεράσματα σε γιατρούς της ευρύτερης περιοχής της Μεσσηνίας σχετικά με τις απόψεις τους για τα γενόσημα φάρμακα και τον τρόπο που πιστεύουν ότι επιδρούν στους ασθενείς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
12	
1.1 Βασικά χαρακτηριστικά ΕΣΥ.....	13
1.2 Δομή και Οργάνωση ΕΣΥ.....	14
1.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – ΕΣΥ	17
1.4 Σύστημα πρόσβασης ΠΦΥ- Οικογενειακός γιατρός	19
1.5 Νομικό πλαίσιο ΠΦΥ	21
1.6 Εξέλιξη δαπανών υγείας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο. Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ – ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΗ.....	29
2.1 Κατηγορίες φαρμάκων.....	30
2.1.1 Πρωτότυπα φάρμακα.....	31
2.1.2 Γενόσημα φάρμακα.....	31
2.1.3 Ορφανά φάρμακα	32
2.2 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων.....	32
2.2.1 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων παγκοσμίως.....	33
2.3 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα	36
2.4 Μέτρα – Παρεμβάσεις στην αγορά φαρμάκου στη Χώρα μας	39
2.5 Έλεγχος φαρμακευτικής δαπάνης	40
2.6 Επέκταση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	41
2.7 Αύξηση χρήσης γενόσημων	42

2.8	Σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		46
3.1	Υλικό και Μέθοδος.....	46
3.2	Ποσοτική Ανάλυση	48
3.2.1	Φύλο	48
3.2.2	Έτος γέννησης.....	49
3.2.3	Επαγγελματική ιδιότητα	51
3.2.4	Έτη ως ειδικός ιατρός	52
3.2.5	Ιατρικός Τομέας	54
3.2.6	Δραστική ουσία.....	55
3.2.7	Δραστικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	57
3.2.8	Η ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	58
3.2.9	Τα στάνταρτ παρασκευής γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	60
3.2.10	Τιμή των γενόσημων σε σχέση με τα πρωτότυπα	61
3.2.11	Εντοπισμός πιθανών παρατυπιών	63
3.2.12	Ικανότητα έγκαιρης ανίχνευσης και αποτελεσματικής αντίδρασης	64
3.2.13	Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά.....	66
3.2.14	Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από φαρμακοποιούς.....	67
3.2.15	Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς.....	69
3.2.16	Χρήση των γενόσημων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή	70

3.2.17	Χρήση γενόσημων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά.....	72
3.2.18	Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο.....	73
3.2.19	Αποφυγή χρήσης γενόσημων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία.....	75
3.2.20	Η χρήση γενόσημων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.....	76
3.2.21	Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή.....	78
3.2.22	Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου.....	79
3.2.23	Η χρήση γενόσημων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών.....	81
3.2.24	Η χρήση γενόσημων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου.....	82
3.2.25	Η χρήση γενόσημων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς.....	84
3.2.26	Απαγόρευση γενόσημων χωρών του αναπτυσσόμενου κόσμου.....	85
3.2.27	Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο.....	87
3.2.28	Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών.....	88
3.2.29	Η χρήση γενόσημων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών.....	90
3.2.30	Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ.....	91
3.2.31	Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων.....	93

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Βασικά Μεγέθη Αγοράς Φαρμάκου στην Ελλάδα	38
---	----

Πίνακας 3.1 Προέλευση πληθυσμού έρευνας.....	46
Πίνακας 3.2 Φύλο.....	48
Πίνακας 3.3 Έτος γέννησης.....	49
Πίνακας 3.4 Επαγγελματική ιδιότητα.....	51
Πίνακας 3.5 Έτη ως ειδικός ιατρός.....	53
Πίνακας 3.6 Ιατρικός Τομέας.....	54
Πίνακας 3.7 Δραστική ουσία.....	56
Πίνακας 3.8 Δραστικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων.....	57
Πίνακας 3.9 Η ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων.....	59
Πίνακας 3.10 Τα στάνταρτ παρασκευής γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων.....	60
Πίνακας 3.11 Τιμή των γενόσημων σε σχέση με τα πρωτότυπα.....	62
Πίνακας 3.12 Ικανότητα Ελληνικών αρχών στον εντοπισμό πιθανών παρατυπιών στα γενόσημα φάρμακα.....	63
Πίνακας 3.13 Ικανότητα Ελληνικών αρχών για έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντίδραση σε γενόσημα με μειωμένη δραστικότητα ή/και ασφάλεια.....	65
Πίνακας 3.14 Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά.....	66
Πίνακας 3.15 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από φαρμακοποιούς.....	68
Πίνακας 3.16 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς.....	69
Πίνακας 3.17 Χρήση των γενόσημων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή.....	71
Πίνακας 3.18 Χρήση γενόσημων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά.....	72
Πίνακας 3.19 Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο.....	74
Πίνακας 3.20 Αποφυγή χρήσης γενόσημων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία.....	75

Πίνακας 3.21 Η χρήση γενόσημων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή	77
Πίνακας 3.22 Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή	78
Πίνακας 3.23 Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου	80
Πίνακας 3.24 Η χρήση γενόσημων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών	81
Πίνακας 3.25 Η χρήση γενόσημων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου	83
Πίνακας 3.26 Η χρήση γενόσημων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς.....	84
Πίνακας 3.27 Απαγόρευση γενόσημων που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (πχ. Ινδία, Πακιστάν, κλπ).....	85
Πίνακας 3.28 Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο	87
Πίνακας 3.29 Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών	89
Πίνακας 3.30 Η χρήση γενόσημων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών	90
Πίνακας 3.31 Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ.....	92
Πίνακας 3.32 Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων	93

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας	24
Διάγραμμα 1.2: Αριθμός αναλογούντων ιατρών ανά 1000 κατοίκους.....	26
Διάγραμμα 1.3: Ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	27
Διάγραμμα 1.4: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	28
Διάγραμμα 2.1: Κατά κεφαλήν συνολική φαρμακευτική δαπάνη	34
Διάγραμμα 2.2: Κατά κεφαλήν δαπάνη για γενόσημα φάρμακα	35
Διάγραμμα 2.3: Τάση στο μερίδιο αγοράς γενόσημων φαρμάκων	36
Διάγραμμα 2.4: Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα	39
Διάγραμμα 3.1 Φύλο	49
Διάγραμμα 3.2 Έτος γέννησης	50
Διάγραμμα 3.3 Επαγγελματική ιδιότητα.....	52
Διάγραμμα 3.4 Έτη ως ειδικός ιατρός.....	53
Διάγραμμα 3.5 Ιατρικός Τομέας.....	55
Διάγραμμα 3.6 Δραστική ουσία	56
Διάγραμμα 3.7 Δραστηκότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	58
Διάγραμμα 3.8 Η ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	59
Διάγραμμα 3.9 Τα στάνταρτ παρασκευής γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων	61
Διάγραμμα 3.10 Τιμή των γενόσημων σε σχέση με τα πρωτότυπα.....	62
Διάγραμμα 3.11 Ικανότητα Ελληνικών αρχών στον εντοπισμό πιθανών παρατυπιών στα γενόσημα φάρμακα	64
Διάγραμμα 3.12 Ικανότητα Ελληνικών αρχών για έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντίδραση σε γενόσημα με μειωμένη δραστηκότητα ή/και ασφάλεια	65
Διάγραμμα 3.13 Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά.....	67
Διάγραμμα 3.14 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από φαρμακοποιούς	68
Διάγραμμα 3.15 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς.....	70

Διάγραμμα 3.16 Χρήση των γενόσημων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή	71
Διάγραμμα 3.17 Χρήση γενόσημων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά.....	73
Διάγραμμα 3.18 Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο.....	74
Διάγραμμα 3.19 Αποφυγή χρήσης γενόσημων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία.....	76
Διάγραμμα 3.20 Η χρήση γενόσημων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή	77
Διάγραμμα 3.21 Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή	79
Διάγραμμα 3.22 Η χρήση γενόσημων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου.....	80
Διάγραμμα 3.23 Η χρήση γενόσημων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών	82
Διάγραμμα 3.24 Η χρήση γενόσημων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου	83
Διάγραμμα 3.25 Η χρήση γενόσημων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς.....	85
Διάγραμμα 3.26 Απαγόρευση γενόσημων που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (πχ. Ινδία, Πακιστάν, κλπ)	86
Διάγραμμα 3.27 Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο.....	88
Διάγραμμα 3.28 Η χρήση γενόσημων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών	89
Διάγραμμα 3.29 Η χρήση γενόσημων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών.....	91
Διάγραμμα 3.30 Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ.....	92
Διάγραμμα 3.31 Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων	94

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα βασικότερα στοιχεία του ευρύτερου κλάδου υγείας, είναι η διαχρονικά αυξητική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης. Σημαντικότερα αίτια εμφάνισης του φαινομένου αυτού, αποτελούν η αύξηση και γήρανση του πληθυσμού καθώς και η δυνατότητα αντιμετώπισης ασθενειών που στο παρελθόν δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπιστούν με την ανάπτυξη καινοτόμων ουσιών. Η φαρμακευτική περίθαλψη, λειτουργώντας είτε ως συμπληρωματική είτε ως υποκατάστατο της ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας, όχι μόνο έχει συμβάλλει στη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τόσο μέσω της πρόληψης όσο και με την αντιμετώπιση παθήσεων, αλλά έχει βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των χρόνιων κυρίως ασθενών.

Μακροοικονομικά, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης συχνά οδηγεί σε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς υποκαθιστά άλλες μορφές περίθαλψης (π.χ. νοσοκομειακή). Επιπλέον, χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής αγοράς αποτελεί το αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο, τόσο κατά τη διάρκεια ανάπτυξης ενός νέου φαρμακευτικού προϊόντος (με αυστηρούς ελέγχους για ασφάλεια, ποιότητα, δραστικότητα κ.ά.), όσο και κατά τη διάθεση του προϊόντος αυτού στην αγορά (παρακολούθηση και έλεγχοι, φαρμακοεπαγρύπνηση, κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας κ.λπ.). Σκοπός του ρυθμιστικού πλαισίου είναι η προστασία των ασθενών, η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης.¹

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει και να αποτυπώσει τις απόψεις των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με την συνταγογραφηση γενοσημων φαρμάκων. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται και αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας της

¹ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

Χώρας μας. Δίνονται η δομή και η οργάνωσή του με ιδιαίτερη έμφαση στις δομές των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρουσιάζονται τα κυριότερα μέρη του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως διαμορφώθηκαν μετά τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις και αναγράφονται τα βασικότερα μεγέθη των δαπανών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην αγορά φαρμάκων. Αρχικά, προσδιορίζονται τα φάρμακα ως προϊόν κατανάλωσης και καταγράφονται οι βασικότερες κατηγορίες τους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα μεγέθη της φαρμακευτικής δαπάνης ανά τον κόσμο και αναλύονται τα βασικότερα μεγέθη της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, που είχε ως σκοπό τη διερεύνηση και αποτύπωση των απόψεων των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τη συνταγογράφηση γεννόσημων φαρμάκων. Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 42 ιατρούς.

Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ένα σύστημα υγείας για να μπορέσει να εξυπηρετήσει το σκοπό του και να είναι αποτελεσματικό, περιλαμβάνει υγειονομικές παραγωγικές μονάδες, οι οποίες συλλειτουργούν και συνυπάρχουν μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Βασίζεται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με βασικό στόχο την προαγωγή του δικαιώματος της υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.

Το εθνικό μας σύστημα υγείας θεσμοθετήθηκε το 1983 με ψήφιση νόμου ο νόμου περ1 Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ), την αγωγή και παραγωγή της υγείας. Παρά τους διακεκριμένους στόχους, ο προσανατολισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση των πάση φύσεως ασθενειών. Για τον λόγο αυτό το ελληνικό ΕΣΥ θεωρείται σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας ή σύστημα ασθένειας. Όμως, το σύστημα υγείας ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας, δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του.²

² Δ. Έλληνας «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας» Ιατρικός Σύλλογος Θεσ/νίκης Τεύχος 48

1.1 Βασικά χαρακτηριστικά ΕΣΥ

Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μεικτό διότι ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρθηκε, ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Οι κύριοι πόροι για τη χρηματοδότησή του είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο.³

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

- μεικτό σύστημα υγείας
- η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)

³ Μ. Χλέτσος «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές» Παν/μιο Ιωαννίνων, 03/2012

- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Αναφερόμενοι στα γενικά χαρακτηριστικά του συστήματος, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει, είναι ότι πρεσβεύει την ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού δίνοντας έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Ακόμη σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί η περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος και η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας για τους πολίτες. Από την άλλη μεριά, τα βασικά μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας αποτελούν οι υψηλές δαπάνες υγείας, η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς, τα προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και η έλλειψη συντονισμού. Επιπλέον, σημαντικά μειονεκτήματα αποτελούν οι άτυπες πληρωμές, τα προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, η πληθώρα ιατρών και η έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία λιστών αναμονής με ασθενείς.⁴

1.2 Δομή και Οργάνωση ΕΣΥ

Το υγειονομικό σύστημα της Χώρας μας, συνίσταται σε τρία επιμέρους υποσυστήματα, το Ε.Σ.Υ., που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα

⁴ Μ. Χλέτσος «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές» Παν/μιο Ιωαννίνων, 03/2012

πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β., τον ΕΟΠΥΥ και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία που προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης, την πρωτοβάθμια περίθαλψη που παραλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο και παρέχεται:

- 1) Από φορείς του δημόσιου τομέα (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών
- 2) Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων, ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.

Την Δευτεροβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές και παρέχεται από:

- 1) Φορείς του δημόσιου (δημόσια νοσοκομεία, λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος),
- 2) Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές).

Τέλος, την Τριτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει μεγάλης δυναμικότητας Πανεπιστημιακά και Γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στα

Πανεπιστημιακά νοσοκομεία συντελείται και η έρευνα στον τομέα της ιατρικής και τεχνολογίας.⁵

Ως υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ, όπως είναι η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες, ορίζεται το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προκειμένου να το πετύχει αυτό, το Υπουργείο αποφασίζει για τα ζητήματα υγείας, καθώς και για τον ευρύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, των επιμέρους πολιτικών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες δράσεις και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων.

Όσον αφορά τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας, είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών.

Είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ καθώς και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή εισροών και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης.

Στην οργάνωση του ΕΣΥ σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης αν και στη Χώρα μας, οι περιφερειακές και τοπικές αυτοδιοικήσεις παίζουν δευτερεύοντα ρόλο και δεν

⁵ Θ. Κωνσταντίνος «Χρηματοοικονομική διαχείριση ιδιωτικών μονάδων υγείας» Πάτρα 01/2013

διαθέτουν επαρκή εξουσία ή οικονομικούς πόρους προκειμένου να εφαρμόσουν εκτεταμένες πολιτικές σε αποκεντρωμένο επίπεδο. Μέχρι το 2010, οι περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές ήταν μόνο διοικητικά υπεύθυνες για ζητήματα όπως η κατανομή των προϋπολογισμών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, όπως αυτή προσδιοριζόταν από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών, η έγκριση νέου υγειονομικού δυναμικού, η παροχή των βιβλιαρίων απορίας για τους φτωχούς, η παροχή αδειών λειτουργίας και η παρακολούθηση του ιδιωτικού τομέα (ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων κ.λπ.), για το βαθμό στον οποίο αυτός τηρούσε το προβλεπόμενο θεσμικό πλαίσιο που είχε διαμορφώσει το Υπουργείο Υγείας και η εκτέλεση συγκεκριμένων καθηκόντων αναφορικά με την περιβαλλοντική και τη δημόσια υγεία. Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των δημόσιων βρεφικών και παιδικών σταθμών, των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και για την εφαρμογή προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.⁶

1.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – ΕΣΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί τον κορμό για κάθε σύστημα υγείας, γεγονός που αποτυπώνεται σε όλα τα κείμενα διεθνών

⁶ Χ. Οικονόμου «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7 03/2012

οργανισμών. Στη χώρα μας, η ΠΦΥ βρίσκεται μέσω άεσων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας και αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις συνολικά για σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τις τελευταίες ισχύουσες νομοθετικές τροποποιήσεις, οι Δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. είναι:

- 1 τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης τα κέντρα υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυϊατρεία, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου
- 2 οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και τα κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες
- 3 οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής και οι μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας, τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών και τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και τα αντικαπνιστικά κέντρα,
- 4 Τέλος, η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας.

Βασικός σκοπός της μεταρρυθμιστικής παρέμβασης που επιχειρείται μέσω του νομοσχεδίου αυτού, είναι η δημιουργία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπό τη Διοίκηση των Υγειονομικών Περιφερειών, με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Έχοντας δεδομένο ότι η οργάνωση ενός Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας που

θα εξυπηρετεί τους παραπάνω γενικούς στόχους, αποτελεί διαχρονική ανάγκη η οποία θα έπρεπε να έχει καλυφθεί εδώ και δεκαετίες για την καλύτερη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας.⁷

Για την εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού τίθενται και ειδικότεροι στόχοι όπως η επικέντρωση του ΕΟΠΥΥ στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και ενδυνάμωση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση του διπλού του ρόλου ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ειδικό στόχο του σχεδίου αποτελεί η ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, ενοποιώντας τις υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ με στόχο την διασφάλιση μιας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δέσμης υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό του κατακερματισμού του συστήματος ΠΦΥ και κατά συνέπεια τη βελτίωση του συντονισμού του, τη διασφάλιση της ορθολογικότερης διαχείρισης των υγειονομικών δομών και του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρούς, κοινοτικούς νοσηλευτές, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές κ.ά.).⁸

Στη συνέχεια αναλύονται συνοπτικά τα βασικά σημεία και οι σημαντικότερες λειτουργίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως παρέχονται από το ΕΣΥ μετά τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις.

1.4 Σύστημα πρόσβασης ΠΦΥ- Οικογενειακός γιατρός

Στην Ελλάδα ο θεσμός δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Για την αδυναμία υλοποίησης του στόχου αυτού, μπορεί να ενοχοποιηθεί και το γεγονός ότι παρουσιάστηκε στην κοινωνία ως «υποχρέωση» του πολίτη, η

⁷ Γνώμη της Ο.Κ.Ε επί του σχ/ν «πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (π.ε.δ.υ.) και λοιπές διατάξεις»

⁸ Υγεία εν Δράσει «Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη Βελτίωση της Υγείας των Πολιτών» Υπουργείο Υγείας 2013

οποία έθετε περιορισμούς στην πρόσβαση και στην ελευθερία επιλογής ιατρού και όχι ως δικαίωμα όπως άλλωστε έχει καθιερωθεί διεθνώς. Εντούτοις, η απουσία του οικογενειακού ιατρού στερεί από το σύστημα τον αναγκαίο ολιστικό χαρακτήρα και δεν του επιτρέπει τη διαμόρφωση σημείων αναφοράς πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία των πολιτών, τις ανάγκες τους, τη χρήση υπηρεσιών κ.λπ. Επίσης, επιτείνει το αίσθημα ανασφάλειας των πολιτών και συνδέεται με επικαλύψεις στη χρήση υπηρεσιών.

Στη διαμόρφωση του νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών, προτείνεται η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού για την παροχή μιας βασικής δέσμης υπηρεσιών ΠΦΥ, με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία.

Το ρόλο του οικογενειακού ιατρού αναλαμβάνουν ιατροί με ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Στο ολοκληρωμένο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, ρόλο οικογενειακού ιατρού (ως «προσωπικού» πλέον ιατρού) να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενούς. Οι οικογενειακοί ιατροί παραπέμπουν, εφ' όσον το κρίνουν απαραίτητο, ασθενείς σε υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικό ιατρό. Η προσφυγή σε ειδικό γιατρό, με έμφαση στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, πρέπει να είναι ελεύθερη και να μην απαιτείται παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός θα ενημερώνεται έτσι κι αλλιώς από τον ηλεκτρονικό φάκελο, όπου θα καταγράφονται όλες οι ιατρικές πράξεις. Ιδιαίτερη έμφαση θα δίδεται στην συνεργασία με τις κλινικές και τις νοσοκομειακές μονάδες που θα νοσηλεύουν τους ασθενείς, με στόχο να μην υπάρχουν κενά στην παρακολούθηση των ασθενών και στην πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες, ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες

γραμμές, ενώ, μελλοντικά, η "παράκαμψη" του θεσμού μπορεί να συνδεθεί και με αντικίνητρα.⁹

1.5 Νομικό πλαίσιο ΠΦΥ

Σύμφωνα με τις πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις αναφορικά με το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), την αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τις λοιπές διατάξεις του νόμου 3428 που δημοσιεύτηκε το Φεβρουάριο του 2014, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ, ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.¹⁰

Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας, ενώ οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με

⁹ Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, «Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ», Αθήνα 09/2013

¹⁰ ΦΕΚ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Αρ. Φύλλου 38 17 Φεβρουαρίου 2014

τις διατάξεις του παρόντος.

Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες διατάξεις η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας και παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας. Επιπλέον εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας ενώ, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο οι Δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. είναι τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε., τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους και οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) που μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. Στόχος όλων αυτών των μετασχηματισμών είναι η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Ακόμη, στόχος του μετασχηματισμού του συστήματος παροχής ΠΦΥ αποτελεί 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 και η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους

των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού και των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.¹¹

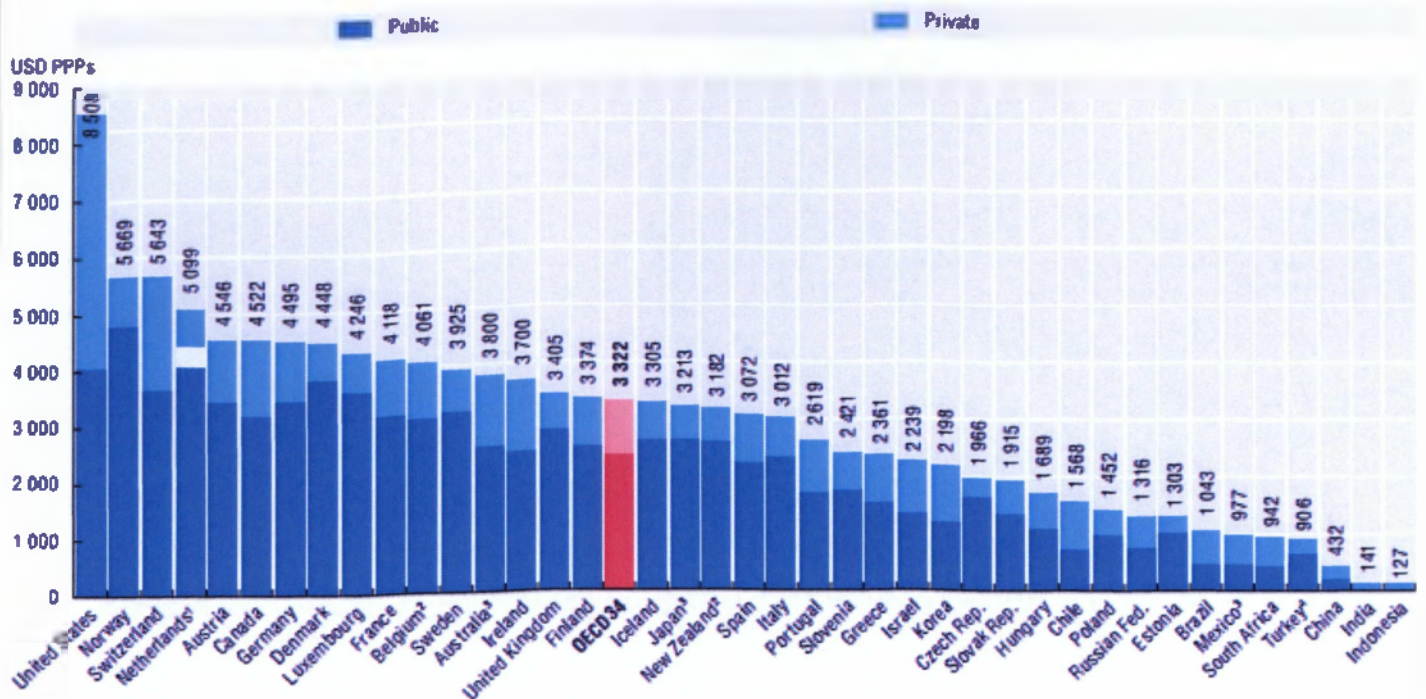
1.6 Εξέλιξη δαπανών υγείας

Όταν αναφερόμαστε στις συνολικές δαπάνες για την υγεία, εννοούμε την τελική κατανάλωση των αγαθών και των υπηρεσιών για θέματα υγείας καθώς και τις επενδύσεις κεφαλαίων στον τομέα της υγείας που αποσκοπούν στην βελτίωση των υποδομών. Αυτό περιλαμβάνει τις δαπάνες τόσο από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, τα προγράμματα για τη δημόσια υγεία όσον αφορά την πρόληψη και τη διοίκηση.

Για τη διενέργεια μελετών και συγκρίσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, οι δαπάνες υγείας κατά κεφαλή μετριοούνται σε ένα κοινό νόμισμα (δολάριο ΗΠΑ) και προσαρμόζονται για να ληφθεί υπόψη τη διαφορετική αγοραστική δύναμη των εθνικών νομισμάτων. Στο διάγραμμα που ακολουθεί αποτυπώνονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ανά Χώρα, όπως δημοσιεύτηκαν από τη Γενική Γραμματεία του ΟΟΣΑ.¹²

¹¹ ΦΕΚ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Αρ. Φύλλου 38 17 Φεβρουαρίου 2014

¹² Health at a Glance Indicators, OECD 2013.



- In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
- Current health expenditure.
- Data refers to 2010.
- Data refers to 2008.

source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918833>

(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 1.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας

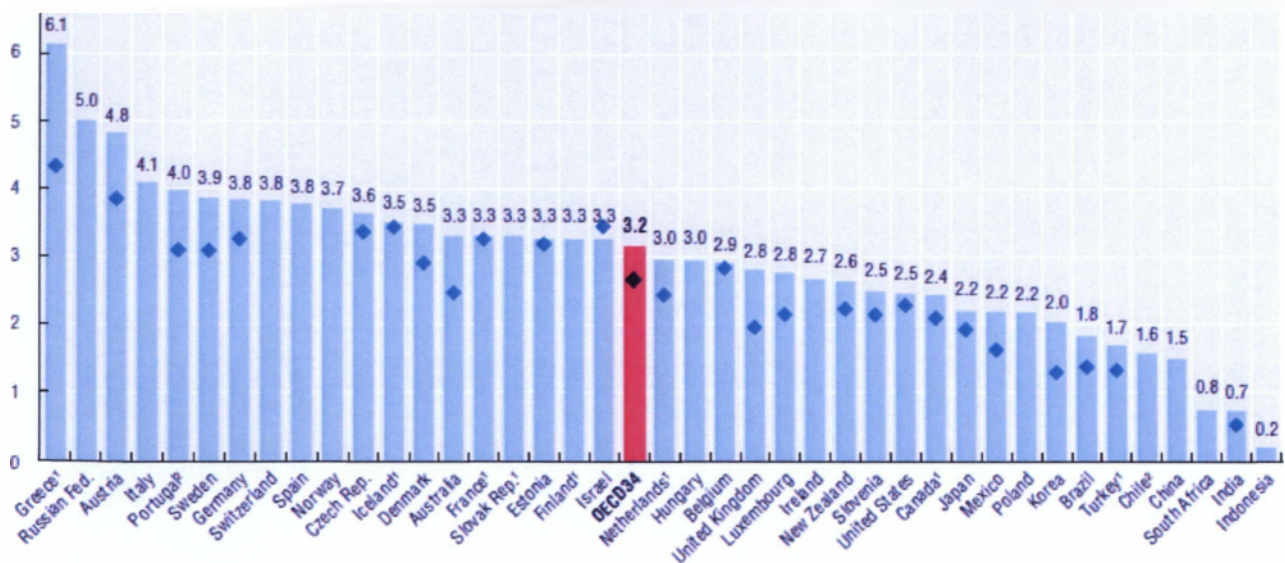
Όπως διαφαίνεται από το διάγραμμα, το 2011, οι Ηνωμένες Πολιτείες υπερβαίνουν τις δαπάνες όλων των άλλων Χώρες του ΟΟΣΑ σε μεγάλο ποσοστό, φτάνοντας τα 8.508 δολάρια ανά άτομο. Οι δαπάνες αυτές αντιστοιχούν σε δυόμιση φορές πάνω από το μέσο όρο όλων των Χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκριτικά με μεγάλες ευρωπαϊκές οικονομίες, όπως η Γαλλία και η Γερμανία, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν περίπου διπλάσια για την υγειονομική περιθαλψη ανά άτομο.

Περίπου το ήμισυ των χωρών του ΟΟΣΑ εμπίπτουν σε μια κατά κεφαλήν δαπάνη που κυμαίνεται μεταξύ 3.000 δολαρίων και 4.500 δολαρίων. Χώρες με δαπάνες κάτω των 3.000 δολαρίων περιλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της νότιας και Κεντρικής Ευρώπης, μαζί με την Κορέα και τη Χιλή. Οι

χαμηλότερες σπάταλοι κατά κεφαλήν για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν το Μεξικό και την Τουρκία με επίπεδα λιγότερο από το ένα τρίτο του μέσου όρου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μερικές οι ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική ύφεση είχαν δραματικές ανατροπές στις δαπάνες για την υγεία σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση. Στην Χώρα μας, για παράδειγμα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 11% το 2010 και το 2011, μετά από ένα ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης άνω του 5% μεταξύ 2000 και 2009.¹³ Στη συνέχεια απεικονίζεται ο αριθμός των γιατρών ανά χίλιους κατοίκους.

¹³ Health at a Glance Indicators, OECD 2013.



1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 2. Data refer to all doctors licensed to practice (resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors in Portugal).
- Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932916800>

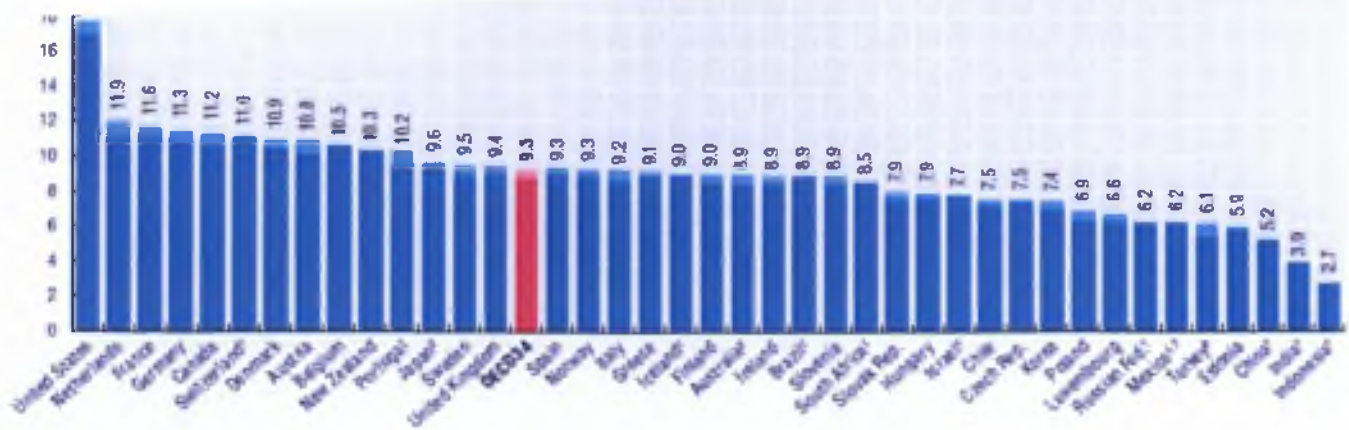
(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα1.2: Αριθμός αναλογούντων ιατρών ανά 1000 κατοίκους

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα, ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 κατοίκους ποικίλλει ευρέως στις Χώρες του ΟΟΣΑ αλλά και των υπολοίπων αναδυόμενων χωρών. Το 2011, η Ελλάδα είχε από τις μεγαλύτερες αναλογίες αριθμού γιατρών ανά κάτοικο (6,1 ανά 1 000 κατοίκους), ακολουθούμενη από τη Ρωσική Ομοσπονδία και την Αυστρία. Η Χιλή, η Τουρκία και η Κορέα είχαν το χαμηλότερο αριθμό των γιατρών ανά κάτοικο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με περίπου δύο γιατρούς ανά 1000 κατοίκους.¹⁴

Ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο είναι πολύ χαμηλότερος σε ορισμένες αναδυόμενες χώρες, όπως στην Ινδονησία, την Ινδία και τη Νότια Αφρική με λιγότερο από ένα γιατρό ανά 1 000 κατοίκους. Στη συνέχεια απεικονίζεται ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ..

¹⁴ Health at a Glance Indicators, OECD 2013.



1. Total expenditure only.
2. Data refers to 2010.
3. Data refers to 2008.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918871>

7.2.2. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected G7 countries

7.2.3. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected European countries

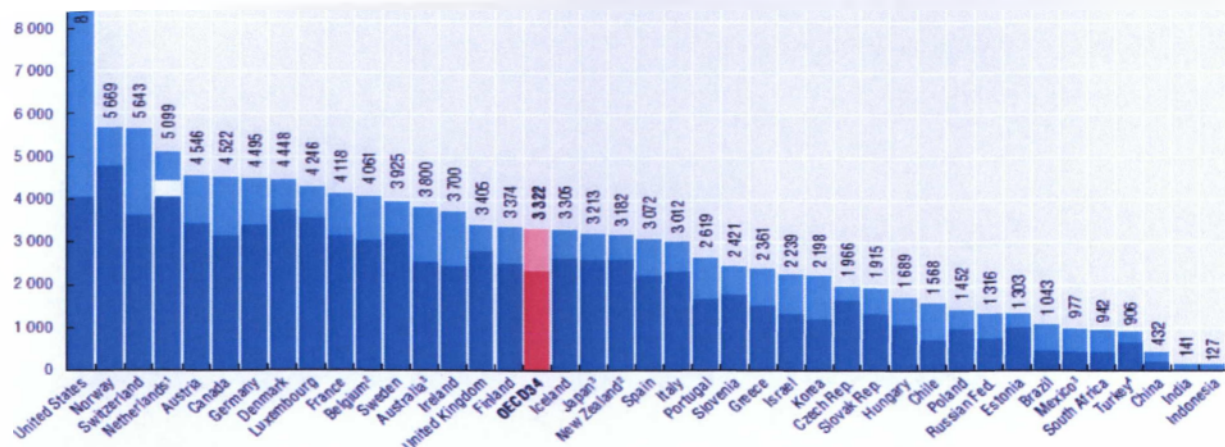
(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 1.3: Ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Οι αλλαγές στις δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι το αποτέλεσμα των δύο διακυμάνσεων, της τιμής των δαπανών για την υγεία της ανάπτυξης της οικονομίας στο σύνολό της. Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 έληξε μια μακρά περίοδο κατά την οποία οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν ταχύτερα από το ΑΕΠ σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό έχει οδηγήσει σε πολύ διαφορετικές τάσεις στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Εσθονία, η Ελλάδα και η Ιρλανδία είχαν μείωση των δαπανών για την υγεία πολύ περισσότερο από το ΑΕΠ, με αποτέλεσμα τη ραγδαία μείωση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Μακριά από την Ευρώπη, στην Ιαπωνία βλέπουμε ότι η αναλογία τους ως προς το ΑΕΠ αυξάνεται, έτσι ώστε από το 2010 (τελευταία διαθέσιμα αριθμητικά στοιχεία), οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ιαπωνία να ανέβουν πάνω από το Μέσο όρο των Χωρών του ΟΟΣΑ για την πρώτη φορά. Στη συνέχεια απεικονίζεται με τη μορφή διαγράμματος η συνολική δαπάνη υγείας ανά κάτοικο.¹⁵

¹⁵ Health at a Glance Indicators, OECD 2013.



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Current health expenditure
3. Data refers to 2010.
4. Data refers to 2008.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918833>

(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 1.4: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο

Όπως φαίνεται από το παραπάνω γράφημα, παρατηρείται σταδιακή μείωση στη συνολική κατανάλωση υγείας για τις Χώρες του ΟΟΣΑ, Η έκταση της επιβράδυνσης ποικίλλει σημαντικά ενώ ένας αριθμός ευρωπαϊκών χωρών έχουν παρουσιάσει δραστικές περικοπές στις δαπάνες και άλλες χώρες εκτός της Ευρώπης συνέχισαν να αυξάνουν τις δαπάνες για την υγεία αν και σε πολλές περιπτώσεις σε μειωμένο ρυθμό.

Μερικές από τις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική ύφεση είδαν δραματικές ανατροπές στις δαπάνες για την υγεία σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση. Η Ελλάδα, για παράδειγμα, είδε τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία να μειώνονται κατά 11% σε σύγκριση με το 2010 και το 2011 μετά από ένα ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης άνω του 5% μεταξύ 2000 και 2009.

Μακριά από την Ευρώπη, η αύξηση των δαπανών για την υγεία μειώθηκε επίσης σημαντικά στις περισσότερες χώρες μεταξύ 2009 και 2011, κυρίως στον Καναδά (0,8%) και τις ΗΠΑ (1,3%). Μόνο δύο Χώρες του ΟΟΣΑ - Ισραήλ και η Ιαπωνία - είδαν το ποσοστό δαπανών υγείας να αυξάνεται.¹⁶

¹⁶ Health at a Glance Indicators, OECD 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο. Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ – ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΗ

Το φάρμακο παραδοσιακά θεωρείται ως ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο χαρακτηρίζεται από την ιδιαιτερότητα να είναι ταυτόχρονα και βιομηχανικό - καταναλωτικό προϊόν αφού διατίθεται στην αγορά, με συγκεκριμένες ενδείξεις και τιμές. Η παραγωγή και εμπορία φαρμάκων αποτελεί έναν από τους πλέον αυστηρά ρυθμιζόμενους κλάδους της οικονομίας, καθώς το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο διέπεται καθορίζει αυστηρά την παραγωγή, τη διακίνηση, την αποθήκευση, την διασφάλιση της ποιότητας, τον ανταγωνισμό, την τιμολογιακή πολιτική, την συνταγογράφηση και τις συνθήκες αγοράς γενικότερα.

Καταλυτικό ρόλο για την διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου της αγοράς φαρμάκου διαδραματίζουν οι κανονισμοί και οι αποφάσεις της Ε.Ε. για την ενίσχυση του ανταγωνισμού, την προστασία των καταναλωτών, τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρωπαϊκής φαρμακοβιομηχανίας. Εξαιτίας της διττής του φύσης, το κάθε φάρμακο που διατίθεται στην αγορά, θα πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, αποτελεσματικό στην κλινική πράξη και όχι μόνο στις κλινικές μελέτες και τέλος, θα πρέπει να θεωρείται ασφαλές για τον ασθενή.¹⁷

Η σύγχρονη φαρμακευτική βιομηχανία, έχει τις απαρχές της στην περίοδο μεταξύ του 1920 και 1930 όπου άρχισε για πρώτη φορά η μαζική παραγωγή της πενικιλίνης και των άλλων αντιβιοτικών και αναπτύχθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια του β' παγκοσμίου πολέμου και μετά, με νέες διαφοροποιημένες θεραπευτικές μεθόδους, όπως είναι τα εμβόλια. Η βιομηχανία του φαρμάκου σήμερα θεωρείται υψηλής κερδοφορίας κλάδος της οικονομίας, με υψηλές αποδόσεις ιδίων κεφαλαίων αλλά και με μεγάλα ρίσκο, αν αναλογιστεί κανείς, παραδείγματος χάρη ότι το 2005 ανακαλύφθηκαν περίπου 5000 χημικές ουσίες, από τις οποίες τρεις τιμολογήθηκαν και μόνο μία έφτασε τελικά στα χέρια του πελάτη.

2.1 Κατηγορίες φαρμάκων

Οι κατηγορίες φαρμάκων που διατίθενται στην αγορά με βάση το χρόνο γένεσής τους είναι οι εξής:

- τα πρωτότυπα,
- γενόσημα και
- τα ορφανά.

