

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΑΡΑΧΡΗΣΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και τη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΑΡΑΧΡΗΣΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1721**

Επιβλέπων: Ψυλλάκη Μαρία, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**POLICIES FOR THW DEVELOPMENT AND PROMOTION OF  
GENERIC DRUGS IN GREECE**

**KARACHRISTOU ANGELIKI**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019



*Στην οικογένειά μου*





## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την οικογένεια μου και όλους όσοι με βοήθησαν για να υλοποιηθεί η παρούσα εργασία



# ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

## Λέξεις κλειδιά

Γενόσημα, υγεία, μονάδες υγείας, ζήτηση, οικονομική κρίση, πρωτότυπα φάρμακα

## Περίληψη

Τα γενόσημα φάρμακα, παρότι στην υπόλοιπη Ευρώπη χρησιμοποιούνται ευρύτερα τον τελευταίο αιώνα, εισήχθησαν μόλις την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα ως υποκατάστατα των πρωτότυπων. Ενώ αποδεικνύεται ερευνητικά και με βάση εργαστηριακούς ελέγχους πως τα γενόσημα είναι όχι μόνο ασφαλή αλλά και βίο – ισοδύναμα με τα πρωτότυπα, οι Έλληνες ασθενείς και καταναλωτές παραμένουν επιφυλακτικοί ως προς τη χρήση τους. Ένας βασικός λόγος φαίνεται να είναι πως προβλήθηκαν και προωθήθηκαν ως ένα μέρος της πολιτικής λιτότητας που ακολούθησε η Ελλάδα από το 2010 και μετά και μία φθηνή εναλλακτική για τους ασθενείς.

Με βάση τις διαθέσιμες μελέτες, εντοπίζεται πως, στη χώρα, τα γενόσημα φάρμακα παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλό επίπεδο διείσδυσης ενώ οι ασθενείς κρίνουν πως, η χρήση τους, συνδέεται με την επιθυμία των ιατρών και του κράτους να εκμεταλλευτούν τους ίδιους και να απολάβουν ίδιο όφελος. Υπάρχει, ως εκ τούτου, κρίση εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών και των θεσμών.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται η ανάδειξη όλων των επιμέρους ζητημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση, ή, ορθότερα, την έλλειψη βούλησης για κατανάλωση, των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα σήμερα. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται αντλεί στοιχεία από την θεωρία της διοίκησης ολικής ποιότητας σε συνδυασμό με τις επιστήμες της υγείας. Ως εκ τούτου, προηγείται μία θεωρητική εισαγωγή και, έπειτα, με τη χρήση της μεθόδου ανάλυσης και προγραμματισμού SWOT, δημιουργείται ένα πλάνο με το οποίο προτείνεται μία ρεαλιστική και βιώσιμη στρατηγική για την καλύτερη αποδοχή και αύξηση της χρήσης της κατανάλωσης των γενόσημων στην Ελλάδα.

Βάρος δίδεται τόσο στους καταναλωτές όσο και τους ιατρούς, ενώ δεν λείπει μία αναφορά στη στάση που διατηρούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) στην Ελλάδα για τα γενόσημα φάρμακα. Επίσης, η μελέτη δεν έχει περιοριστεί αμιγώς σε μία θεωρητική ανάλυση. Αντίθετα, για το σκοπό της εκπόνησής της και για να αναδειχθούν οι πλέον σύγχρονες τάσεις στην κοινωνία και οι τωρινές στάσεις των πολιτών απέναντι

στα γενόσημα φάρμακα, πραγματοποιήθηκε μία περιορισμένη έρευνα (n=61) η οποία είναι ποσοτικού χαρακτήρα (ερωτηματολόγια) και τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο πρακτικό / ερευνητικό μέρος της εργασίας.

Τα κύρια ευρήματα της εργασίας είναι πως οι Έλληνες είναι σε μεγάλο βαθμό ενήμεροι για τις ιδιότητες και τις χρήσεις των γενόσημων φαρμάκων και, όμως, παρόλα αυτά, δεν είναι στο σύνολό τους θετικά προσκείμενοι απέναντι σε αυτά. Επίσης, παρατηρείται πως μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού ενημερώθηκε εξ αρχής για τα γενόσημα φάρμακα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και το διαδίκτυο, κάτι το οποίο φαίνεται να συνδέεται με τις απόψεις τους για τα γενόσημα, την έντονα αρνητική τους στάση σε σχέση με αυτά και την γενικότερη απροθυμία τους να τα λάβουν. Ωστόσο, δεν παρατηρείται άμεση συσχέτιση της στάσης τους με τα ατομικά τους χαρακτηριστικά.

# **POLICIES FOR THE DEVELOPMENT AND PROMOTION OF GENERIC DRUGS IN GREECE**

## **KEYWORDS**

Generics Health, Health Units, Challenging Demand, Economic Crisis, Original Medicines.

## **Abstract**

Generic medicines, although used in the rest of Europe more widely during the last century, have been introduced only in the last decade in Greece as substitutes for prototypes. While it is scientifically proven and based on laboratory tests that generic concepts are not only safe but also life - equivalent to prototypes, Greek patients and consumers remain cautious about their use. One main reason seems to be that they were screened and promoted as part of the policy uncertainty followed by Greece from 2010 onwards and an alternative for patients. Based on available studies, it is found that generic drugs in the country have a significantly low level of penetration, while patients feel that their use is linked to the desire of doctors and the state to exploit themselves and gain the same benefit. There is, therefore, a crisis of trust between citizens and institutions.

This paper attempts to present all the specific issues related to consumption or, a fortiori, the lack of mood for consumption of generic drugs in Greece today. The method used draws data from the theory of management of the overall quality combined with the health sciences. Using the SWOT analysis and programming method, a plan is created that proposes a realistic and sustainable strategy for better acceptance and increased use of generic consumption in Greece.

The number of consumers and doctors remains unchanged, and there is no reference to the attitude of the mass media in Greece to generic medicines. Also, the study has not been purely applied to a theoretical analysis. Instead, a limited survey (n = 61), which is quantitative (questionnaires) and the results of the survey, was conducted for the purpose of its preparation and to highlight the most modern trends in society and the current attitudes of the general public towards generic medicines. presented in the practical / research part of the thesis.

The main findings of the work are that the Greeks are largely aware of the properties and uses of generic drugs and yet, however, they are not, as a whole, positively related to them. It is also observed that a large proportion of the population was informed from the outset about generic medicines by the media and the internet, which seems to be linked to their views on generic, their strongly negative attitudes towards them and the more general unwillingness to take them. However, there is no direct correlation of their attitude with their individual characteristics.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	xι
Κατάλογος συντομογραφιών.....	xvii
Κατάλογος Πινάκων.....	xviii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xix
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:.....	7
ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	7
1.1. Ορισμοί και ιδιότητες.....	7
1.2. Νομοθεσία.....	9
1.3. Ιδιότητες και χαρακτηριστικά των γενόσημων φαρμάκων .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:.....	15
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ EN ΚΑΙΡΩ ΚΡΙΣΗΣ .....	15
2.1. Τα μέτρα λιτότητας και ο τομέας της υγείας.....	15
2.2. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πολιτών.....	16
2.3. Ανάγκες πληθυσμού στην Ελλάδα σήμερα και ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:.....	21
Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	21
3.1. Το νέο εθνικό σύστημα συνταγογράφησης και τα γενόσημα φάρμακα.....	21
3.2. Τάσεις σχετικά με τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα.....	24
3.3. Τιμολόγηση γενόσημων φαρμάκων .....	26
3.4. Στάση Ελλήνων ασθενών, ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	33
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ .....	33
4.1. Μεθοδολογία έρευνας .....	33
4.2. Παρουσίαση και ανάλυση αποτελεσμάτων.....	36
4.2.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	36
4.2.2. Αποτελέσματα γενικών ερωτήσεων .....	38
4.2.3. Ειδικές ερωτήσεις για τα γενόσημα φάρμακα.....	40
4.2.3. Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την πρόθεση των συμμετεχόντων να λάβουν γενόσημα .....	45
4.2.3. Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα .....	48
4.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων .....	51

4.3 Ανάλυση SWOT.....	52
4.3.1 Επεξήγηση μεθόδου .....	52
4.3.2 Ανάλυση.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	55
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία .....	61
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	63
Διαδικτυακές πηγές – Ξενόγλωσσες.....	64
Διαδικτυακές πηγές – Ελληνόγλωσσες.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	67



## Κατάλογος συντομογραφιών

NICHM	National Institute for Health Care Management
PIIGS	Portugal Italy Ireland Greece Spain
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚ	Ευρωπαϊκή Κοινότητα
EMA	European Medicines Agency
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΟΧ	Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠΠ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
Κ.ά.	Και άλλοι
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν.	Νόμος
ΠΕΦ	Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Σ.	Σελίδα
Συντ.	Σύνταγμα
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας

## Κατάλογος Πινάκων

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1.</b> ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	38
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.</b> ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	40
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3.</b> ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	44
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ...	46
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. .	46
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ. ....	47
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.	47
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ.....	48
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ. ....	49
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 10.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ....	49
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	50
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	50
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 13.</b> ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ. ....	51
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 14.</b> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ (ΝΑΙ, ΟΧΙ) ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ. ....	52

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 ΜΕΡΙΔΙΟ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΞΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ OECD. ΠΗΓΗ: OECD (2017). HEALTH AT A GLANCE 2017: OECD INDICATORS. ....	27
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 ΤΙΜΕΣ ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΙΣ ΕΕ (2017). ΠΗΓΗ: HELLENIC ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL COMPANIES, 2017.....	28



## Εισαγωγή

Η υγεία δεν είναι απλώς μία παράμετρος που εξετάζεται στις εθνικές στρατηγικές και δεν μπορεί, συνεπώς, να παρέχεται σε ένα άριστο επίπεδο για όλους. Ιδανικά, το κράτος αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση της ωφέλειας με βάση τους διαθέσιμους πόρους και οι στρατηγικές που υιοθετεί για την υγεία πρέπει να σχεδιάζονται με έναν ρεαλιστικό σχεδιασμό βιώσιμων πολιτικών και μέτρων (Anthopoulos, Siozos, & Tsoukalas, 2007).

Παράλληλα, ενώ σε διάφορες έρευνες η υγεία αναφέρεται ως ένα προσωπικό / ατομικό χαρακτηριστικών των ατόμων, αυτό, σε πολύ μεγάλο βαθμό δεν ισχύει. Όπως εξετάζεται και στην παρούσα έρευνα, το Σύνταγμα της Ελλάδας και όλων των φιλελεύθερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δίνει μεγάλη έμφαση στη δημόσια υγεία. Χωρίς παροχές υγείας για τους πολίτες δεν μπορεί να υπάρξει η έννοια της δημόσιας υγείας και ασφάλειας, αν και αυτό δεν μεταφράζεται στο ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει την περίθαλψη δωρεάν (ΕΕ, 2011).

Οι ανισότητες στην υγεία υπάρχουν στα κράτη, καθώς, ακόμη και αυτά τα οποία παρέχουν ένα εξαιρετικό επίπεδο δημόσιας υγείας στους πολίτες τους, όπως η Κούβα και τα Σκανδιναβικά κράτη, διατηρούν το δικαίωμα της ιδιωτικής περίθαλψης, εφόσον το επιθυμεί ο ασθενής ή οι οικείοι του (Bjernerud, Lindmark, McSpadden, & Garrett, 2006). Επίσης, ανισότητες υπάρχουν και μπορούν να υπάρξουν και στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με τους «πλουσιότερους» από τους πολίτες να (από) λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας και να αποκτούν ακριβότερα, και συχνά αποτελεσματικότερα, σκευάσματα έναντι των οικονομικά ασθενέστερων (Birn, 2009).

Η συζήτηση για τον τομέα της υγείας και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ελλάδα είναι επίκαιρη ακόμη και σήμερα, δέκα χρόνια μετά το ξέσπασμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης η οποία έφτασε στην Ελλάδα το 2010. Η οικονομική κρίση επέφερε συνεχείς μειώσεις στις δυνατότητες των θεσμών να χρηματοδοτήσουν το σύστημα υγείας καθώς και σοβαρά προβλήματα στον τομέα της παροχής ιατροφαρμακευτικών ουσιών. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία, σχεδόν χρεοκόπησαν, με αποτέλεσμα οι καταναλωτές να βρίσκονται σε μία δυσμενή θέση. Τα δικαιώματα των ασθενών και η υποχρέωση των αρχών να προσφέρουν το αγαθό «υγεία» στους πολίτες θυσιάστηκαν προκειμένου να μπορέσει να επέλθει ανάπτυξη και να μειωθεί το δημόσιο χρέος, (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Το βασικό πρόβλημα που διαπιστώθηκε πως επιβάρυνε τον κρατικό μηχανισμό ήταν πως οι δαπάνες ήταν πολύ μεγαλύτερες από τις δυνατότητες του ελληνικού κράτους. Ο δημόσιος τομέας συρρικνώθηκε, οι πόροι κατανεμήθηκαν προς τις κατευθύνσεις που πρότειναν οι εταίροι και εφαρμόστηκε μία στρατηγική άμεσου περιορισμού των προσλήψεων. Τα μέτρα λιτότητας, που εξετάζονται ενδελεχώς σε αυτήν την εργασία, περιλάμβαναν τη μείωση των δαπανών για την υγεία με τον περιορισμό των κεφαλαίων που κατανέμονταν για την υγεία και έναν καλύτερο έλεγχο της κατάστασης, (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Μαζί με αυτά τα μέτρα, επιβλήθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η αντικατάσταση των φαρμάκων που συνταγογραφούνταν με «υποκατάστατα» αυτών, τα λεγόμενα γενόσημα φάρμακα. Τα γενόσημα φάρμακα και η χρήση τους αποτελούν ένα από τα πλέον σύγχρονα ζητήματα στην Ελλάδα, (Tsiantou, Zavras, Kousoulakou, Geitona, & Kyriopoulos, 2009).

Οι πολίτες αντέδρασαν αρνητικά στην εφαρμογή του εν λόγω μέτρου, με πολλούς να αντιδρούν, αρνούμενοι να χρησιμοποιήσουν τα γενόσημα και προτιμώντας να πληρώσουν την πλήρη τιμή του πατενταρισμένου ιδιοσκευάσματος ή και να μην ακολουθήσουν καθόλου τη θεραπεία που πρότεινε ο ιατρός. Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερος σοβαρό διότι, από τη μία, τα γενόσημα φάρμακα μπορούν, αν συνταγογραφούνται αντί των πρωτότυπων, να μειώσουν σημαντικά το κόστος της υγείας για το κράτος και τους πολίτες και, από την άλλη, η υγεία παραμένει ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο θα πρέπει να προστατεύεται με κάθε κόστος, (Correia, Dussault, & Pontes, 2015).

Στην παρούσα έρευνα γίνεται μία κριτική συζήτηση επί των παραπάνω θεμάτων με τη χρήση των διαθέσιμων δεδομένων για να αναδειχθεί το πως και γιατί τα γενόσημα έχουν χαμηλή διείσδυση στην ελληνική αγορά αλλά και τις πιθανές λύσεις που θα μπορούσε να αξιοποιήσει η κυβέρνηση για να επιλυθούν τα προβλήματα που αφορούν την διάθεση και αποδοχή τους από το κοινό, .

Επίσης, θα γίνει λόγος για τα ζητήματα της διοίκησης. Με βάση τη σύγχρονη θεωρία της διοίκησης επιχειρήσεων σε φορείς δημοσίων συμφερόντων, απαιτείται η λήψη μέτρων για την επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου ασφάλειας για προσωπικό και καταναλωτές. Η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ) που εξελίσσει τα εν λόγω ζητήματα σε μία επιστημονική θεωρία, επικεντρώνεται σε θέματα ασφάλειας, ποιότητας, οργάνωσης και ελέγχου στις υπηρεσίες. Η μεθοδολογία της εν λόγω προσέγγισης

μπορεί να χρησιμεύσει σε μία τέτοιου τύπου ανάλυση και να αποκαλύψει τα δυνατά και αδύναμα σημεία της συζήτησης.

Για το λόγο αυτό θα γίνει η χρήση ενός δημοφιλούς εργαλείου τόσο της διοίκησης επιχειρήσεων όσο και της ΔΟΠ- η ανάλυση τύπου SWOT για να γίνει μία πρόταση για την καλύτερη διείσδυση των γενόσημων στη χώρα. Η πρόταση αυτή θα είναι πρωτότυπη και θα περιλαμβάνει μία ανάλυση δυνατοτήτων – αδυναμιών – ευκαιριών και κινδύνων τύπου SWOT, από τα αρχικά των παραπάνω λέξεων (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) (Van Durme & et al, 2014). και μία στρατηγική ειδικά σχεδιασμένη για την Ελλάδα από μέρος της συγγραφέως της μελέτης.

Έμφαση δίδεται στη χρήση ερευνών από το εξωτερικό και την Ελλάδα. Παράλληλα, επιχειρείται η πρόταση μίας δέσμης μέτρων για την καλύτερη εφαρμογή της πολιτικής της προώθησης των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα με βάση πραγματικά και ακριβή στοιχεία (Dahlstrand & Stevenson, 2010). Αναλυτικότερα, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει ενδελεχώς το κατά πόσο τα γενόσημα φάρμακα έχουν διεισδύσει, από το 2012 έως σήμερα, στην Ελληνική αγορά και με ποιόν τρόπο ερμηνεύεται η αποτυχία ή η επιτυχία των μέτρων που έλαβε η ΕΕ και η Ελληνική πολιτεία προς αυτήν την κατεύθυνση. Η σημασία της μελέτης έγκειται στο γεγονός πως τα γενόσημα φάρμακα θα μπορούσαν, πράγματι, να αποτελέσουν μία καλή λύση με επαρκές όφελος για το ελληνικό κράτος. Επίσης, παρατηρείται πως οι πολίτες, όντας οικονομικά ασθενείς και εκφράζοντας δυσπιστία στο ευρύτερο σύστημα υγείας, επιλέγουν συχνά την αυτοδιάγνωση και την αγορά δυνητικά επικίνδυνων ουσιών, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία και τη ζωή τους, κάτι που επιδεινώνει περαιτέρω το σύστημα υγείας, τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των θεσμών και το επίπεδο ζωής της χώρας. Παράλληλα, σε περίπτωση λάθους, το κόστος της αποκατάστασης είναι, συχνά, υψηλότερο από αυτό της θεραπείας (Foscolou & et al, 2017).

Η παρούσα μελέτη σκοπεύει στο να συνδράμει στη συζήτηση επί της χρήσης των γενόσημων στην Ελλάδα. Ως μέρος της μελέτης, θα γίνει αναφορά στις νομικές μεταρρυθμίσεις που επέβαλε η Τρόικα και η ΕΕ και σε συναφείς μελέτες περίπτωσης και, έτσι, θα εξεταστούν σχετικά παραδείγματα τα οποία θα μπορούσαν να είναι εφαρμόσιμα και στην Ελλάδα.

Η εργασία αυτή, για να είναι πλήρης, δομείται σε δύο ξεχωριστά τμήματα- ένα αμιγώς θεωρητικό και ένα ερευνητικό. Κατόπιν, στο ερευνητικό μέρος, εξετάζονται πραγματικά δεδομένα και αναλύονται με τη χρήση εργαλείων του Microsoft Excel και συναφών προγραμμάτων.

Αναλυτικότερα,

- Το κεφάλαιο 1, επικεντρώνεται σε ζητήματα που είναι τόσο αρκετά θεωρητικά όσο και τεχνικά. Πιο συγκεκριμένα, διευρύνεται η βιβλιογραφική επισκόπηση που έγινε παραπάνω και επεξηγούνται οι κύριοι όροι, ενώ, παράλληλα, γίνεται μία ανάλυση της νομολογίας επί των γενόσημων και τα βασικά τους χαρακτηριστικά.
- Έπειτα, στο κεφάλαιο 2, γίνεται μία πιο ειδική συζήτηση για την περίπτωση της Ελλάδας σήμερα, επικεντρώνοντας την ανάλυση στα μέτρα λιτότητας – τα οποία συνδέονται άμεσα με το κύριο ζήτημα της εργασίας αυτής- καθώς και την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην γενικότερη υγεία του πληθυσμού. Στο κεφάλαιο αυτό, σκιαγραφείται, το τοπίο στη χώρα και εντοπίζονται οι κύριες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες κρίνονται ως πιο «ευάλωτες», και οι ανάγκες τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των μειονοτήτων κοκ.
- Το κεφάλαιο 3 είναι περισσότερο εστιασμένο στο να συνδυάσει τα ζητήματα που αφορούν τη χρήση των γενόσημων και τις προκλήσεις του τομέα της υγείας στη χώρα. Έχοντας ήδη αναλύσει τις κύριες ιδιότητες των γενόσημων, εξετάζονται οι βασικές λειτουργίες του συστήματος υγείας σήμερα, με έμφαση στη συνταγογράφηση, και εντοπίζονται τάσεις σε σχέση με την κατανάλωση των γενόσημων φαρμάκων.
- Στο κεφάλαιο 4, ξεκινά, πρακτικά, το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Στο κεφάλαιο αυτό διερευνάται το κατά πόσο η στάση των Ελλήνων, τόσο ασθενών, όσο και ιατρών και φαρμακοποιών, είναι πράγματι αρνητική και αν υπάρχουν κάποιες συσχετίσεις ανάμεσα στα ατομικά / κοινωνικά χαρακτηριστικά των πολιτών και την τάση τους για αποδοχή ή απόρριψη των πολιτικών υγείας. Ταυτόχρονα, εξετάζονται ποσοτικοποιημένα δεδομένα για να γίνει μία ευρύτερη αποτίμηση των δεδομένων.
- Έπειτα, είναι εστιασμένο στο να παρουσιάσει τα ευρήματα της έρευνας για την ζήτηση των γενόσημων φαρμάκων. Χρησιμοποιείται η μέθοδος της ποσοτικής ανάλυσης με ερωτηματολόγια.
- Τέλος, επικεντρώνεται στην πρόταση μίας βιώσιμης στρατηγικής για την ενθάρρυνση της χρήσης των γενόσημων στην Ελλάδα. Στο κεφάλαιο αυτό, έχοντας ήδη αποσαφηνίσει ποια είναι τα ορθά και ποια τα λανθασμένα στοιχεία των πολιτικών που, έως σήμερα εφαρμόζει το κράτος, εξάγονται συμπεράσματα



για τις προοπτικές και τις δυνατότητες του τομέα μέσω μίας ανάλυσης τύπου SWOT.

- Η μελέτη ολοκληρώνεται με ένα κεφάλαιο συμπερασμάτων στο οποίο αναφέρονται τα σχετικά ζητήματα που προκύπτουν από την ανασκόπηση των πρωτογενών και δευτερογενών πηγών της έρευνας. Επίσης, απαντώνται τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στην παρούσα εισαγωγή και γίνεται μία προσπάθεια αυτό – κριτικής και ανασκόπησης των ερευνητικών κενών που επιχείρησε να καλύψει η έρευνα και σε ποιο βαθμό το κατόρθωσε ή όχι. Επιπλέον, δίδονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα, λοιπόν, της μελέτης, όπως απορρέουν με βάση την παραπάνω συζήτηση είναι τα ακόλουθα:

1. Για ποιους λόγους εισήχθησαν στην Ελλάδα τα γενόσημα φάρμακα;
2. Είναι όλοι οι πολίτες εξίσου αντίθετοι στη χρήση των γενόσημων στην Ελλάδα; Αν όχι, πως ερμηνεύεται αυτό;
3. Για ποιους λόγους η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και θεραπειών βρίσκεται σε σημαντικά χαμηλά επίπεδα στη χώρα και πως αυτό επηρεάζει τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων;
4. Ποια μέτρα μπορούν να αποβούν ωφέλιμα για την καλύτερη υιοθέτηση των πολιτικών υγείας γενικά και, ειδικά, για την καλύτερη διείσδυση των γενόσημων στην ελληνική αγορά;

Η εν λόγω εργασία είναι τόσο επίκαιρη όσο και χρήσιμη αφού οι μέχρι σήμερα εφαρμοσμένες πολιτικές από πλευράς της ελληνικής κυβέρνησης απέτυχαν, παρότι οι αντίστοιχες προσπάθειες για την χρήση γενόσημων στο εξωτερικό έχουν στεφθεί με επιτυχία. Τα ερωτήματα τα οποία αναφέρθηκαν παραπάνω, εφόσον απαντηθούν, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για μία πιο οργανωμένη χάραξη πολιτικών. Επίσης, η εργασία καλύπτει μία πληθώρα ζητημάτων και, επομένως, είναι χρήσιμη για μία διατομεακή και διεπιστημονική προσέγγιση.

Σημειώνεται πως οι απόψεις και κριτικές που περιλαμβάνονται στη μελέτη δεν αντανακλούν, κατ' ανάγκη, τις απόψεις και στάσεις των μελών ΔΕΠ του Πανεπιστημίου ή οποιουδήποτε άλλου μέλους της ακαδημαϊκής κοινότητάς εντός αυτού. Τέλος, αναφέρεται πως, όσα διαγράμματα περιλαμβάνονται στο κυρίως μέρος

της εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των γραφικών παραστάσεων, αποτελούν προϊόν της προσωπικής εργασίας του ερευνητή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

### ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Στο κεφάλαιο αυτό, στόχος είναι το να οριστούν οι κύριες έννοιες που χρησιμοποιούνται σε όλο το σύνολο της εργασίας, να παρουσιαστεί το νομικό πλαίσιο για τα γενόσημα και οι βασικές ιδιότητές τους.

#### 1.1. Ορισμοί και ιδιότητες

Ως «φάρμακα» νοούνται τα σκευάσματα ή οι ουσίες οι οποίες χρησιμοποιούνται ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μεταβολή των ιδιοτήτων ενός βιολογικού υποστρώματος και αξιοποιούνται από την ιατρική για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων (Μαρσέλος, 2015, σ. 1).

Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται από την αρχαιότητα και συντελούν στην διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της υγείας και της ευημερίας των ανθρώπων αλλά και της κοινωνίας συνολικά. Χάρη στην ύπαρξη φαρμάκων και έρευνας σχετικά με την ανάπτυξή τους, το προσδόκιμο ζωής των πολιτών έχει αυξηθεί σημαντικά και πολλές από τις ασθένειες που, στο παρελθόν, ήταν μη ιάσιμες και οδηγούσαν στο θάνατο ή σε σοβαρές επιπτώσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, έχουν θεραπευτεί πλήρως ή αντιμετωπίζονται σε σχετικά άμεσο χρόνο και με λίγες πιθανότητες αποτυχίας, (Berthiaume, Maguire, & Yarmush, 2011).

Παραπάνω, έγινε αναφορά στην ψυχική και τη σωματική υγεία των πολιτών συνολικά ως κοινωνικό σύνολο και στην υγεία κάθε ατόμου ξεχωριστά. Η εννοιολογική του όρου είναι μια πρόκληση καθώς δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός για την «υγεία». Στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιείται και ως «απουσία ασθένειας» αλλά, κυρίως, ως μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν πάσχει από σοβαρό νόσημα και διαθέτει ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης που του επιτρέπει να συμμετέχει σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητές του. Με τον ορισμό αυτό, ο οποίος αποτελεί απόδοση του αντίστοιχου ορισμού που δίδει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για να ορίσει την υγεία ως «μία κατάσταση ευημερίας», μπορεί να γίνει περισσότερο

κατανοητή η έννοια του και να συζητηθεί με περισσότερη ακρίβεια το όφελος (ή οι κίνδυνοι) της δημόσιας υγείας τόσο από τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην Ευρώπη και την Ελλάδα όσο και, κυρίως, τα προβλήματα που προκαλούνται από τις αντιδράσεις των πολιτών κατά της συνταγογράφησης και διάθεσής τους, (Karampli, Triga, Tsiantou, Athanasakis, & Kyriopoulos, 2016).

Τα γενόσημα φάρμακα διαφέρουν από τα πρωτότυπα φάρμακα σε κάποια σημεία ενώ διαθέτουν την ίδια δραστική ουσία. Αρχικά, το «πρωτότυπο φάρμακο» ορίζεται ένα ιδιοσκεύασμα το οποίο παράγεται από μία εταιρεία η οποία κατοχυρώνει τα σχετικά δικαιώματα νόμιμης διανομής και παρασκευής. Επίσης, η εταιρεία έχει πραγματοποιήσει την απαραίτητη έρευνα για την αποτελεσματικότητα της δραστικής ουσίας και αναλαμβάνει τον έλεγχο σε εργαστήριο (είτε *in vivo* είτε *in vitro*), (Karampli, Triga, Tsiantou, Athanasakis, & Kyriopoulos, 2016).

Αντίθετα, τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν εναλλακτικές λύσεις έναντι των πρωτοτύπων. Περιέχουν τα ίδια συστατικά και την ενεργό ουσία και κυκλοφορούν νόμιμα και με άδειες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Στην ΕΕ, η κυκλοφορία τους επιτρέπεται όταν παρέλθει μία δεκαετία από την ημερομηνία οριστικής αναγνώρισης της πατέντας (δίπλωμα ευρεσιτεχνίας) από την εταιρεία, (Conti, Padula, & Larson, 2016).

Τα γενόσημα, επειδή λαμβάνονται από τον ασθενή, μεταβολίζονται από το σώμα του και έχουν επιδράσεις σε αυτό. Για την παρούσα έρευνα το πως η ουσία εισέρχεται και επιδρά στον οργανισμό του ατόμου έχει μεγάλη σημασία. Η επιστήμη η οποία ασχολείται με την κινητικότητα του φαρμάκου, την κατανομή και την επίδρασή του στην λειτουργία του ανθρώπινου σώματος ονομάζεται Φαρμακοκινητική. Το αντικείμενο της εν λόγω επιστήμης είναι συγκεκριμένο και αφορά τον τρόπο με τον οποίο η ενεργός ουσία εισέρχεται στο σύστημα και πως διαφοροποιείται η όχι η θεραπευτική της επίδραση για τον ασθενή, (Conti, Padula, & Larson, 2016).

Ένας άλλος βασικός όρος ο οποίος χρησιμοποιείται στην περίπτωση των γενόσημων φαρμάκων και της φαρμακοκινητικής / φαρμακευτικής γενικά, είναι η «βιοϊσοδυναμία». Η βιοϊσοδυναμία αφορά το κατά πόσο ένα σκεύασμα σε ίδιες συνθήκες παρουσιάζει ή όχι ουσιώδεις διαφορές στον τρόπο με τον οποίο δρα και απορροφάται από τον ανθρώπινο οργανισμό. Για να γίνει μία εκτίμηση της βιοϊσοδυναμίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες τεχνικές όπως κλινικές και εργαστηριακές δοκιμές, στατιστικούς υπολογισμούς και μελέτη σε τυποποιημένες

συνθήκες. Με αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζεται πως δύο ουσίες είναι το ίδιο ασφαλείς και αποτελεσματικές για τη θεραπεία της ίδιας νόσου (ΠΕΦ, Βιοϊσοδυναμία, 2019).

## 1.2. Νομοθεσία

Ξεκινώντας από τον τομέα της υγείας, τονίζεται πως το ελληνικό σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι αρκετά σύνθετο και περιλαμβάνει τόσο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) όσο και Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), νοσοκομεία, κλινικές κοκ, (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην Ευρώπη προωθήθηκε σταδιακά και με έμφαση στην ασφάλεια και την προστασία των ασθενών και της δημόσιας υγείας γενικότερα. Τη δεκαετία του 1960 – 1970, ενθαρρύνθηκαν περισσότερο οι έρευνες σε σχέση με το κόστος των φαρμάκων σε αναλογία με τις ανάγκες της αγοράς. Η αύξηση της ενημέρωσης σχετικά με τα προβλήματα που ενέχει η μη χρήση εμβολίων και φαρμάκων αλλά και, στον αντίποδα, η υπερβολική χρήση των φαρμάκων, έλαβε χώρα σε μεγαλύτερο βαθμό στις δύο επόμενες δεκαετίες, την περίοδο 1980 – 2000. Παρότι, ήδη από το 1910 – 1920 ήταν γνωστή η χρήση τους, τα σκάνδαλα σχετικά με τις επιδράσεις που μπορεί να έχει ένα μη ελεγμένο φάρμακο στη δημόσια υγεία είχαν αποθαρρύνει, έως εκείνο το σημείο, σε πολύ μεγάλο βαθμό καταναλωτές και παραγωγούς, (Conti, Padula, & Larson, 2016).

Το 1980, ήταν σημείο – σταθμός για τα γενόσημα φάρμακα στις Ηνωμένες Πολιτείες αφού ο Ομοσπονδιακός Οργανισμός Φαρμάκων FDA ώθησε στην υιοθέτηση της πράξης του Hatch – Waxman του 1984, με την οποία επετράπη η παρασκευή γενόσημων ακόμη και αν υπάρχει, ήδη, καταχωρημένη πατέντα. Σήμερα, εγκρίνονται σε ετήσια βάση διάφορα γενόσημα φάρμακα και, ενώ στις ΗΠΑ, ο εργαστηριακός έλεγχος δεν είναι απαραίτητος με τον ίδιο τρόπο όπως στην Ελλάδα, υπάρχει, ακόμη, ένα αρκετά αυστηρό πλαίσιο που καθορίζει τις προϋποθέσεις παραγωγής και διάθεσής τους, (Sindhuj, et al., 2018)..

Στην Ελλάδα, ο ΕΟΦ, για να αδειοδοτήσει ένα φάρμακο πρέπει να αξιολογήσει επιστημονικά δεδομένα και αναφορές που να πιστοποιούν, πέραν πάσας αμφιβολίας, τόσο την βίο – ισοδυναμία του σκευάσματος όσο και την ασφάλειά του, (ΕΟΦ, 2018).

Με την Οδηγία 2001/83/EK, που υπογράφηκε στις 6.11.2001 από τα κράτη μέλη της ΕΕ, τα γενόσημα φάρμακα έγιναν περισσότερο ορατά και ενσωματώθηκαν στη διαθέσιμη νομοθεσία. Ωστόσο, ακόμη και σήμερα, υπάρχει μεγάλη σύγχυση σχετικά με

το αν είναι ή μη ισοδύναμα φάρμακα ή υποκατάστατα ή αντίγραφα κοκ. παρότι η ΠΕΦ χρησιμοποιεί έναν ακριβή όρο για να περιγράψει το τί είναι τα γενόσημα και το πως λειτουργούν, το ευρύ κοινό έχει καθιερώσει τον όρο «φασόν», που είναι συνώνυμος με τον όρο «κατασκευασθέν αγαθό», γεγονός που οδηγεί σε περαιτέρω αντιδράσεις από το κοινό. Σε μεγάλο βαθμό, το πρόβλημα αυτό προκύπτει από την έλλειψη επαρκών γνώσεων αφού, στην αγγλική ορολογία, γίνεται η χρήση του όρου “generic drug” το οποίο από έναν μη καταρτισμένο γνώστη της αγγλικής θα μπορούσε να μεταφραστεί ως «γενικό ναρκωτικό» ή «γενικό φάρμακο», όροι που είναι άσχετοι με τον όρο «γενόσημο» που εισάγει η Οδηγία 2001/83/EK που αναφέρεται, (Fauconnier, 2017).

Τονίζεται πως τα ΜΜΕ στην Ελλάδα χρησιμοποιούν τον όρο φασόν με υποτιμητικό τρόπο και για να «προειδοποιήσουν» το κοινό για τα προβλήματα που, ίσως, ενέχει η χρήση των γενόσημων. Παρόλα αυτά, πέραν του ότι ο όρος αυτός είναι και παραπλανητικός και λανθασμένος, αφού τα γενόσημα είναι βίο – ισοδύναμα σκευάσματα, είναι και δυνητικά επικίνδυνος αφού εμπεριέχει στοιχεία ελλιπούς ενημέρωσης και παραπληροφόρησης. Όντως, ο τύπος και η τηλεόραση στη χώρα, διατηρούν ένα σημαντικό μερίδιο ευθύνης για τα προβλήματα σε σχέση με την χρήση των γενόσημων, όπως θα εξεταστεί και παρακάτω, (Tountas, Velonaki, & Velonakis, 2018).

Στην περίπτωση των γενόσημων φαρμάκων, το δικαίωμα μίας εταιρείας να διαθέσει ένα υποκατάστατο δεν καταχωρείται χωρίς ανάλογες διαδικασίες απόδειξης της χρησιμότητας, της βιοσοδυναμίας και της ασφάλειάς του. Όλες οι εταιρείες, για να κατορθώσουν να λάβουν άδεια πρέπει, με βάση τα όσα προβλέπει η Οδηγία 2001/83/EK, να έχει αποδείξεις σχετικά με το κατά πόσο το φάρμακο το οποίο διαθέτει είναι αντίστοιχο με το πρωτότυπο φάρμακο και εξίσου αποτελεσματικό για την ίαση της πάθησης για τη θεραπεία της οποίας προορίζεται, (Tountas, Velonaki, & Velonakis, 2018).

### **1.3. Ιδιότητες και χαρακτηριστικά των γενόσημων φαρμάκων**

Όπως έγινε σαφές και από την εισαγωγή της παρούσης, τα γενόσημα έχουν κατηγορηθεί για το γεγονός πως είναι κατώτερης ποιότητας από τα πρωτότυπα. Αυτή η εντύπωση είναι, πολύ συχνά, λανθασμένη. Στην Ελλάδα τα γενόσημα φάρμακα παράγονται νόμιμα από ελληνικές εταιρείες ή εισάγονται από το εξωτερικό. Βασική προϋπόθεση είναι να έχουν λάβει άδεια από τον ΕΟΦ και όχι απλώς να έχει προηγηθεί

γνωστοποίηση στον φορέα. Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες παράγουν, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, γενόσημα παρά πρωτότυπα φάρμακα, (Tountas, Velonaki, & Velonakis, 2018).

Ένας από τους λόγους που το κόστος των πρωτότυπων ιδιοσκευασμάτων είναι πολλαπλάσιο των γενόσημων είναι πως οι πατέντες και η καταχώρηση αποκλειστικών δικαιωμάτων διάθεσης κοστίζουν χιλιάδες ευρώ και απαιτούνται έτη επί ετών ερευνών για να κατορθώσει μία εταιρεία να διαθέσει με επιτυχία ένα φάρμακο στην αγορά. Τα γενόσημα, επειδή έχει επέλθει η δεκαετία, αποτελούν μία καλή εναλλακτική στην πλειοψηφία των περιπτώσεων για τα άτομα που τα λαμβάνουν και, επειδή έχει ήδη παρέλθει η δεκαετία από την αρχική κυκλοφορία του σκευάσματος, είναι πιθανό να είναι, στην πραγματικότητα, πιο ασφαλή από τα αντίστοιχα πατενταρισμένα κατά τα πρώτα έτη κυκλοφορίας τους, (Yang, et al., 2016).

Στην ερώτηση σχετικά με το αν τα γενόσημα είναι απόλυτα ασφαλή για τον άνθρωπο η απάντηση δεν μπορεί να δοθεί χωρίς ανάλογη σύγκριση των συστατικών που αποτελούν το φάρμακο, κυρίως όχι τις ενεργές, αλλά τις αδρανείς ουσίες όπως το περίβλημα, τα πυκνωτικά μέσα και τις αρωματικές ή χρωστικές ουσίες. Ενώ, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η συμπερίληψη αυτών στο τελικό σκεύασμα δεν επηρεάζει τον ασθενή, υπάρχουν συνέκδοχα όπως τα συστατικά που περιέχουν γλουτένη ή ζάχαρη, τα οποία μπορεί να βλάψουν τον ασθενή είτε με την εκδήλωση αλλεργιών ή με την επιδείνωση της κατάστασής του, (Yang, et al., 2016).

Επίσης, δεν αποκλείεται να παρουσιάζονται διαφορές σε σχέση με το βαθμό απορρόφησης της ενεργής ουσίας από τον οργανισμό λόγω μικρών αλλαγών στη σύνθεση ή διαφορών σε σχέση με το πατενταρισμένο φάρμακο. Παρότι, στην πράξη, αυτό δεν σημαίνει πως θα υπάρξει σοβαρή βλάβη από τη χρήση του, θα χρειαστεί, πιθανώς, παρακολούθηση του ασθενούς και τροποποίηση της θεραπείας, κάτι που προκαλεί ανασφάλεια στους ασθενείς, (Foscolou & et al, 2017).

Τόσο τα γενόσημα όσο και τα πρωτότυπα φάρμακα, για να ενεργήσουν, πρέπει να ληφθούν με κατάλληλο τρόπο που ενδείκνυται για τον ασθενή και τον τύπο του σκευάσματος. Ο ρόλος του θεράποντος ιατρού και του φαρμακοποιού είναι, επομένως, κομβικής σημασίας για την εν λόγω πτυχή. Ο βαθμός απορρόφησης δεν εξαρτάται μόνο από το αν το φάρμακο είναι πλήρως βίο – ισοδύναμο αλλά και από άλλες πτυχές όπως τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνεται, τη συχνότητα και την απορρόφησή τους, (Karampli, Triga, Tsiantou, Athanasakis, & Kyriopoulos, 2016).

Η χρήση του γενόσημου με το πρωτότυπο φάρμακο μπορεί να είναι ακριβώς η ίδια (δια στόματος λήψη χαπιού, ενέσιμη χρήση κοκ), αλλά ο ασθενής να αντιδρά διαφορετικά σε ένα από τα δύο σκευάσματα. Αυτό παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις που υπάρχουν παράλληλα προβλήματα / προκλήσεις όπως τροφικές δυσανεξίες και χρόνιες παθήσεις.

Σε γενικές γραμμές, η ταχύτητα απορρόφησης της ουσίας, η κατανομή και η επίδραση των σκευασμάτων που είναι ισοδύναμα είναι παρόμοια. Η ουσία κατανέμεται είτε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή της πέψης ή την διάλυση και μεταφορά μέσω των ιστών κοκ. Ανάλογα με τον τύπο της ουσίας μπορεί να μεταβολίζεται από το ήπαρ ή όχι, να απεκκρίνεται μέσω της ούρησης ή να παραμένει στον οργανισμό και να διασπάται σταδιακά, (Kalra & Gupta, 2016).

Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται λόγος για τις διαφορές ανάμεσα στα πρωτότυπα και τα γενόσημα φάρμακα. Ουσιαστικά, επειδή τα συστατικά είναι παρόμοια και η σύνθεση είναι η ίδια, η θεραπευτική ιδιότητα των δύο σκευασμάτων και τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα είναι αντίστοιχες. Επιπλέον, η εκμετάλλευση της πατέντας σημαίνει πως η τιμή του πρωτότυπου φαρμάκου αυξάνεται κάτι που επιφέρει επιβάρυνση και στον ασθενή και τον κρατικό μηχανισμό ή τα ασφαλιστικά ταμεία. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, επιλέγονται τα γενόσημα έναντι των πρωτότυπων για τη δωρεάν συνταγογράφηση ή την παροχή στους ασθενείς. Το ίδιο παρατηρείται και όταν ο ασθενής πληρώνει συμμετοχή για την αγορά φαρμάκων, (Kalra & Gupta, 2016).

Οι κατασκευάστριες εταιρείες, οι ιατροί και οι διανομείς, όπως οι φαρμακοποιοί, πρέπει να έχουν πλήρη γνώση σχετικά με την ποσότητα της ενεργούς ουσίας, τον τρόπο απορρόφησης και κατανομής της και τον απαιτούμενο χρόνο δράσης. Οι διαφορές μεταξύ των γενόσημων, οι οποίες, όπως αναφέρθηκαν είναι αμελητέες, μπορούν, σε αυτήν την περίπτωση, να προκαλέσουν ορισμένες καθυστερήσεις και να υπάρξουν διαφοροποιήσεις στη διαδικασία της επίτευξης της θεραπείας, (Foscolou & et al, 2017).

Η κύρια επιχειρηματολογία που προβάλλεται για την αποφυγή της χρήσης των γενόσημων εστιάζει σε στοιχεία όπως η δημόσια υγεία και η ασφάλεια των πολιτών. Ωστόσο, η σύνδεση της χρήσης τους με την κακή ποιότητα της υγείας είναι λανθασμένη. Με βάση τις έρευνες του National Institute for Health Care Management ή Εθνικού Ινστιτούτου της Διοίκησης της Φροντίδας Υγείας, που εδρεύει στις ΗΠΑ, αποδεικνύεται πως τα γενόσημα χρησιμοποιούνται, κατά κόρον, σε οικονομικά ισχυρές χώρες και πως, με την επιλογή της συνταγογράφησης αυτών έναντι των πρωτότυπων / πατενταρισμένων ιδιοσκευασμάτων, μειώνεται κατά τουλάχιστον 50 % η



φαρμακευτική δαπάνη και εξοικονομείται κεφάλαιο το οποίο μπορεί να αξιοποιηθεί για την υποστήριξη εθνικών πολιτικών. Παράλληλα, σημειώνεται πως το κόστος της συνταγογράφησης επιδρά στον ανταγωνισμό του τομέα και μειώνει τις τιμές των φαρμάκων γενικά, καθιστώντας πιο προσιτή την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους πολίτες (NICHM, 2018).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

### ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝ ΚΑΙΡΩ ΚΡΙΣΗΣ

#### 2.1. Τα μέτρα λιτότητας και ο τομέας της υγείας

Η Ελλάδα εξήλθε τον Αύγουστο του 2018 από το τρίτο μνημόνιο συνεργασίας μετά από μία περίοδο έντονων τριβών μεταξύ πολιτικής ηγεσίας και πολιτών σε σχέση με την οικονομία, τις δεσμεύσεις της χώρας απέναντι στους εταίρους και τις πολιτικές υγείας, παιδείας και πρόνοιας (Glunos & Voutyras, 2016). Τα μέτρα λιτότητας που επέβαλαν η Τρόικα και οι δανειστές ήρθαν σε σύγκρουση με την παράδοση του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα, ενώ λόγω της κρίσης και της ύφεσης, οι παροχές του κράτους περιορίστηκαν (Arghyrou & Tsoukalas, 2011). Παράλληλα, τα προβλήματα της αδιαφάνειας, της φοροδιαφυγής και της παραοικονομίας, σε συνδυασμό με το δημοσιονομικό πρόβλημα στη χώρα, οδήγησαν στην ουσιαστική χρεωκοπία των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων στη χώρα (Correia, Dussault, & Pontes, 2015). Με τους πολίτες να είναι εκτεθειμένοι σε ολοένα και αυξανόμενα επίπεδα ανεργίας, υποαπασχόλησης, ύφεσης και ελλιπούς ανάπτυξης και το επίπεδο των μισθών να συρρικνώνεται συνεχώς, μειώθηκε το γενικό επίπεδο υγείας και διαβίωσης στην Ελλάδα και, ως εκ τούτου, ολόκληρη την ΕΕ (Foscolou & et al, 2017). Η ελληνική κυβέρνηση δεν είναι η μόνη υπόλογη καθώς και οι θεσμοί της ΕΕ και των λοιπών οργανισμών φέρουν σημαντικά επίπεδα ευθύνης. Οι πολίτες στην Ελλάδα δεν διαθέτουν τα απαραίτητα μέσα για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες τους, το επίπεδο ζωής τους μειώνεται ραγδαία και η ικανότητά τους να επαναδραστηριοποιηθούν εντός της αγοράς εργασίας είναι ελάχιστη άπαξ και βρεθούν εκτός αυτής (Eurostat, Quality of life in Europe, 2017).

Τα μέτρα που προτάθηκαν για να αντιμετωπιστούν οι πολλαπλές συνέπειες της οικονομικής ύφεσης στον τομέα της υγείας ήταν ποικίλα και αφορούσαν από τη συγχώνευση των ταμείων μέχρι την επιβολή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών. Ένα από τα πιο επικριθέντα μέτρα ήταν και η επιβολή, στους ιατρούς, της συνταγογράφησης εναλλακτικών, φθηνότερων και μη-πατενταρισμένων φαρμάκων με αντίστοιχη ενεργό ουσία, τα λεγόμενα «γενόσημα» φάρμακα (Σκοπελίτης, 2010).