¹⁷ Κ. Φαρμάκης «Τάσεις και Προοπτικές Φαρμακευτικής Αγοράς - Καινοτόμα Φάρμακα» Πάτρα 2012

2.1.1 Πρωτότυπα φάρμακα

Τα πρωτότυπα φάρμακα παρασκευάζεται από μία φαρμακοβιομηχανία, η οποία έχει τα αποκλειστικά δικαιώματα μιας ευρεσιτεχνίας και ως εκ τούτου της πώλησης ενός φαρμακευτικού σκευάσματος, για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα κυκλοφορίας του. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι για να καλυφθούν τα έξοδα της έρευνας και να βγάλει η φαρμακοβιομηχανία κέρδος από την ανακάλυψη του φαρμάκου. Μετά το πέρας ισχύος της «πατέντας» μπορεί μια άλλη φαρμακοβιομηχανία, η οποία δεν έχει την οικονομική και τεχνολογική δυνατότητα για την ανακάλυψη πρωτότυπων φαρμάκων, να παραγάγει νόμιμα το ίδιο φάρμακο, γενόσημο.¹⁸

2.1.2 Γενόσημα φάρμακα

Με τον όρο γενόσημο φάρμακο, χαρακτηρίζεται οποιοδήποτε φάρμακο του οποίου η δραστική ουσία δεν καλύπτεται πλέον από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, είναι καθαρά εμπορικός και αφορά τη διακίνηση των φαρμάκων. Σύμφωνα με τους υπάρχοντες νόμους, ένα αντίγραφο φάρμακο πρέπει να περιέχει ακριβώς την ίδια ενεργό ουσία (δραστική) και να έχει την ίδια βιοδιαθεσιμότητα και τις ίδιες φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες με το πρωτότυπο φάρμακο. Είναι αυτονόητο, λοιπόν, ότι το αντίγραφο φάρμακο είναι πανομοιότυπο στη δοσολογία, τον τρόπο χορήγησης, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα με το πρωτότυπο φάρμακο. Τα γενόσημα φάρμακα έχουν χαμηλότερη τιμή από τα πρωτότυπα, αλλά και αυτά με την απώλεια της πατέντας συχνά οδηγούνται σε μείωση της τιμής πώλησης λόγω ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακοβιομηχανιών. Αυτό έχει αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του κόστους τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις ασφαλιστικές εταιρείες, χωρίς όμως να γίνονται συμβιβασμοί στην ποιότητα της παρεχόμενης φαρμακευτικής αγωγής.¹⁹

¹⁸ Ε. Σαχουλίδου «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Διαμόρφωση τιμών σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή ένωση» Θεσ/νίκη 2013

¹⁹ Ε. Σαχουλίδου «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Διαμόρφωση τιμών σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή ένωση» Θεσ/νίκη 2013

2.1.3 Ορφανά φάρμακα

Τα ορφανά φάρμακα είναι πρωτότυπα προορίζονται για τη διάγνωση, την πρόληψη ή την θεραπεία παθήσεων που συνεπάγονται κίνδυνο για τη ζωή ή είναι πολύ σοβαρές, σπάνιες παθήσεις, στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι χαμηλότερος από 5 κρούσματα ανά 10.000 άτομα, νόσος του Crohn. Οι φαρμακευτικές εταιρείες δεν είναι πρόθυμες να αναπτύξουν τέτοια φάρμακα υπό συνήθεις συνθήκες αγοράς, καθώς το κόστος παραγωγής και εμπορίας τους δεν θα μπορούσε να καλυφθεί από τις αναμενόμενες πωλήσεις των φαρμάκων χωρίς την παροχή κινήτρων (pespa).

Ένας άλλος τρόπος κατηγοριοποίησης των φαρμάκων είναι το σύστημα κατάταξης με βάση την ανατομική, θεραπευτική και χημική κατηγορία των φαρμάκων ATC. Τα φάρμακα χωρίζονται σε διαφορετικές κατηγορίες σύμφωνα με το όργανο ή το σύστημα στο οποίο επιδρούν. Τα φάρμακα καταχωρούνται σε κύριες κατηγορίες που έχουν επιμέρους επίπεδα. Υπάρχουν δεκατέσσερις κύριες κατηγορίες, που αποτελούνται από πέντε διαφορετικά επίπεδα η κάθε μία.²⁰

2.2 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων

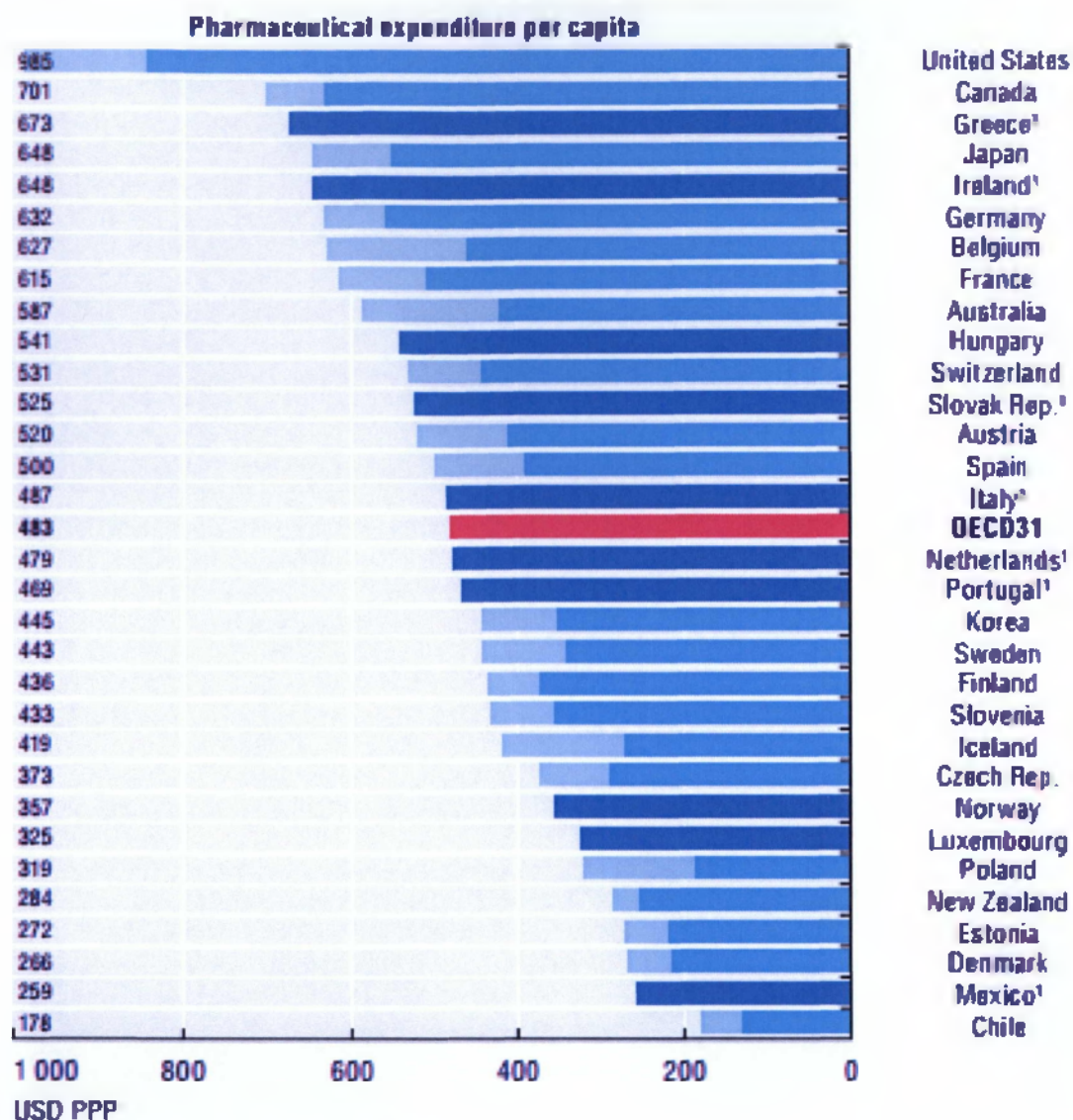
Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών επιβραδύνθηκε σε πολλές Χώρες του ΟΟΣΑ, ωστόσο, για πολλές κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων, συνεχίζονται οι ποσότητες που καταναλώνονται να αυξάνονται, λόγω της αυξανόμενης ζήτησης για φάρμακα για αντιμετώπιση κυρίως χρόνιων παθήσεων.

²⁰ Ε. Σαχουλίδου «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Διαμόρφωση τιμών σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή ένωση» Θεσ/νίκη 2013

2.2.1 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων παγκοσμίως

Το σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν περίπου 800 δισεκατομμύρια δολάρια το 2011. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες παραλλαγές των κατά κεφαλή φαρμακευτικών δαπανών ανά τις χώρες, που αντανακλούν τις διαφορές στον όγκο, τη δομή της κατανάλωσης και των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Στο διάγραμμα που ακολουθεί απεικονίζεται η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις Χώρες του ΟΟΣΑ.²¹ Στη συνέχεια απεικονίζεται με τη μορφή διαγραμμάτων η συνολική φαρμακευτική δαπάνη των Χωρών του ΟΟΣΑ.

²¹ Health at a Glance Indicators, OECD 2013



1. Includes medical non-durables.

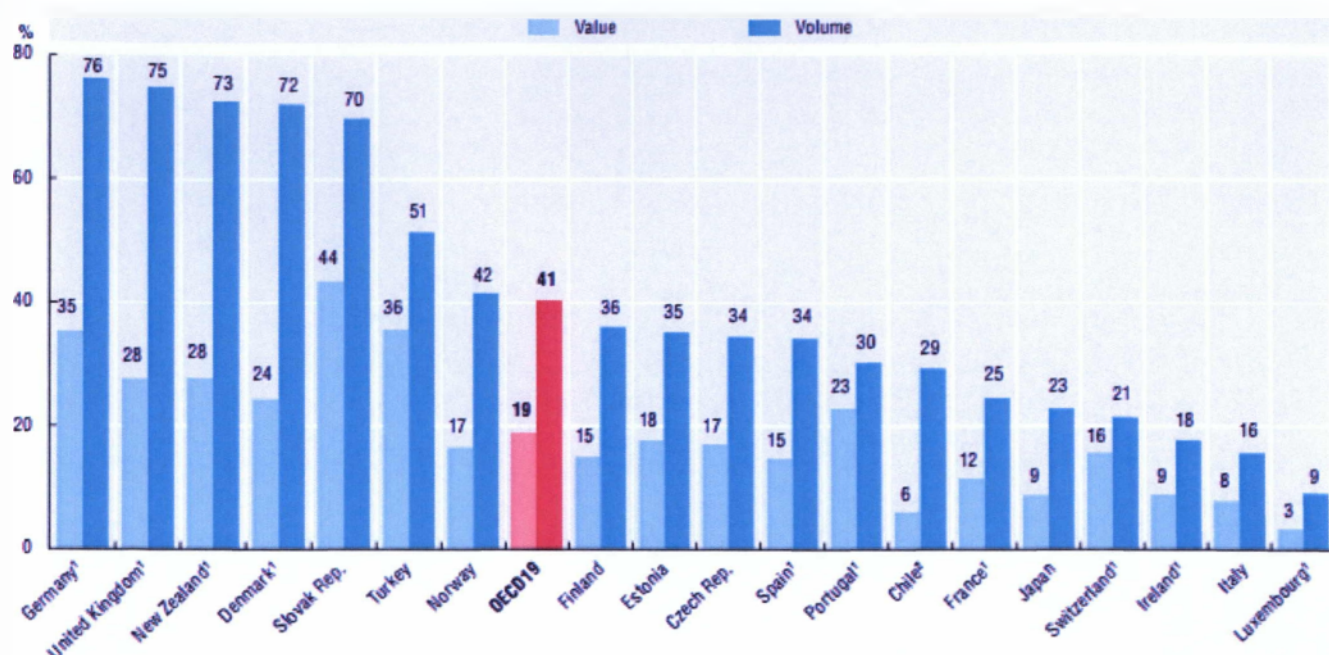
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 2.1: Κατά κεφαλήν συνολική φαρμακευτική δαπάνη

Όπως διαφαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα, οι Ηνωμένες Πολιτείες ξόδευσαν σχεδόν 1.000 δολάρια περισσότερα το 2011, για φαρμακευτικά προϊόντα από ότι οποιαδήποτε άλλη Χώρα σε κατά κεφαλήν βάση. Επίσης, ο Καναδάς αλλά και η Χώρα μας υπερβαίνουν σημαντικά το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών στην κατανάλωση φαρμάκων. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, τη Χιλή και Μεξικό είχαν σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών.

Στη συνέχεια απεικονίζονται τα μεγέθη της φαρμακευτικής δαπάνης για γενόσημα φάρμακα και το αντίστοιχο μερίδιο αγοράς.



1. Reimbursed pharmaceutical market.

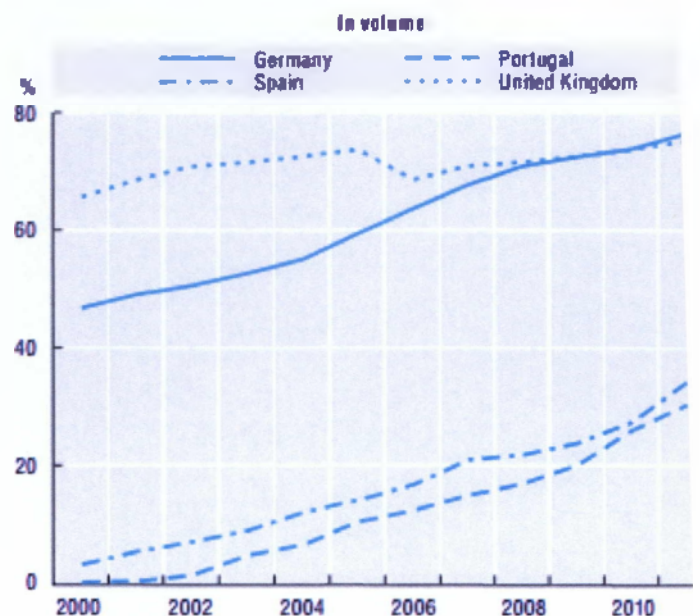
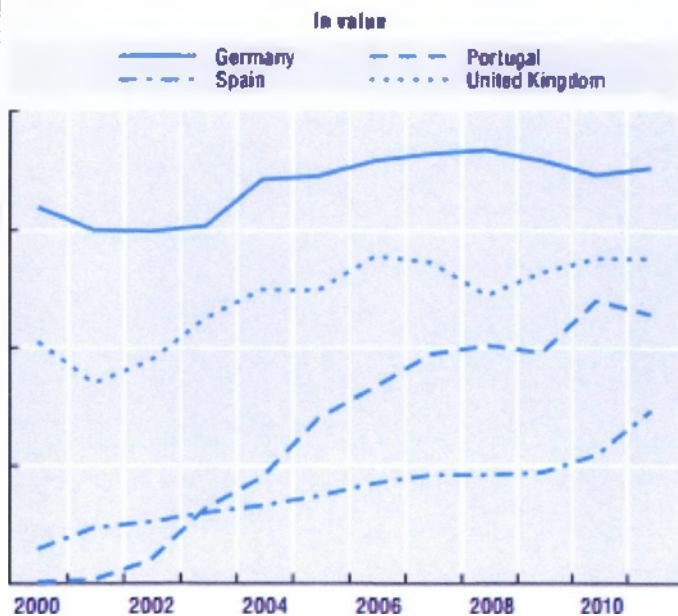
2. Community pharmacy market.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 2.2: Κατά κεφαλήν δαπάνη για γενόσημα φάρμακα

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω, σε όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ αναπτύσσεται η αγορά των γενόσημων φαρμάκων. Συγκεκριμένα το 2011, τα γενόσημα φάρμακα αντιπροσώπευαν περίπου τα τρία τέταρτα του όγκου των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νέα Ζηλανδία.



(Πηγή: OECD 2013)

Διάγραμμα 2.3: Τάση στο μερίδιο αγοράς γενόσημων φαρμάκων

Το μερίδιο των γενόσημων στην αγορά έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία, σε ορισμένες χώρες που είχαν χαμηλά επίπεδα το 2000. Στην Πορτογαλία, η γενική αγορά αυξήθηκε από σχεδόν μηδέν το 2000 σε 30% κατ' όγκο και 23% σε αξία το 2011. Στην Ισπανία, το μερίδιο αγοράς έφθασε στο 34% σε όγκο και 15% σε αξία το 2011, από 3% το 2000.

Ενώ αυτή η αύξηση στο γενικό μερίδιο αγοράς στην Πορτογαλία και την Ισπανία προηγήθηκε της οικονομικής ύφεσης, αυτές οι προσπάθειες έχουν επεκταθεί από τις πρόσφατες πολιτικές που εφαρμόζονται σε αυτές τις δύο χώρες για να μειώσουν τα δημοσιονομικά ελλείμματα τους.²²

2.3 Δαπάνες στην αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα

Την τελευταία δεκαετία σύμφωνα με τα οικονομικά στοιχεία, η ελληνική βιομηχανία συνολικά ακολούθησε φθίνουσα πορεία όμως ο κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων σημείωνε ισχυρή ανάπτυξη,

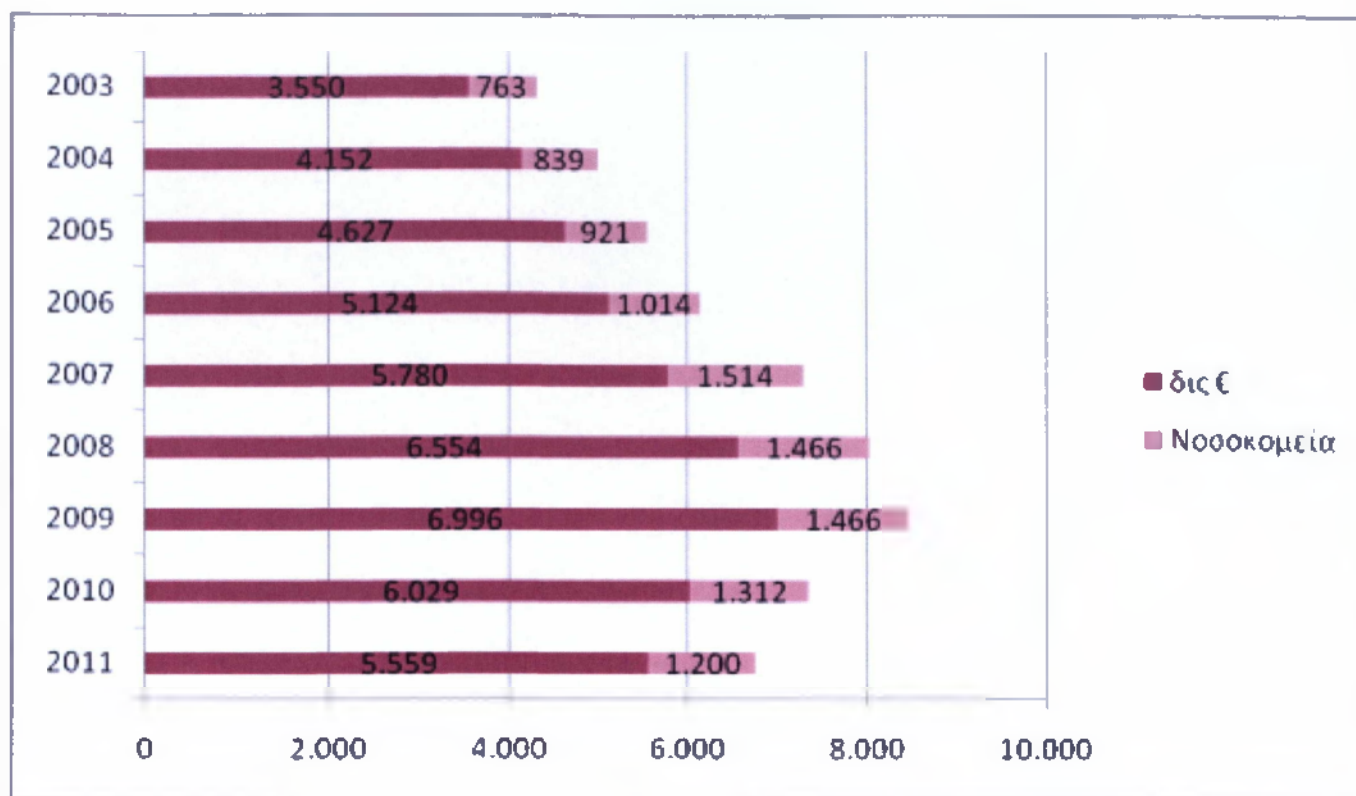
²² Health at a Glance Indicators, OECD 2013

υπερδιπλασιάζοντας τον όγκο της παραγωγής του. Το 2011 η παραγωγή ανήλθε στα 846.000.000€. Αποτελεί έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους της εγχώριας μεταποίησης, που οφείλεται κατά κύριο λόγο, στην αύξηση των επενδύσεων στον κλάδο με τη δημιουργία νέων μονάδων παραγωγής και παρασκευής φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η συμβολή του κλάδου στο ΑΕΠ της χώρας εκτιμάται στα 2,8 δισ. Ευρώ και η άμεση απασχόληση στον κλάδο σε 13.600 χιλιάδες θέσεις εργασίας. Εκτιμάται ότι για κάθε € 1.000 που δαπανώνται για την αγορά φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα, το ΑΕΠ της χώρας ενισχύεται κατά € 3.420.