Για συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών, δε, όπως οι ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες, τα προβλήματα μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερα και ευρύτερα καθώς υπάρχει μία τάση αυτών να αποφεύγουν την επίσκεψη σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) όπως τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ). Αυτό συμβαίνει, π.χ. στην περίπτωση των οικονομικών μεταναστών, των προσώπων που ανήκουν στην κοινότητα ΛΟΑΤΚΙ και των ηλικιωμένων που ανήκουν στις υψηλές εισοδηματικές κατηγορίες. Τα πρόσωπα αυτά, όμως, είναι και αυτοί που αντιμετωπίζουν, σύμφωνα με έρευνες, μεγαλύτερα προβλήματα και προκλήσεις στον καθημερινό τους βίο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

## **2.2. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πολιτών**

Για την εκτίμηση του επιπέδου της υγείας των πολιτών μπορούν να χρησιμοποιηθούν πολλοί διαφορετικοί δείκτες. Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όσο και ο Οργανισμός για την Ασφάλεια και τη Συνεργασία στην Ευρώπη (ΟΑΣΕ) έχουν εκδώσει αναφορές που αποκαλύπτουν πως η υγεία των Ελλήνων έχει μειωθεί κάνοντας χρήση δεικτών για να αποδείξουν τη σοβαρότητα της κατάστασης, (World Health Organization, 2015).

Οι αντιδράσεις των πολιτών σε σχέση με τη χρήση των γενόσημων συνδέονται και με την κατάσταση συγκεκριμένων ομάδων εξ αυτών στη χώρα. Οι ηλικιωμένοι, οι οικονομικά ασθενείς ομάδες και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, λ.χ. ανήκουν σε κοινωνικά ευαίσθητες ομάδες οι οποίες και έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Το σύστημα υγείας δεν είναι επαρκώς αποτελεσματικό ή βιώσιμο για τα άτομα που δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος της περίθαλψης, (Conti, Padula, & Larson, 2016).

Παραπάνω, έγινε λόγος και για τη σχέση ιατρού – ασθενούς. Ένας άλλος παράγοντας που εντοπίζεται θεωρητικά και αφορά την προκλητή ζήτηση και την άμεση σχέση που έχει με το εν λόγω ζήτημα. Η προκλητή ζήτηση είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται συχνά στη χώρα και συνδέεται με την συνταγογράφηση μίας ουσίας ή ενός σκευάσματος από τον θεράποντα ιατρό χωρίς να υπάρχει ανάλογη ανάγκη ή την συνταγογράφηση ενός άλλου σκευάσματος από το ενδεδειγμένο για προσωπικό όφελος του ιατρού. Οι ιατροί που συνταγογραφούν σκευάσματα τα οποία δεν είναι κατάλληλα ή απαραίτητα για έναν ασθενή συχνά διατηρούν σχέσεις με μία εταιρεία και λαμβάνουν μέρος των κερδών της σε αντάλλαγμα για την αύξηση της ζήτησης που προκαλείται. Η ζήτηση αυτή, όμως, δεν προέρχεται από την ανάγκη των ασθενών αλλά από την

επιθυμία του ιατρού να εκμεταλλευτεί την κατάσταση για να απολάβει κέρδος άρα είναι προκλητή, (Armstrong, Ballas, & Staines, 2006).

Η έξαρση του φαινομένου στη χώρα συνδέεται και με την οικονομική κρίση διότι, λόγω της εκδήλωσής της, οι ιατροί βρέθηκαν σε μία ιδιαίτερα ευάλωτη θέση και απώλεσαν μεγάλο μέρος των κερδών τους. Παράλληλα, οι ιατροί που συμμετείχαν στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ επί σειρά μηνών δεν λάμβαναν τα ποσά που όφειλε ο φορέας και, ως εκ τούτου, πολλοί εξ αυτών κατέφυγαν σε μέτρα όπως την αποχώρησή τους από το φορέα. Η εκμετάλλευση του ασθενούς ως ένα επιπλέον μέτρο διατήρησης του οικονομικού εισοδήματος φαίνεται να συνδέεται, λοιπόν, ως αίτιο για την εμφάνιση της προκλητής ζήτησης, (Arghyrou & Tsoukalas, 2011).

Έως ενός σημείου, το κράτος έχει επιβάλει, δε, το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της υποκατάστασης των σκευασμάτων με γενόσημα ακριβώς για να αποφύγει τον κίνδυνο της εκμετάλλευσης των πολιτών. Παρατηρείται, ωστόσο, πως οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται με αυτόν τον τρόπο και αυτή τη νοοτροπία τα εν λόγω μέτρα, (Correia, Dussault, & Pontes, 2015).

### **2.3. Ανάγκες πληθυσμού στην Ελλάδα σήμερα και ευάλωτες κοινωνικά ομάδες**

Στην Ελλάδα οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων είναι αρκετά υψηλές και πολλές ομάδες πολιτών, όπως οι πρόσφυγες, οι οικονομικοί μετανάστες, οι άστεγοι και, γενικά, οι οικονομικά ευάλωτες κατηγορίες πολιτών, δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη. Τα πρόσωπα αυτά, είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε κινδύνους για την υγεία τους, ενώ υπάρχει αυξημένη σύνδεση μεταξύ της ιδιότητας του μέλους μίας κοινωνικά ασθενούς ομάδας και της έκθεσης σε συγκεκριμένα νοσήματα, (Domeyer, Aletras, Anagnostopoulos, Katsari, & Niakas, 2017).

Χαρακτηριστικά, έρευνες αποδεικνύουν πως, (Correia, Dussault, & Pontes, 2015):

- οι εργαζόμενοι/ες σε οίκους ανοχής ή τα άτομα που συμμετέχουν ενεργά στη βιομηχανία του σεξ, είναι περισσότερο εκτεθειμένα τόσο στον κίνδυνο μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κυρίως ηπατίτιδα, HIV / AIDS και γονόρροια, ενώ παρουσιάζουν και αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών νοσημάτων.

- Αντίστοιχα, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, είναι εκτεθειμένοι σε παρόμοιους κινδύνους για τη σωματική και ψυχική τους υγεία.

- Οι άστεγοι / ες παρουσιάζουν κίνδυνο εκδήλωσης νοσημάτων τα οποία προκαλούνται και επιδεινώνονται από τις κακές συνθήκες διαβίωσης και την έλλειψη

πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Αντίστοιχα, η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός εντείνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοσωματικών νοσημάτων όπως η κατάθλιψη.

- Οι ηλικιωμένοι, τόσο λόγω του προχωρημένου της ηλικίας τους όσο και λόγω της μείωσης των συντάξεων και της ανεπάρκειας των δομών υποστήριξής τους, είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίζουν καρδιά – αναπνευστικά προβλήματα, νευρολογικά προβλήματα, διαβήτη, υπέρταση καθώς και νοσήματα τα οποία σχετίζονται με το άγχος και το γήρας αλλά και άλλες παθήσεις όπως αυτοάνοσα, καρκίνο, άνοια κοκ. Ενώ στην Ελλάδα δεν βρίσκονται όλοι οι ηλικιωμένοι, φυσικά, κάτω από το όριο της φτώχειας, αποδεικνύεται πως ανήκουν σε κοινωνικά ευάλωτη ομάδα λόγω της ανεπάρκειας των πόρων και της έλλειψης οικονομικής ανεξαρτησίας τους. Ειδικά στα αστικά κέντρα, οι ηλικιωμένοι και οι πολύ ηλικιωμένοι εμφανίζονται πολύ συχνά ως «φιλοξενούμενοι» και διαμένουν σε στενούς συγγενείς, συνήθως τα παιδιά τους. Οι ηλικιωμένοι που είναι, παράλληλα, άστεγοι ή άποροι, ή / και ανήκουν σε μειονότητες (γλωσσικές, θρησκευτικές κοκ), λόγω της ύπαρξης πολλαπλών προβλημάτων θεωρούνται ως μία ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνικά ομάδα.

- Οι άνεργοι, οι οποίοι αποτελούν σχεδόν το ένα τέταρτο (1 / 4) του εγχώριου πληθυσμού, είναι επίσης μία κοινωνικά ευαίσθητη κατηγορία, η οποία είναι εκτεθειμένη σε κινδύνους επειδή δεν έχουν δυνατότητα ασφάλισης και κάλυψης της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης, αδυνατούν να τραφούν σωστά, δεν έχουν, πολλές φορές, δυνατότητα θέρμανσης του χώρου της οικίας τους ή / και δεν παρακολουθούν στενά την πορεία της υγείας τους.

- Οι μειονότητες, δηλαδή τα άτομα που ανήκουν σε κοινότητες μεταναστών και προσφύγων, εθνικές, θρησκευτικές, γλωσσικές ή και σεξουαλικές μειονότητες και, γενικά, όσοι περιθωριοποιούνται από την πλειοψηφία, επειδή πολλές φορές είναι δύσκολο να αποκτήσουν ισότιμη πρόσβαση στην αγορά εργασίας, μπορεί να είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε προβλήματα υγείας.

Ακόμη, παρατηρείται μία αυξημένη τάση των Ελλήνων να μην εμβολιάζουν τα παιδιά τους και να μην εμβολιάζονται οι ίδιοι. Σε συνδυασμό με την ύπαρξη των προβλημάτων στην ασφάλιση των πολιτών παρατηρούνται έντονες δυσλειτουργίες του τομέα της υγείας που δεν σχετίζονται με την ανεπάρκεια της κυβέρνησης αλλά με μία σταδιακή διάδοση λανθασμένων και παραπλανητικών ειδήσεων, (Parastatidou, et al., 2017).

Τα ΜΜΕ, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, πράγματι, προωθούν, γενικά και σε παγκόσμιο επίπεδο, ανάλογες ιδέες και απόψεις και υπάρχει μία στροφή προς

παλαιότερες και «παραδοσιακές μεθόδους» ίασης και θεραπείας των νόσων, τα γνωστά «γιατροσόφια». Οι τάσεις αυτές παρατηρούνται και στα διατροφικά πρότυπα. Χαρακτηριστικά, ενώ, λόγου χάρη, η ομοιοπαθητική αναγνωρίζεται από μερίδα ιατρών και επαγγελματιών της υγείας ως μία εναλλακτική για την ίαση συγκεκριμένων παθήσεων, οι σοβαρές παθήσεις απαιτούν συστηματική παρακολούθηση και παροχή κατάλληλης θεραπείας, (Parastatidou, et al., 2017).

Εάν οι πολίτες απορρίπτουν πλήρως το ρόλο των ιατρών και τη σημασία της περίθαλψης τότε, θεωρητικά, θα μπορούσε να μειωθεί και η φαρμακευτική δαπάνη. Ωστόσο, οι ενδείξεις που υπάρχουν εμφανίζουν μία διαφορετική κατάσταση. Το κόστος της θεραπείας μίας νόσου σε προχωρημένο στάδιο είναι πολλαπλάσιο και υπάρχει ανάγκη εισαγωγής του ασθενούς σε νοσηλευτήρια / νοσοκομεία και κλινικές. Με τη χρήση κατάλληλων μεθόδων ενημέρωσης του κοινού, θα μπορούσαν να είχαν ληφθεί καλύτερα μέτρα και να είχαν υιοθετηθεί αποτελεσματικότερες πολιτικές επιμόρφωσης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και ενημέρωσης των πολιτών, (Correia, Dussault, & Pontes, 2015).

Παρότι οι ανάγκες των Ελλήνων πολλαπλασιάστηκαν λόγω της κρίσης, η δυνατότητα του τομέα να προστατέψει τη δημόσια υγεία και, ατομικά, την υγεία των πολιτών μειώθηκε. Σημειώνεται πως οι Έλληνες ιατροί διαθέτουν και τις απαραίτητες γνώσεις και την κατάλληλη κατάρτιση και εκπαίδευση για να επιτελέσουν ορθά το ρόλο τους. Οι σύγχρονες ανάγκες των Ελλήνων θα μπορούσαν να είχαν καλυφθεί με τους διαθέσιμους πόρους αν υπήρχε σωστή οργάνωση και σχεδιασμός (Arghyrou & Tsoukalas, 2011).

Παρακάτω εξετάζεται το πως και σε ποιο βαθμό τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να αποτελέσουν ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για την επίτευξη των στόχων του κράτους και πως θα μπορούσαν να συνδράμουν στην εξασφάλιση ενός καλού επιπέδου υγείας τόσο για το γενικό πληθυσμό όσο και για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

### Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1. Το νέο εθνικό σύστημα συνταγογράφησης και τα γενόσημα φάρμακα

Η ισχύουσα στρατηγική για την προώθηση των γενόσημων εστιάζει στην αντικατάσταση του πρωτότυπου φαρμάκου με το αντίστοιχο γενόσημο *υποχρεωτικά* και όχι προαιρετικά όπως έγινε σε περιπτώσεις άλλων κρατών (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016). Το στοιχείο αυτό είναι και που διαφοροποιεί την εθνική στρατηγική για την υγεία από τις αντίστοιχες, ακόμη και αναπτυγμένων κρατών. Για παράδειγμα, στην Γερμανία, την Πολωνία, ακόμη και την Ιρλανδία, προτάθηκε η παροχή της εναλλακτικής της συνταγογράφησης και γενόσημων φαρμάκων και όχι η πλήρης επιβολή του μέτρου. Η σταδιακή προώθηση τείνει, γενικά, να γίνεται περισσότερο αποδεκτή από το γενικό κοινό σε σχέση με την άμεση εφαρμογή ενός μέτρου για το οποίο το κοινό δεν έχει γνώση, (Conti, Padula, & Larson, 2016).

Σε συνδυασμό, δε, με το γεγονός πως τα μέτρα λιτότητας τα οποία εφαρμόστηκαν όπως η μείωση του προσωπικού του δημοσίου τομέα, η μείωση των συντάξεων, των επιδομάτων, των μισθών κοκ. επιβάρυναν σημαντικά το επίπεδο ζωής του πληθυσμού, δεν είναι να απορεί κανείς που η αντικατάσταση των πρωτότυπων με τα γενόσημα απορρίφθηκε άμεσα. Η κυβέρνηση δεν επένδυσε στο να πείσει το κοινό για την αναγκαιότητα των μέτρων με παράλληλη υποστήριξη των αδύναμων ομάδων. Επομένως, η αντικατάσταση θεωρήθηκε μία λύση που επέφερε προβλήματα για τον πληθυσμό και είχε ως σκοπό την περαιτέρω εκμετάλλευσή τους, (Alfavita, 2018).

Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον ΕΟΦ πρότειναν μία σειρά ουσιών οι οποίες είναι κοινώς γνωστές στο ευρύ κοινό και για τις οποίες δόθηκαν διαπιστευτήρια σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών (Tsiantou, Zavras, Kousoulakou, Geitona, & Kyriopoulos, 2009). Οι ουσίες αυτές, όπως π.χ. η κλαριθρομυκίνη και η κετιριζίνη, χρησιμοποιούνται κοινά για την αντιμετώπιση διαδεδομένων ασθενειών και καταστάσεων. Έτσι, για να μειωθεί το κόστος, πλέον, αναφέρονται στις συνταγογραφήσεις οι δραστικές ουσίες και οι γνωματεύσεις των ιατρών και ο φαρμακοποιός καλείται να αποφασίσει ποιο είναι το

φθηνότερο γενόσημο το οποίο περιλαμβάνει τις δραστικές ουσίες που αναφέρονται στην συνταγή του ιατρού, (ΕΟΦ, 2018).

Για παράδειγμα, αν η διάγνωση αφορά μία μόλυνση η οποία αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά και ο ιατρός συστήσει και ένα σκεύασμα για την προστασία του στομάχου και του γαστρεντερικού, μπορεί να αναφέρει τη δραστική ουσία, π.χ. την κλαριθρομυκίνη και την ομεπραζόλη, που χρησιμοποιείται για την προστασία του στομάχου. Επομένως, το κόστος για τα δύο φάρμακα θα μειωθεί σημαντικά και ο ασθενής θα θεραπευτεί στον ίδιο χρόνο και με το ίδιο αποτέλεσμα χωρίς να επιβαρυνθεί σημαντικά ο κρατικός προϋπολογισμός (EMA, 2010).

Ωστόσο, ο ασθενής δεν διαθέτει την επιλογή να ζητήσει από το φαρμακοποιό την ακριβότερη εναλλακτική εκτός κι αν συμφωνήσει να καλύψει το σύνολο της διαφοράς στην τιμή μεταξύ γενόσημου και πρωτότυπου σκευάσματος. Αυτό σημαίνει πως, στον πολίτη, η αγωγή θα κοστίσει μέχρι και 60 % ακριβότερα. Το Υπουργείο Υγείας έχει επιβάλει αυτό το μέτρο σε συνδυασμό με την εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλου συνταγογράφησης και υποχρεώνει τόσο τους ιατρούς, όσο και τους φαρμακοποιούς και τους ασθενείς να δηλώνουν με ακρίβεια όλα τα στοιχεία που αφορούν την πορεία της υγείας των πολιτών (Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 2016).

Το μέτρο αυτό είναι αρκετά ορθολογικό, αφού αυξάνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας χωρίς να μειώνει την υγεία των πολιτών. Επίσης, περιορίζεται η κατάχρηση πόρων, η ύπαρξη πελατειακών σχέσεων, η διαφθορά και η ανασφάλεια των πολιτών. Από την άλλη, για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, το μέτρο αυτό κρίνεται ως δυνητικά επικίνδυνο καθώς, οποιοσδήποτε διαπιστευμένος χρήστης, μπορεί να έχει πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα και το ιστορικό του κάθε ασθενούς. Επειδή, ακριβώς, δεν υπάρχει η απαιτούμενη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ πολιτών – θεσμών, ασθενών – ιατρών, παράλληλα εγείρονται ερωτήματα σε σχέση με το αν τα δικαιώματα των πολιτών διασφαλίζονται με τα εν λόγω μέτρα ή όχι (Τομαράς, 2014).

Με βάση την πρόταση του ΥΥ σε βάθος χρόνου, θα αντικατασταθούν πλήρως τα παλαιότερα συστήματα και θα αυτοματοποιηθούν πλήρως οι διαδικασίες. Στόχος είναι να αποκλειστεί το δικαίωμα στους ιατρούς και τους φαρμακοποιούς να δίδουν στον ασφαλισμένο ένα πρωτότυπο ιδεοσκεύασμα. Όταν, λοιπόν, η συνταγή θα αναφέρει επάνω τον όρο «αναντικατάστατο», οι φαρμακοποιοί θα υποχρεούνται να δώσουν μόνο το γενόσημο. Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις πως, με τη χρήση του γενόσημου, θα τεθεί η υγεία του ασθενούς σε κίνδυνο, λ.χ. αν το άτομο αυτό παρουσιάζει ευαισθησία σε ένα έκθετο ή αν έχει εμφανίσει στο

παρελθόν μειωμένη ανοχή σε ένα σκεύασμα αντί άλλου (Domeyer, Aletras, Anagnostopoulos, Katsari, & Niakas, 2017).

Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα επιτρέπεται η χορήγηση του επώνυμου / πρωτότυπου σκευάσματος και θα κατοχυρώνεται η αιτιολογία από τον ιατρό. Ωστόσο, το μέτρο αυτό δεν είναι αποδεκτό από το κοινό και από μία μερίδα ιατρών, επομένως, τίθενται πολλά ερωτήματα σε σχέση με το πως μία στρατηγική θα μπορούσε να είναι περισσότερο βιώσιμη έναντι μίας άλλης και γιατί (NICHM, 2018).

Η συζήτηση γύρω από το κατά πόσο η υιοθέτηση του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι και πρέπει να είναι αποδεκτή, ξεκινά από το επιχείρημα πως, λόγω του ότι δεν γίνονται οι απαραίτητοι έλεγχοι και οποιοσδήποτε μπορεί ανά πάσα στιγμή να «χακάρει» το σύνολο των δεδομένων των πολιτών, η αξιοπρέπεια των ασθενών, το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και συναφή δικαιώματα αμφισβητούνται. Εξίσου, γίνεται λόγος για τα δικαιώματα των ατόμων με σοβαρές νόσους οι οποίες είναι έντονα στιγματισμένες όπως ο HIV, η ηπατίτιδα αλλά και ψυχικές νόσοι. Οι πολέμιοι της υιοθέτησης αυτών των μέτρων αναφέρουν το ότι, τα άτομα αυτά, βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της ποιότητας ζωής τους, ακόμη και της επαγγελματικής και κοινωνικής τους θέσης, λόγω του ότι υπάρχει ο κίνδυνος της δημοσιοποίησης των στοιχείων τους (Tycharas & Karatza, 2015).

Την ίδια στιγμή, από πλευράς κράτους, δεν υπάρχουν οι απαραίτητες υποδομές για να γίνει μία ορθή ενημέρωση για το πως εφαρμόζονται αυτά τα μέτρα και σε ποιο βαθμό υφίστανται, πράγματι, κίνδυνοι. Με την υπογραφή του ασθενούς να λάβει το φάρμακο, γενόσημο ή πρωτότυπο, συναινεί και στην καταγραφή των στοιχείων του. Οι ασθενείς δεν επιθυμούν πάντα αυτή την καταγραφή αλλά, πλέον, το σύστημα έχει αλλάξει και δεν δίδονται εναλλακτικές (Σιαλάκης, 2018).

Το μέτρο αυτό προβλέπεται από το ευρωπαϊκό και το εθνικό δίκαιο και έχει σαφή λογική βάση. Όμως, στην Ελλάδα, μεγάλος αριθμός των πολιτών δεν έχουν κατανοήσει τη σημασία του διαδικτύου ή της εξεύρεσης οικονομικών εναλλακτικών. Οι ηλικιωμένοι, λ.χ. δεν εμφανίζονται πρόθυμοι να αλλάξουν τις συνήθειες και τις πρακτικές τους, ενώ ασθενείς που πάσχουν από ιδιαίτερα σοβαρές και, δυνητικά, θανατηφόρες νόσους ή / και χρειάζονται στενή ιατρική παρακολούθηση, εκφράζουν φόβο σχετικά με το κατά πόσο το σύστημα υγείας επαρκεί ή όχι για την κάλυψη των αναγκών τους (Tsiantou, Zavras, Kousoulakou, Geitona, & Kyriopoulos, 2009).

### 3.2. Τάσεις σχετικά με τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα

Το κόστος των γενόσημων είναι μικρότερο και άρα, θα μπορούσε να καλυφθεί ευκολότερα. Τα γενόσημα φάρμακα, παρότι χρησιμοποιούνται επί σειρά δεκαετιών και έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε σχεδόν ίδιο ποσοστό με τα αντίστοιχα πατενταρισμένα, αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη και έχουν χαμηλή διείσδυση στην ελληνική αγορά με σημαντικό αριθμό των Ελλήνων πολιτών να δηλώνουν επιφυλακτικοί, ακόμη και αντίθετοι, στη χρήση τους (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016). Η ελληνική κυβέρνηση και οι αντίστοιχοι φορείς έχουν κάνει διάφορες προσπάθειες για την αποκατάσταση της εικόνας των γενόσημων στην Ελλάδα, ωστόσο ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεπιτυχείς (Σκοπελίτης, 2010).

Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό είναι διαφορετικής φύσης- από την μία, οι πολίτες έχουν ήδη απωλέσει το αίσθημα εμπιστοσύνης στο κράτος και από την άλλη, οι κυβερνώντες προέβησαν κατ' εξοχήν τον οικονομικό παράγοντα ως επιχείρημα για τη χρήση των γενόσημων. Παράλληλα, ειδικά οι χρόνια ασθενείς, είναι, πολλές φορές, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που είναι λιγότερα πρόθυμα να αποδεχθούν την αλλαγή των συνηθειών τους και απορρίπτουν την καινοτομία. Ένας ακόμη λόγος φαίνεται να είναι η στάση που διατηρούν τα ΜΜΕ απέναντι στα γενόσημα, με τους δημοσιογράφους να τίθενται ανοιχτά κατά αυτών και να τα εμφανίζουν ως «υποδιέστερα» των «γνησιών» (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

Τα γενόσημα φάρμακα ως οι «φτηνές» εναλλακτικές με παρόμοια δράση, χρησιμοποιούνται επί σχεδόν έναν αιώνα. Τα οφέλη από τη χρήση των γενόσημων για τον τομέα της υγείας είναι ποικίλα αφού, με σημαντικά μικρότερο κόστος επιτυγχάνεται ένα σχεδόν ίδιο αποτέλεσμα με αυτό που προσφέρουν τα πρωτότυπα σκευάσματα. Όπως τονίζει και η Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών (ΠΕΦ), στην Ελλάδα, τα γενόσημα περνούν από όλους τους δυνατούς ελέγχους και είναι 100% ασφαλή. Παράλληλα, η απόδοση των γενόσημων μεταβάλλεται σε τόσο αμελητέο βαθμό που πρέπει να συντρέχει σοβαρός λόγος υγείας του ασθενούς για να επιβαρυνθεί η κατάστασή του από τη χρήση ενός γενόσημου. Σε συνδυασμό με το γεγονός πως η επιλογή των γενόσημων έναντι των πατενταρισμένων φαρμάκων επιφέρει μία μείωση του κόστους κατά τουλάχιστον 60% η υιοθέτηση του εν λόγω μέτρου από την πλευρά του ελληνικού κράτους είναι εύλογη (ΕΟΦ, 2018).