Πίνακας 2.1 Βασικά Μεγέθη Αγοράς Φαρμάκου στην Ελλάδα

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων Φαρμακαποθήκες (2011) Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2011)	100 135 27
Πωλήσεις Φαρμάκων	Σε φαρμακεία (τιμές λιανικής) Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) Σύνολο πωλήσεων (2011) Μεταβολή 2010/2011	€5.558 εκατ. €1.200 εκατ. €6.759 εκατ. -7,9%
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2011)	€846 εκατ.
Εξαγωγές	Αξία (2011)	€859 εκατ.
Εισαγωγές	Αξία (2011)	€3.003 εκατ.
Παράλληλες εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	7,1%
Απασχόληση	Αριθμός εργαζομένων (2011)	13.600
Δημόσια Φαρμακευτική	Δαπάνη 2011 Δαπάνη 2012 Μεταβολή 2012/2009 Ποσοστό του ΑΕΠ (2012) Καθαρή Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2012) Ποσοστό των Δαπανών Υγείας (2011)	€3.729 εκατ. €2.880 εκατ. -43% 1,4% €253 17,7%
Δαπάνη	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης (2012)	67,6%
Δομή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2005/2011 Δείκτης τιμών φαρμάκων 2010/2011	-17,8% -10,7%
Μεταβολή τιμών	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	18%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	60%
Επενδύσεις R&D	ΕΦΡΙΑ (2012)	€84 εκατ.

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2012



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2012

Διάγραμμα 2.4: Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα

Όπως παρατηρούμε, το 2011 οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων ανήλθαν στα €6,7 δισ., εκ των οποίων το 82,2% διοχετεύθηκε στις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ το υπόλοιπο 17,8% στα νοσοκομεία. Οι πωλήσεις φαρμάκων στα φαρμακεία και στα νοσοκομεία κινήθηκαν ανοδικά μέχρι το 2009. Η μείωση των τιμών των φαρμάκων και τα υπόλοιπα μέτρα περιστολής της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής, οδήγησαν την τελευταία διετία σε σημαντική μείωση των πωλήσεων φαρμάκων κατά 20%.

2.4 Μέτρα – Παρεμβάσεις στην αγορά φαρμάκου στη Χώρα μας

Στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής της Χώρας μας, οι τομείς της Υγείας και του Φαρμάκου κλήθηκαν να συνεισφέρουν σημαντικά με ένα πλήθος μέτρων που στόχευαν στη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας, όπως οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων και η προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. 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.

Σύμφωνα με όσα προβλέπονται στο Μνημόνιο μεταξύ Ελληνικής κυβέρνησης και Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ΕΚΤ και ΔΝΤ, θα συνεχιστεί η προσπάθεια μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε αυτή να προσεγγίσει το 1% του ΑΕΠ το 2014. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη (δημόσια και νοσοκομειακή) δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1,5% του ΑΕΠ το 2013 και το 1,3% το 2014. Για να επιτευχθεί ο στόχος θα ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής ώστε η φαρμακευτική δαπάνη να διατηρείται εντός των προϋπολογισθέντων ορίων, θα μειωθεί περαιτέρω η τιμή των εκτός πατέντας και των γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, θα μειωθεί το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων σε 15%, θα μειωθούν οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων, θα αυξηθούν οι εισφορές των αγροτών και θα αναθεωρηθεί το πακέτο υπηρεσιών που προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ. Στη συνέχεια αναφέρονται οι βασικότερες μεταρρυθμίσεις.²³

2.5 Έλεγχος φαρμακευτικής δαπάνης

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων προβλέπεται αναθεώρηση της δομής της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη δαπάνη αγοράς φαρμάκων με την οποία θα εξαιρείται από τη συμμετοχή μικρός αριθμός σκευασμάτων που σχετίζονται με ειδικές θεραπευτικές αγωγές. Ακόμη προβλέπεται πτωτική αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων και επανατιμολόγηση φαρμάκων με

²³ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

τιμή μικρότερη των €10, η οποία θα περιλαμβάνει μείωση της τιμής τους κατά 10%. Επιπλέον, εφαρμογή του συστήματος αυτόματης επιστροφής (clawback) ανά εξάμηνο, ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν υπάρχουν αποκλίσεις από το στόχο.

Η εκπόνηση έκθεσης εφαρμογής για τις επιπτώσεις των νέων περιθωρίων κέρδους των φαρμακείων, η οποία εφόσον δείχνει ότι δεν επιτυγχάνεται ο στόχος του μέσου περιθωρίου των φαρμακείων στο 15%, θα οδηγήσει σε αναθεώρηση του περιθωρίου. Τέλος, η εξασφάλιση ότι ο ΕΟΠΥΥ θα διαπραγματευτεί 5% έκπτωση μέσω συμφωνιών τιμής-ποσότητας σε 200 φάρμακα και η επέκταση της έκπτωσης 5% από τις φαρμακευτικές εταιρείες σε όλα τα προϊόντα που πωλούνται στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.²⁴

2.6 Επέκταση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Οι βασικότερες μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι οι ακόλουθες:

- Επέκταση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλους τους γιατρούς, ιατρικά κέντρα και νοσοκομεία.
- Υλοποίηση συστήματος ηλεκτρονικής υποβολής από τους φαρμακοποιούς όσων συνταγών δεν έχουν καταχωρηθεί από γιατρούς.
- Έκδοση υποχρεωτικών συνταγογραφικών προτύπων / πρωτοκόλλων προς τους γιατρούς με προτεραιότητα για τα περισσότερο ακριβά και τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα φάρμακα.
- Περαιτέρω ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και ελέγχου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

²⁴ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

- Παροχή μηνιαίων απολογιστικών εκθέσεων για τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο εθνικό σύστημα υγείας και από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ
- Παροχή τακτικών αξιολογήσεων για τις πληροφορίες που λαμβάνονται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- Εκπόνηση αναλυτικών τριμηνιαίων εκθέσεων για τη συνταγογράφηση και τη φαρμακευτική δαπάνη, οι οποίες θα περιλαμβάνουν πληροφορίες για τον όγκο και την αξία των φαρμάκων, τη χρήση γενόσημων και εκτός πατέντας φαρμάκων και τις εκπτώσεις που λαμβάνονται από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες.
- Παραγωγή αναλυτικών πληροφοριών και εκπόνηση εκθέσεων για τη συνταγογραφική συμπεριφορά κάθε γιατρού συγκριτικά με το σύνολο της κατηγορίας του (ανάλογα με την ειδικότητα και το πλήθος των ασθενών του), οι οποίες θα δίνουν σήματα για παραβίαση των κανόνων συνταγογράφησης.
- Επιβολή ποινών όταν διαπιστώνεται παραβίαση των συνταγογραφικών προτύπων.
- Επιλογή ακριβών φαρμάκων που πωλούνται στα φαρμακεία, προκειμένου να πωλούνται στα νοσοκομεία ή στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.²⁵

2.7 Αύξηση χρήσης γενόσημων

Οι βασικότερες μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με τα γενόσημα φάρμακα οι ακόλουθες:

²⁵ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

- Αύξηση χρήσης γενοσήμων στο 35% του όγκου φαρμάκων που πωλούνται στα φαρμακεία μέχρι το τέλος του 2012 και στο 60% μέχρι το τέλος του 2013.
- Πρόσθετα μέτρα που θα διασφαλίζουν ότι τουλάχιστον το 50% του όγκου φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία είναι γενόσημα με τιμή χαμηλότερη από τα παρόμοια επώνυμα ή εκτός πατέντας προϊόντα.
- Καθορισμός υποχρέωσης σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία να προμηθεύονται τουλάχιστον τα 2/3 των φαρμακευτικών σκευασμάτων με βάση τη δραστική ουσία, χρησιμοποιώντας κεντρικές διαδικασίες κατάθεσης προσφορών και επιβάλλοντας συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και οδηγίες συνταγογράφησης.
- Υιοθέτηση σε συνεργασία με φαρμακευτικές εταιρείες και γιατρούς κώδικα δεοντολογίας.
- Επιτάχυνση διοικητικών και νομικών διαδικασιών για την είσοδο φθηνότερων γενοσήμων στην αγορά.

Τα υπόλοιπα μέτρα που προβλέπονται στο τελευταίο μνημόνιο περιλαμβάνουν την επανεξέταση των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται βάσει σύμβασης στον ΕΟΠΥΥ, την αναδιοργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος υγείας και την υλοποίηση αυξανόμενου μέρους των προμηθειών από κεντρικό φορέα.²⁶

2.8 Σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα χρησιμοποιεί συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Την περίοδο 2005-

²⁶ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

2008 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του φαρμάκου ισοδυναμούσε με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο επιλέγονταν από την ΕΕ-15 συμπεριλαμβανομένης της Ελβετίας, ενώ η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/2004 (Ν. 3408/2005, ΦΕΚ 272 Α').

Το Σεπτέμβριο του 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα υπόλοιπα κράτη – μέλη της ΕΕ-27 (Ν.3790/2009) στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1ο Δελτίο Τιμών κάθε χρόνο.

Για τον καθορισμό της τιμής απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία (3) τουλάχιστον από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εντούτοις, καθώς 4 (Μάλτα, Εσθονία, Σουηδία και Δανία) από τις 26 χώρες που θα χρησιμοποιούνταν ως χώρες αναφοράς δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις υπόλοιπες 22 χώρες της Ε.Ε.

Έκτοτε έχουν επέλθει αρκετές τροποποιήσεις. Αυτό που ισχύει σήμερα (Φεβ.2013) είναι ότι τα πρωτότυπα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα υπόλοιπα κράτη μέλη. Με τη λήξη της πατέντας η τιμή μειώνεται αυτομάτως κατά 50%, ενώ τα γενόσημα τιμολογούνται στο 40% της τιμής αναφοράς του πρωτότυπου σκευάσματος αναφοράς πριν τη λήξη της περιόδου προστασίας του (ΦΕΚ 2825/Β/19.10.2012). Σε κάθε περίπτωση η τιμή του γενοσήμου δεν πρέπει να ξεπερνά το 80% της τιμής του πρωτότυπου. Με το ΦΕΚ 94/23.1.2013, οι τιμές των φαρμάκων που μειώθηκαν στο 50% της τελευταίας λιανικής τιμής υπό καθεστώς προστασίας, υπόκεινται σε περαιτέρω μείωση 5% για τα φάρμακα

που στο τελευταίο δελτίο τιμών έλαβαν λιανική τιμή από 5 έως 10 ευρώ, ενώ για όσα έλαβαν τιμή μεγαλύτερη από €10 η μείωση επί της λιανικής τιμής είναι 10%. Οι ίδιες μειώσεις και προϋποθέσεις προβλέπονται και για τα γενόσημα οι τιμές των οποίων μειώθηκαν στο 40% της τελευταίας τιμής του φαρμάκου αναφοράς.²⁷

²⁷ Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Υλικό και Μέθοδος

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση και αποτύπωση των απόψεων των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τη συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων. Για τον λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκε έρευνα πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου. Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ήταν από τις 23 Μαρτίου έως τις 15 Μαΐου 2014.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα κέντρα υγείας Μεσσήνης, Μελιγαλά, Πύλου και Αγίου Νικολάου, καθώς και σε ορισμένα περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στα αντίστοιχα κέντρα υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και στον οργανισμό Π.Ε.Δ.Υ.

Ο πληθυσμός της έρευνας ανέρχεται σε 113 ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατανέμεται ως εξής:

Πίνακας 3.1 Προέλευση πληθυσμού έρευνας

Φορέας	Αριθμός Ιατρών
Κέντρο Υγείας Μεσσήνης	16
Περιφερειακά Ιατρεία Κέντρου Υγείας Μεσσήνης	22
Κέντρο Υγείας Μελιγαλά	7

Περιφερειακά Ιατρεία Κέντρου Υγείας Μελιγαλά	16
Κέντρο Υγείας Πύλου	7
Περιφερειακά Ιατρεία Κέντρου Υγείας Πύλου	12
Κέντρο Υγείας Αγίου Νικολάου	5
Περιφερειακά Ιατρεία Κέντρου Υγείας Αγίου Νικολάου	2
Εξωτερικά Ιατρεία Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας	12
Οργανισμός Π.Ε.Δ.Υ.	14
ΣΥΝΟΛΟ	113

Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε στο 37% του πληθυσμού, το οποίο αντιστοιχεί σε 42 ιατρούς.

Η έρευνα έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώθηκε επί τόπου από τους ιατρούς στο χώρο εργασίας τους, είτε στα κέντρα υγείας είτε στα περιφερειακά ιατρεία. Το ερωτηματολόγιο ήταν ηλεκτρονικό και η συμπλήρωσή του γινόταν σε φορητό υπολογιστή, μέσω υπερσύνδεσης (link) του Ελληνικού Ανοιχτού Πανεπιστημίου.

Το ερωτηματολόγιο παραχωρήθηκε από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοιχτού Πανεπιστημίου. Αποτελείται από 6 γενικές ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα, καθώς και από 26 ειδικές ερωτήσεις που αφορούν τον σκοπό της έρευνας. Οι ειδικές ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου με διαβάθμιση πεντάβαθμης κλίμακας.

3.2 Ποσοτική Ανάλυση

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας με τη βοήθεια διαγραμματικής απεικόνισης.

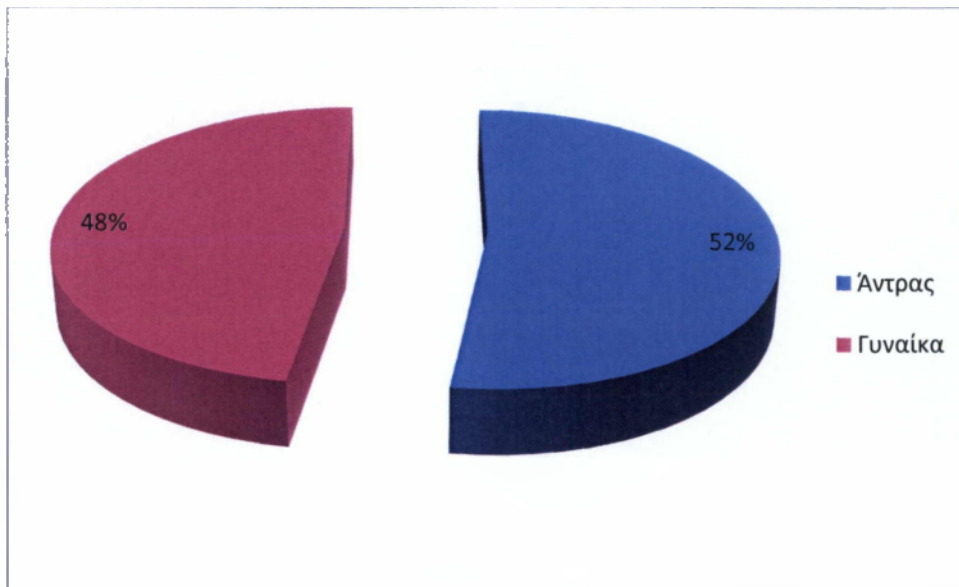
3.2.1 Φύλο

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται τα δημογραφικά στοιχεία και συγκεκριμένα το φύλο των ερωτηθέντων γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 3.2 Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Άντρας	22	52%
Γυναίκα	20	48%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων κατά ένα μικρό ποσοστό ήταν άνδρες. Σε απόλυτα μεγέθη 22 γιατροί ήταν άνδρες και 20 γυναίκες.



Διάγραμμα 3.1 Φύλο

Η ποσοστιαία κατανομή του φύλου των ερωτηθέντων όμως απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα, μας δείχνει ότι τι 48% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες και το 52% άνδρες.

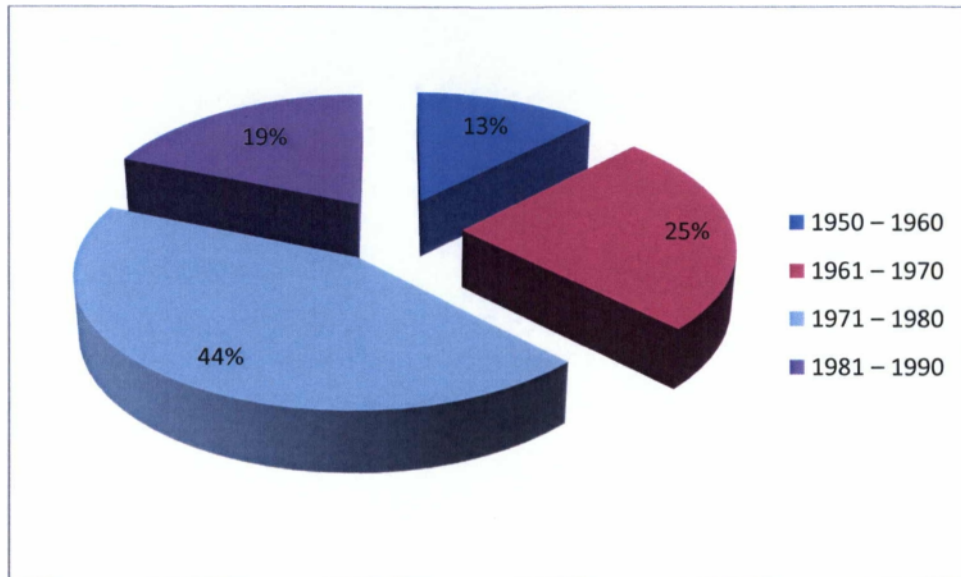
3.2.2 Έτος γέννησης

Το δημογραφικό στοιχείο που αναλύεται στην ενότητα αυτή αφορά την ηλικία των γιατρών του δείγματος.

Πίνακας 3.3 Έτος γέννησης

Έτος Γέννησης	Συχνότητα	Ποσοστό
1950 – 1960	4	13%
1961 – 1970	8	25%
1971 – 1980	14	44%
1981 – 1990	6	19%
Σύνολο	32	100%

Όπως απεικονίζεται στον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ηλικίας (34-43) δηλαδή 14 γιατροί, ενώ πολύ μικρό ποσοστό συμμετείχε στην έρευνα με ηλικία (54 – 64) και (23 – 34) αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3.2 Έτος γέννησης

Η ποσοστιαία κατανομή της ηλικίας των ερωτηθέντων γιατρών, όπως απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα, μας δείχνει ότι το 44% των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν ηλικία (34-43) και αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος. Ακολουθούν οι γιατροί με ηλικία (44-53) αποτελώντας το 25% των ερωτηθέντων ενώ, οι γιατροί ηλικίας (23-34) και (54-64) αποτελούν το 19% και το 13% του δείγματος αντίστοιχα.

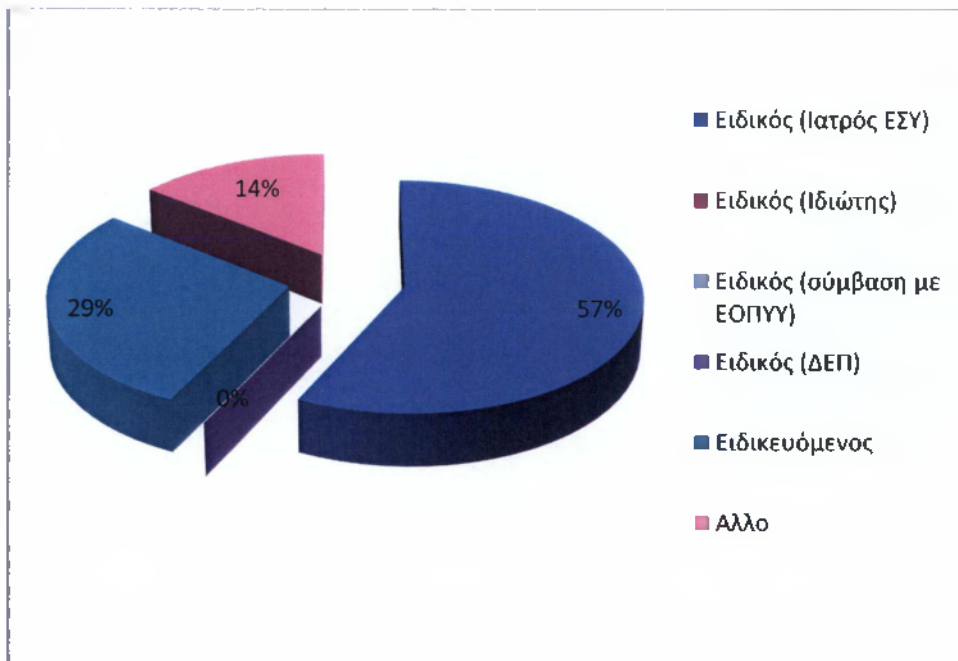
3.2.3 Επαγγελματική ιδιότητα

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται η επαγγελματική ιδιότητα των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 3.4 Επαγγελματική ιδιότητα

Επαγγελματική Ιδιότητα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ειδικός (Ιατρός ΕΣΥ)	24	57%
Ειδικός (Ιδιώτης)	0	0%
Ειδικός (σύμβαση με ΕΟΠΥΥ)	0	0%
Ειδικός (ΔΕΠ)	0	0%
Ειδικευόμενος	12	29%
Άλλο	6	14%
Σύνολο	42	100%

Όπως παρουσιάζεται στον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των γιατρών (24 γιατροί) αποτελείται από ειδικούς γιατρούς του ΕΣΥ. Μία μικρότερη ομάδα (12 γιατροί) αποτελούν ειδικευόμενοι γιατροί ενώ, δε συμμετείχαν στην έρευνα ειδικοί γιατροί με σύμβαση ΕΟΠΥΥ και ειδικοί γιατροί ΔΕΠ.



Διάγραμμα 3.3 Επαγγελματική ιδιότητα

Η ποσοστιαία κατανομή της επαγγελματικής ειδικότητας των γιατρών του δείγματος, όπως απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα, μας δείχνει ότι το 56% αποτελείται από ειδικούς γιατρούς του ΕΣΥ, το 29% από ειδικευόμενους γιατρούς και ένα μικτό ποσοστό της τάξης του 14% αποτελούν γιατροί διαφορετικής επαγγελματικής ιδιότητας.

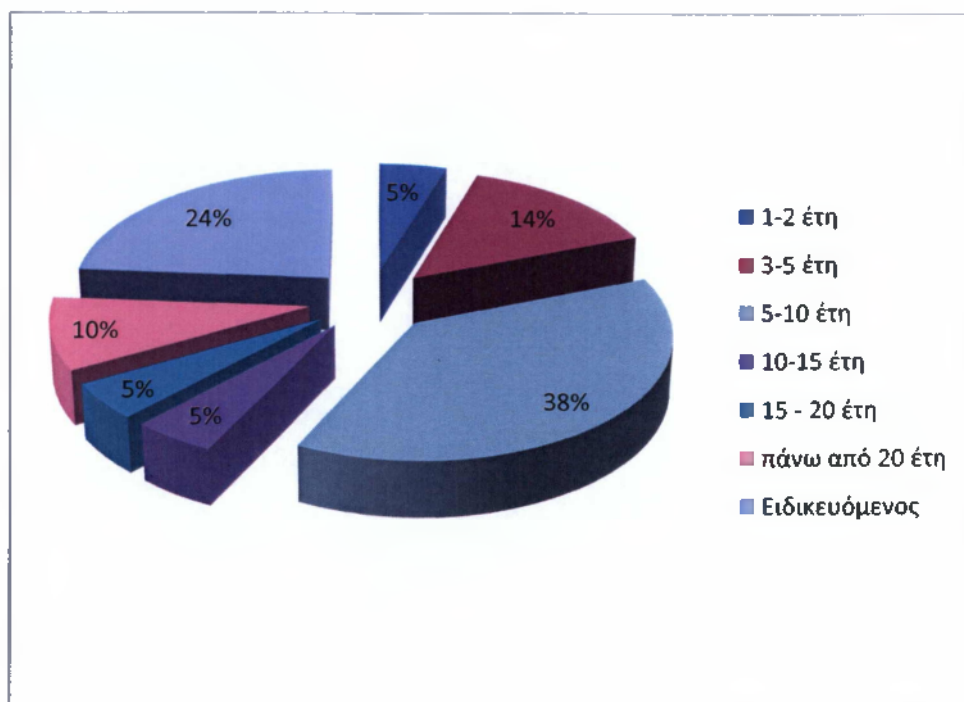
3.2.4 Έτη ως ειδικός ιατρός

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται στοιχεία που αφορούν την επαγγελματική εμπειρία των ερωτηθέντων γιατρών και πιο συγκεκριμένα αναφέρονται τα έτη που ασκούν την επαγγελματική ιδιότητά τους.

Πίνακας 3.5 Έτη ως ειδικός ιατρός

Έτη	Συχνότητα	Ποσοστό
1-2 έτη	2	5%
3-5 έτη	6	14%
5-10 έτη	16	38%
10-15 έτη	2	5%
15 - 20 έτη	2	5%
πάνω από 20 έτη	4	10%
Ειδικευόμενος	10	24%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών της έρευνας δηλαδή 16 γιατροί ασκούν την ιδιότητά τους μεταξύ 5-10. Μικρότερο αλλά μεγάλο ποσοστό αποτελούν οι ειδικευόμενοι γιατροί ενώ λίγοι γιατροί έχουν επαγγελματική εμπειρία 3-5, 15-20 και 1-2 έτη αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3.4 Έτη ως ειδικός ιατρός

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, το 38% των ερωτηθέντων γιατρών ασκούν την επαγγελματική τους ιδιότητα 5-10 έτη, ενώ το μικρότερο ποσοστό αποτελούν οι γιατροί που ασκούν την ιδιότητά τους 1-2 και 10 – 20 ή παραπάνω έτη αντιπροσωπεύοντας το 2% του πληθυσμού των γιατρών.

3.2.5 Ιατρικός Τομέας

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται ο ιατρικός τομέας στον οποίο ανήκουν οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 3.6 Ιατρικός Τομέας

Τομέας	Συχνότητα	Ποσοστό
Γενικός Ιατρός / Πρωτοβάθμια Υγεία	26	62%
Παθολογικός Τομέας	6	14%
Χειρουργικός Τομέας	0	0%
Εργαστηριακός Τομέας	0	0%
Παιδιατρικός Τομέας	0	0%
Τομέας Ψυχικής Υγείας	0	0%
Άλλο	10	24%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα σε απόλυτα μεγέθη, 26 γιατροί ανήκουν στους γενικούς γιατρούς, αποτελώντας το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών του δείγματος, 6 ανήκουν στον παθολογικό τομέα και 10 σε διαφορετικό τομέα από τους τομείς που εξετάζονται. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο δείγμα δε συμμετείχαν καθόλου γιατροί του χειρουργικού, εργαστηριακού, παιδιατρικού και του τομέα ψυχικής υγείας.



Διάγραμμα 3.5 Ιατρικός Τομέας

Η ποσοστιαία ανάλυση του ιατρικού τομέα μας δείχνει ότι το 62% των γιατρών ανήκουν στους γενικούς γιατρούς της πρωτοβάθμιας υγείας αποτελώντας την πλειοψηφία του δείγματος. Ποσοστό ίσο με 14% ανήκει στον παθολογικό τομέα ενώ ποσοστό 24% ανήκει σε διαφορετικού τομείς από τους δοθέντες στο ερωτηματολόγιο της έρευνας.

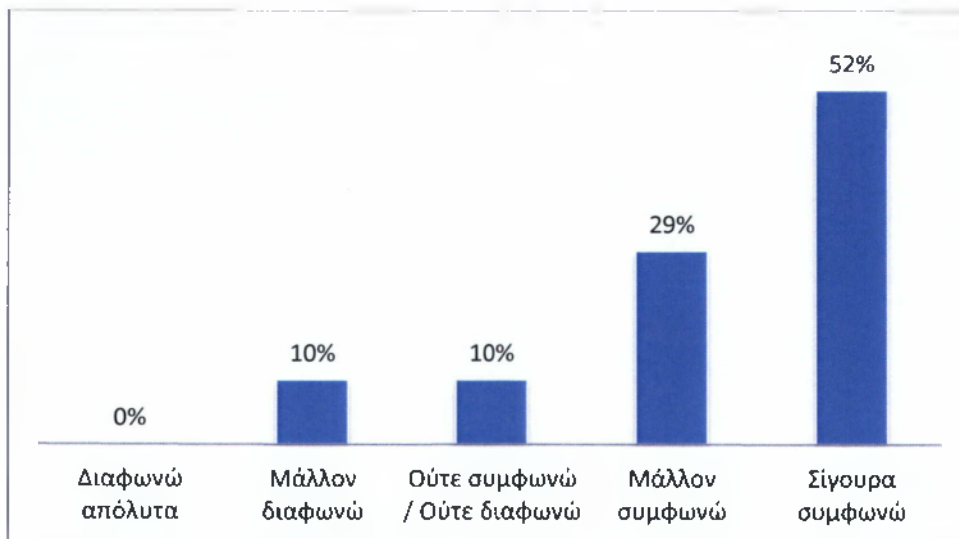
3.2.6 Δραστική ουσία

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους ένα γενόσημο και ένα πρωτότυπο φάρμακο περιέχουν την ίδια δραστική ουσία.

Πίνακας 3.7 Δραστική ουσία

Αποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	4	10%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	22	52%
Σύνολο	42	100%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των γιατρών δηλαδή 22 γιατροί σίγουρα συμφωνούν ότι τα γενόσημα και τα πρωτότυπα φάρμακα περιέχουν ίδια δραστική ουσία, 12 γιατροί απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν ενώ λιγότεροι γιατροί δεν εξέφρασαν γνώμη ή απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν.



Διάγραμμα 3.6 Δραστική ουσία

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση που απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα, το 52% των γιατρών σίγουρα συμφωνούν στην εν λόγω ερώτηση,

29% μάλλον συμφωνούν ενώ μικρότερα ποσοστά ίσα με 10% έδωσαν ουδέτερη απάντηση ή είπαν ότι μάλλον διαφωνούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας γιατρός του δείγματος δεν απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα.

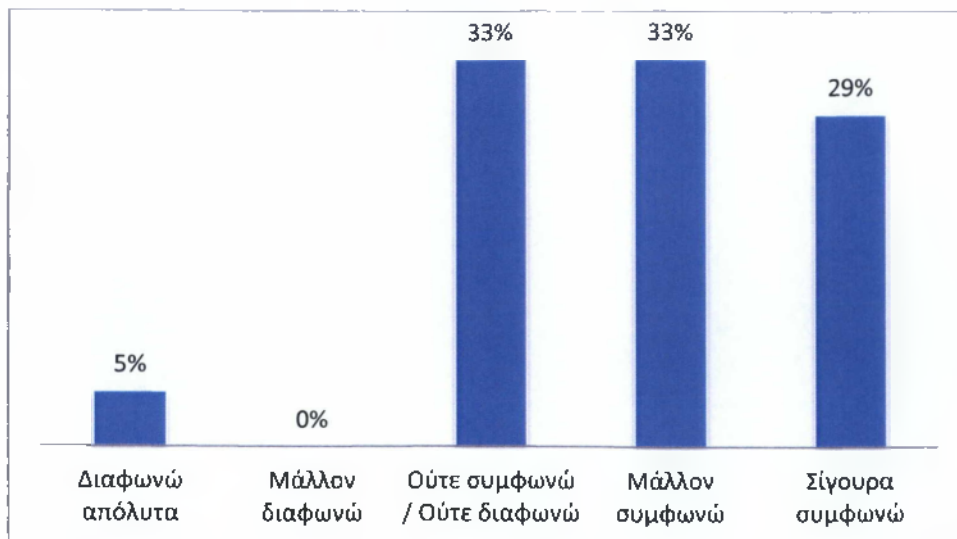
3.2.7 Δραστικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η δραστικότητα των γενόσημων φαρμάκων είναι ίδια με εκείνη των πρωτοτύπων.

Πίνακας 3.8 Δραστικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	2	5%
Μάλλον διαφωνώ	0	0%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	14	33%
Μάλλον συμφωνώ	14	33%
Σίγουρα συμφωνώ	12	29%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα 14 γιατροί απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με αυτή την άποψη, 12 ότι σίγουρα συμφωνούν ενώ λιγότεροι ότι σίγουρα διαφωνούν.



Διάγραμμα 3.7 Δραστηκότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών ίσο με 33% δεν εξέφερε άποψη σε αυτό το ερώτημα ή απάντησε ότι μάλλον συμφωνεί. Μικρότερο ποσοστό ίσο με 29% απάντησε ότι σίγουρα συμφωνεί με αυτή την άποψη ενώ αισθητά μικρότερο ποσοστό ίσο με 5% απάντησε ότι σίγουρα δε συμφωνεί.

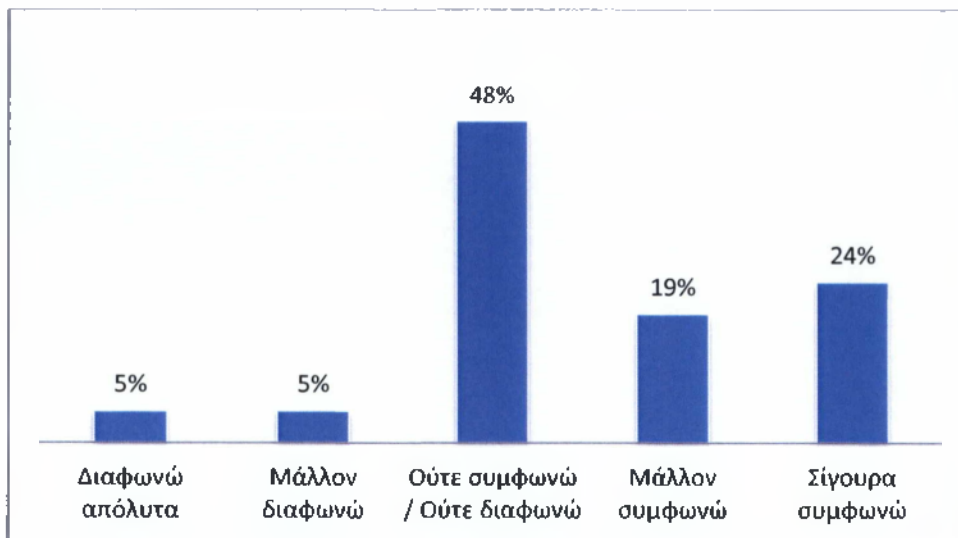
3.2.8 Η ασφάλεια των γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η ασφάλεια των γενοσήμων φαρμάκων είναι ίδια με εκείνη των πρωτοτύπων.

Πίνακας 3.9 Η ασφάλεια των γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	2	5%
Μάλλον διαφωνώ	2	5%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	20	48%
Μάλλον συμφωνώ	8	19%
Σίγουρα συμφωνώ	10	24%
Σύνολο	42	100%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι γιατροί, στο σύνολό τους 20 δεν εξέφρασαν άποψη σε αυτό το ερώτημα. 10 γιατροί απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν ενώ πολλοί λιγότεροι απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν ή σίγουρα συμφωνούν.



Διάγραμμα 3.8 Η ασφάλεια των γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή που απεικονίζεται παραπάνω, το 48% των γιατρών δεν εκφράζει άποψη για το θέμα αυτό ενώ το 24% σίγουρα

συμφωνεί με αυτή την άποψη. Τα ποσοστά των γιατρών που μάλλον ή σίγουρα διαφωνούν αντιστοιχούν έκαστο στο 5% του δείγματος.

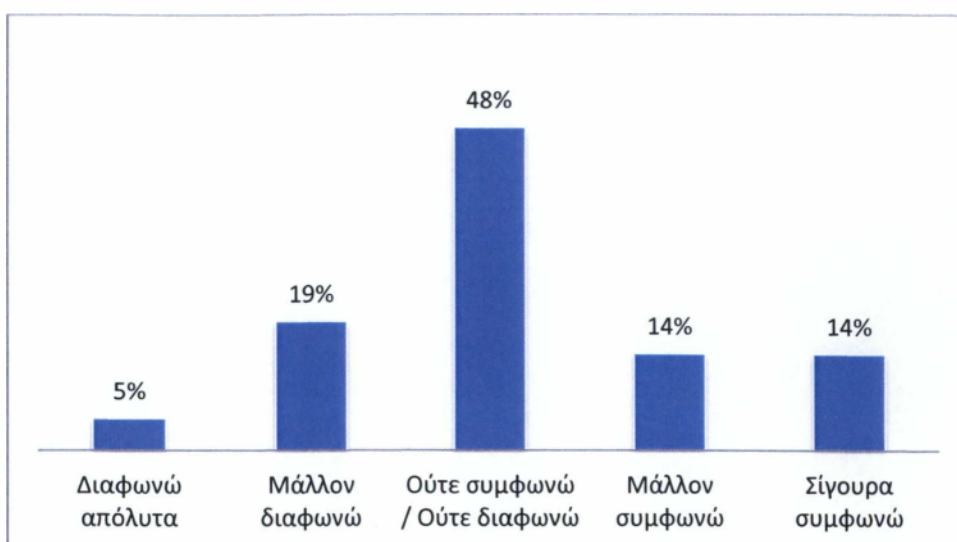
3.2.9 Τα στάνταρτς παρασκευής γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους τα στάνταρτς παρασκευής γενοσήμων φαρμάκων είναι ανάλογα με εκείνα των πρωτότυπων φαρμάκων.

Πίνακας 3.10 Τα στάνταρτς παρασκευής γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	2	5%
Μάλλον διαφωνώ	8	19%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	20	48%
Μάλλον συμφωνώ	6	14%
Σίγουρα συμφωνώ	6	14%
Σύνολο	42	100%

Όπως μας δείχνει ο παραπάνω πίνακας 20 γιατροί δεν εξέφρασαν άποψη ούτε σε αυτή την ερώτηση ενώ 8 από αυτούς μάλλον διαφωνούν με αυτή την άποψη ενώ 6 και 6 αντίστοιχα μάλλον συμφωνούν ή σίγουρα συμφωνούν.



Διάγραμμα 3.9 Τα στάνταρτ παρασκευής γενοσήμων φαρμάκων σε σχέση με των πρωτοτύπων

Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή των ερωτηθέντων οι γιατροί που μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν αντιστοιχούν έκαστοι στο 14% του δείγματος ενώ εκείνοι που μάλλον συμφωνούν αντιστοιχούν στο 19% του δείγματος. Το ποσοστό των γιατρών που δεν εξέφρασαν άποψη αντιστοιχούν στον 48% του δείγματος.

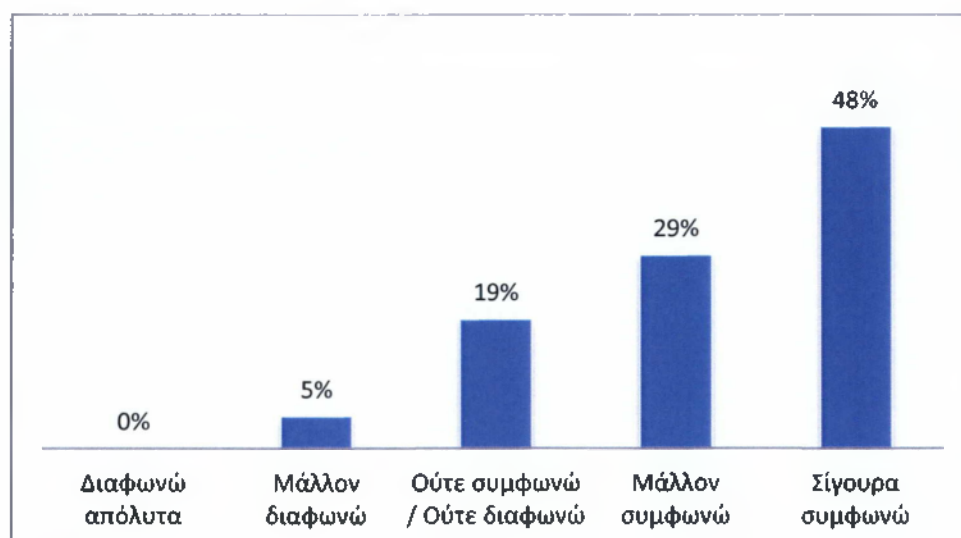
3.2.10 Τιμή των γενοσήμων σε σχέση με τα πρωτότυπα

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η τιμή των γενοσήμων είναι σημαντικά μειωμένη σε σχέση με τα πρωτότυπα.

Πίνακας 3.11 Τιμή των γενοσήμων σε σχέση με τα πρωτότυπα

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Μάλλον διαφωνώ	2	5%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	8	19%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	20	48%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 20 απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν με αυτή την άποψη, 12 ότι μάλλον συμφωνούν ενώ πολλοί λιγότεροι ίσοι με 2 απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας γιατρός δεν απάντησε ότι σίγουρα διαφωνεί με αυτή την άποψη.



Διάγραμμα 3.10 Τιμή των γενοσήμων σε σχέση με τα πρωτότυπα

Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή των γιατρών το 48% αντιστοιχεί στους γιατρούς που συμφωνούν σίγουρα με αυτή την άποψη, 29% με εκείνους που

μάλλον συμφωνούν ενώ πολύ μικρότερο ποσοστό ίσο με 5% απάντησε ότι μάλλον διαφωνεί.