Από την άλλη, η παρουσίαση αμιγώς οικονομικών κριτηρίων για να υποστηριχθεί το επιχείρημα της αντικατάστασης μίας φαρμακευτικής αγωγής που αποδίδει έναντι μίας άλλης δεν φαίνεται να επαρκεί. Οι χρόνιοι, ιδίως, ασθενείς, είναι αμφίβολο το εάν θα αποδεχθούν το εν λόγω επιχείρημα εάν ακολουθούν μία συστηματική αγωγή για την αντιμετώπιση ενός χρόνιου νοσήματος (Crimmins & et al., 2011).

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια καθώς η έρευνα και η καινοτομία στον τομέα αυξάνονται, άρα κρίνονται ως περισσότερο ασφαλή για τους καταναλωτές. Παρότι τίθενται, πολλές φορές, ζητήματα τα οποία αφορούν την ιατρική δεοντολογία και τα δικαιώματα των εταιρειών, η κύρια κριτική που γίνεται σε ό,τι αφορά τα γενόσημα επικεντρώνεται στο ενδεχόμενο ρίσκο για τους καταναλωτές (Μπουλουτζιά, 2015).

Η πρόταση της ελληνικής κυβέρνησης να υποκαταστήσει τις παλαιότερες πρακτικές συνταγογράφησης και να υιοθετήσει τα εν λόγω μέτρα είναι αρκετά αμφιλεγόμενη. Το κοινό είναι ανέτοιμο και απρόθυμο να αποδεχτεί τα γενόσημα και η κατάσταση φαίνεται να επιδεινώνεται περαιτέρω από το γεγονός ότι το μέτρο της αντικατάστασης της πρακτικής της συνταγογράφησης των πρωτότυπων από τα γενόσημα επιβλήθηκε άμεσα και χωρίς κατάλληλη ενημέρωση (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

Αν και δεν αμφισβητείται το γεγονός πως, σε μεγάλο βαθμό, τα γενόσημα είναι ασφαλή, η έρευνα σε σχέση με το αν οι καταναλωτές αλλά και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι θετικοί ή όχι στη χρήση τους ήταν σχεδόν ανύπαρκτη πριν το 2009. Σήμερα, η κύρια πρόκληση για την κυβέρνηση αφορά την ιδιαίτερα περιορισμένη διείσδυση των γενόσημων στην ελληνική αγορά. Παρόλα αυτά, η ενημέρωση, η επικοινωνία του οράματος και η προετοιμασία του κοινού για να αποδεχτεί ένα μέτρο δεν μπορεί να γίνεται εκ των υστέρων. Το βασικό λάθος των ιθυνόντων είναι πως, αντί να προάγουν το εν λόγω μέτρο, αρχικά, σε πιλοτικό στάδιο και, κατόπιν, ως ένα ωφέλιμο μέτρο, προέβαλαν σε μεγάλο βαθμό την οικονομική διάσταση και δεν επέτρεψαν στους καταναλωτές να κατανοήσουν τα οφέλη της χρήσης τους.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στην Ελλάδα, δε, έχουν προβάλει εξαιρετικά αρνητικές εικόνες για τα γενόσημα. Οι ειδήσεις σε έγκριτους σταθμούς, ιστοσελίδες και εκπομπές, ανέφεραν τα γενόσημα ως «επικίνδυνα» και τα σύνδεσαν με την ανεπάρκεια της κυβέρνησης να φροντίσει για την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016). Για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό η αντίσταση των ασθενών στην επιβολή του εν λόγω μέτρου μπορεί να επιφέρει πολλά

προβλήματα. Ένας ασθενής ο οποίος δεν συνεργάζεται με τον θεράποντα και επιλέγει να μην ακολουθήσει την ενδεδειγμένη θεραπεία μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα στην καθημερινή του ζωή και στο επίπεδο υγείας του. Η εκδήλωση της δυσαρέσκειας και η άρνηση χρήσης γενόσημων φαίνεται να είναι συχνότερη σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

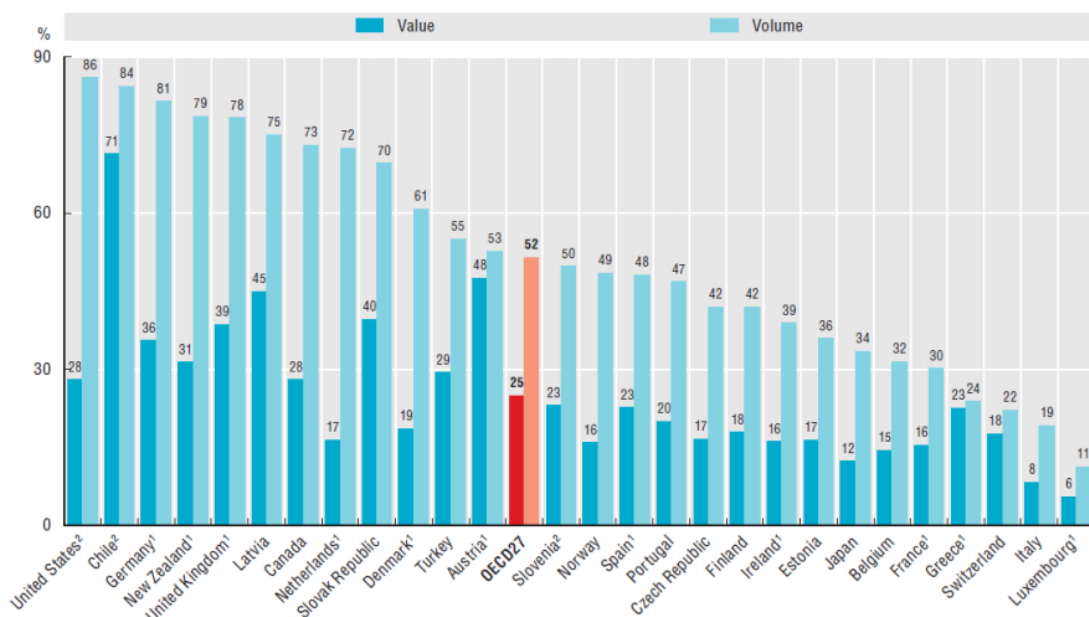
### **3.3. Τιμολόγηση γενόσημων φαρμάκων**

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 1508/Β (ημερομηνία δημοσίευσης 6/5/2019) η τιμή γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων προϊόντων αναφοράς. Στην περίπτωση που η συσκευασία ή η περιεκτικότητα του γενόσημου είναι διαφορετική από αυτήν του προϊόντος αναφοράς γίνεται αναγωγή στην τιμολογημένη συσκευασία ή περιεκτικότητα του προϊόντος αναφοράς. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει προϊόν αναφοράς στην Ελλάδα γίνεται η αναγωγή σε άλλα ήδη τιμολογημένα γενόσημα ίδιας δραστικής ουσίας και παρεμφερούς φαρμακοτεχνικής μορφής φάρμακα. Τα γενόσημα φάρμακα για τα οποία δεν υπάρχει προϊόν αναφοράς και δεν υπάρχει άλλο ίδιο γενόσημο στην ελληνική αγορά τιμολογούνται στο 65% της τιμής του προϊόντος αναφοράς στα κράτη-μέλη της Ευρωζώνης. Στην περίπτωση που η συσκευασία ή/και η περιεκτικότητα του γενόσημου φαρμάκου είναι διαφορετική από αυτήν του φαρμάκου αναφοράς, γίνεται η αναγωγή στην τιμή του φαρμάκου αναφοράς και ακολουθεί ο καθορισμός στο 65% της προκύπτουσας τιμής.

Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση του μεριδίου αγοράς για τα γενόσημα φάρμακα συγκαταλέγεται στις κύριες προτεραιότητες της ατζέντας της φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα και αποτελεί βασικό στοιχείο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής [OECD. OECD Competition Assessment Reviews. Paris: OECD Publishing, 2016]. Παρά τη ρητορική σχετικά με τη σημασία της αύξησης της αγοράς γενόσημων φαρμάκων μικρή πρόοδος έχει παρατηρηθεί και η γενική διείσδυση στην Ελλάδα εξακολουθεί να παραμένει μεταξύ των χαμηλότερων ανάμεσα στις χώρες του OECD (OECD, 2017).

Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζεται το μερίδιο των γενόσημων σε όγκο και σε αξία στην Ελληνική Αγορά, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία του OECD για την Ελλάδα το 2016. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις αυτές η αγορά των γενόσημων στην Ελλάδα τόσο σε όγκο όσο και σε αξία εξακολουθεί να παραμένει <25%.

Share of generics in the total pharmaceutical market, 2015 (or nearest year)

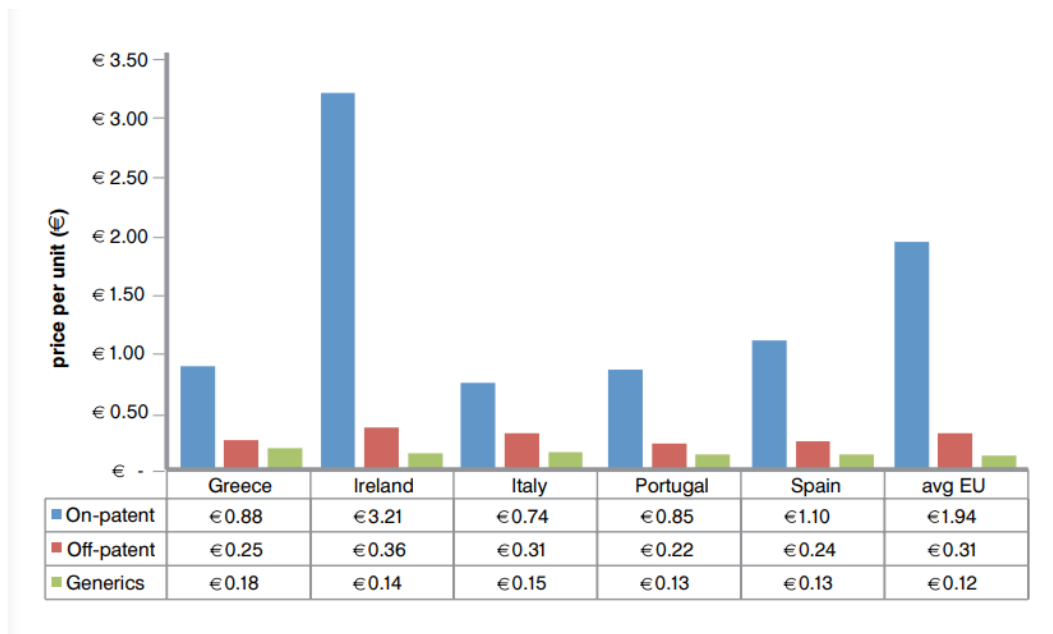


Διάγραμμα 3.1 Μερίδιο των γενόσημων σε όγκο και σε αξία στις χώρες του OECD. Πηγή: OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators.

Από το 2012, η ευθύνη της τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων μεταφέρθηκε από το Υπουργείο Ανάπτυξης στον ΕΟΦ για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και της διοίκησης (Economou, 2014). Οι τιμοκατάλογοι υποβάλλονται για πρώτη φορά στο Υπουργείο Υγείας και στη συνέχεια εκδίδονται με υπουργική απόφαση σε δελτίο τιμών (Yfantopoulos, 2018). Η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα ακολουθεί ένα διεθνές σύστημα τιμών αναφοράς, του οποίου το «καλάθι» χωρών έχει επεκταθεί πρόσφατα και, από το 2011, βασίζεται σε όλες τις αντίστοιχες τιμές των άλλων κρατών μελών της ΕΕ με αξιόπιστα δεδομένα (Yfantopoulos, 2018).

Στο Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζονται οι τιμές ανά μονάδα σε διαφορετικές χώρες τις ΕΕ (HELLENIC ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL COMPANIES, 2017).

Παρατηρούμε ότι οι τιμές των γενόσημων στην Ελλάδα είναι υψηλότερες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (0,18€ έναντι 0,12€), ενώ ταυτόχρονα οι τιμές των on-patent (πρωτότυπα φάρμακα) και off-patent (φάρμακα για τα οποία η περίοδος προστασίας έχει λήξει) φαρμάκων είναι σημαντικά χαμηλότερες (0,88€ έναντι 1,94€ και 0,25 έναντι 0,31, αντίστοιχα). Αυτό θα μπορούσε πιθανόν να δικαιολογήσει τη μικρότερη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα.



Διάγραμμα 3.2 Τιμές ανά μονάδα σε διαφορετικές χώρες τις ΕΕ (2017). Πηγή: HELLENIC ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL COMPANIES, 2017.

Στην ΕΕ, η προστασία της δημόσιας υγείας και ασφάλειας είναι κομβικής σημασίας. Για προϊόντα τα οποία προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, είτε ως είδη διατροφής ή ως σκευάσματα, τηρούνται συγκεκριμένα όρια και απαγορεύεται η χρήση τοξικών ουσιών ή η εκτεταμένη χρήση γενετικά τροποποιημένων οργανισμών κοκ. Οι εργαστηριακοί έλεγχοι και οι διαδικασίες παραγωγής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, διέπονται από ιδιαίτερα αυστηρά πρότυπα και, ως εκ τούτου, οι εταιρείες οφείλουν να δαπανούν τεράστια ποσά για την εξασφάλιση της καλής σχέσης ποιότητας – τιμής (Τομαράς, 2014).

Τα γενόσημα σε μεγάλο ποσοστό, παράγονται από ελληνικές επιχειρήσεις. Η προστασία των ευρεσιτεχνιών παραμένει σημαντική γι' αυτό και απαιτείται η παρέλευση των δέκα ετών (10) για να παραχθεί ένα γενόσημο. Ορισμένοι ερευνητές εξέτασαν το κατά πόσο οι δαπάνες για την περίθαλψη μειώνονται με τη χρήση των γενόσημων αλλά και το εάν, το γεγονός πως προωθούνται τα γενόσημα και όχι τα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στον τομέα της έρευνας και της τεχνολογίας στην φαρμακευτική βιομηχανία (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

Με βάση τις έρευνες από το εξωτερικό, όπου τα γενόσημα χρησιμοποιούνται για πάνω από τέσσερις δεκαετίες σε ποσοστό μεταξύ του 40 και 80 % σε σύγκριση με τα γενόσημα, προκύπτει πως υπάρχουν ανησυχίες σε σχέση με την προστασία των ευρεσιτεχνιών αλλά οι εταιρείες δεν παρουσιάζουν μειωμένη κερδοφορία. Επίσης,



επειδή για μία δεκαετία η χρήση είναι αποκλειστική, καλύπτεται σε μεγάλο ποσοστό το κόστος της εργαστηριακής, *in vivo* και *in vitro* έρευνας καθώς και το κόστος της ευρεσιτεχνίας (Tsiantou, Zavras, Kousoulakou, Geitona, & Kyriopoulos, 2009).

Από την άλλη, στην Ευρώπη, οι πατέντες κοστίζουν πολύ περισσότερο από ότι στις ΗΠΑ και η διάρκειά τους είναι βραχύτερη. Αυτό συμβαίνει για πολλούς λόγους, αλλά, κυρίως, διότι οι ευρωπαϊκές πατέντες εγκρίνονται και κατοχυρώνονται για το σύνολο της εσωτερικής αγοράς. Οι αιτήσεις για καταχώρηση πατεντών είναι ιδιαίτερα σύνθετες και απαιτείται προσεκτική μελέτη και η παροχή διαπιστευτηρίων σχετικά με το ίδιο το σκεύασμα. Σε άλλες περιπτώσεις, όταν γίνεται εισαγωγή ενός φαρμάκου από μία τρίτη χώρα, δηλαδή μία χώρα που δεν είναι κράτος – μέλος της ΕΕ, οι κανονισμοί είναι ιδιαίτερα αυστηροί (Kalra & Gupta, 2016).

Διερωτάται, λοιπόν, εύλογα, κανείς το πως λειτουργεί σήμερα η αγορά υγείας και πως επιδρούν τα γενόσημα φάρμακα σε αυτήν. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να αξιολογηθεί το κατά πόσο τα εν λόγω μέτρα επιφέρουν ή όχι κέρδος και ποιο είναι ακριβώς το κόστος της υποκατάστασης των πρωτότυπων από τα γενόσημα ή αντίστροφα.

#### **3.4. Στάση Ελλήνων ασθενών, ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα**

Στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής και της φαρμακευτικής η καινονομία και η έρευνα αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για να πετύχουν οι στόχοι που θέτουν οι θεσμοί για τη δημόσια υγεία. Οι άνθρωποι και η υγεία τους είναι το κύριο μέλημα του τομέα. Βεβαίως, υπάρχει ακόμη η διάσταση του κέρδους αλλά, πέραν των αμιγώς κερδοσκοπικών εταιρειών, συμμετέχουν στις ερευνητικές προσπάθειες και μη κερδοσκοπικοί φορείς όπως τα πανεπιστήμια.

Για τα γενόσημα φάρμακα, το βασικό ερώτημα που τίθεται είναι το πως μπορεί να συνδυαστεί μία στρατηγική για τη δημόσια υγεία, η οποία επικεντρώνεται στη βελτίωση της δημόσιας υγείας και τη μείωση των δημοσίων δαπανών, με το δικαίωμα κατοχύρωσης της πνευματικής ιδιοκτησίας. Η φαρμακοβιομηχανία, είναι, άλλωστε, ένας ακόμη κλάδος της βιομηχανίας, ο οποίος λειτουργεί, σε μεγάλο βαθμό, όπως οι άλλοι παραγωγικοί κλάδοι. Στο σημείο αυτό, λοιπόν, ως μέρος της ανάλυσης, θα εξεταστεί σύντομα, το πως μεταβάλλονται οι δείκτες για την υγεία στην Ευρώπη και,

κυρίως στην Ελλάδα και, έπειτα, θα γίνει μία αντιπαραβολή των δεδομένων αυτών με τα όσα προκύπτουν για τις δαπάνες για την έρευνα στην ΕΕ.

Με βάση την έρευνα των Ξανθοπούλου και Κατσιαλάκη (2015), που ερεύνησαν τη στάση 242 ασθενών και 85 ιατρών στην Ελλάδα σε σχέση με την στάση των Ελλήνων απέναντι στα γενόσημα φάρμακα, αποκαλύφθηκε πως τα προβλήματα της υποκατάστασης των πρωτότυπων με τα γενόσημα είναι διάφορα. Δεδομένου πως η έρευνα αφορά και δείγμα από το Θεαγένειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, κατανοεί κανείς πως ένα σημαντικό μέρος των ασθενών ήταν καρκινοπαθείς. Τα βασικά αποτελέσματα της έρευνας συνοψίζονται στα εξής σημεία (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016, σσ. σ. 60-63):

- 43 % των ασθενών δήλωσαν πως δεν θεωρούν πως τα γενόσημα είναι εξίσου ασφαλή με τα πρωτότυπα φάρμακα.
- Η ανησυχία των ασθενών ήταν ακόμη μεγαλύτερη στην περίπτωση που τα γενόσημα αφορούσαν αντι-καρκινικά φάρμακα.
- Το 54,5 % των ασθενών δήλωσαν πως οι ιατροί είναι πιθανό να μην επιθυμούν να υποκαταστήσουν τα πρωτότυπα με τα γενόσημα φάρμακα λόγω της ύπαρξης πελατειακών σχέσεων και της σχέσης τους με εταιρείες που παρασκευάζουν και πωλούν σκευάσματα στην ελληνική αγορά.
- Με την έρευνα αυτή επιβεβαιώθηκε πως οι τρεις παράγοντες που έπαιζαν το μεγαλύτερο ρόλο στην διαμόρφωση της στάσης των ασθενών ήταν α) η ηλικία, β) η εκπαίδευση και, γ) το ετήσιο ατομικό εισόδημα κάθε ενός από τους ασθενείς.
- Σε ό,τι αφορά το προσωπικό του νοσοκομείου, το 68,2 % δήλωσαν πως θεωρούν τα πρωτότυπα φάρμακα βίο – ισοδύναμα με τα γενόσημα και,
- Το 67,8% πως τα γενόσημα είναι και ασφαλή και αποτελεσματικά.
- Για τους ιατρούς παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ των ατομικών τους χαρακτηριστικών και της στάσης τους απέναντι στα γενόσημα. Συγκεκριμένα α) το φύλο, β) η ηλικία, γ) η εργασιακή εμπειρία, δ) η ειδικότητα και, ε) το ετήσιο εισόδημα, ήταν οι παράγοντες που εντοπίστηκαν ως οι πλέον σημαντικοί για την έρευνα.

Στην έρευνα των Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, (2016) αποδείχθηκε, δε, πως, εξαιρώντας τους ασθενείς πολύ μεγάλης ηλικίας, τα άτομα που δεν μιλούσαν σε ικανοποιητικό επίπεδο την ελληνική γλώσσα και μία μικρή ομάδα ασθενών που δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, υπάρχει μεγάλη προθυμία των ασθενών να λάβουν μέρος σε τέτοιου είδους μελέτες. Σχεδόν το 86 % των συμμετεχόντων δέχτηκαν να συμμετάσχουν σε αντίθεση με μόνον 40 % (85 από συνολικά 213 ιατρούς) των ιατρών.

Παράλληλα, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες συμμετέχουσες από την πλευρά των ασθενών ήταν κατά 50 % περισσότερες από τους αντίστοιχους άνδρες και πως άνω του 56 % ηλικίας 40 – 64 ετών. Το 50,4 % ήταν απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και σχεδόν το 88 % είχε ετήσιο εισόδημα κάτω από 18.000 ευρώ, με το 49,6 % να δηλώνει ως ετήσιο ατομικό εισόδημα 8.000 ευρώ και κάτω.

Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει σε πολλά σημεία της τα όσα, θεωρητικά, αναλύθηκαν παραπάνω. Καταρχήν, η σύνδεση του ατομικού εισοδήματος και των ασθενών και των ιατρών με τη στάση τους απέναντι στα γενόσημα αποδεικνύει πως η οικονομική κατάσταση των πολιτών έχει μεγάλη σημασία για την έρευνα για τα γενόσημα φάρμακα. Επίσης, αποδεικνύεται πως η οικονομική κρίση έχει επιδράσει, όντως, στην αντίληψη των ασθενών για την διαχείριση των ζητημάτων που εμπίπτουν στον τομέα της υγείας από πλευράς ελληνικού κράτους.

Παράλληλα, το ότι σχεδόν το 55 % των ασθενών έκρινε πως οι ιατροί επιλέγουν να συνταγογραφήσουν γενόσημα και όχι πρωτότυπα φάρμακα επειδή αποσκοπούν σε προσωπικό κέρδος και διότι διατηρούν πελατειακές σχέσεις με εταιρείες έχει σημασία για την μελέτη αυτή. Διακρίνεται πως, πράγματι, για το ιατρικό προσωπικό, το εισόδημά τους και η θέση τους τους επηρεάζει ως προς τη στάση τους απέναντι στα γενόσημα. Επομένως, η εν λόγω άποψη των ασθενών δεν είναι ανακριβής.

Ο κίνδυνος της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα είναι μηδαμινός και η ανασφάλεια που προκύπτει οφείλεται στην κακή ενημέρωση αλλά και την επικοινωνία του μέτρου. Τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την θεραπευτική τους αξία και την ενεργή τους ουσία όπως και τον τύπο τους (χάπι, σιρόπι κοκ). Οι πολίτες, οι οποίοι κάνουν συστηματική χρήση ενός ιδιοσκευάσματος με μία ονομασία και είναι εξοικειωμένοι με στοιχεία όπως η συσκευασία, η γεύση και η εμφάνιση του, τείνουν να αντιδρούν αρνητικά στην υποκατάστασή τους.