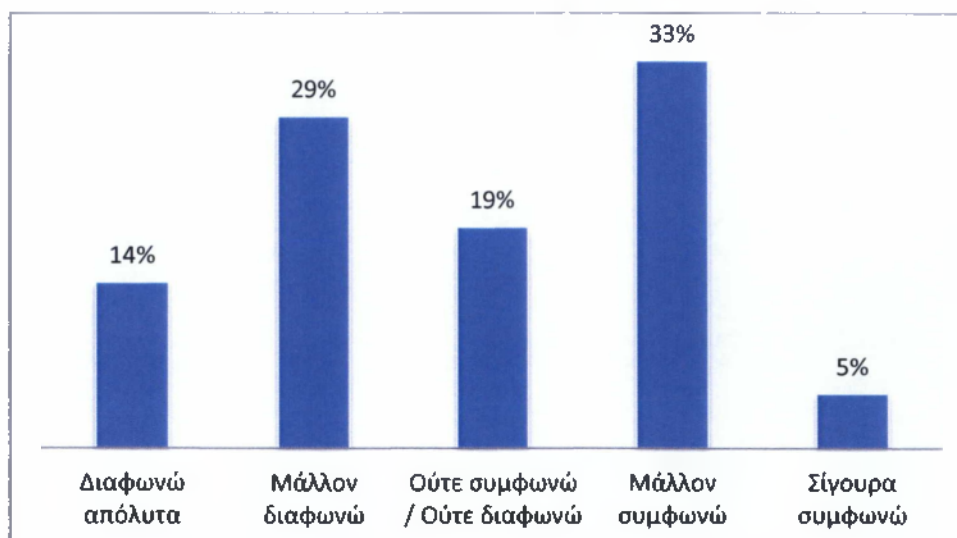
3.2.11 Εντοπισμός πιθανών παρατυπιών

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους οι ελληνικές αρχές είναι ικανές να ανιχνεύσουν πιθανές παρατυπίες στην παρασκευή γενοσήμων φαρμάκων.

Πίνακας 3.12 Ικανότητα Ελληνικών αρχών στον εντοπισμό πιθανών παρατυπιών στα γενόσημα φάρμακα

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	12	29%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	8	19%
Μάλλον συμφωνώ	14	33%
Σίγουρα συμφωνώ	2	5%
Σύνολο	42	100%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 14 απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν με αυτήν την άποψη ενώ 12 ότι μάλλον διαφωνούν με αυτό. Αξίζει να σημειωθεί ότι λιγότεροι σε αριθμό γιατροί έδωσαν απόλυτες απαντήσεις και από αυτούς οι περισσότεροι ίσοι με 6 απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν με την άποψη αυτή.



Διάγραμμα 3.11 Ικανότητα Ελληνικών αρχών στον εντοπισμό πιθανών παρατυπιών στα γενόσημα φάρμακα

Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή των ερωτηθέντων οι γιατροί που μάλλον συμφωνούν αντιπροσωπεύουν το 33% των ερωτηθέντων ενώ εκείνοι που μάλλον διαφωνούν αντιπροσωπεύουν το 29% αντίστοιχα. Όσον αφορά τις απόλυτες απαντήσεις 14% απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα ενώ % ότι συμφωνούν σίγουρα με αυτή την άποψη.

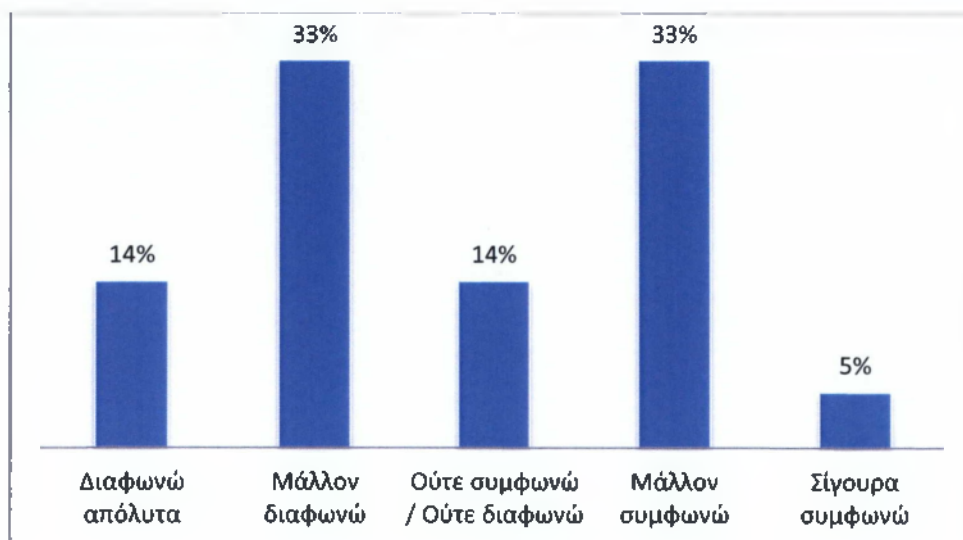
3.2.12 Ικανότητα έγκαιρης ανίχνευσης και αποτελεσματικής αντίδρασης

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους οι ελληνικές αρχές είναι ικανές να ανιχνεύσουν έγκαιρα και να αποσύρουν σειρές γενοσήμων με μειωμένη δραστικότητα ή/και ασφάλεια.

Πίνακας 3.13 Ικανότητα Ελληνικών αρχών για έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντίδραση σε γενόσημα με μειωμένη δραστητικότητα ή/και ασφάλεια

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	14	33%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	6	14%
Μάλλον συμφωνώ	14	33%
Σίγουρα συμφωνώ	2	5%
Σύνολο	42	100%

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ίσος αριθμός γιατρών, ίσοι με 14, απάντησαν ότι συμφωνούν ή μάλλον διαφωνούν με αυτή την άποψη ενώ 6 ήταν ουδέτεροι. Από τους γιατρούς που απάντησαν απόλυτα σε αυτό το ερώτημα 2 είπαν ότι συμφωνούν απόλυτα και 6 ότι διαφωνούν απόλυτα με αυτή την άποψη.



Διάγραμμα 3.12 Ικανότητα Ελληνικών αρχών για έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντίδραση σε γενόσημα με μειωμένη δραστητικότητα ή/και ασφάλεια

Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα το ποσοστό των γιατρών που συμφωνούν μάλλον ή μάλλον διαφωνούν με αυτό το θέμα αντιστοιχούν έκαστο στο 33% του δείγματος. Το 14% αντιπροσωπεύει το ποσοστό που σίγουρα διαφωνεί ενώ το 5% το ποσοστό που σίγουρα συμφωνεί με αυτή την άποψη.

3.2.13 Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά

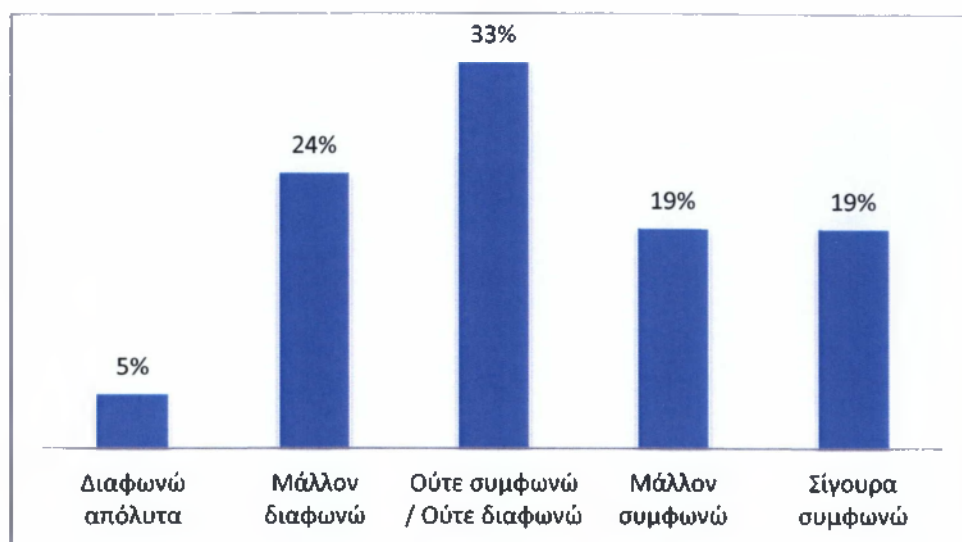
Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους σε περίπτωση αναποτελεσματικότητας των ελληνικών αρχών, οι ευρωπαϊκές αρχές είναι ικανές να ανιχνεύσουν πιθανές παρατυπίες στη δραστικότητα ή/και ασφάλεια των γενοσήμων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά.

Πίνακας 3.14 Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	2	5%
Μάλλον διαφωνώ	10	24%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	14	33%
Μάλλον συμφωνώ	8	19%
Σίγουρα συμφωνώ	8	19%
Σύνολο	42	100%

Σε αυτό το ερώτημα, όπως φαίνεται από τον πίνακα δεν υπάρχει άποψη που να επικρατεί αισθητά. 14 γιατροί δεν εξέφρασαν άποψη ενώ από αυτούς που το έκαναν 10 και 8 απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν ή μάλλον συμφωνούν αντίστοιχα και από εκείνους που έδωσαν απόλυτες απαντήσεις οι 8

απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν ενώ οι 2 ότι σίγουρα διαφωνούν με αυτή την άποψη.



Διάγραμμα 3.13 Ικανότητα ευρωπαϊκών αρχών για ανίχνευση παρατυπιών στην Ελληνική αγορά

Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό ίσο με 33% έδωσε ουδέτερη απάντηση για το θέμα αυτό ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό ίσο με 24% απάντησε ότι μάλλον διαφωνεί με αυτή την άποψη. Ισο ποσοστό της τάξης του 19% σίγουρα ή μάλλον συμφωνεί ενώ το 5% των ερωτηθέντων σίγουρα διαφωνεί με αυτή την άποψη.

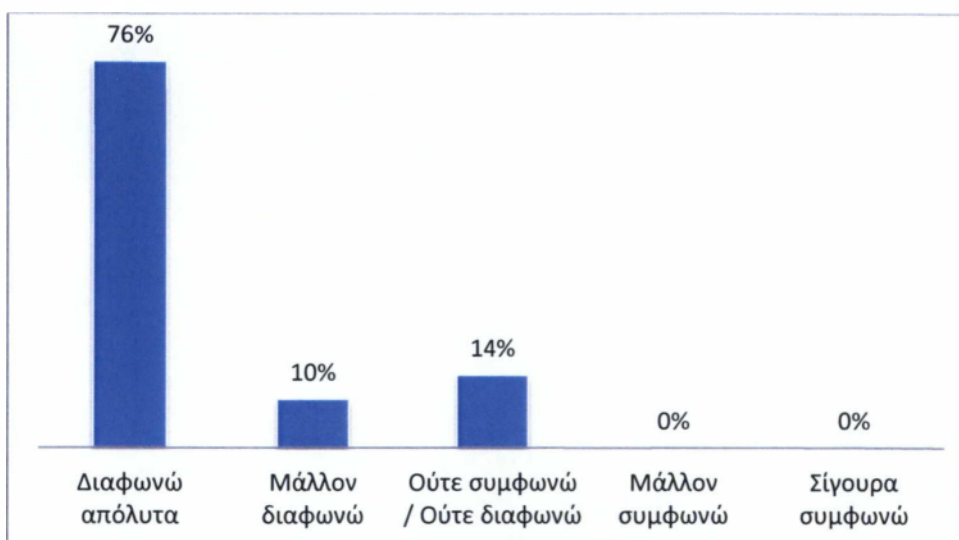
3.2.14 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από φαρμακοποιούς

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα πρέπει να γίνεται και από τους φαρμακοποιούς.

Πίνακας 3.15 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από
φαρμακοποιούς

Αποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	32	76%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	6	14%
Μάλλον συμφωνώ	0	0%
Σίγουρα συμφωνώ	0	0%
Σύνολο	42	100%

Το ερώτημα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αισθητά το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων ίσο με 32 γιατρούς απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν με αυτή την άποψη. Λιγότεροι απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν ενώ 6 γιατροί έδωσαν ουδέτερη απάντηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας γιατρός δεν έδωσε θετική απάντηση τον εν λόγω ερώτημα.



Διάγραμμα 3.14 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων
από φαρμακοποιούς

Το ποσοστό των γιατρών που διαφωνούν απόλυτα για τον αν η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα πρέπει να γίνεται και από τους φαρμακοποιούς, αντιστοιχεί στο 72% του δείγματος με αισθητά μικρότερα ποσοστά της τάξης του 10 και 14% μάλλον να διαφωνούν η να μην εκφέρουν άποψη.

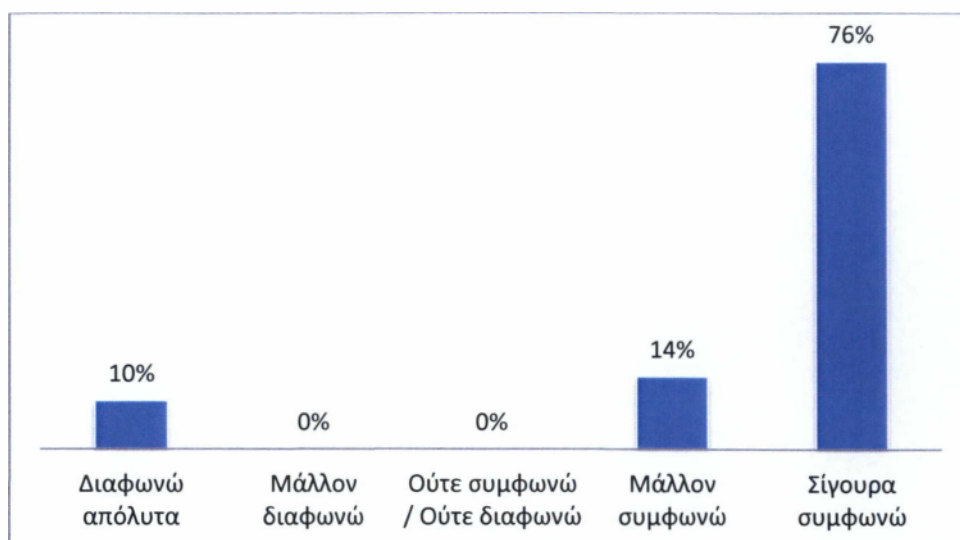
3.2.15 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα πρέπει να γίνεται μόνο από τους ιατρούς.

Πίνακας 3.16 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	4	10%
Μάλλον διαφωνώ	0	0%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	0	0%
Μάλλον συμφωνώ	6	14%
Σίγουρα συμφωνώ	32	76%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα και όπως προκύπτει ενδεχομένως από την ανάλυση του προηγούμενου ερωτήματος οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 32 απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα πρέπει να γίνεται μόνο από τους ιατρούς. 6 γιατροί μάλλον συμφωνούν με αυτή την άποψη ενώ 4 διαφωνούν απόλυτα.



Διάγραμμα 3.15 Δυνατότητα αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων μόνο από ιατρούς

Από την ποσοστιαία ανάλυση προκύπτει ότι το ποσοστό των γιατρών που σίγουρα συμφωνούν με αυτή την άποψη αντιστοιχεί στο 76%, ακολουθεί ποσοστό ίσο με 14% που μάλλον συμφωνεί και η μειοψηφία ίση με 10% των ερωτηθέντων σίγουρα διαφωνεί με αυτή την άποψη.

3.2.16 Χρήση των γενοσήμων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους θα προτιμούσαν τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή του ασθενή.

Πίνακας 3.17 Χρήση των γενοσήμων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή

Αποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	2	5%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	6	14%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	16	38%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 16 απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν ότι θα προτιμούσαν τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή του ασθενή, 12 ότι μάλλον συμφωνούν ενώ λιγότεροι ότι μάλλον διαφωνούν ή διαφωνούν σίγουρα.



Διάγραμμα 3.16 Χρήση των γενοσήμων φαρμάκων όταν δεν απειλείται η ζωή του ασθενή

Σε ποσοστιαία ανάλυση μπορούμε να πούμε ότι το 38% και 29% των ερωτηθέντων γιατρών απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν ή μάλλον

συμφωνούν με αυτή την άποψη ενώ μικρότερα ποσοστά της τάξης του 15% και 5% απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν ή μάλλον διαφωνούν αντίστοιχα.

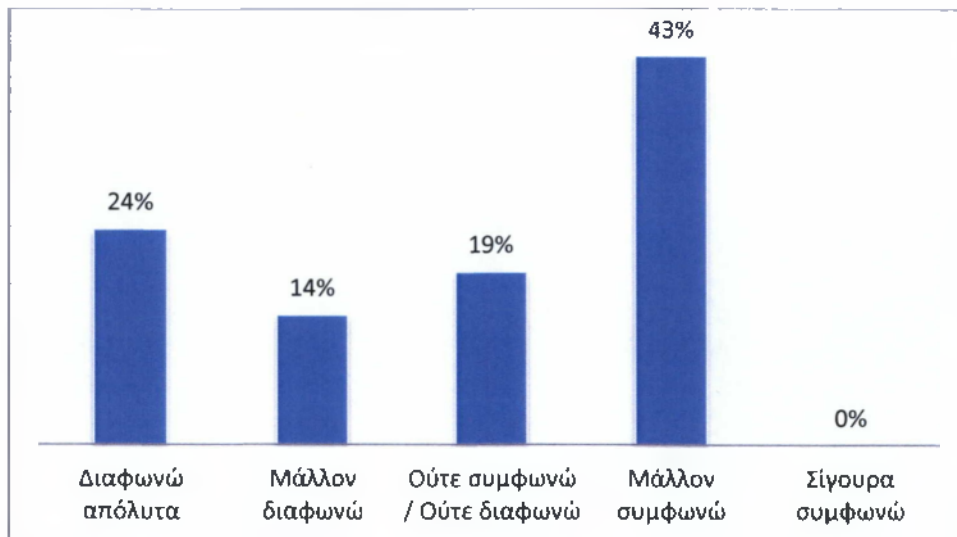
3.2.17 Χρήση γενοσήμων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους θα προτιμούσαν τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων μόνο σε αρχικά στάδια της νόσου και όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά.

Πίνακας 3.18 Χρήση γενοσήμων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	10	24%
Μάλλον διαφωνώ	6	14%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	8	19%
Μάλλον συμφωνώ	18	43%
Σίγουρα συμφωνώ	0	0%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 18 απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν στη χρήση γενοσήμων φαρμάκων μόνο σε αρχικά στάδια της νόσου και όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά ενώ λιγότεροι αλλά μεγάλο ποσοστό ίσο με 18 γιατρούς απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν με αυτή την άποψη. Λιγότεροι γιατροί ίσοι με 8 και 6 απάντησαν ουδέτερα ή είπαν ότι μάλλον διαφωνούν αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3.17 Χρήση γενοσήμων φαρμάκων όχι σε προχωρημένα / δύσκολα περιστατικά

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση που απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα το ποσοστό των γιατρών που μάλλον συμφωνούν με αυτή την άποψη αντιστοιχεί στο 43% του δείγματος ενώ το αμέσως επόμενο ίσο με 24% απάντησε ότι σίγουρα διαφωνεί με αυτή την άποψη. Μικρότερα ποσοστά της του 19% και 14% απάντησαν ουδέτερα ή ότι μάλλον διαφωνούν στο εν λόγω ερώτημα.

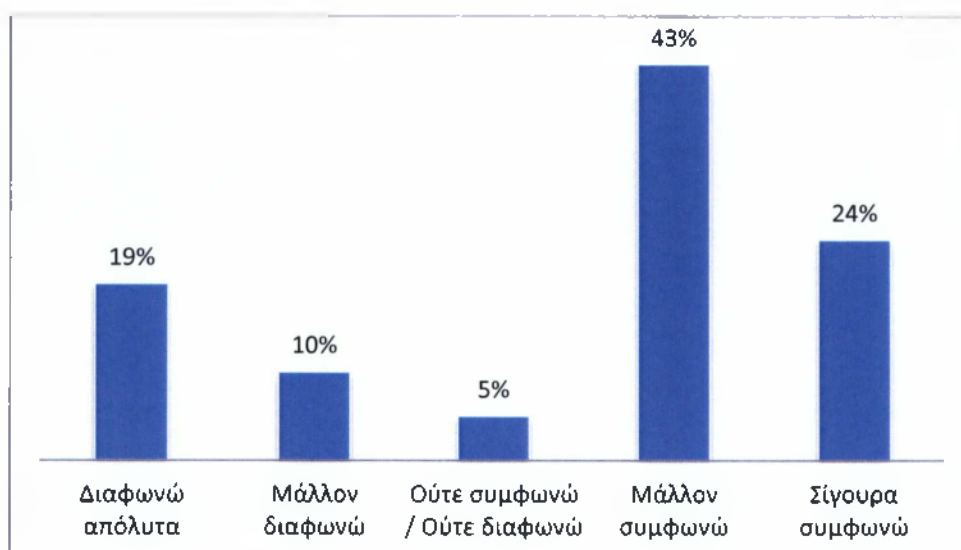
3.2.18 Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν θα προτιμούσαν την έκδοση συγκριμένης οδηγίας από την αρμόδια Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο.