Ωστόσο, ακόμη και στο ευρύ κοινό, παρατηρείται πως η αναλογία της χρήσης γενόσημων έναντι πρωτότυπων φαρμάκων, είναι περίπου 1,8 προς 8, δηλαδή, η

κατανάλωση των γενόσημων είναι τουλάχιστον τέσσερις φορές μικρότερη από αυτή των πρωτότυπων / πατενταρισμένων φαρμάκων παρότι παράγονται σε αναλογία περίπου 3,3 προς 7. Την ίδια στιγμή, η τιμολόγηση ενός πατενταρισμένου έναντι ενός γενόσημου φαρμάκου παραμένει διαφορετική, με την αναλογία τιμής να είναι 4 προς 10. Συγκρίνοντας τα παραπάνω δεδομένα κατανοεί κανείς πως, ενώ οι καταναλωτές έχουν πολλά οφέλη από την υποκατάσταση, απορρίπτουν το εν λόγω μέτρο λόγω της επιρροής που έχει η κακή προώθηση τους και ο «μύθος» της έλλειψης ελέγχων και ασφάλειας από πλευράς του ΕΟΦ (ΕΟΦ, Δελτίο τύπου: "Γενόσημα Φάρμακα", 2019). Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως, παρότι οι Έλληνες παρουσιάζουν μειωμένη αγοραστική ικανότητα και, παρότι το επίπεδο φτώχειας αυξάνεται ενώ το αντίστοιχο επίπεδο ευημερίας μειώνεται, το κοινό προτιμά να αγοράσει με πλήρη συμμετοχή (100 %) ένα πρωτότυπο σκεύασμα παρά να ωφεληθεί από τη χρήση των γενόσημων. Αυτή η διαπίστωση εγείρει διάφορα ερωτήματα ως προς τις πιθανές εναλλακτικές στρατηγικές που θα μπορούσε να προάγει και να προωθήσει το κράτος προς μία κατεύθυνση βελτίωσης της αποδοχής των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα. Σκοπός του κεφαλαίου που ακολουθεί είναι να γίνει μία ανασκόπηση των δυνατοτήτων και προκλήσεων και μία πρόταση για την βελτίωση του επιπέδου αποδοχής και διείσδυσης των γενόσημων στην Ελλάδα (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Στο παραπάνω κεφάλαιο επιχειρήθηκε μία θεωρητική ανασκόπηση των τάσεων των πολιτών όσο και των επαγγελματιών υγείας και των μέσων σε σχέση με τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων έναντι των πατενταρισμένων ιδιοσκευασμάτων. Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μία περισσότερο ποσοτική ανάλυση των δεδομένων για να δοθεί μία πιο ακριβής εικόνα σε σχέση με την αποδοχή ή μη των γενόσημων στη χώρα, σύμφωνα με τα πορίσματα αξιόπιστων ερευνητών.

#### **4.1. Μεθοδολογία έρευνας**

Για το σκοπό της ολοκλήρωσης της παρούσας εργασίας έγινε, επίσης, μία προσπάθεια για την ανασκόπηση των απόψεων του κοινού, με τη χρήση της ποσοτικής έρευνας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε η διανομή ερωτηματολογίων με τη μέθοδο της «χιονοστιβάδας», δηλαδή δίδοντας ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση σε οικεία πρόσωπα τα οποία, με τη σειρά τους, διένειμαν το ερωτηματολόγιο σε πρόσωπα τα οποία ήταν πρόθυμα να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (Anthopoulos, Siozos, & Tsoukalas, 2007).

Αυτή η μέθοδος θεωρείται αποδοτική σε συγκεκριμένες έρευνες οι οποίες πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις που ο ερευνητής ή η ερευνήτρια δεν είναι σε θέση να χρηματοδοτήσει με ίδια κεφάλαια μία χρονοβόρα και κοστοβόρα έρευνα ή να προσεγγίσει ένα δείγμα το οποίο παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις. Τα θετικά αυτής της μεθόδου είναι τα ακόλουθα:

- Είναι χαμηλού κόστους.
- Η σχέση κόστους – οφέλους είναι θετική.
- Είναι χαμηλού ρίσκου, αφού το δείγμα αποτελείται από πρόσωπα τα οποία συμμετέχουν οικειοθελώς και δεν έχουν συμφέρον να απαντήσουν με συγκεκριμένο τρόπο, δηλαδή παραμένουν ειλικρινείς.

- Επιτρέπει την άμεση συλλογή υλικού.
- Το δείγμα αισθάνεται μεγάλη ασφάλεια καθώς γνωρίζουν προσωπικά τον ερευνητή ή καλούνται να συμμετέχουν μετά από παρότρυνση οικείου προσώπου.
- Εξασφαλίζεται ότι το δείγμα δεν συμπληρώνεται από άτομα τα οποία έχουν χαμηλό επίπεδο κατανόησης του σκοπού της έρευνας.
- Ο ερευνητής δεν είναι υποχρεωτικό να διαθέτει στοιχεία για τον πληθυσμό του δείγματος.

Αντίθετα, παρουσιάζονται και ορισμένα αρνητικά στοιχεία τα οποία είναι τα εξής:

- Το δείγμα μπορεί να παρομοιάζει ένα βαθμό ομοιότητας.
- Υπάρχει κίνδυνος μη συμπλήρωσης του απαραίτητου αριθμού συμμετεχόντων, γι' αυτό το λόγο και το n σε αυτήν την έρευνα ήταν σχετικά μικρό (n=61 άτομα).
- Δεν επιτρέπει, σε περίπτωση λαθών, την επαναπροσέγγιση του δείγματος.

Η έρευνα διήρκησε δύο συνολικά εβδομάδες, από την 1<sup>η</sup> έως την 14<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 2019, ενώ η προετοιμασία για αυτήν είχε ήδη ξεκινήσει από το Δεκέμβριο του 2018. Το αρχικό δείγμα το οποίο προσεγγίστηκε αποτελούνταν από άτομα τα οποία, συνειδητά, ήταν διαφόρων ηλικιών και κατοικούσαν α) στην Πάτρα, β) στην Αθήνα, γ) στην περιοχή του Αυλώνα Αττικής, δ) στη Θήβα, ε) στη Θεσσαλονίκη, στ) σε χωριό εκτός της Θεσσαλονίκης (Λαγκαδάς). Αυτή η επιλογή έγινε διότι, με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται ο υψηλός βαθμός συγκέντρωσης του δείγματος σε μία γεωγραφική περιοχή και αυξάνεται το εύρος των απαντήσεων. Επομένως, οι απαντήσεις που λαμβάνονται είναι περισσότερο αντικειμενικές και λιγότερο πολωμένες.

Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει τόσο δημογραφικές ερωτήσεις (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα) όσο και ειδικές σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Προσεγγίστηκαν, συνολικά εξήντα (61) άτομα.

Οι ερωτήσεις γίνονται με σκοπό το να απαντηθούν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Ακολουθώντας το πρότυπο των Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη (2016), πέραν των γενικών συμπερασμάτων, θα γίνει μία προσπάθεια να βρεθεί το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και γενικής άποψης για τα γενόσημα (θετική, ουδέτερη, αρνητική, ΔΓ/ΔΑ), όπως και του επιπέδου εκπαίδευσής τους.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα:

1. Η στάση των Ελλήνων απέναντι στα γενόσημα το 2019 εμφανίζεται ως διαφοροποιημένη σε σχέση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του 2015 (Skaltsas & Vasileiou, 2015);
2. Ποια η κύρια πηγή ενημέρωσης των Ελλήνων σε σχέση με τα γενόσημα άρα και, πιθανώς, για την επικαιρότητα;
3. Υπάρχουν λόγοι για τους οποίους οι Έλληνες θα χρησιμοποιούσαν τα γενόσημα;
4. Ποια η γνώμη των Ελλήνων σε σχέση με τους λόγους για τους οποίους οι γιατροί τους προωθούν τα γενόσημα φάρμακα;
5. Ποια η γνώμη των Ελλήνων για τις εθνικές πολιτικές;
6. Πόσο επιδρούν οι δημογραφικοί παράγοντες στη διαμόρφωση απόψεων των πολιτών σε σχέση με τα γενόσημα (γενική άποψη για τα γενόσημα, πρόθεση να λάβουν γενόσημα);
7. Ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί που σχετίζονται με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι βασικές υποθέσεις εργασίας, όπως αυτές διαμορφώνονται με την ανάλυση των αποτελεσμάτων συναφών ερευνών, είναι οι εξής:

1. Οι Έλληνες διατηρούν μία σχετικά αρνητική και ανελαστική στάση απέναντι στα γενόσημα. Για να επιβεβαιωθεί αυτή η υπόθεση θα πρέπει το τελικό αποτέλεσμα να είναι πως πάνω από το 50% των ερωτηθέντων εκφράζουν αρνητικές απόψεις για τα γενόσημα φάρμακα.
2. Η αρχική υπόθεση εργασίας είναι πως οι Έλληνες θα είναι μάλλον περισσότερο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τα γενόσημα φάρμακα αν είναι απολύτως αναγκαίο, ή / και, αν το επιβάλλει ο ιατρός τους.
3. Οι πολίτες φαίνεται να έχουν μία ουδέτερη σχέση με τους ιατρούς.
4. Οι Έλληνες είναι πιθανό να κατηγορούν την κυβέρνηση για την πορεία της εθνικής οικονομίας και των πολιτικών υγείας.
5. Το φύλο, η κοινωνική και η οικονομική θέση έχουν, λογικά, σχέση με την στάση των Ελλήνων απέναντι στα γενόσημα.
6. Το φύλο, η κοινωνική και η οικονομική θέση έχουν, λογικά, σχέση με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων

## **4.2. Παρουσίαση και ανάλυση αποτελεσμάτων**

Στην παρούσα υποενότητα, αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με χρήση απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων (N, f%). Επιπλέον, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα (θετική, ουδέτερη, αρνητική), καθώς και της πρόθεσης τους να λάβουν γενόσημα. Σε όλες τις αναλύσεις (συσχετίσεις, λογιστική παλινδρόμηση), πέραν των αρχικών περιγραφικών, οι απαντήσεις ΔΓ/ΔΑ κωδικοποιήθηκαν ως ελλείπουσες τιμές (missing), καθώς δεν προσφέρουν κάποια πληροφορία. Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης, η οποία πραγματοποιήθηκε με στόχο τον εντοπισμό παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες.

Η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιείται όταν η μεταβλητή έκβασης/εξαρτημένη μεταβλητή είναι δίτιμη (π.χ., ναι, όχι) και συνεπώς δεν ενδείκνυται η χρήση του μοντέλου της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Μας επιτρέπει να εξετάσουμε την ύπαρξη σχέσης μεταξύ των υπό εξέταση παραγόντων και της εξαρτημένης μεταβλητής, ενώ μας παρέχει και ένα μέτρο έντασης της πιθανής αυτής σχέσης, τον λόγο σχετικών πιθανοτήτων (Odds ratio, OR). Ως σχετική πιθανότητα (odds) ορίζεται η πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός προς την πιθανότητα να μη συμβεί. Σε όλους τους ελέγχους το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν  $\alpha=5\%$ . Συνεπώς, τιμές μικρότερες του 0,05 θεωρούνται ως στατιστικώς σημαντικές (απορρίπτουμε δηλαδή τη μηδενική υπόθεση). Επιπλέον, τιμές μικρότερες του  $\alpha=10\%$ , αν και δεν είναι στατιστικώς σημαντικές, θεωρείται ότι υποδεικνύουν ένδειξη κάποιας σχέσης (trend), την οποία πιθανόν δεν μπορούμε να εντοπίσουμε λόγω μικρού μεγέθους δείγματος.

### **4.2.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος**

Συνολικά στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 61 άτομα. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το 59% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες και το 41,0% άνδρες. Αναφορικά με την ηλικία, το 13,1% των συμμετεχόντων είναι 18 – 24 ετών, το 21,3% 25-34 ετών, το 29,5% μεταξύ 35 – 44 ετών, το 26,2% 45 – 59 ετών και το μόλις ένα 9,8 % είναι άνω των 60 ετών.



Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες (52,5%) είναι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας, δηλαδή Γυμνασίου ή Λυκείου, ένα 19,7% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ και ένα 16,4% κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος.

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με το επάγγελμά τους, τα αποτελέσματα ήταν ποικίλα αν ο αριθμός των ανέργων είναι σημαντικά χαμηλός (4,9%), κάτι το οποίο μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός πως ένα 26,2% δήλωσαν φοιτητές / φοιτήτριες, επομένως, δεν αυτό-χαρακτήρισαν τους εαυτούς τους ως «ανέργους». Επίσης, ένα 3,3% δήλωσαν συνταξιούχοι. Τα υπόλοιπα αποτελέσματα δείχνουν πως δεν υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ του ποσοστού ιδιωτικών υπαλλήλων – 32,8% - σε σχέση με τους δημόσιους – 23,0%, τουλάχιστον στο βαθμό που να δείχνει πως μία επαγγελματική κατηγορία υπερ-εκπροσωπείται έναντι μίας άλλης. Επίσης, ένα 8,2% δήλωσαν ότι είναι «ελεύθεροι επαγγελματίες» και ένα άτομο (1,6%) συγγραφέας.

Η οικονομική θέση / κατάσταση των συμμετεχόντων, υπολογίστηκε με βάση το καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα το οποίο δήλωσαν. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

- 26,2 % δήλωσαν πως το καθαρό ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω από 8.000 ευρώ. Αυτό αιτιολογείται και από το υψηλό ποσοστό ατόμων που δήλωσαν «φοιτητές και φοιτήτριες» όπως και το ότι πολλοί ιδιωτικοί υπάλληλοι είναι, πλέον, μερικής απασχόλησης, όπως, άλλωστε, σημειώθηκε και σε ένα από τα ερωτηματολόγια (“part-time”).
- 37,7 % δηλώνουν εισόδημα μεταξύ 8.000 και 12.500 ευρώ.
- 16,4 % δηλώνουν οικογενειακό καθαρό μέσο ετήσιο εισόδημα το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 12.500 και 15.000 ευρώ.
- Αντίστοιχο (14,8%) είναι και το ποσοστό αυτών που δηλώνουν εισόδημα μεταξύ 15.000 ευρώ και 25.000 ευρώ. Σημειώνεται πως τα ποσά αυτά αποτελούν το *οικογενειακό* και όχι το ατομικό εισόδημα.
- Ένα 3,3% επέλεξαν να μην απαντήσουν στην ερώτηση αυτή, δικαίωμα το οποίο τους αναγνωρίστηκε εξαρχής στην έρευνα.
- Τέλος, ένα 1,6% μόλις, δήλωσε πως το καθαρό ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα είναι περισσότερο από 25.000 ευρώ.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

<b>Δημογραφικά</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	25	41,0
	Γυναίκα	36	59,0
<b>Ηλικία</b>	18-24	8	13,1
	25-34	13	21,3
	35-44	18	29,5
	45-59	16	26,2
	60+	6	9,8
<b>Εκπαιδευτικό υπόβαθρο</b>	Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)	2	3,3
	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο – Λύκειο)	32	52,5
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	12	19,7
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	10	16,4
<b>Επάγγελμα</b>	ΙΕΚ / Κολλέγιο	5	8,2
	Άνεργος / η	3	4,9
	Φοιτητής / ρια	16	26,2
	Ιδιωτικός / η υπάλληλος	20	32,8
	Δημόσιος / α υπάλληλος	14	23,0
	Ελεύθερος / η επαγγελματίας	5	8,2
	Συνταξιούχος /α	2	3,3
	Συγγραφέας	1	1,6
	κάτω από 8,000 ευρώ	16	26,2
	<b>Μέσο ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημα</b>	8,000 - 12,500 ευρώ	23
12,500 - 15,000 ευρώ		10	16,4
15,000 - 25,000 ευρώ		9	14,8
πάνω από 25,000 ευρώ		1	1,6
ΔΓ/ ΔΑ		2	3,3

N:Συχνότητα, f%:Σχετική συχνότητα

#### 4.2.2. Αποτελέσματα γενικών ερωτήσεων

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις γενικές ερωτήσεις αναφορικά με την ασφαλιστική ικανότητα, τη χρήση συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εντός του προηγούμενου εξαμήνου και τη μέση ετήσια δαπάνη για ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαθέτουν ασφάλιση υγείας και, μάλιστα, μέσω ΕΟΠΥΥ, με το ποσοστό αυτών να αγγίζει το 65,6% σε σχέση με αυτούς που δεν είναι ασφαλισμένοι – 8,2%. Ένα 21,3% σημείωσαν πως διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Επομένως, το εύρημα αυτό θεωρείται ως ενδεικτικό για την ανάλυση των αποτελεσμάτων που ακολουθούν. Άλλωστε, επειδή η έρευνα αφορά, όχι το γενικό επίπεδο υγείας των Ελλήνων, αλλά τη στάση τους απέναντι στα γενόσημα, δεν θα απορριφθεί για λόγους εγκυρότητας. Επίσης, ένα 3,3% επέλεξε την απάντηση ΔΓ/ΔΑ, και ένα 1,6% πως διαθέτουν «ασφάλιση πανεπιστημίου» στην επιλογή «άλλο» και ένα 8,2% πως δεν είναι ασφαλισμένοι, γεγονός το οποίο μπορεί να αιτιολογεί τις αποκλίσεις, ενώ, επειδή οι απαντήσεις δίδονται από τους συμμετέχοντες και δεν γίνεται απόλυτη σύγκριση των αποτελεσμάτων, διατηρούνται επιφυλάξεις σε σχέση με την ακρίβεια των απαντήσεων. Μία τελευταία υπόθεση ως προς τους λόγους για τους οποίους εμφανίστηκε αυτό το ποσοστό είναι ότι, λόγω του ότι χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας, δεν θα ήταν παράδοξο το δείγμα να έδωσε τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση σε μία ομάδα ατόμων οι οποίοι είχαν κοινά χαρακτηριστικά.

Σε σχέση με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η πλειοψηφία του δείγματος, συγκεκριμένα ένα ποσοστό της τάξης των δύο τρίτων (68,9%) δήλωσαν πως έχουν χρησιμοποιήσει το τελευταίο εξάμηνο συνταγογραφούμενα φάρμακα, αν και δεν διευκρινίστηκε το εάν τα φάρμακα αυτά τους τα συνταγογράφησε διαπιστευμένος ιατρός ή όχι. Ένα 29,5% από την άλλη πλευρά, απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Αντίστοιχα, για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, ένα 59% δήλωσε πως έχουν χρησιμοποιήσει, πράγματι, τέτοια ιδιοσκευάσματα και ένα 39,3% πως δεν το έχουν κάνει. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως δεν εντοπίζεται μία συγκεκριμένη τάση έναντι μίας άλλης.

Αναφορικά με τη μέση ετήσια δαπάνη για ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες, οι απαντήσεις ποικίλαν αρκετά. Αναλυτικότερα, τα δύο τρίτα (2/3) των συμμετεχόντων, συνολικά, δεν δαπανούν, κατά τα λεγόμενά τους, περισσότερα από 100 ευρώ ετησίως. Μόνο ένας συμμετέχων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1,6% δήλωσε πως δαπανά πάνω από 300 ευρώ / έτος. Τα ποσοστά έχουν ως εξής:

- 31,1% δήλωσαν πως δαπανούν έως 50 ευρώ ετησίως.
- 50 – 100 ευρώ / έτος, δαπανά το 34,4% των συμμετεχόντων.
- 23% δαπανούν μεταξύ 100 και 200 ευρώ.
- 9,8% δαπανούν μεταξύ 200 και 300 ευρώ.
- 1,6% πάνω από 300.

Τα ποσοστά αυτά δικαιολογούνται από το γεγονός πως το δείγμα ατόμων άνω των 60 ετών είναι περιορισμένο όσο και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία δήλωσε πως διαθέτουν δημόσια ή ιδιωτική ασφάλεια υγείας.

**Πίνακας 2.** Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις γενικές ερωτήσεις σχετικές με την υγεία και τη χρήση φαρμάκων

<b>Ερώτηση</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Διαθέτετε ενεργή ασφάλεια υγείας;	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	40	65.6
	Ναι, ιδιωτική	13	21.3
	Όχι	5	8.2
	Πανεπιστημίου	1	1.6
	ΔΓ/ ΔΑ	2	3.3
Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Ναι	42	68.9
	Όχι	18	29.5
	ΔΓ/ΔΑ	1	1.6
Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες μη συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Ναι	36	59.0
	Όχι	24	39.3
	ΔΓ/ΔΑ	1	1.6
Πόσα χρήματα δαπανάτε κατά μέσο όρο το χρόνο για υπηρεσίες υγείας/ ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;	Κάτω από 50 ευρώ	19	31.1
	50-100 ευρώ	21	34.4
	100-200 ευρώ	14	23.0
	200-300 ευρώ	6	9.8
	πάνω από 300 ευρώ	1	1.6

N:Συχνότητα, f%:Σχετική συχνότητα

#### **4.2.3. Ειδικές ερωτήσεις για τα γενόσημα φάρμακα**

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται το να αναδειχθούν οι τάσεις σε σχέση με τα γενόσημα φάρμακα ειδικά. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως γνωρίζουν τί είναι τα γενόσημα φάρμακα, με το 93,3% να απαντάει θετικά στην σχετική ερώτηση. Δύο συμμετέχοντες (3.3 %) απάντησαν πως δεν γνωρίζουν τί είναι τα γενόσημα φάρμακα, ενώ ένας συμμετέχοντας δεν ήταν σίγουρος («Νομίζω ναι») και ένας συμμετέχοντας επέλεξε «ΔΓ/ΔΑ» (1,7%). Επιπλέον, ένας συμμετέχοντας δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Σε σχέση με τη γνώμη που διατηρούν οι συμμετέχοντες για τα γενόσημα φάρμακα, εντοπίζεται μία διάσταση απόψεων, καθώς, πάνω από το 30% δηλώνουν πως διατηρούν μία αρνητική στάση απέναντι στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων, ενώ ένα 36,1% ούτε θετική ούτε αρνητική στάση (ουδέτερη). Επίσης, το 24,6%, ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί στο ένα τέταρτο συνολικά του δείγματος, δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν θετικά τα γενόσημα και ένα 6,6% πως δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν. Επιπλέον, μια συμμετέχουσα (1,6%) δήλωσε πως δεν είναι βέβαιη τι είναι τα γενόσημα.

Έπειτα, οι συμμετέχοντες / συμμετέχουσες, ρωτήθηκαν σχετικά με το από που έχουν ενημερωθεί για τα γενόσημα φάρμακα. Παρότι η αρχική υπόθεση ήταν πως τα ΜΜΕ είναι η κύρια πηγή ενημέρωσης των καταναλωτών για τα γενόσημα, τα αποτελέσματα της έρευνας αντικρούουν την αρχική υπόθεση εργασίας. Συγκεκριμένα, βάσει των απαντήσεων των ερωτηθέντων:

- 29,5% δήλωσαν πως έχουν, πράγματι, ενημερωθεί από τα ΜΜΕ.
- 16,4% από τον ή τη φαρμακοποιό.
- Το 18% από ιδιώτες ιατρούς.
- Το 16,4% από το διαδίκτυο.
- Το 14,8% από ιατρούς ή νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων / κλινικών.
- Το 3,3% από γνωστούς, φίλους ή μέλη της οικογένειας.
- Ένα ποσοστό της τάξης του 1,6% (ένας συμμετέχων) υπογράμμισε πως δεν γνωρίζει τι είναι τα γενόσημα.

Από τα αποτελέσματα αυτά, επαληθεύεται πως η πλειοψηφία των Ελλήνων δεν ενημερώνονται από αξιόπιστες πηγές.

Κατόπιν, οι ερωτηθέντες/ ερωτηθείσες ρωτήθηκαν ειδικά σε σχέση με το βαθμό στον οποίο είναι πρόθυμοι/ ες να κάνουν χρήση γενόσημων φαρμάκων. Ενώ το 59% του δείγματος απάντησε θετικά, ένα 24,6 % απάντησε αρνητικά. Επίσης, προκαλεί εντύπωση πως ένα 13,1% απάντησαν πως δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν, και πως ένα 1,6% απάντησε θετικά, αλλά με την προϋπόθεση πως αυτό είναι απολύτως αναγκαίο, ενώ, στην απάντηση «άλλο» ένα 1,6% σημείωσε πως «εξαρτάται».

Αυτό δείχνει πως, παρότι οι συμμετέχοντες παραπάνω αποδείχθηκε πως δεν διατηρούν μία θετική στάση απέναντι στα γενόσημα φάρμακα, διατηρούν τη βούληση να τα λάβουν. Παρακάτω θα εξεταστεί υπό ποιες προϋποθέσεις συμβαίνει αυτό.

Αναφορικά με τους πιθανούς λόγους για τους οποίους οι καταναλωτές θα ήταν διατεθειμένοι να χρησιμοποιήσουν ένα γενόσημο φάρμακο, οι καταναλωτές ρωτήθηκαν, ειδικά, σχετικά με το, υπό ποιες προϋποθέσεις, θα ήταν πρόθυμοι και

πρόθυμες να κάνουν χρήση ενός γενόσημου έναντι των πρωτότυπων ιδεοσκευασμάτων. Με βάση την έρευνα, οι καταναλωτές θα μπορούσαν να αποδεχθούν τα γενόσημα φάρμακα για διάφορους λόγους οι οποίοι είναι οι εξής:

- Για το 26,2% εάν δεν υπήρχε εναλλακτική, δηλαδή αν δεν μπορούσε να συνταγογραφηθεί ένα πρωτότυπο φάρμακο και το γενόσημο ήταν η μοναδική εναλλακτική για αυτούς.
- Ένα 26,2% απάντησαν πως θα χρησιμοποιούσαν ένα γενόσημο αν τους το πρότεινε ο γιατρός τους. Βάσει αυτού, καταλήγει κανείς πως οι ιατροί είναι σε θέση να μεταπείσουν, ίσως, έναν αριθμό καταναλωτών / ασθενών και, με αυτόν τον τρόπο, να αυξηθεί το επίπεδο διείσδυσης των γενόσημων στην ελληνική αγορά.
- Το 16,4% αν το γενόσημο ήταν φθηνότερο / επειδή τα γενόσημα είναι φθηνότερα.
- 9,8% απάντησε πως θα χρησιμοποιούσαν ένα γενόσημο αν τους το πρότεινε ο / η φαρμακοποιός τους.
- Το 6,6% αρνήθηκε κάθε πιθανότητα να κάνει χρήση γενόσημων φαρμάκων.
- Το 6,6% απάντησαν πως δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν.
- Το 8,2% αν το γενόσημο και το πρωτότυπο σκεύασμα είχαν / έχουν ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα.

Κατανοεί, λοιπόν, κανείς, πως οι λόγοι οι οποίοι πείθουν ή θα έπειθαν τους συμμετέχοντες να κάνουν χρήση των γενόσημων έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων είναι σύνθετοι και πως πρέπει να εξετάζονται υπό μία πιο σύνθετη σκοπιά. Ο παράγοντας «τιμή» φαίνεται να μην είναι εξίσου σημαντικός για τους καταναλωτές όσο για τους φορείς της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ασφάλισης στην Ελλάδα.

Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε σχέση με το ποιους λόγους κρίνουν πως έχουν οι ιατροί όταν επιλέγουν να συνταγογραφήσουν ένα γενόσημο φάρμακο. Οι απαντήσεις που δόθηκαν δείχνουν πως η γνώμη των Ελλήνων για τους ιατρούς δεν είναι αρνητική. Από την άλλη, σχεδόν το 1/5 του δείγματος, όπως συζητείται, κρίνουν πως οι ιατροί προτιμούν τα γενόσημα λόγω ύπαρξης πελατειακών σχέσεων με τις παραγωγούς εταιρείες, απάντηση η οποία δείχνει πως υπάρχει μία τάση επιφυλακτικότητας και απέναντι στους επαγγελματίες της υγείας, από ένα μικρότερο, όμως, δείγμα. Συγκεκριμένα:

- 30% κατέληξαν πως ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ιατροί συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα είναι πως είναι φθηνότερα σε σχέση με τα πρωτότυπα,
- 20% επειδή τους επιβάλλεται.
- 13,3% επειδή έχουν σχέσεις με εταιρείες που τα παράγουν.
- 21,7% επειδή θεωρούν πως είναι εξίσου αποδοτικά.
- 10 % δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν.
- 3,3% (N=2) δήλωσαν πως τα συνταγογραφούν και επειδή έχουν σχέσεις με εταιρείες που τα παράγουν και επειδή θεωρούν πως είναι αποδοτικά
- 1,7% (N=1) δήλωσε πως τα συνταγογραφούν και επειδή τους επιβάλλεται και επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά.

Τέλος, εξετάζονται οι βασικοί λόγοι τους οποίους οι ερωτηθέντες / ερωτηθείσες κρίνουν πως έχει το κράτος και αποτελούν αίτια για την προσπάθειά των θεσμών να προωθήσουν τα γενόσημα στη χώρα. Οι απαντήσεις απέχουν σε ένα βαθμό από τα όσα αρχικά έχουν αναλυθεί στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της μελέτης αυτής. Συγκεκριμένα:

- Το 36,1% κρίνουν πως ο βασικός λόγος είναι πως επιδιώκουν τη μείωση των δαπανών για την υγεία.
- Μόλις το 18% επειδή αδιαφορούν για την υγεία των πολιτών.
- Ένα 13,1% επειδή τους το επιβάλλουν οι δανειστές.
- Το 19,7% θεωρεί πως συμβαίνει επειδή οι θεσμοί κρίνουν πως τα γενόσημα και τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν τα ίδια ακριβώς αποτελέσματα.
- Το 3,3% για να ενισχύσουν τις ελληνικές επιχειρήσεις του τομέα της φαρμακοβιομηχανίας.
- Το 8,2% απάντησαν πως δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν.
- Ένας συμμετέχοντας (1,6%) αναφέρει πως αυτό συμβαίνει και επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές και για να μειωθούν οι δαπάνες στην υγεία.

**Πίνακας 3.** Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα

Ερώτηση	Κατηγορίες	N	f%
Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;	Ναί	56	93.3
	Όχι	2	3.3
	Νομίζω ναι	1	1.7
	ΔΓ/ΔΑ	1	1.7
Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;	Θετική	15	24.6
	Ούτε θετική ούτε αρνητική	22	36.1
	Αρνητική	19	31.1
	ΔΓ/ΔΑ	5	8,2%
Από που ενημερωθήκατε για τα γενόσημα φάρμακα;	Δεν γνωρίζω τι είναι τα γενόσημα	1	1.6
	Από ιδιώτη ιατρό	11	18.0
	Από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	9	14.8
	Από τον / τη φαρμακοποιό	10	16.4
	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες κλπ)	18	29.5
	Από το διαδίκτυο	10	16.4
	Από φίλους / γνωστούς / μέλη της οικογένειάς μου	2	3.3
	ΔΓ/ΔΑ		
Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;	Όχι	15	24.6
	Ναι	36	59%
	ΔΓ/ΔΑ	8	13.1
	Αν είναι απόλυτη ανάγκη, ναι	1	1,6%
	Εξαρτάται	1	1,6%
Για ποιό λόγο θα χρησιμοποιούσατε ένα γενόσημο έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων;	Αν το προτείνει ο γιατρός μου	16	26.2
	Αν το προτείνει ο φαρμακοποιός	6	9.8
	Είναι φθηνότερο	10	16.4
	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	16	26.2
	Έχουν ίδια αποτελέσματα	5	8.2
	Σε καμία περίπτωση δεν θα λάμβανα γενόσημο	4	6.6
	ΔΓ/ ΔΑ	4	6.6
	ΔΓ/ΔΑ		
Για ποιούς λόγους συνταγογραφούν οι ιατροί γενόσημα;	Επειδή τους επιβάλλεται	12	20.0
	Επειδή τους επιβάλλεται & Επειδή θεωρούν πως είναι εξίσου αποδοτικά	1	1.7
	Επειδή είναι φθηνότερα	18	30.0
	Λόγω του ότι έχουν σχέσεις με τις εταιρείες	8	13.3
	Λόγω του ότι έχουν σχέσεις με τις εταιρείες & Επειδή θεωρούν πως είναι εξίσου αποδοτικά	2	3.3
	Επειδή θεωρούν πως είναι εξίσου	13	21.7
	ΔΓ/ΔΑ		



	αποδοτικά ΔΓ/ΔΑ	6	10.0
Για ποιούς λόγους προωθεί το κράτος τα γενόσημα;	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές	8	13.1
	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές & Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία	1	1.6
	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία	22	36.1
	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών	11	18.0
	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα	12	19.7
	Για να ενισχύσουν τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες	2	3.3
	ΔΓ/ΔΑ	5	8.2

#### 4.2.3. Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την πρόθεση των συμμετεχόντων να λάβουν γενόσημα

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε να αξιολογηθεί κατά πόσον η πρόθεση των συμμετεχόντων να λάβει γενόσημα σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, κατάσταση εργασίας, εισόδημα) με χρήση του ελέγχου  $\chi^2$ . Στις παρακάτω αναλύσεις οι απαντήσεις ΔΓ/ΔΑ θεωρήθηκαν ως ελλείπουσες τιμές (missing) καθώς δεν προσφέρουν κάποια πληροφορία. Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Αν είναι απόλυτη ανάγκη, ναι» και «Εξαρτάται» αναφορικά με το αν θα λάμβαναν γενόσημα δεν συμπεριλήφθηκαν στην συγκεκριμένη ανάλυση.

Στο πλαίσιο αυτών των αναλύσεων, αναφορικά με την εκπαίδευση οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες:  $\leq 12$  έτη εκπαίδευσης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια) και  $> 12$  έτη εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΙΕΚ, ΚΟΛΕΓΙΟ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό). Αναφορικά με την εργασία, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες: άνεργος/φοιτητής/συνταξιούχος και εργαζόμενοι (ιδιωτικός υπάλληλος, δημόσιος υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, συγγραφέας). Τέλος, όσον αφορά στο εισόδημα οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν στις εξής ομάδες: έως 12,500 ευρώ και  $> 12,500$  ευρώ.

Τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 4, 5, 6, 7 και 8. Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά στην πρόθεση των συμμετεχόντων να χρησιμοποιήσει γενόσημα ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

**Πίνακας 4.** Σχέση μεταξύ της πρόθεσης να λάβει γενόσημα και του φύλου.

	Φύλο	Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;		Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Όχι	Ναι		
Ανδρας	N	5	15	20	0,579
	%	25,0%	75,0%	100,0%	
Γυναίκα	N	10	21	31	100,0%
	%	32,3%	67,7%	100,0%	
Σύνολο	N	15	36	51	100,0%
	%	29,4%	70,6%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 5.** Σχέση μεταξύ της πρόθεσης να λάβει γενόσημα και της ηλικίας.

Ηλικία		Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;		Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Όχι	Ναι		
18-24	N	1	6	7	0,645
	%	14,3%	85,7%	100,0%	
25-34	N	2	7	9	100,0%
	%	22,2%	77,8%	100,0%	
35-44	N	7	11	18	100,0%
	%	38,9%	61,1%	100,0%	
45-59	N	4	7	11	100,0%
	%	36,4%	63,6%	100,0%	
60+	N	1	5	6	100,0%
	%	16,7%	83,3%	100,0%	
Σύνολο	N	15	36	51	100,0%
	%	29,4%	70,6%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 6.** Σχέση μεταξύ της πρόθεσης να λάβει γενόσημο και της εκπαίδευσης.

Εκπαίδευση		Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;		Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Όχι	Ναι		
≤12 έτη	N	6	23	29	0,117
	%	20,7%	79,3%	100,0%	
>12 έτη	N	9	13	22	100,0%
	%	40,9%	59,1%	100,0%	
Σύνολο	N	15	36	51	100,0%
	%	29,4%	70,6%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 7.** Σχέση μεταξύ της πρόθεσης να λάβει γενόσημο και της εργασίας.

Κατάσταση εργασίας		Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;		Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Όχι	Ναι		
Ανεργος/Φοιτητής/Συνταξιούχος	N	3	13	16	0,259
	%	18,8%	81,3%	100,0%	
Εργαζόμενος	N	12	23	35	100,0%
	%	34,3%	65,7%	100,0%	
Σύνολο	N	15	36	51	100,0%
	%	29,4%	70,6%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 8.** Σχέση μεταξύ της πρόθεσης να λάβει γενόσημο και του μέσου ετήσιου εισοδήματος.

		Είστε πρόθυμος/η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο;		Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Όχι	Ναι		
≤12,500 ευρώ	N	9	23	32	0,700
	%	28,1%	71,9%	100.0%	
>12,500 ευρώ	N	6	12	18	100.0%
	%	33,3%	66,7%	100.0%	
Σύνολο	N	15	35	50	100,0%
	%	30.0%	70,0%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

#### 4.2.3. Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα

Αντίστοιχα, εξετάστηκε το κατά πόσον η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα (θετική, αρνητική, ουδέτερη) σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, κατάσταση εργασίας, εισόδημα) με χρήση του ελέγχου  $\chi^2$ .

Τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 9, 10, 11, 12 και 13. Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά στην στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στον Πίνακα 11 παρατηρούμε ότι παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εκπαίδευσης και τη γνώμης των συμμετεχόντων αναφορικά με τα γενόσημα φάρμακα ( $p=0,059$ ), το ποσοστό των συμμετεχόντων με αρνητική γνώμη στην ομάδα με >12 έτη εκπαίδευσης ήταν σχεδόν διπλάσιο (46,2%) σε σχέση με την ομάδα με ≤12 έτη εκπαίδευσης (23,3%). Αντίστοιχα, το ποσοστό των συμμετεχόντων με αρνητική γνώμη στην ομάδα των εργαζόμενων ήταν διπλάσιο (41,7%) σε σχέση με την ομάδα των συμμετεχόντων που δεν εργάζονται (20%,  $p=0,058$ ).

**Πίνακας 9.** Σχέση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα και του φύλου.

Φύλο		Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;			Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Θετική	Ούτε θετική ούτε αρνητική	Αρνητική		
Άνδρας	N	7	11	7	25	0,688
	%	28,0%	44,0%	28,0%	100,0%	
Γυναίκα	N	8	11	12	31	
	%	25,8%	35,5%	38,7%	100,0%	
Σύνολο	N	15	22	19	56	
	%	26,8%	39,3%	33,9%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 10.** Σχέση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα και της ηλικίας.

Ηλικία		Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;			Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Θετική	Ούτε θετική ούτε αρνητική	Αρνητική		
18-24	N	2	5	1	8	0,789
	%	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%	
25-34	N	3	5	3	11	
	%	27,3%	45,5%	27,3%	100,0%	
35-44	N	4	5	8	17	
	%	23,5%	29,4%	47,1%	100,0%	
45-59	N	4	5	6	15	
	%	26,7%	33,3%	40,0%	100,0%	
60+	N	2	2	1	5	
	%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%	
Σύνολο	N	15	22	19	56	
	%	26,8%	39,3%	33,9%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 11.** Σχέση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα και της εκπαίδευσης.

Εκπαίδευση		Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα			Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Θετική	φάρμακα; Ούτε θετική ούτε αρνητική	Αρνητική		
≤12 έτη	N	7	16	7	30	0,059
	%	23,3%	53,3%	23,3%	100,0%	
>12 έτη	N	8	6	12	26	100,0%
	%	30,8%	23,1%	46,2%	100,0%	
Σύνολο	N	15	22	19	56	100,0%
	%	26,8%	39,3%	33,9%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 12.** Σχέση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα και της εργασίας.

Κατάσταση Εργασίας		Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα			Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Θετική	φάρμακα; Ούτε θετική ούτε αρνητική	Αρνητική		
Άνεργος/Φοιτητής/Συνταξιούχος	N	4	12	4	20	0,058
	%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%	
Εργαζόμενος	N	11	10	15	36	100,0%
	%	30,6%	27,8%	41,7%	100,0%	
Σύνολο	N	15	22	19	56	100,0%
	%	26,8%	39,3%	33,9%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

**Πίνακας 13.** Σχέση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα και του μέσου ετήσιου εισοδήματος.

		Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;			Σύνολο	p-value <sup>1</sup>
		Θετική	Ούτε θετική ούτε αρνητική	Αρνητική		
≤12,500 ευρώ	N	9	15	11	35	0,669
	%	25,7%	42,9%	31,4%	100,0%	
>12,500 ευρώ	N	5	6	8	19	
	%	26,3%	31,6%	42,1%	100,0%	
Σύνολο	N	14	21	19	54	
	%	25,9%	38,9%	35,2%	100,0%	

<sup>1</sup>Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$ , επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

#### 4.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για να εξεταστεί το κατά πόσον τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επιδρούν στη λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 14. Παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση για κανέναν από τους παράγοντες που εξετάστηκαν. Όμως, παρατηρείται μια ένδειξη ύπαρξης συσχέτισης της χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων με την εκπαίδευση ( $p=0,073$ ) και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ( $p=0,057$ ). Οι συμμετέχοντες με >12 έτη εκπαίδευσης φαίνεται να έχουν υψηλότερα odds χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης (OR=2,829, 95% ΔΕ=0,906-8,832). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες με υψηλότερο εισόδημα >12,500 έχουν χαμηλότερα odds χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε σχέση με τους συμμετέχοντες με εισόδημα κάτω των 12,500 ευρώ (OR=0,210, 95% ΔΕ=0,042-1,045). Συνεπώς, οι συμμετέχοντες με >12 έτη εκπαίδευσης και οι συμμετέχοντες με εισόδημα ≤12,500 ευρώ φαίνεται να είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων (σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης και εισόδημα >12,500 ευρώ, αντίστοιχα).

**Πίνακας 14.** Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες (ναι, όχι) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Παράμετρος	Κατηγορίες	OR	95% ΔΕ	p-value <sup>1</sup>
Φύλο	Άνδρας vs. Γυναίκα	0,423	0,128-1,399	0,159
Ηλικία	45+ vs ≤44 ετών	0,420	0,118-1,497	0,181
Εκπαίδευση	>12 vs ≤12 έτη	2,829	0,906-8,832	0,073
Επαγγελματική Κατάσταση	Εργαζόμενος vs άνεργος/φοιτητής/συνταξιούχος	0,400	0,128-1,252	0,115
Ετήσιο οικογενειακό Εισόδημα	>12,500 vs ≤12,500 ευρώ	0,210	0,042-1,045	0,057

<sup>1</sup>Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης, επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=5\%$  (τιμές p-value<0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές).

### 4.3 Ανάλυση SWOT

#### 4.3.1 Επεξήγηση μεθόδου

Η ανάλυση SWOT απαντάται σε μεγάλο αριθμό μελετών οι οποίες εξετάζουν μελλοντικές ή πιθανές λύσεις για ένα πρόβλημα ή τη δυναμική ενός τομέα. Στην παρούσα εργασία, η εν λόγω μέθοδος ανάλυσης χρησιμοποιείται με στόχο να προταθεί μία πιθανή λύση για την αύξηση του επιπέδου διείσδυσης των γενόσημων στην ελληνική αγορά.

Τυπικά, η ανάλυση SWOT είναι, σε μεγαλύτερο βαθμό, θεωρητική, αν και αξιοποιεί ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα τα οποία προκύπτουν από τη μελέτη των επιμέρους στοιχείων τα οποία επηρεάζουν τον υπό εξέταση τομέα. Για την ανάλυση που ακολουθεί, η οποία έγινε και στην τελευταία φάση της συγγραφής της εργασίας και αφού είχε προηγηθεί τόσο η βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και η ποσοτική έρευνα αλλά και η οικονομική ανάλυση, λήφθησαν υπόψη τόσο οι αρχικές εκτιμήσεις όσο και τα πορίσματα της έρευνας (Τομαράς, 2014).

Όπως συνηθίζεται σε αντίστοιχες προσπάθειες, για τις πρώτες δύο πτυχές της ανάλυσης – τις δυνάμεις (Strengths) και τις αδυναμίες (Weaknesses), αξιολογήθηκαν τα στοιχεία από το εσωτερικό περιβάλλον του τομέα, δηλαδή οι δυνάμεις και οι αδυναμίες του τομέα συγκεκριμένα – της φαρμακοβιομηχανίας. Αντιθέτως, για την ανάλυση των δύο εναπομενουσών πτυχών, τις ευκαιρίες (Opportunities) και τις απειλές (Threats), στοιχεία που αφορούν το εξωτερικό της περιβάλλον, όπως την πολιτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση (Van Durme & et al, 2014).

Επίσης, σημειώνεται ξανά πως τα όσα περιλαμβάνονται στην ανάλυση η οποία ακολουθεί βασίζονται στα δεδομένα της εργασίας συνολικά και η σύνθεσή τους



αποτελεί το αποτέλεσμα του προσωπικού έργου της ερευνήτριας και, σε καμία περίπτωση, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ή οικειοποίησης του έργου τρίτου / τρίτων.

#### 4.3.2 Ανάλυση

Έχοντας αποσαφηνίσει τα παραπάνω στοιχεία, μπορεί, σε αυτό το σημείο, να γίνει η παρουσίαση της ανάλυσης SWOT. Αυτή έχει ως εξής:

##### Δυνάμεις

- Οι εταιρείες του κλάδου αναπτύσσονται παράλληλα με την ανάπτυξη της έρευνας και της τεχνολογίας στον τομέα.
- Τα φάρμακα είναι αναγκαία αγαθά και ένας σημαντικός αριθμός ασθενών απαιτείται να κάνει συστηματική χρήση αυτών για να διαφυλάξει το επίπεδο υγείας και ευημερίας του.
- Το κόστος των γενόσημων φαρμάκων, το οποίο μειώνεται συνεχώς, επιτρέπει την διάθεσή τους σε περισσότερα πρόσωπα τα οποία τα έχουν ανάγκη.
- Οι εταιρείες του τομέα διατηρούν τη θέση τους.

##### Ευκαιρίες

- Ολοένα και περισσότερες έρευνες στον τομέα αποδεικνύουν τη χρησιμότητα και την ισοδυναμία των γενόσημων φαρμάκων σε σύγκριση με τα πρωτότυπα.
- Τα ευρωπαϊκά κονδύλια τα οποία προορίζονται για την ενίσχυση προγραμμάτων για την έρευνα στον τομέα της ιατρικής και της φαρμακοκινητικής μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις εταιρείες για την ενίσχυση της θέσης τους.
- Το κέρδος από την πώληση γενόσημων φαρμάκων μπορεί να αυξηθεί αν η συνταγογράφησή τους γίνει υποχρεωτική.
- Αν οι έρευνες αυξηθούν και υπάρξει καλύτερη διάχυση των αποτελεσμάτων αυτών τα οποία να αποδεικνύουν πως τα γενόσημα

είναι τόσο ασφαλή όσο και ισοδύναμα αυξάνονται οι πιθανότητες να γίνουν αποδεκτά από το κοινό.

#### Αδυναμίες

- Η πολιτική ηγεσία δεν έχει κατορθώσει να πείσει τους καταναλωτές για τη χρήση τους.
- Το κοινό δεν διαθέτει επαρκές επίπεδο έγκριτης ενημέρωσης.
- Το επίπεδο εμπιστοσύνης των πολιτών στους θεσμούς είναι εξαιρετικά χαμηλό.
- Η αγοραστική ικανότητα των πολιτών είναι εξαιρετικά μειωμένη.

#### Απειλές

- Τα μέτρα πολιτικής για τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να έχουν αρνητικά αποτελέσματα λόγω της προηγούμενης ύπαρξης σκανδάλων τόσο στο δημόσιο τομέα όσο και στον τομέα της υγείας.
- Η οικονομική κρίση παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα στη χώρα.
- Οι δανειστές συνεχίζουν να πιέζουν για τα γενόσημα φάρμακα ενώ το κοινό αντιδρά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης.
- Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν με τα γενόσημα.