Πίνακας 3.19 Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	8	19%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	2	5%
Μάλλον συμφωνώ	18	43%
Σίγουρα συμφωνώ	10	24%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι γιατροί στο σύνολο 18, μάλλον συμφωνούν με την έκδοση συγκεκριμένης οδηγίας σχετικά με τη χορήγηση γενοσήμων. 10 απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν ενώ πολλοί λιγότεροι στο σύνολο 12 ότι μάλλον διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα.



Διάγραμμα 3.18 Έκδοση συγκριμένης οδηγίας σχετικά με τα γενόσημα ανάλογα με τη νόσο

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση η απόλυτα πλειοψηφία είναι θετική στην άποψη αυτή δεδομένου ότι το 43% μάλλον συμφωνεί και το 24%

σίγουρα συμφωνεί. Τα ποσοστά για τις αρνητικές απαντήσεις είναι πολύ μικρότερα της τάξης τοθ 19% το οποίο αντιπροσωπεύει αυτούς που σίγουρα διαφωνούν και 10% που μάλλον διαφωνούν αντίστοιχα.

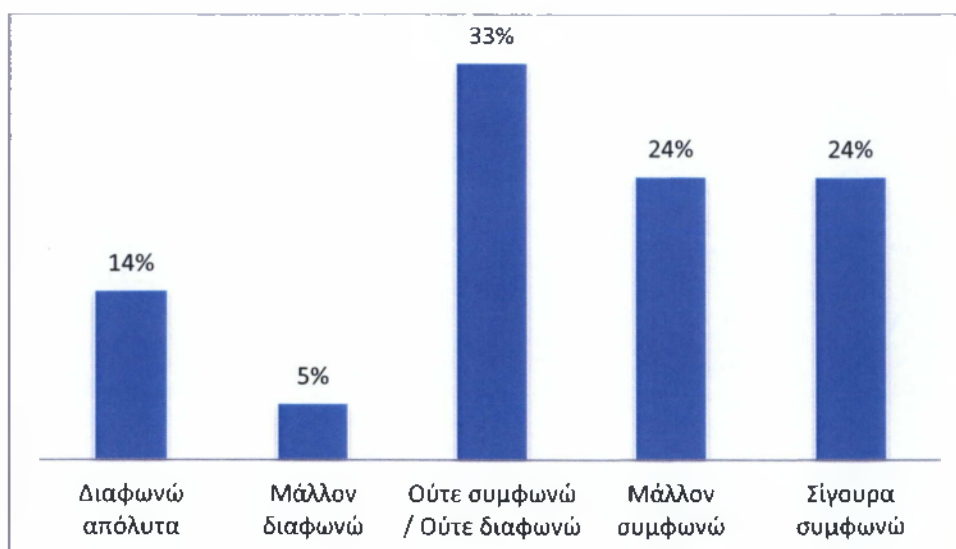
3.2.19 Αποφυγή χρήσης γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν θα απέφευγαν τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία

Πίνακας 3.20 Αποφυγή χρήσης γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία

Αποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	2	5%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	14	33%
Μάλλον συμφωνώ	10	24%
Σίγουρα συμφωνώ	10	24%
Σύνολο	42	100%

Σε απόλυτους αριθμούς, όπως παρατηρούμε, οι περισσότεροι γιατροί κρατούν ουδέτεροι στάση αφού 14 δεν έδωσαν σαφή απάντηση. Από αυτούς που απάντησαν συγκεκριμένα οι περισσότεροι, στο σύνολό τους 20 απάντησαν ότι μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν στην αποφυγή χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία ενώ 8 απάντησαν ότι μάλλον ή σίγουρα διαφωνούν.



Διάγραμμα 3.19 Αποφυγή χρήσης γενοσήμων φαρμάκων σε παθήσεις που μπορούν άμεσα να επιφέρουν μόνιμη βλάβη / αναπηρία

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ίσο με 33% έδωσε ουδέτερη απάντηση σε αυτό το ερώτημα. Τα μεγαλύτερα ποσοστά των υπολοίπων απαντήσεων καταλαμβάνουν οι θετικές απαντήσεις όπου το 48% απάντησε ότι μάλλον ή σίγουρα συμφωνεί σε ίσα ποσοστά ενώ πολύ μικρότερα ποσοστά της τάξης του 14% και 5% απάντησαν ότι σίγουρα ή μάλλον διαφωνούν αντίστοιχα.

3.2.20 Η χρήση γενοσήμων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων θα βοηθήσει στη συμμόρφωση των ασθενών τους στη φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 3.21 Η χρήση γενοσήμων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	14	33%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	8	19%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	4	10%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, στο ερώτημα αυτό οι απόψεις των ασθενών δίστανται με τις αρνητικές απαντήσεις να υπερέχουν σε μικρό βαθμό. Από το σύνολο 14 γιατροί απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα ότι η χρήση γενοσήμων θα βοηθήσει στη συμμόρφωση των ασθενών τους στη φαρμακευτική αγωγή, 4 μάλλον διαφωνούν ενώ αντίστοιχα 12 και 4 γιατροί μάλλον συμφωνούν ή σίγουρα συμφωνούν.



Διάγραμμα 3.20 Η χρήση γενοσήμων βοηθά στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή

Η ποσοστιαία ανάλυση μας δείχνει ότι μεγάλο ποσοστό της τάξης του 33% διαφωνεί απόλυτα με την άποψη αυτή ενώ 10% μάλλον διαφωνεί. Αξίζει να σημειωθεί ότι εξίσου μεγάλο ποσοστό της τάξης του 29% μάλλον συμφωνεί ενώ μικρό ποσοστό ίσο με 10% σίγουρα διαφωνεί.

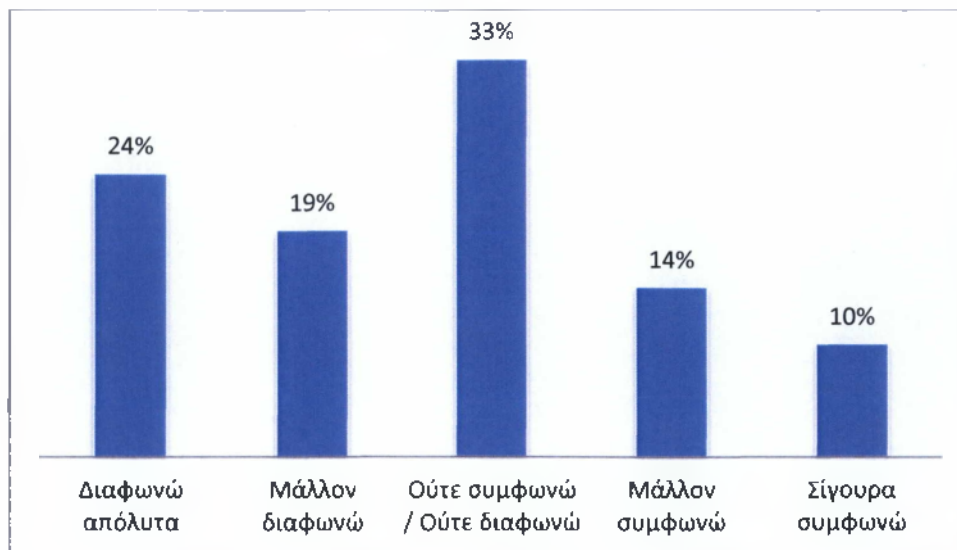
3.2.21 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων θα συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή.

Πίνακας 3.22 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	10	24%
Μάλλον διαφωνώ	8	19%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	14	33%
Μάλλον συμφωνώ	6	14%
Σίγουρα συμφωνώ	4	10%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 14 απάντησαν ουδέτερα. Από τους γιατρούς που έδωσαν σαφείς απαντήσεις 10 απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν, 8 ότι μάλλον διαφωνούν και λιγότεροι, ίσοι με 6 και 4, ότι μάλλον σίγουρα συμφωνούν ότι η χρήση γενοσήμων θα συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή.



Διάγραμμα 3.21 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενή

Η ποσοστιαία ανάλυση μας δείχνει ότι οι γιατροί που σίγουρα ή μάλλον διαφωνούν αντιπροσωπεύουν το 24% και 19% αντίστοιχα των ερωτηθέντων ενώ εκείνοι που μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν αντιπροσωπεύουν το 14% και 10% αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών ίσο με 33% απάντησε ουδέτερα στο ερώτημα αυτό.

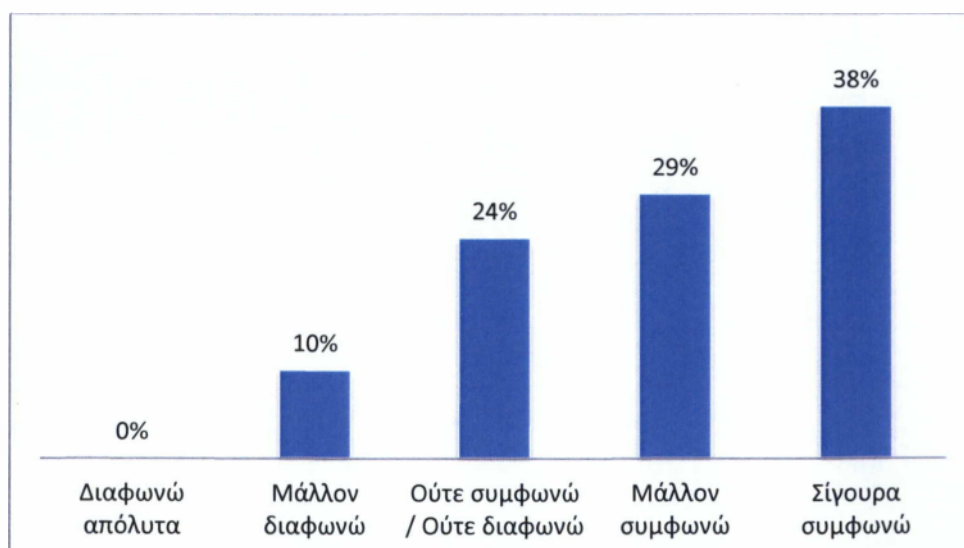
3.2.22 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου.

Πίνακας 3.23 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	10	24%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	16	38%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι γιατροί ίσοι με 16 και 12 αντίστοιχα απάντησαν ότι σίγουρα ή μάλλον συμφωνούν ότι η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου. Οι γιατροί που έδωσαν αρνητική απάντηση ήταν πολλοί λιγότεροι ίσοι με 4 ενώ κανένας γιατρός δεν διαφώνησε απόλυτα με την άποψη αυτή.



Διάγραμμα 3.22 Η χρήση γενοσήμων συμβάλλει στην οικονομικά-ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα τα ποσοστά αυξάνονται σταδιακά μέχρι τις απόλυτα θετικές απαντήσεις. Συγκεκριμένα, κανένας γιατρός δεν έδωσε απόλυτα αρνητική απάντηση στο εν λόγω ερώτημα ενώ τα ποσοστά αυξάνονται σταδιακά φτάνοντας στο 38% που αντιπροσωπεύει τους γιατρούς που συμφωνούν απόλυτα με την άποψη αυτή.

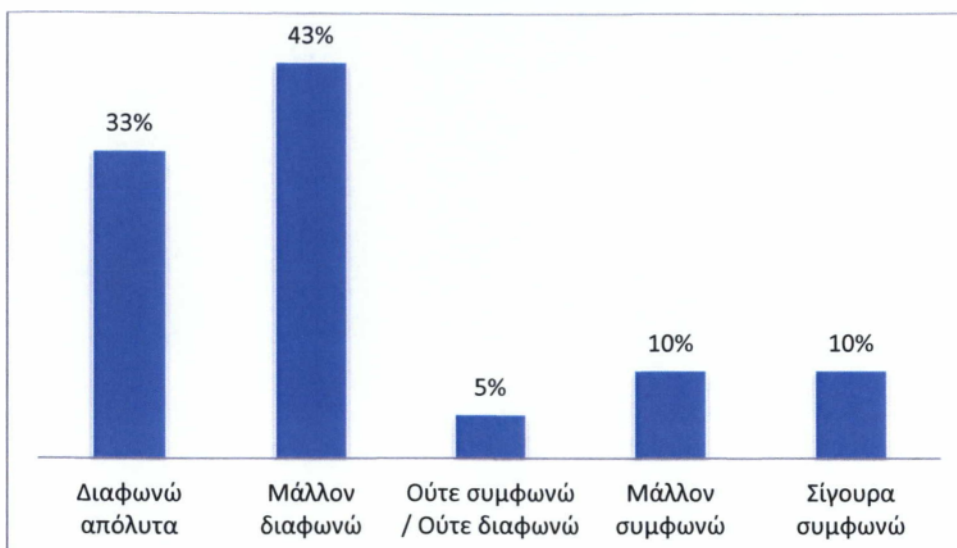
3.2.23 Η χρήση γενοσήμων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών.

Πίνακας 3.24 Η χρήση γενοσήμων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	14	33%
Μάλλον διαφωνώ	18	43%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	2	5%
Μάλλον συμφωνώ	4	10%
Σίγουρα συμφωνώ	4	10%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό οι περισσότεροι γιατροί απάντησαν αρνητικά για τον αν η χρήση γενοσήμων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών. Συγκεκριμένα 18 γιατροί απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν και 14 ότι σίγουρα διαφωνούν με την άποψη αυτή. Οι γιατροί που απάντησαν θετικά ήταν πολύ λιγότεροι ίσοι στο σύνολό τους με 8.



Διάγραμμα 3.23 Η χρήση γενοσήμων θα περιορίσει τυχόν παράτυπες σχέσεις μεταξύ ιατρού και φαρμακευτικών εταιρειών

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση το μεγαλύτερο ποσοστό ίσο με 43% μάλλον διαφωνεί με την άποψη αυτή ενώ το ποσοστό που σίγουρα διαφωνεί ισούται με 33%. Τα ποσοστά που αντιπροσωπεύουν τους γιατρούς που σίγουρα ή μάλλον διαφωνούν στο ερώτημα αυτό αντιπροσωπεύουν πολύ μικρότερο μέρος του δείγματος και ισούται με 4% για την κάθε κατηγορία αντίστοιχα.

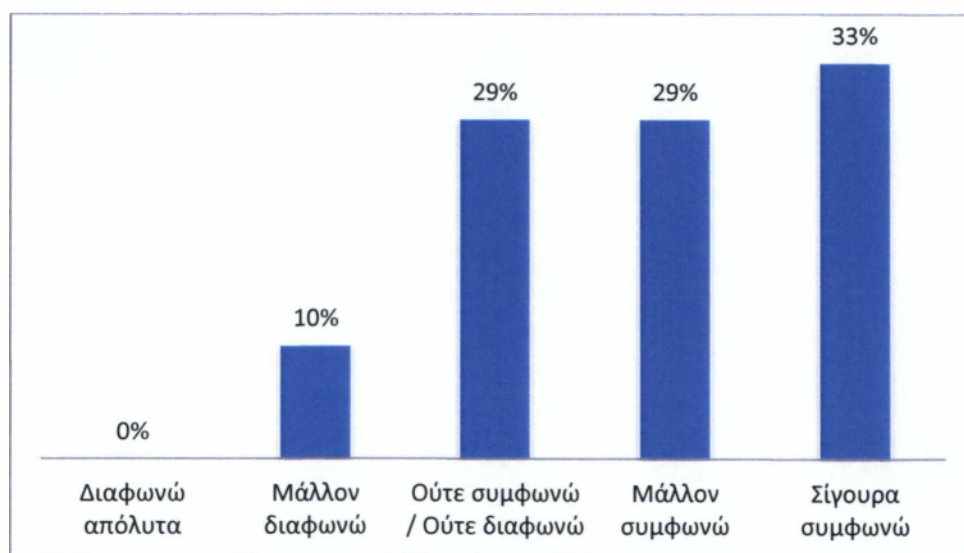
3.2.24 Η χρήση γενοσήμων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου.

Πίνακας 3.25 Η χρήση γενοσήμων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου

Αποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	12	29%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	14	33%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι γιατροί έδωσαν θετική απάντηση στο αν η χρήση γενοσήμων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου αφού 14 απάντησαν ότι σίγουρα συμφωνούν και 12 ότι μάλλον συμφωνούν με αυτό. Πολλοί λιγότεροι γιατροί ίσοι με 4 απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν ενώ 12 γιατροί έδωσαν ουδέτερη απάντηση.



Διάγραμμα 3.24 Η χρήση γενοσήμων θα μειώσει σημαντικά το συνολικό κόστος της νόσου

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το ποσοστό των γιατρών που σίγουρα ή μάλλον συμφωνούν με την άποψη αυτή αντιστοιχεί στο 33% και 29% αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλο ποσοστό ίσο με 29% έδωσε ουδέτερη απάντηση στο θέμα αυτό ενώ το ποσοστό που μάλλον διαφωνεί αντιπροσωπεύει το 10% του δείγματος.

3.2.25 Η χρήση γενοσήμων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση γενοσήμων θα μειώσει το κύρος τους στους ασθενείς.

Πίνακας 3.26 Η χρήση γενοσήμων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	6	14%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	22	52%
Μάλλον συμφωνώ	2	5%
Σίγουρα συμφωνώ	6	14%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό, όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των γιατρών ίσοι με 22 είναι ουδέτεροι για το αν η χρήση γενοσήμων θα μειώσει το κύρος τους στους ασθενείς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι σχεδόν ίση μερίδα γιατρών έδωσαν θετικές και αρνητικές απαντήσεις αφού 6 απάντησαν ότι σίγουρα διαφωνούν και 6 ότι σίγουρα συμφωνούν.



Διάγραμμα 3.25 Η χρήση γενοσήμων μειώνει το κύρος του ιατρού στους ασθενείς

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα η απόλυτη πλειοψηφία των γιατρών με ποσοστό 52% έδωσε ουδέτερη απάντηση στο εν λόγω ερώτημα. Το 14% απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα, ποσοστό ίσο με εκείνο όσων απάντησαν ότι μάλλον διαφωνούν και εκείνων που σίγουρα συμφωνούν ενώ μικρότερο ποσοστό αντιπροσωπεύει εκείνους που μάλλον συμφωνούν και ισούται με 5% των ερωτηθέντων.

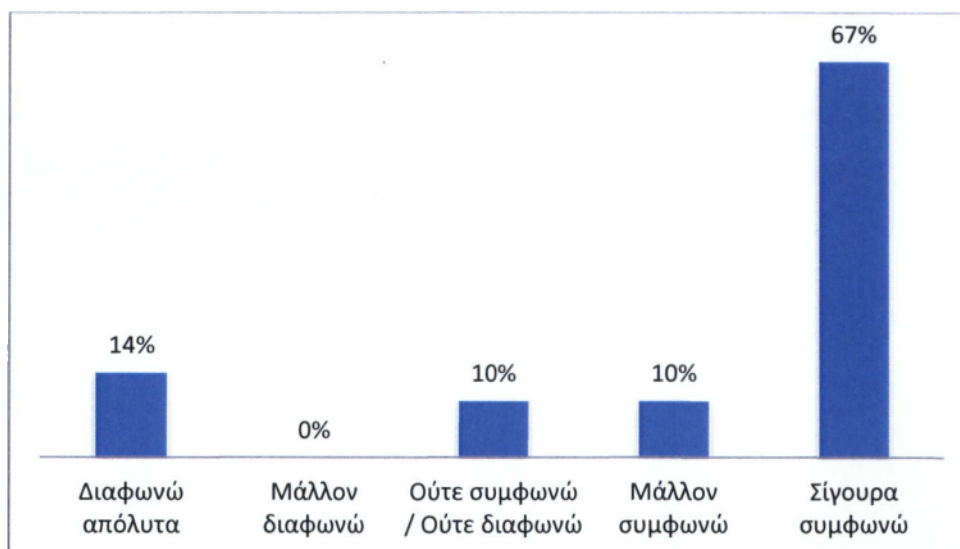
3.2.26 Απαγόρευση γενοσήμων χωρών του αναπτυσσόμενου κόσμου

Πίνακας 3.27 Απαγόρευση γενοσήμων που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (πχ. Ινδία, Πακιστάν, κλπ)

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι πρέπει να μην κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά γενοσήμα που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (πχ. Ινδία, Πακιστάν, κλπ)

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	6	14%
Μάλλον διαφωνώ	0	0%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	4	10%
Μάλλον συμφωνώ	4	10%
Σίγουρα συμφωνώ	28	67%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γιατρών, στο σύνολό τους 28, σίγουρα συμφωνούν ότι δεν θα πρέπει να κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά γενόσημα που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Από τους υπόλοιπους ερωτηθέντες, 14 διαφωνούν απόλυτα και 4 μάλλον συμφωνούν με την άποψη αυτή.