Με βάση όλα τα παραπάνω, προτείνονται οι ακόλουθες λύσεις:

1. Να γίνει ανασχεδιασμός των πολιτικών με έμφαση στην σταδιακή αναθεώρηση του προηγούμενου συστήματος διάθεσης των γενόσημων φαρμάκων καθώς απαιτείται καλύτερη ενσωμάτωση των πολιτικών με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
2. Να εφαρμοστεί μία πιλοτική μέθοδος με βάση την οποία να εξετάζεται το πως και το σε ποιο βαθμό τα γενόσημα μπορούν να προωθηθούν, αρχικά, σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.
3. Να ενημερωθεί καλύτερα το κοινό με εθνικές καμπάνιες.
4. Να γίνει καλύτερος έλεγχος και να δημοσιευθούν έγκριτα αποτελέσματα ερευνών σε σχέση με τα γενόσημα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα γενόσημα φάρμακα, αποτελούν μία ένδειξη της ανεπάρκειας των κρατικών θεσμών στην Ελλάδα να παρέμβουν αποτελεσματικά στη μείωση των δαπανών για την υγεία χωρίς να επιβαρυνθεί η σχέση πολιτών – κράτους. Η εμπιστοσύνη των πολιτών στους θεσμούς η οποία είχε ήδη μειωθεί σημαντικά με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και την αποκάλυψη των φαινομένων γραφειοκρατίας, παραοικονομίας και αδιαφάνειας στην υγεία, μειώθηκε περαιτέρω. Το φαινόμενο της έλλειψης εμπιστοσύνης των πολιτών στους θεσμούς, η αποκάλυψη των αδυναμιών του κράτους να υποστηρίξουν τα εν λόγω μέτρα και η επιβολή του μέτρου της υποκατάστασης των πρωτότυπων ιδιοσκευασμάτων με γενόσημα οδήγησε στην απώλεια της στήριξης των πολιτών στα μέτρα της κυβέρνησης (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

Πράγματι, παρότι το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα λειτουργεί ακόμη και σήμερα και υπάρχουν αποδείξεις πως η υγεία των Ελλήνων έχει πληγεί καθώς το επίπεδο υγείας των πολιτών μειώθηκε, η ασφαλιστική τους ικανότητα περιορίστηκε και το δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αφορά, ακόμη και σήμερα το σύνολο του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας, για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να υποστηρίζεται από το κράτος. Επειδή, όμως, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ασκεί ένα λειτούργημα και στόχος τους δεν πρέπει να είναι η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικού οφέλους, τουλάχιστον στην περίπτωση των δημόσιων φορέων, οι αρνητικές αντιδράσεις και τα παράπονα των πολιτών είναι αναμενόμενα και εύλογα (Foscolou & et al, 2017).

Στην υπόλοιπη ΕΕ τα γενόσημα φάρμακα χαίρουν πολύ μεγαλύτερης αποδοχής τόσο από το κοινό όσο και από το ιατρικό προσωπικό. Οι δαπάνες υγείας είναι εξαιρετικά υψηλές και θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό τους χωρίς, όμως, να τίθενται σε κίνδυνο τα δικαιώματα και η υγεία των πολιτών. Με την υποκατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα, δημιουργείται μία ευκαιρία για δραστηριοποίηση των εταιρειών στη χώρα και ανοίγει η αγορά. Η μεγαλύτερη κινητικότητα κεφαλαίων μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση του ΑΕΠ και ασθενείς όσο και καταναλωτές να εξασφαλίζουν ένα καλό επίπεδο υγείας με μικρό κόστος.

Συνολικά στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 61 άτομα (59% άνδρες), με μόλις το 9,8% να είναι άνω των 60 ετών. Η πλειοψηφία του δείγματος είχε ασφάλιση μέσω ΕΟΠΥΥ (65,6%), ενώ μόνο το 8,2% ανέφερε ότι δεν είχε κάποιου είδους ασφάλιση. Χρήση

συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανέφερε το 68,9% και 59% του δείγματος, αντίστοιχα.

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, το 93,3% των συμμετεχόντων δήλωσε πως γνωρίζει τι είναι τα γενόσημα. Σε αντίστοιχη έρευνα των Σκαλτσά και Βασιλείου που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε δείγμα 364 ασθενών περίπου το 50% γνώριζε τι είναι τα γενόσημα, ενώ ένα 43% ανέφερε απλά πως τα είχε ακουστά (Skaltsas & Vasileiou, 2015). Συνεπώς, φαίνεται ότι υπάρχει αύξηση του ποσοστού αυτών που γνωρίζουν τι είναι τα γενόσημα στην Ελλάδα σε σχέση με το 2015.

Σχετικά με την πηγή ενημέρωσης σε σχέση με τα γενόσημα το υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων στο δείγμα μας ανέφερε τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ως πηγή ενημέρωσης (29,5%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην έρευνα του 2015 ήταν αρκετά υψηλότερο και ίσο με 47,3%. Αντίστοιχα, στην έρευνα μας το 16,4% ανέφερε το διαδίκτυο ως πηγή ενημέρωσης έναντι 17,3% στην έρευνα του 2015, το 3,3% ανέφερε ότι ενημερώνεται από φίλους/γνωστούς/οικογένεια έναντι 10,6% το 2015. Επιπλέον, στο δείγμα μας το 18% ανέφερε ως πηγή ενημέρωσης ιδιώτες γιατρούς και το 14,8% από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου, ενώ στην έρευνα του 2015 το αντίστοιχο ποσοστό ενημέρωσης από γιατρούς ήταν 5%. Τέλος, στην έρευνά μας το 16,4% ανέφερε ενημέρωση από τον φαρμακοποιό ενώ στην έρευνα του 2015 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν κάτω από 10%. Συνεπώς, σε σχέση με το 2015, φαίνεται να υπάρχει αύξηση της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας και ταυτόχρονα μείωση της ενημέρωσης από τα ΜΜΕ. Παρόλα αυτά το ποσοστό ενημέρωσης από μη αξιόπιστες πηγές (ΜΜΕ, διαδίκτυο, φίλους/οικογένεια) παραμένει υψηλό.

Όσον αφορά στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα, ως κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι θα λάμβαναν γενόσημα αναδείχθηκαν η μη ύπαρξη εναλλακτικής (26,2%) και η πρόταση από τον γιατρό τους (26,2%). Το 16,4% ανέφερε πως θα λάμβανε αν το γενόσημο ήταν φθηνότερο, το 9,8% αν τους το πρότεινε ο φαρμακοποιός τους, το 8,2% αν το γενόσημο και το πρωτότυπο σκεύασμα έχουν ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα, ενώ ένα 6,6% αρνήθηκε κάθε πιθανότητα να κάνει χρήση γενόσημων φαρμάκων.

Σχετικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε πως θεωρεί ότι οι γιατροί συνταγογραφούν επειδή είναι φθηνότερα σε σχέση με τα πρωτότυπα (30%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 20% επειδή τους

επιβάλλεται. Το 21,7% πιστεύει πως τα συνταγογραφούν επειδή είναι εξίσου αποδοτικά, ενώ ένα 13,3% αναφέρει ότι η συνταγογράφηση γενόσημων είναι αποτέλεσμα των σχέσεων των γιατρών με τις εταιρείες που τα παράγουν.

Αναφορικά με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τις εθνικές πολιτικές, το 36,1% θεωρεί πως ο βασικός λόγος προώθησης της συνταγογράφησης των γενόσημων από το κράτος είναι η μείωση των δαπανών για την υγεία και το 19,7% θεωρεί πως οι θεσμοί κρίνουν πως τα γενόσημα και τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν τα ίδια ακριβώς αποτελέσματα. Ένα ποσοστό της τάξης του 18% πιστεύει πως το κράτος αδιαφορεί για την υγεία των πολιτών, ενώ ένα 13,1% πως η προώθηση γίνεται επειδή τους το επιβάλλουν οι δανειστές.

Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόθεση των συμμετεχόντων να χρησιμοποιήσουν γενόσημα δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων που εξετάστηκαν. Σχετικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα γενόσημα, αν και δεν εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εκπαίδευσης και τη γνώμη των συμμετεχόντων αναφορικά με τα γενόσημα φάρμακα, το ποσοστό των συμμετεχόντων με αρνητική γνώμη στην ομάδα με >12 έτη εκπαίδευσης ήταν σχεδόν διπλάσιο (46,2%) σε σχέση με την ομάδα με ≤12 έτη εκπαίδευσης (23,3%). Επιπλέον, το ποσοστό των συμμετεχόντων με αρνητική γνώμη στην ομάδα των εργαζόμενων ήταν διπλάσιο (41,7%) σε σχέση με την ομάδα των συμμετεχόντων που δεν εργάζονται (20%). Συνεπώς, φαίνεται πως υπάρχει αρνητική τάση μεταξύ της εκπαίδευσης/εργασίας και της στάσης απέναντι στα γενόσημα. Οι συμμετέχοντες με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και αυτοί οι οποίοι εργάζονται τείνουν να έχουν μια αρνητική στάση απέναντι στα γενόσημα, σε αντίθεση με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού υπόβαθρου/μη εργαζόμενοι, οι οποίοι έχουν μια περισσότερο ουδέτερη/θετική στάση.

Τέλος, δεν εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική επίδραση των υπό εξέταση παραγόντων με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες. Παρατηρήθηκε μια ένδειξη ύπαρξης συσχέτισης της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων με την εκπαίδευση και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, με τους συμμετέχοντες με >12 έτη εκπαίδευσης φαίνεται να έχουν υψηλότερα odds χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες με υψηλότερο εισόδημα >12,500 έχουν

χαμηλότερα odds χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε σχέση με τους συμμετέχοντες με εισόδημα κάτω των 12,500 ευρώ.

Σε μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί στη Γερμανία αναφορικά με τις αντιλήψεις/στάσεις των ασθενών απέναντι στα γενόσημα, έχει βρεθεί ότι το ένα τρίτο των συμμετεχόντων θεωρούσε τα γενόσημα κατώτερα ή διαφορετικά από τα πιο ακριβά φάρμακα επώνυμων προϊόντων λόγω της χαμηλότερης τιμής τους (Himmel, et al., 2005). Η άποψη αυτή φαίνεται ότι ήταν συχνότερη σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών, ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή χωρίς ανώτατη εκπαίδευση. Ανάμεσα σε ασθενείς που ήξεραν ότι τα φάρμακά τους είχαν αλλάξει σε γενόσημα οι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι ήταν σκεπτικοί σχετικά με την υποκατάσταση. Επιπλέον, το 12% ανέφερε χαμηλότερη επίδραση του φαρμάκου μετά την αλλαγή και το 13% ισχυρίστηκε ότι είχε υποστεί νέες παρενέργειες.

Σε έρευνα στη Φιλανδία (Heikkilä, Mäntyselkä, Hartikainen-Herranen, & Ahonen, 2007) βρέθηκε ότι ο κύριος λόγος αποδοχής της υποκατάστασης φαρμάκων με γενόσημα ήταν η επιθυμία για εξοικονόμηση χρημάτων και, δεύτερον, ότι το συνιστούσαν οι φαρμακοποιοί. Αντίθετα, θετική εμπειρία με φάρμακα που είχαν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν και η επιθυμία να μιλήσουν με τον γιατρό τους πριν από την αντικατάσταση ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι για την άρνηση υποκατάστασης (Heikkilä, Mäntyselkä, Hartikainen-Herranen, & Ahonen, 2007). Σε άλλη μελέτη πιο πρόσφατη μελέτη των ίδιων ερευνητών (Heikkilä, Mäntyselkä, & Ahonen, 2011), το 81% των συμμετεχόντων ήταν της άποψης ότι τα φθηνότερα γενόσημα φάρμακα ήταν αποτελεσματικά και το 85% δεν θεωρούσε την υποκατάσταση γενόσημων ως απειλή για την ασφάλεια των φαρμάκων. Και στις δύο αυτές φινλανδικές μελέτες, οι άνδρες και οι ασθενείς ηλικίας έως 60 ετών αναγνωρίστηκαν ως εκείνοι που είναι πιθανότερο να αισθάνονται θετικά προς την χρήση γενόσημων (Heikkilä, Mäntyselkä, & Ahonen, 2011, Heikkilä, Mäntyselkä, Hartikainen-Herranen, & Ahonen, 2007).

Οι Palagyí και Lassanova (2008) σε έρευνά τους στη Σλοβακία διερεύνησαν τη στάση των ασθενών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα. Συνολικά, το 61% των συμμετεχόντων (κυρίως εκείνων ηλικίας 30 ετών ή νεότερων) ανέφερε πως δεν είχε προβλήματα εμπιστοσύνης όσον αφορά τα φάρμακα κοινόχρηστης ονομασίας και περισσότερο από το 50% δήλωσε ότι προτιμά ένα προϊόν με χαμηλότερη τιμή. Το 17% θεωρούσε ότι τα γενόσημα είναι κατώτερα από τα φάρμακα επώνυμων φαρμάκων όσον αφορά την

ποιότητα και το 18% προτιμούσε να συνταγογραφούνται επώνυμα φάρμακα παρά την υψηλότερη τιμή (Palagyi & Lassanova, 2008).

Σε έρευνα των Shrank και συν. (2009) στην Αμερική το ένα τρίτο των ασθενών δήλωσε πως δεν αισθανόταν άνετα με κάποια υποκατάσταση (Shrank, Cox, Fischer, Mehta, & Choudhry, 2009). Περίπου το 10% θεωρούσε ότι τα γενόσημα φάρμακα θα μπορούσαν να προκαλέσουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα επώνυμα φάρμακα. Αναδείχθηκαν αντιφατικές απόψεις μεταξύ των συμμετεχόντων σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα, καθώς περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι οι Αμερικανοί θα πρέπει να χρησιμοποιούν περισσότερα γενόσημα φάρμακα, αλλά μόνο το 38% δήλωσε ότι θα προτιμούσαν τα γενόσημα για τον εαυτό τους. Οι γυναίκες, οι νέοι και οι πλουσιότεροι ασθενείς ήταν οι πιο θετικοί απέναντι στα γενόσημα.

Συνοψίζοντας, πολλές από τις ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς είναι χρόνιες και, επομένως, η θεραπεία κοστίζει χιλιάδες ευρώ. Στόχος των γενόσημων είναι το να θεραπευθεί ο ασθενής ή, εάν αυτό δεν κρίνεται δυνατό, να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του, χωρίς, ωστόσο, να επιβαρύνεται σημαντικά η οικονομία του κράτους. Τα οφέλη είναι πολλαπλά και για τους ασθενείς, επειδή, όπως το κράτος, με τη χρήση των γενόσημων μειώνει το κόστος της περίθαλψης, εξίσου οι πολίτες μπορούν να αποταμιεύσουν χρήματα για άλλες δραστηριότητες και την κάλυψη άλλων αναγκών.

Για τους ιατρούς, επιτρέπεται το να προσφέρουν ένα υψηλότερο επίπεδο υγείας για τους πολίτες χωρίς το άγχος του κόστους της συνταγογράφησης, ενώ, παράλληλα, μειώνουν και την έκθεσή τους σε άλλους κινδύνους. Χαρακτηριστικά, στην Ελλάδα, οι ιατροί κατηγορούνται, πολλές φορές, για τις σχέσεις τους με πολυεθνικές εταιρείες και την ύπαρξη πελατειακών σχέσεων, την προκλητή ζήτηση κοκ.

Όπως κάθε μελέτη τέτοιου τύπου, η παρούσα έρευνα είχε και τους δικούς της περιορισμούς. Ενώ υπήρχε πρόσβαση σε υλικό όπως άρθρα, περιοδικά κοκ και εφημερίδες οι οποίες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως πλήρως ακαδημαϊκές. Επομένως, πέραν της ενότητας 4.2. που ασχολείται αμιγώς με το ζήτημα του πως παρουσιάζουν τα ελληνικά ΜΜΕ την κατάσταση στη χώρα δεν έγινε χρήση άλλων πηγών που δεν αναγνωρίζονται ευρέως ως πλήρως αξιόπιστες.

Σε σχέση με τις δυνατότητες για μελλοντικές έρευνες, αυτές είναι, πράγματι, ποικίλλες και αξίζουν αναφοράς σε αυτό το κεφάλαιο. Αρχικά, προτείνεται η σύγκριση της Ελλάδας με μία άλλη χώρα όπως η Βουλγαρία (στην οποία δεν εντοπίστηκε, ακόμη, κάποια πρόταση για οριστική υποκατάσταση του υφιστάμενου συστήματος υγείας) ή

και κράτη όπως η Ινδία, η Αϊτή, δηλαδή, κράτη τα οποία βρίσκονταν εν μέσω οικονομικής κρίσης και ύφεσης όταν εφαρμόστηκε το εν λόγω μέτρο, σε σύγκριση με κράτη της Δυτικής Ευρώπης όπου η κατάσταση ήταν αρκετά ομαλή και υπήρχε ανάπτυξη.

Τα γενόσημα φάρμακα, αποτελούν μία ένδειξη της ανεπάρκειας των κρατικών θεσμών στην Ελλάδα να παρέμβουν αποτελεσματικά στη μείωση των δαπανών για την υγεία χωρίς να επιβαρυνθεί η σχέση πολιτών – κράτους. Η εμπιστοσύνη των πολιτών στους θεσμούς η οποία είχε ήδη μειωθεί σημαντικά με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και την αποκάλυψη των φαινομένων γραφειοκρατίας, παραοικονομίας και αδιαφάνειας στην υγεία, μειώθηκε περαιτέρω. Το φαινόμενο της έλλειψης εμπιστοσύνης των πολιτών στους θεσμούς, η αποκάλυψη των αδυναμιών του κράτους να υποστηρίξουν τα εν λόγω μέτρα και η επιβολή του μέτρου της υποκατάστασης των πρωτότυπων ιδιοσκευασμάτων με γενόσημα οδήγησε στην απώλεια της στήριξης των πολιτών στα μέτρα της κυβέρνησης (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016).

Πράγματι, παρότι το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα λειτουργεί ακόμη και σήμερα και υπάρχουν αποδείξεις πως η υγεία των Ελλήνων έχει πληγεί καθώς το επίπεδο υγείας των πολιτών μειώθηκε, η ασφαλιστική τους ικανότητα περιορίστηκε και το δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αφορά, ακόμη και σήμερα το σύνολο του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας, για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να υποστηρίζεται από το κράτος. Επειδή, όμως, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ασκεί ένα λειτουργήμα και στόχος τους δεν πρέπει να είναι η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικού οφέλους, τουλάχιστον στην περίπτωση των δημόσιων φορέων, οι αρνητικές αντιδράσεις και τα παράπονα των πολιτών είναι αναμενόμενα και εύλογα (Foscolou & et al, 2017).

Στην υπόλοιπη ΕΕ τα γενόσημα φάρμακα χαίρουν πολύ μεγαλύτερης αποδοχής τόσο από το κοινό όσο και από το ιατρικό προσωπικό. Οι δαπάνες υγείας είναι εξαιρετικά υψηλές και θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό τους χωρίς, όμως, να τίθενται σε κίνδυνο τα δικαιώματα και η υγεία των πολιτών.

Με την υποκατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα, δημιουργείται μία ευκαιρία για δραστηριοποίηση των εταιρειών στη χώρα και ανοίγει η αγορά. Η μεγαλύτερη κινητικότητα κεφαλαίων μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση του ΑΕΠ και ασθενείς όσο και καταναλωτές να εξασφαλίζουν ένα καλό επίπεδο υγείας με μικρό κόστος.



## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Anthopoulos, L., Siozos, P., & Tsoukalas, I. (2007). Applying participatory design and collaboration in digital public services for discovering and re-designing e-Government services. *Government Information Quarterly*, 24(2), σσ. 353-376.
- Arghyrou, M., & Tsoukalas, J. (2011). The Greek debt crisis: Likely causes, mechanics and outcomes. *The World Economy*, 34(2), σσ. 173 - 191.
- Beattie, J. (2013). *Other cultures: Aims, methods and achievements in social anthropology*. Routledge Publications.
- Berthiaume, F., Maguire, T. J., & Yarmush, M. L. (2011). Tissue engineering and regenerative medicine: history, progress, and challenges. *Annual review of chemical and biomolecular engineering*, 2, 403-430.
- Birn, A. E. (2009). Making it politic (al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Social Medicine*, 4(3), σσ. 166-182.
- Bjerner, M., Lindmark, G., McSpadden, L., & Garrett, M. (2006). Motivations, concerns, and expectations of Scandinavian health professionals volunteering for humanitarian assignments. *Disaster Management & Response*, 4(2), 49-58.
- Conti, R. M., Padula, W. V., & Larson, R. A. (2016). Changing the cost of care for chronic myeloid leukemia: the availability of generic imatinib in the USA and the EU. Στο R. M. Conti, W. V. Padula, & R. A. Larson, *Chronic Myeloid Leukemia* (σσ. 231-255). Cham: Springer.
- Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), σσ. 31-48.
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, 119(12), σσ. 1600-1605.
- Crimmins, E., & et al. (2011). Assessment of cognition using surveys and neuropsychological assessment: the Health and Retirement Study and the Aging, Demographics, and Memory Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 66, σσ. 162-171.
- Dahlstrand, A. L., & Stevenson, L. (2010). Innovative entrepreneurship policy: linking innovation and entrepreneurship in a European context. *Annals of Innovation & Entrepreneurship*, 1 (1), σ. 5602.
- Domeyer, P. J., Aletras, V., Anagnostopoulos, F., Katsari, V., & Niakas, D. (2017). Development and validation of a tool to assess knowledge and attitudes towards generic medicines among students in Greece: The ATtitude TOwards GENerics (ATTOGEN) questionnaire. *PloS one*, 12(11), e0188484.
- Economou, C. K. (2014). *The impact of the crisis on the health system and health in Greece*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies.

- Fauconnier, A. (2017). Regulating phage therapy: the biological master file concept could help to overcome regulatory challenge of personalized medicines. *EMBO reports*, 18(2), 198-200.
- Foscolou, A., & et al. (2017). The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region. *MEDIS Study (2005-2015). Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(1), σσ. 1-3.
- Glunos, J., & Voutyras, S. (2016). Ideology as blocked mourning: Greek national identity in times of economic crisis and austerity. *Journal of political ideologies*, 21(3), σσ. 201-224.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P., & Ahonen, R. (2011). Do people regard cheaper medicines effective? Population survey on public opinion of generic substitution in Finland. 20(2), 185-191.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P., Hartikainen-Herranen, K., & Ahonen, R. (2007). Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health policy*, σσ. 82(3), 366-374.
- HELLENIC ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL COMPANIES. (2017). The pharmaceutical market in greece: Facts & figures 2017.
- Himmel, W., Simmenroth-Nayda, A., Niebling, W., Ledig, T., Jansen, R. D., Kochen, M. M., & Hummers-Pradier, E. (2005). What do primary care patients think about generic drugs?. . *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, σ. 43(10).
- Kalra, S., & Gupta, P. (2016). Generics Drugs, Are They Really Equi valent to Brands. . *Indian Pediatr*, 53, 533.
- Karampli, E., Triga, E., Tsiantou, V., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2016). Views of physicians and patients with chronic conditions on generic medicines in Greece after the introduction of measures to promote their consumption: findings from a qualitative study. *GABI JOURNAL-GENERICS AND BIOSIMILARS INITIATIVE JOURNAL*, 5(1), 9-20.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2017.
- Palagyi, M., & Lassanova, M. (2008). Patients attitudes towards experience with use of generics in Slovakia, performance of generic substitution. . *Bratislavske lekarske listy*, σσ. 109(7), 324-328.
- Parastatidou, S., Kafalidis, G., Antiochos, D., Diamantopoulou, M., Theofanopoulos, R., Karali, A., & Vlahou, T. (2017). (2017). P277 Vaccination rates in a public hospital during financial crisis in greece.
- Shrank, W. H., Cox, E. R., Fischer, M. A., Mehta, J., & Choudhry, N. K. (2009). Patients' perceptions of generic medications. *Health affairs*, σσ. 28(2), 546-556.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.

- Sindhuja, P., Rajan, P., Nagabhushanam, M. V., Bonthagarala, B., Reddy, D. N., & Ramakrishna, G. (2018). *Comparative study of generic drug approval process in EU, USA and China-a review*.
- Skaltsas, L. N., & Vasileiou, K. Z. (2015). Patients' perceptions of generic drugs in Greece. *Health policy*, σσ. 119(11), 1406-1414.
- Tountas, Y., Velonaki, A., & Velonakis, E. (2018). Public Health Policies and Priorities in Greece. *Public Health Policies in the European Union*, 127.
- Tsiantou, V., Zavras, D., Kousoulakou, H., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2009). Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 34(5), 547-554.
- Tycharas, D., & Karatza, H. (2015). A cloud system for health care. *Proceedings of the 19th Panhellenic Conference on Informatics. ACM.*, σσ. 169-170.
- Van Durme, T., & et al. (2014). Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *takeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. BMC health services research*, 14(1), σ. 179.
- Yang, Y. T., Nagai, S., Chen, B. K., Qureshi, Z. P., Lebby, A. A., Kessler, S., & Kane, R. C. (2016). Generic oncology drugs: are they all safe? *The lancet oncology*, 17(11), 493-501.
- Yfantopoulos, J. N. (2018). Drug policy in Greece. *Value in health regional issues*, 16, 66-73.

## Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abel, A., & et al. (2011). *Μακροοικονομική*. Αθήνα: Επιστημονική βιβλιοθήκη.
- Alfanita. (2018, 07 15). Το Φάρμακο και η Φαρμακευτική Περίθαλψη στην Ελλάδα στα χρόνια του μνημονίου. Ελλάδα.
- FRA. (2011). Εγχειρίδιο σχετικά με την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία κατά των Διακρίσεων. *Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης*.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2014). *ECHO, Πολιτική Προστασία ΕΕ, Ανθρωπιστική Βοήθεια και Πολιτική Προστασία*. Ιστοσελίδα Ευρωπαϊκής Επιτροπής στα Ελληνικά, Ενημερωτικό Φυλλάδιο.
- ICAP. (2012). Κλαδική μελέτη- Ιδιωτικές μονάδες φροντίδας των ηλικιωμένων. *ICAPGROUP Publications*.
- Κώπτης, Χ., & Πετράκη - Κώπτη, Α. (2008). *Σύγχρονη μακροοικονομική*. Αθήνα: Μπένου.
- Μαρσέλος, Μ. (2015). Ιατρική Φαρμακολογία. *Εκπαιδευτικό υλικό, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τόμος 1*, [http://anamorfosi.uoi.gr/iatrikh/edumaterial/11/Synoptikh\\_farmakologia\\_tomos\\_1.pdf](http://anamorfosi.uoi.gr/iatrikh/edumaterial/11/Synoptikh_farmakologia_tomos_1.pdf).

Ξανθοπούλου, Σ., & Κατσιαλάκη, Κ. (2016). Αξιολόγηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33 (5), σσ. 583-595.

Σκοπελίτης, Ε. (2010). Συγκριτική μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες. *ΤΔΜΥ, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης*.

Τομαράς, Π. (2014). Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας. *Παράλληλο κείμενο, πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα, ΕΑΠ*.

## Διαδικτυακές πηγές – Ξενόγλωσσες

Armstrong, H., Ballas, D., & Staines, A. (2006). A comparative analysis of the economic performance of Greek and British small Islands. *In 36th regional science Conference* (σσ. 16-18). Jersey, Channel Islands:  
[https://www.sheffield.ac.uk/polopoly\\_fs/1.20701!/file/greekbritishislands.pdf](https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.20701!/file/greekbritishislands.pdf).

Debating Europe. (2014, Jan.). Youth. [https://www.debatingeurope.eu/wp-content/uploads/2014/10/01- youth\\_2014-01.png](https://www.debatingeurope.eu/wp-content/uploads/2014/10/01- youth_2014-01.png).

DESI. (2018). *Digital Economy and Society Index (DESI) 2018. Country Report Greece*. Brussels: European Union,  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/newsroom/image/document/2018-20/el-desi\\_2018-country-profile\\_eng\\_B43FFD54-01E0-8E08-F2E10DCA6B668AAE\\_52218.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/image/document/2018-20/el-desi_2018-country-profile_eng_B43FFD54-01E0-8E08-F2E10DCA6B668AAE_52218.pdf).

Eurostat. (2017). Healthcare personnel statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians).

Eurostat. (2017). *Quality of life in Europe*.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index\\_en.html](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index_en.html).

Eurostat. (2014). *Archive:Quality of life in Europe - facts and views - health*.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Quality\\_of\\_life\\_in\\_Europe\\_-\\_facts\\_and\\_views\\_-\\_health](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_health).

Greek reporter. (2017, April 11). Increase in suicides and child mortality during the crisis in Greece. *Report*, σσ. <https://greece.greekreporter.com/2017/04/11/increase-in-suicides-and-child-mortality-during-the-crisis-in-greece/>.

IMS. (2014). IMS Holdings, Report.  
[https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1595262/000156459015000673/ims-10k\\_20141231.htm](https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1595262/000156459015000673/ims-10k_20141231.htm).

NICHM. (2018). Prescription Drug Costs: Can Increased Competition Restrain Prices? *Webinar 14 June 2018*, <https://www.nihcm.org/component/content/article/19-webinar/1708-prescription-drug-costs-can-increased-competition-restrain-prices?>

World Health Organization. (2015, 8 31). *www.who.int*. Ανάκτηση από  
<https://www.who.int/nmh/GHLG.pdf>

## Διαδικτυακές πηγές – Ελληνόγλωσσες

- ΕΕ. (2011, Απρ). Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός μεταξύ των ηλικιωμένων στην ΕΕ. [http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/2011\\_04\\_01/consensus\\_conference\\_poverty\\_report\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/2011_04_01/consensus_conference_poverty_report_el.pdf).
- ΕΜΑ. (2010, Ιούνιος 10). Questions and Answers- Ερωτήσεις και απαντήσεις σχετικά με το Losec και τις λοιπές εμπορικές ονομασίες του (ομεπραζόλη, 10, 20, 40 mg καψάκια και δισκία, και 40 mg ενέσιμο διάλυμα προς έκχυση), 10 Ιουνίου 2010 EMA/CHMP/565190/2009 αναθ.1 ΕΜΕΑ/Η/Α-30/1001. [https://www.ema.europa.eu/documents/referral/questions-answers-losec-associated-names-omeprazole-10-20-40-mg-capsules-tablets-40-mg-solution\\_el.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/referral/questions-answers-losec-associated-names-omeprazole-10-20-40-mg-capsules-tablets-40-mg-solution_el.pdf).
- ΕΟΦ. (2018). Γενόσημα- κράτα την ουσία. <https://www.genosima.gr/el/home.html>.
- ΕΟΦ. (2019, Ιανουάριος). Δελτίο τύπου: "Γενόσημα Φάρμακα". [http://www.eof.gr/web/guest/press;jsessionid=2e058284552a707514317186a5ba?p\\_p\\_id=62\\_INSTANCE\\_WZt6&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_articles%2Fview&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_groupId=12225&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt](http://www.eof.gr/web/guest/press;jsessionid=2e058284552a707514317186a5ba?p_p_id=62_INSTANCE_WZt6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_WZt6_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_WZt6_groupId=12225&_62_INSTANCE_WZt).
- Eurostat. (2017, Ιούνιο). Πληθυσμιακή διάρθρωση και δημογραφική γήρανση. *Δεδομένα Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας*. doi:[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/el](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/el)
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2018). Εξωτερική πολιτική- στόχοι, μέσα και επιτεύγματα. <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/158/%CE%B5%CE%BE%CF%89%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CE%BC%CE%B5%CF%83%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B5%CF%80%CE%>.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2018, Οκτ. 2). Κοινοβουλευτικές ερωτήσεις- Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα, Manolis Kefalogiannis (PPE) . [http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-005045\\_EL.html](http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-005045_EL.html).
- Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. (2016, Φεβρουάριος 10). Θέμα: Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενών. <http://www.isathens.gr/images/anakoinwseis/prosvasi-iatr-fakelo.pdf>.
- Μπουλουτζά, Π. (2015, Οκτ. 23). "Αγνοούν" οι Έλληνες τα γενόσημα. *Καθημερινή*, <http://www.kathimerini.gr/835965/article/epikairothta/ellada/agnooun-oi-ellhnes-ta-genoshma>.
- ΠΕΦ. (2019). Βιοϊσοδυναμία. <https://www.pef.gr/farmaka/bioisodynamia/>.
- ΠΕΦ. (χ.χ.). Γενόσημα φάρμακα. *Ιστοσελίδα ΠΕΦ*, σ. <https://www.pef.gr/farmaka/genosima/>.
- Σιαλάκης, Χ. (2018). Προκλητή ζήτηση: οικονομική προσέγγιση και τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης. *Επιστημονικά χρονικά*, 23(8), σσ. 138-144. Ανάκτηση από [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p18%E2%80%933.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p18%E2%80%933.pdf)

Τέλλογλου, Τ. (2017, Οκτ. 16). Γρίφος η νέα τιμολόγηση των γενόσημων φαρμάκων. *Η Καθημερινή*, <http://www.kathimerini.gr/930714/article/epikairothta/ellada/grifos-h-nea-timologhsh-farmakwn>.

Υπουργείο Υγείας. (2018). ΚΕΝ. *ΙΜΟΡ*, σσ. <http://www.imop.gr/urotools-KEN>.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

*Γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα*

*Αποτίμηση γνώμης κοινού για τα γενόσημα φάρμακα*

1. Φύλο \*

- ο Άνδρας
- ο Γυναίκα

2. Ηλικία \*

- ο 18-24
- ο 25-34
- ο 35-44
- ο 45-59
- ο 60+

3. Επίπεδο εκπαίδευσης \*

- ο Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)
- ο Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο - Λύκειο)
- ο ΑΕΙ / ΤΕΙ
- ο Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
- ο ΙΕΚ / Κολλέγιο
- ο ΔΓ / ΔΑ

4. Ποιο είναι το επάγγελμά σας; \*

- ο Άνεργος / η
- ο Φοιτητής / ρια



- ο Ιδιωτικός / η υπάλληλος
- ο Δημόσιος / α υπάλληλος
- ο Ελεύθερος / η επαγγελματίας
- ο Συνταξιούχος /α
- ο ΔΓ/ ΔΑ

5. Πόσο είναι το μέσο ετήσιο καθαρό εισόδημά της οικογένειάς σας;

- ο κάτω από 8.000 ευρώ
- ο 8.000 - 12.500 ευρώ
- ο 12.500 - 15.000 ευρώ
- ο 15.000 - 25.000 ευρώ
- ο πάνω από 25.000 ευρώ
- ο ΔΓ/ ΔΑ
- ο Άλλο:

6. Διαθέτετε ενεργή ασφάλεια υγείας;

- ο Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ

- Ναι, ιδιωτική
- Όχι
- ΔΓ/ ΔΑ

7. Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες συνταγογραφούμενα φάρμακα;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Άλλο:

8. Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες μη συνταγογραφούμενα φάρμακα;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

9. Πόσα χρήματα δαπανάτε κατά μέσο όρο το χρόνο για υπηρεσίες υγείας / ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;

- Κάτω από 50 ευρώ
- 50-100 ευρώ

- ο 100-200 ευρώ
- ο 200-300 ευρώ
- ο πάνω από 300 ευρώ
- ο Άλλο:

10. Γνωρίζετε τί είναι τα γενόσημα φάρμακα;

- ο Ναι
- ο Όχι
- ο ΔΓ/ΔΑ

11. Ποια είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;

- ο Θετική
- ο Ούτε θετική ούτε αρνητική
- ο Αρνητική
- ο ΔΓ/ΔΑ

12. Από που ενημερωθήκατε για τα γενόσημα φάρμακα;

- ο Δεν γνωρίζω τι είναι τα γενόσημα

- ο Από ιδιώτη ιατρό
- ο Από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου
- ο Από τον / τη φαρμακοποιό
- ο Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες κλπ)
- ο Από το διαδίκτυο
- ο Από φίλους / γνωστούς / μέλη της οικογένειάς μου
- ο ΔΓ/ΔΑ

13. Είστε πρόθυμος / η να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο φάρμακο

- ο Ναι
- ο Όχι
- ο ΔΓ/ΔΑ

14. Για ποιο λόγο θα χρησιμοποιούσατε ένα γενόσημο έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων;

- ο Αν το προτείνει ο γιατρός μου
- ο Αν το προτείνει ο φαρμακοποιός
- ο Είναι φθηνότερο

- ο Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο
- ο Έχουν ίδια αποτελέσματα
- ο Σε καμία περίπτωση δεν θα λάμβανα γενόσημο
- ο ΔΓ/ ΔΑ
- ο Άλλο:

15. Για ποιους λόγους συνταγογραφούν οι γιατροί γενόσημα;

- ο Επειδή τους επιβάλλεται
- ο Επειδή είναι φθηνότερα
- ο Λόγω του ότι έχουν σχέσεις με τις εταιρείες
- ο Επειδή θεωρούν πως είναι εξίσου αποδοτικά
- ο ΔΓ/ΔΑ
- ο όλα τα παραπάνω

16. Για ποιους λόγους προωθεί το κράτος τα γενόσημα;

- ο Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές
- ο Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία

- ο Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
- ο Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
- ο Για να ενισχύσουν τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες
- ο ΔΓ / ΔΑ
- ο Άλλο:

Time stamp	Φύλλο	Ηλικία	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Ποιό είναι το επάγγελμα σας;	Πόσο είναι το μέσο ετήσιο καθαρό εισόδημα της οικογένειάς σας;	Διαθέτετε ενεργή ασφάλεια υγείας;	Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Έχετε χρησιμοποιήσει τους τελευταίους έξι (6) μήνες μη συνταγογραφούμενα φάρμακα;	Πόσα χρήματα δαπανάτε κατά μέσο όρο το χρόνο για υπηρεσίες υγείας/ιατροφαρμακευτικά γενόσημα φάρμακα;	Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;	Ποιά είναι η γνώμη σας για τα γενόσημα φάρμακα;	Από που ενημερωθήκατε για τα γενόσημα φάρμακα;	Είστε πρόθυμοι να χρησιμοποιήσετε ένα γενόσημο έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων;	Για ποιό λόγο θα χρησιμοποιούσατε ένα γενόσημο έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων;	Για ποιούς λόγους συνταγογραφούν οι ιατροί γενόσημα;	Για ποιούς λόγους προωθεί το κράτος τα γενόσημα;
2/15/2019 20:57:45	Ανδρας	25-34	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο-Λύκειο)	Άνεργος/η	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Εξαρτάται	Είναι φθηνότερο	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/15/2019 21:00:03	Γυναίκα	18-24	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο-Λύκειο)	Δημόσιος/α Υπάλληλος	8.000-12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Σε καμία περίπτωση δεν θα λάμβανα γενόσημο	Επειδή τους επιβάλλεται	Για να ενισχύσουν τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες

2/15/20 19 21:02:55	Γυναίκα	45-59	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Ελεύθερος/η Επαγγελματίας	15.000-25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Όυτε Θετική Όυτε Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή τους επιβάλλεται	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/15/20 19 21:05:03	Ανδρας	60+	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Συνταξιούχος/α	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	200-300 ευρώ	ΔΓ/ΔΑ	Όυτε Θετική Όυτε Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	Επειδή είναι φθηνότερα	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
2/15/20 19 21:06:40	Γυναίκα	45-59	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Φοιτητής/τρια	8.000-12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Όχι	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ
2/15/20 19 21:08:53	Γυναίκα	35-44	ΙΕΚ/Κολέγιο	Άνεργος/η	κάτω από 8.000 ευρώ	Όχι	Όχι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από το διαδίκτυο	Όχι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	ΔΓ/ΔΑ
2/15/20 19 21:10:51	Γυναίκα	45-59	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Ελεύθερος/η Επαγγελματίας	15.000-25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	200-300 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου		Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:16:42	Ανδρας	60+	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Δημόσιος/α Υπάλληλος	8.000-12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	πάνω από 300 ευρώ	Νομίζω ναι	Θετική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποιός	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19	Γυναίκα	45-59	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Συγγραφέας	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Όυτε Θετική	Από ιδιώτη ιατρό	ΔΓ/ΔΑ	Αν δεν συνταγογραφείται	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την



9:19:05			δακτορικ ό						ευρώ		Ούτε Αρνητική			φείται το πρωτότυπο		υγεία
2/16/20 19 9:21:04	Ανδρας	25-34	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Πανεπισ τημίου	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	ΔΓ/ΔΑ	Επειδή τους επιβάλλεται	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
2/16/20 19 9:23:06	Γυναίκα	45-59	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Φοιτητή ς/τρια	πάνω από 25.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Σε καμία περίπτωση δεν θα λάβανα γενόσημο	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:25:03	Γυναίκα	18-24	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από φίλους/ γνωστούς/ μέλη της οικογένειάς μου	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ
2/16/20 19 9:27:46	Γυναίκα	60+	Πρωτοβ άθμια (Δημοτικ ό)	Συνταξιο ύχος/α	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	200-300 ευρώ	Ναι	Θετική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:29:03	Γυναίκα	18-24		Φοιτητή ς/τρια	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Θετική	Από το διαδίκτυο	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20	Ανδρας	45-59	Μεταπτυ	Ιδιωτικό	ΔΓ/ΔΑ	Ναι,	Όχι	Ναί	100-200	Ναι	Θετική	Από τα μέσα	Ναι	Αν δεν	Επειδή τους	Για να μειθούν οι

19 9:32:15			χιακό/Δι δακτορικ ό	ς/η Υπάλληλ ος		μέσω ΕΟΠΥΥ			ευρώ			μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)		συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	επιβάλλεται	δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:33:40	Γυναίκα	18-24	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	8.000- 12.500 ευρώ	ΔΓ/ΔΑ	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Όυτε Θετική Όυτε Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποι ός	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Για να ενισχύσουν τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανί ες
2/16/20 19 9:34:54	Άνδρας	35-44	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Είναι φθηνότερο	Επειδή τους επιβάλλεται	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
2/16/20 19 9:36:41	Άνδρας	25-34	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Φοιτητή ς/τρια	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από ιδιώτη ιατρό	ΔΓ/ΔΑ	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:38:08	Άνδρας	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Όυτε Θετική Όυτε Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή τους επιβάλλεται	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:39:49	Άνδρας	25-34	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από το διαδίκτυο	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές

2/16/20 19 9:42:14	Γυναίκα	45-59	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Ελεύθερος/η Επαγγελματίας	8.000-12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Αν είναι απόλυτη ανάγκη, ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	ΔΓ/ΔΑ	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
2/16/20 19 9:44:15	Ανδρας	45-59	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ελεύθερος/η Επαγγελματίας	15.000-25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	100-200 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	ΔΓ/ΔΑ	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
2/16/20 19 9:46:02	Γυναίκα	18-24	ΙΕΚ/Κολέγιο	Φοιτητής/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Ούτε θετική Ούτε Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποιός	Επειδή είναι φθηνότερα	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές
2/16/20 19 9:47:37	Γυναίκα	25-34	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο-Λύκειο)	Ιδιωτικός/η Υπάλληλος	8.000-12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	ΔΓ/ΔΑ	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	Επειδή τους επιβάλλεται	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
2/16/20 19 9:48:52	Ανδρας	35-44	ΙΕΚ/Κολέγιο	Ιδιωτικός/η Υπάλληλος	8.000-12.500 ευρώ	Όχι	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε θετική Ούτε Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:50:01	Ανδρας	25-34	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο-Λύκειο)	Ιδιωτικός/η Υπάλληλος	12.500-15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από ιδιώτη ιατρό	Όχι	Σε καμία περίπτωση δεν θα λάμβανα γενόσημο	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
2/16/20	Γυναίκα	35-44	Δευτερο	Δημόσιο	12.500-	Ναι,	Όχι	Όχι	50-100	Ναι	Αρνητική	Από το διαδίκτυο	Ναι	Είναι	Επειδή τους	Επειδή το

19 9:52:06			βάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	ς/α Υπάλληλος	15.000 ευρώ	ιδιωτική			ευρώ				φθηνότερο	επιβάλλεται	επιβάλλουν οι δανειστές	
2/16/20 19 9:55:16	Γυναίκα	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Δημόσιος/α Υπάλληλος	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	100-200 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	Επειδή είναι φθηνότερα	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
2/16/20 19 9:56:37	Ανδρας	25-34	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Ιδιωτικός/η Υπάλληλος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	200-300 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν δεν συνταγογραφείται το πρωτότυπο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
2/16/20 19 9:58:15	Γυναίκα	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Ιδιωτικός/η Υπάλληλος	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Δεν είμαι βέβαιη	Από φίλους/ γνωστούς/ μέλη της οικογένειάς μου	Όχι	Αν έχουν ίδια αποτελέσματα	Επειδή είναι φθηνότερα	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές
3/31/20 19 18:12:50	Ανδρας	18-24	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)	Φοιτητής/τρια	8.000- 12.500 ευρώ		Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποιός	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:13:36	Γυναίκα	25-34	ΙΕΚ/Κολ έγιο	Φοιτητής/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	ΔΓ/ΔΑ	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με

					ευρώ							νοσοκομείου				τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:14:20	Γυναίκα	45-59	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	ΔΓ/ΔΑ	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από το διαδικτυο	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή τους επιβάλλεται	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:19:08	Γυναίκα	35-44	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Όυτε Θετική Όυτε Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές
3/31/20 19 18:19:59	Γυναίκα	35-44	ΙΕΚ/Κολ έγιο	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από ιδιώτη ιατρό	Όχι	Αν έχουν ίδια αποτελέσμα τα	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:20:44	Γυναίκα	60+	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	200-300 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή είναι φθηνότερα	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:21:17	Ανδρας	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Θετική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποι ός	Επειδή είναι φθηνότερα	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:21:56	Ανδρας	45-59	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή είναι φθηνότερα	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα

3/31/20 19 18:22:27	Γυναίκα	45-59	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Όχι	ΔΓ/ΔΑ	Δεν γνωρίζω τι είναι τα γενόσημα	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ
3/31/20 19 18:23:05	Γυναίκα	25-34	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Άνεργος /η	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Όχι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Όχι	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ	ΔΓ/ΔΑ
3/31/20 19 18:23:47	Γυναίκα	18-24	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Φοιτητή ς/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Όχι	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Θετική	Από το διαδίκτυο	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:24:24	Γυναίκα	25-34	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Ελεύθερ ος/η Επαγγελ ματίας	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Όχι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες, Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:25:06	Άνδρας	45-59	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τον/την φαρμακοποιό	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή τους επιβάλλεται, Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:25:46	Άνδρας	25-34	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν έχουν ίδια αποτελέσμα τα	Επειδή είναι φθηνότερα	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:26:18	Γυναίκα	45-59	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία

			ο- Λύκειο)	ος							Αρνητική (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)					
3/31/20 19 18:27:01	Γυναίκα	45-59	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	200-300 ευρώ	Ναι	Ούτε θετική Ούτε Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Είναι φθηνότερο	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:27:38	Γυναίκα	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	ΔΓ/ΔΑ	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Όχι	Σε καμία περίπτωση δεν θα λάβανα γενόσημο	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:28:11	Γυναίκα	35-44	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	θετική	Από τον/την φαρμακοποιό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή τους επιβάλλεται	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές, Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:28:55	Ανδρας	25-34	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Όχι	Όχι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε θετική Ούτε Αρνητική	Από το διαδίκτυο	ΔΓ/ΔΑ	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:33:56	Γυναίκα	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	θετική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία

3/31/20 19 18:39:37	Γυναίκα	45-59	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από το διαδίκτυο	ΔΓ/ΔΑ	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή είναι φθηνότερα	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:44:40	Γυναίκα	60+	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή τους επιβάλλεται	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:45:09	Ανδρας	25-34	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	50-100 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από ιατρό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου	Ναι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:45:45	Ανδρας	45-59	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, ιδιωτική	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Θετική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν έχουν ίδια αποτελέσμα τα	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:46:17	Ανδρας	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Φοιτητή ς/τρια	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από ιδιώτη ιατρό	Ναι	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Για να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία
3/31/20 19 18:46:51	Ανδρας	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Ιδιωτικό ς/η Υπάλληλ ος	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Θετική	Από το διαδίκτυο	Ναι	Είναι φθηνότερο	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές



			Λύκειο)													
3/31/20 19 18:47:32	Ανδρας	35-44	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	12.500- 15.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	50-100 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές
3/31/20 19 18:48:10	Γυναίκα	60+	Μεταπτυ χιακό/Δι δακτορικ ό	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	15.000- 25.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	ΔΓ/ΔΑ	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν το προτείνει ο φαρμακοποι ός	Λόγω του ότι έχουν σχέση με τις εταιρείες, Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:48:53	Γυναίκα	35-44	Πρωτοβ άθμια (Δημοτικ ό)	Φοιτητή ς/τρια	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	100-200 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Ναι	Αν έχουν ίδια αποτελέσμα τα	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή είναι ακριβώς το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα
3/31/20 19 18:49:28	Γυναίκα	35-44	Δευτερο βάθμια (Γυμνάσι ο- Λύκειο)	Δημόσιο ς/α Υπάλληλ ος	8.000- 12.500 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Ναί	100-200 ευρώ	Ναι	Αρνητική	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, κ.λπ.)	Όχι	Αν δεν συνταγογρα φείται το πρωτότυπο	Επειδή τους επιβάλλεται	Γιατί δεν ενδιαφέρονται για την υγεία των πολιτών
3/31/20 19 18:50:01	Ανδρας	18-24	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Φοιτητή ς/τρια	κάτω από 8.000 ευρώ	Ναι, μέσω ΕΟΠΥΥ	Ναι	Όχι	Κάτω από 50 ευρώ	Ναι	Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική	Από το διαδίκτυο	ΔΓ/ΔΑ	Αν το προτείνει ο ιατρός μου	Επειδή θεωρούν ότι είναι εξίσου αποδοτικά	Επειδή το επιβάλλουν οι δανειστές