Διάγραμμα 3.26 Απαγόρευση γενοσήμων που παρασκευάζονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (πχ. Ινδία, Πακιστάν, κλπ)

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση, το 67% των ερωτηθέντων γιατρών αντιπροσωπεύει εκείνους που σίγουρα διαφωνούν, ενώ από τους υπόλοιπους μικρό ποσοστό της τάξης του 14% έχει την ακριβώς αντίθετη άποψη.

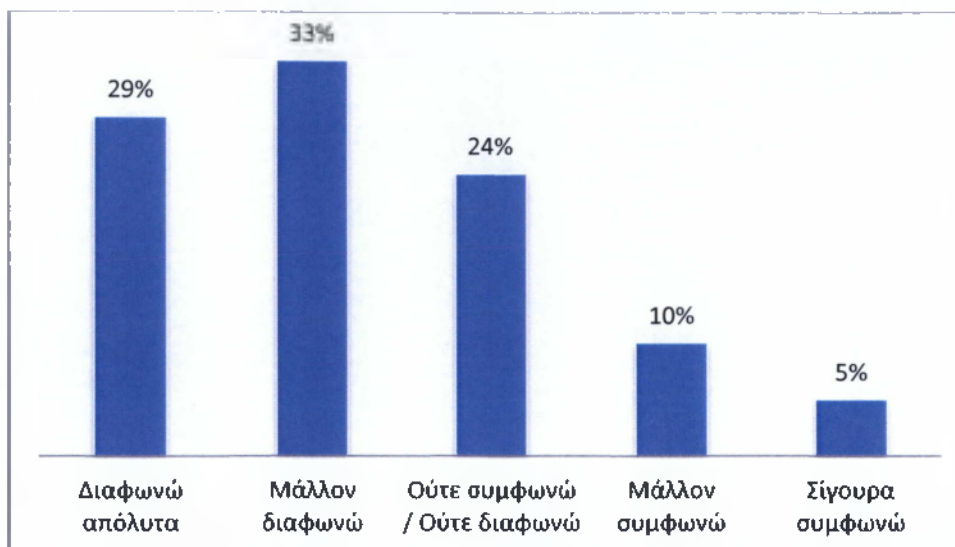
3.2.27 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση των γενοσήμων θα τους ωθήσει να ζητήσουν συχνότερα παρακλινικό έλεγχο.

Πίνακας 3.28 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	12	29%
Μάλλον διαφωνώ	14	33%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	10	24%
Μάλλον συμφωνώ	4	10%
Σίγουρα συμφωνώ	2	5%
Σύνολο	42	100%

Στο ερώτημα αυτό, όπως φαίνεται από τα παραπάνω, οι περισσότεροι γιατροί μάλλον ή σίγουρα διαφωνούν στο σύνολό τους 26. Μία μεγάλη μερίδα των γιατρών εξέφρασε ουδέτερη άποψη για το εν λόγω ζήτημα, 10 στο σύνολο ενώ λιγότεροι γιατροί μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν.



Διάγραμμα 3.27 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερο παρακλινικό έλεγχο

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση, το 33% των γιατρών μάλλον διαφωνούν ότι η χρήση των γενοσήμων θα τους ωθήσει να ζητήσουν συχνότερα παρακλινικό έλεγχο ενώ εξίσου μεγάλο ποσοστό ίσο με 29% σίγουρα διαφωνεί με την άποψη αυτή. Μικρότερα ποσοστά της τάξης του 10% και 5% μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν αντίστοιχα.

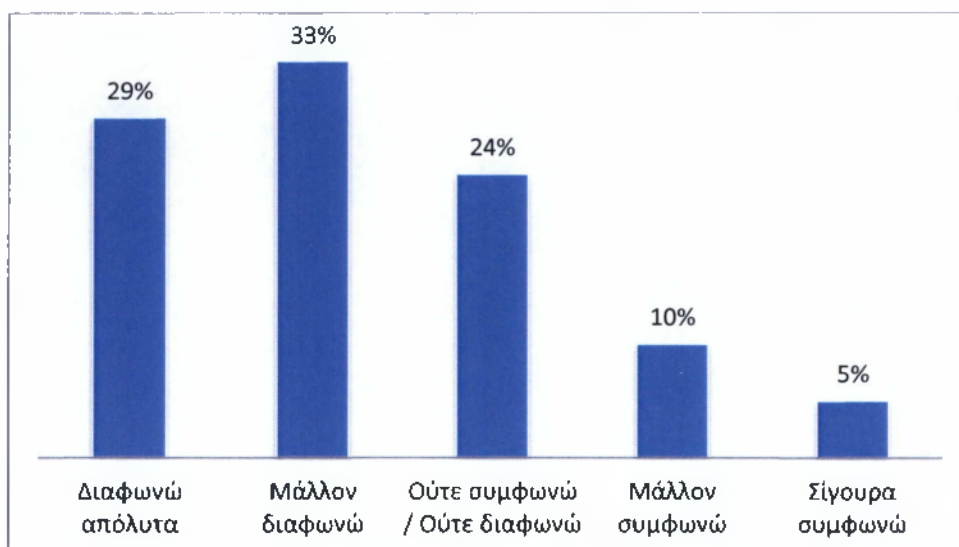
3.2.28 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η χρήση των γενοσήμων θα τους ωθήσει να εξετάζουν συχνότερα τον ασθενή τους.

Πίνακας 3.29 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	12	29%
Μάλλον διαφωνώ	14	33%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	10	24%
Μάλλον συμφωνώ	4	10%
Σίγουρα συμφωνώ	2	5%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών μάλλον ή σίγουρα διαφωνεί ότι η χρήση των γενοσήμων θα τον ωθήσει να εξετάζει συχνότερα τον ασθενή του, στο σύνολο 14 και 12 γιατροί αντίστοιχα. Λιγότεροι γιατροί απάντησαν ότι μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν με την άποψη αυτή.



Διάγραμμα 3.28 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί σε συχνότερες εξετάσεις των ασθενών

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση, το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών ίσο με 33% μάλλον διαφωνεί με την άποψη αυτή ενώ το 29% σίγουρα διαφωνεί στο ίδιο ερώτημα. Ποσοστά της τάξης του 10% και 5% αντιπροσωπεύουν το μέρος των ερωτηθέντων γιατρών που μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν με την άποψη αυτή.

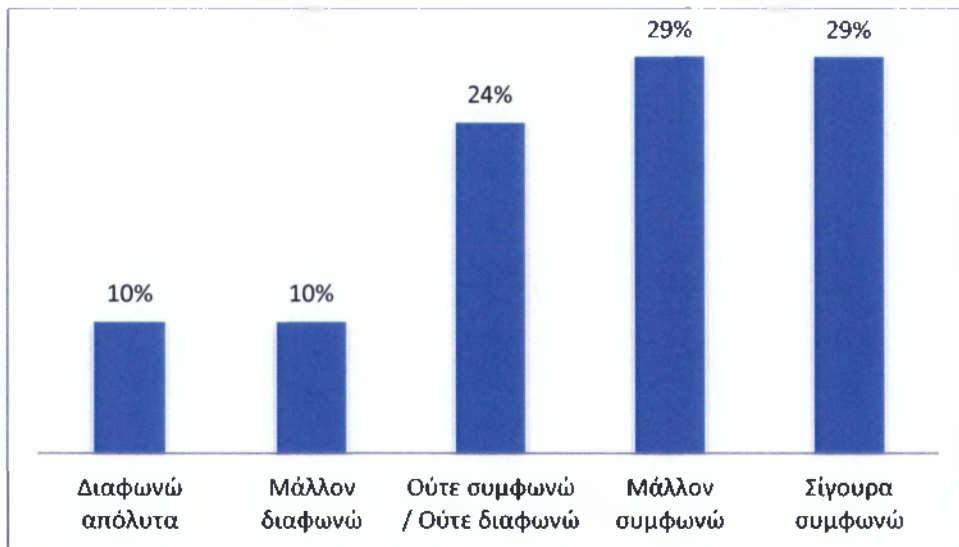
3.2.29 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι με τα γενόσημα στην Ελλάδα ελοχεύει ο κίνδυνος να δημιουργηθούν ασθενείς δύο κατηγοριών ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα.

Πίνακας 3.30 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	4	10%
Μάλλον διαφωνώ	4	10%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	10	24%
Μάλλον συμφωνώ	12	29%
Σίγουρα συμφωνώ	12	29%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, οι περισσότεροι γιατροί 12 και 12 αντίστοιχα μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν ότι με τα γενόσημα στην Ελλάδα ελοχεύει ο κίνδυνος να δημιουργηθούν ασθενείς δύο κατηγοριών ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα. Λιγότεροι γιατροί μάλλον ή σίγουρα διαφωνούν με την άποψη αυτή.



Διάγραμμα 3.29 Η χρήση γενοσήμων οδηγεί στη δημιουργία ασθενών δυο κατηγοριών

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα τα ποσοστά των γιατρών που σίγουρα ή μάλλον συμφωνούν και ισούται έκαστο με 29%. Το 10% των γιατρών μάλλον διαφωνεί και ισούται σε ποσοστά με εκείνο των γιατρών που σίγουρα διαφωνούν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των γιατρών ίσο με 24% εξέφρασε ουδέτερη άποψη για το εν λόγω ζήτημα.

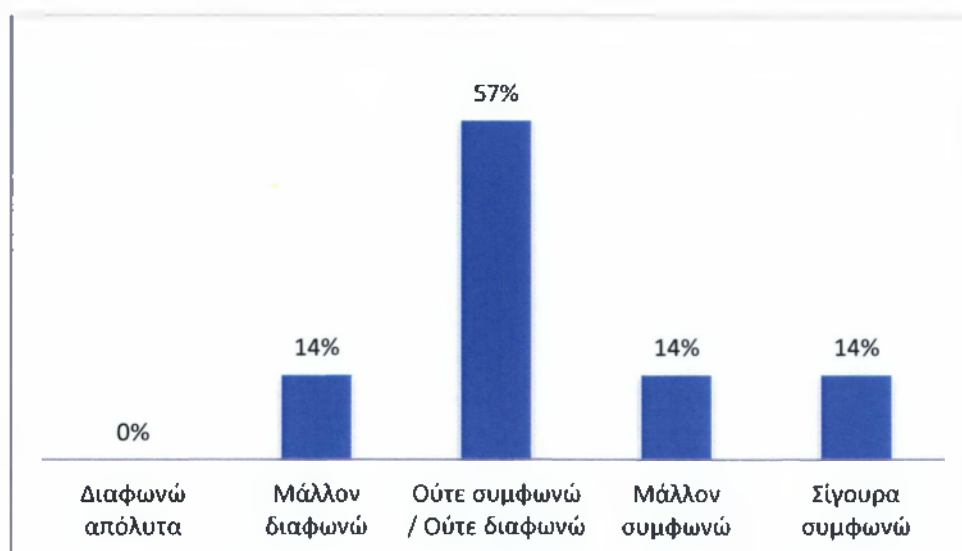
3.2.30 Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων είναι υψηλότερη στην χώρα μας σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ.

Πίνακας 3.31 Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ

Άποψη	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Μάλλον διαφωνώ	6	14%
Ούτε συμφωνώ / Ούτε διαφωνώ	24	57%
Μάλλον συμφωνώ	6	14%
Σίγουρα συμφωνώ	6	14%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι γιατροί, στο σύνολό τους 24, εξέφρασαν ουδέτερη άποψη στο εν λόγω ζήτημα. Από εκείνους που απάντησαν απόλυτα, 6 σίγουρα συμφωνούν, 6 μάλλον συμφωνούν και ίσοι μάλλον διαφωνούν.



Διάγραμμα 3.30 Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων στη χώρα μας είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ

Σύμφωνα με την ποσοστιαία ανάλυση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γιατρών ίση με 57% έχουν ουδέτερη άποψη για τον αν η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων είναι υψηλότερη στην χώρα μας σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ. Από εκείνους που απάντησαν ποσοστά ίσα με 14% έκαστο αντιπροσωπεύει τους γιατρών που μάλλον ή σίγουρα συμφωνούν και εκείνους που μάλλον διαφωνούν με την άποψη αυτή.

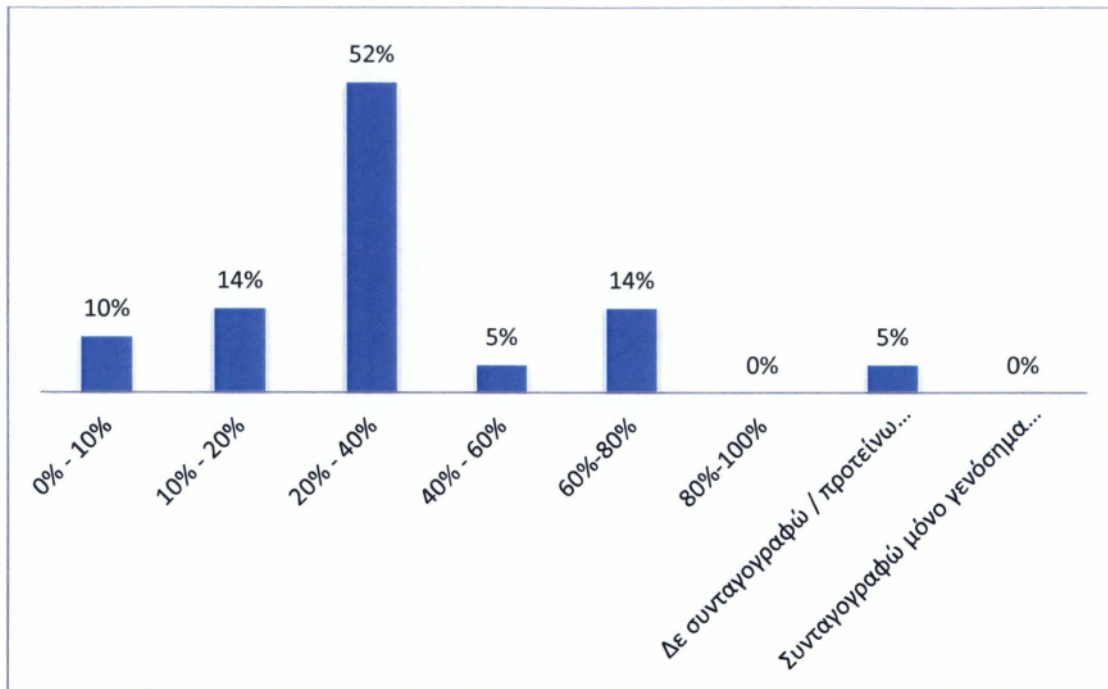
3.2.31 Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων

Στην ενότητα αυτή οι γιατροί ερωτήθηκαν ποιο είναι το ενδεικτικό ποσοστό που συνταγογραφούν (προτείνουν) σε γενόσημα περίπου.

Πίνακας 3.32 Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων

Ποσοστό συνταγογράφησης	Συχνότητα	Ποσοστό
0% - 10%	4	10%
10% - 20%	6	14%
20% - 40%	22	52%
40% - 60%	2	5%
60%-80%	6	14%
80%-100%	0	0%
Δε συνταγογραφώ / προτείνω γενόσημα	2	5%
Συνταγογραφώ μόνο γενόσημα όταν υπάρχουν	0	0%
Σύνολο	42	100%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών ίσοι με 22 συνταγογραφούν 20% - 40% σε γενόσημα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι δεν υπάρχουν γιατροί που να συνταγογραφούν μόνο γενόσημα.



Διάγραμμα 3.31 Ενδεικτικό ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων

Όπως φαίνεται από την ποσοστιαία ανάλυση, το 52% των ερωτηθέντων γιατρών συνταγογραφεί 20% - 40% σε γενόσημα ενώ μικρότερα ποσοστά της του 14% συνταγογραφούν 10% - 20% ή 60% - 80% αντίστοιχα. Ελάχιστοι γιατροί σε ποσοστό 5% δε συνταγογραφούν καθόλου γενόσημα ενώ δεν υπάρχουν γιατροί που να συνταγογραφούν μόνο γενόσημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο χώρος της Δημόσιας υγείας και η γενικότερη αποτελεσματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Χώρα μας, υπόκειται οικονομική ύφεση με αποτέλεσμα αν κρίνεται απαραίτητο από τους Δημόσιους φορείς και τις εποπτικές αρχές, η μείωση των ευρύτερων δαπανών. Τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν τη δεδομένη χρονική περίοδο το γρήγορο και πλέον αποτελεσματικό μέσο για την εξοικονόμηση δαπανών. Η χρήση όμως, γενοσήμων φαρμάκων έναντι των πρωτοτύπων έχει προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις τόσο στον κύκλο των γιατρών όσο και των ασθενών αναφορικά με την αξιοπιστία και κυρίως τις επιδράσεις που επιφέρουν στους ασθενείς.

Από την σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους γιατρούς των κέντρων υγείας Μεσσήνης, Μελιγαλά, Πύλου και Αγίου Νικολάου, καθώς και στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και στον οργανισμό Π.Ε.Δ.Υ, μπορούμε να εξάγουμε βασικά συμπεράσματα, τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι περισσότεροι γιατροί δεν ανησυχούν για τη διατάραξη της σχέσης τους με τους ασθενείς από τη συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων ούτε θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο μειώνεται το κύρος τους και συμφωνούν απόλυτα ότι η χρήση τους θα μειώσει το συνολικό κόστος της νόσου για τους ασθενείς.

Όσον αφορά την αξιοπιστία των γενοσήμων φαρμάκων και το ρόλο των εποπτικών αρχών συμπεραίνουμε ότι ενώ οι γιατροί θεωρούν ότι τα γενόσημα φάρμακα περιέχουν την ίδια δραστική ουσία με τα πρωτότυπα και δε δυσχεραίνουν την κατάσταση του ασθενή. Παρόλα αυτά, δεν εμπιστεύονται απόλυτα τις ελληνικές αρχές αναφορικά με τον έλεγχο που θα έπρεπε να διενεργείται πριν την κυκλοφορία τους στην αγορά. Για το ίδιο θέμα είναι απόλυτοι ότι δε θα έπρεπε να εισάγονται γενόσημα που παρασκευάζονται σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Τέλος, όσον αφορά τη δική τους δραστηριότητα, η πλειοψηφία των γιατρών είναι απόλυτη ότι μόνο εκείνοι πρέπει να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα και όχι οι φαρμακοποιοί. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι ακόμα και σε πολύ μικρά ποσοστά όλοι οι γιατροί συνταγογραφούν σήμερα γενόσημα στους ασθενείς τους.

Σε γενικές γραμμές από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ελλοχεύει κάποιου είδους ηθικός κίνδυνος για τους γιατρούς καθώς καλούνται να λειτουργήσουν ως ενδιάμεσοι μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και οργανισμών, που πιέζονται να μειώσουν το κόστος των δαπανών υγείας και των ασθενών τους. Για το λόγο αυτό η σωστή και πλήρης πληροφόρηση είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί ορθολογική συνταγογράφηση εκ μέρους των γιατρών και να περιοριστούν οι ανωτέρω κίνδυνοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Health at a Glance Indicators, OECD 2013.

Γνώμη της Ο.Κ.Ε επί του σχ/ν «πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις»

Έλληνας, Δ., «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας» Ιατρικός Σύλλογος Θεσ/νίκης Τεύχος 48

Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, «Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ», Αθήνα 09/2013

Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα» Ετήσια Έκθεση 2012

Κωνσταντίνος, Θ., «Χρηματοοικονομική διαχείριση ιδιωτικών μονάδων υγείας» Πάτρα 01/2013

Οικονόμου, Χ., «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7 03/2012

Σαχουλίδου, Ε., «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Διαμόρφωση τιμών σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή ένωση» Θεσ/νίκη 2013

Υγεία εν Δράσει «Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη Βελτίωση της Υγείας των Πολιτών» Υπουργείο Υγείας 2013

ΦΕΚ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.),
αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Αρ. Φύλλου 38 17
Φεβρουαρίου 2014

Χλέτσος, Μ., «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες
τάσεις και πολιτικές» Παν/μιο Ιωαννίνων, 03/2012