ΚΕΠΕΝΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στις Φαρμακευτικές Επιστήμες και την Τεχνολογία

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Στάσεις και απόψεις των ιατρών, αναφορικά με τους περιορισμούς που έχουν προκύψει, με τα νέα δεδομένα που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές αλλά και οι νέες οικονομικές συνθήκες

ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΑΤΡΑ 2017
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμώ να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου Αναπληρωτή Καθηγητή της Σχολής της Φαρμακευτικής του Πανεπιστήμιου Πατρών κύριο Σωτήριο Νικολαρόπουλο γιατί ο μεστός λόγος του στάθηκε πάντα για εμένα αφορμή γόνιμης σκέψης.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Σχολής Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστήμιου Πατρών κυρία Καραγιάννη Δέσποινα αλλά και των Επίκουρο Καθηγητή της Σχολής της Φαρμακευτικής Φουστέρη Μανώλη για την πολύτιμη βοήθεια τους αλλά και την Δρ. Γεωργή Χριστίνα γιατί με τις πολύτιμες υποδείξεις και οδηγίες της βοήθησε στην διεξαγωγή της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος αφιερώνω τις μεταπτυχιακές σπουδές μου αλλά και την Διπλωματική Εργασία μου στην σύζυγο μου Μαργαρίτα στους δυο γιους μου, Κωνσταντίνο και Νικόλαο και στους εκλιπόντες γονείς μου ιδιαίτερα όμως στην πολυαγαπημένη Μητέρα μου Ελένη.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως οικονομική κρίση ορίζεται το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Η οικονομική κρίση και τα νέα και συνεχή μεταβαλλόμενα οικονομικά και ρυθμιστικά μέτρα στην Ελλάδα έχουν ως αποτέλεσμα μια σειρά από αλλαγές στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στην επαγγελματική καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας, όπως οι ιατροί. Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας αποτελεί η καταγραφή και ανάλυση των νέων οικονομικών συνθηκών και δεδομένων που επιβάλλονται από τις ρυθμιστικές αρχές σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τους περιορισμούς στην καθημερινή ιατρική πράξη των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών. Το ερευνητικό τμήμα της εργασίας αποσκοπεί στην αξιολόγηση και παρουσίαση των στάσεων και των απόψεων των ιατρών σχετικά με αυτές.
SUMMARY

An economic crisis is defined as the phenomenon where an economy is characterized by a continuous decline in its economic activity. The economic crisis and the new and constantly changing economic and regulatory measures in Greece have resulted in a number of changes in healthcare and in the daily routine of health professionals, such as doctors. The purpose of this diploma thesis is to record and analyze the new economic conditions and data imposed by the regulatory authorities on health care and the limitations in the daily medical practice of health professionals and in particular doctors. The research aims to investigate the manner and degree of impact of the above-mentioned conditions and data on the profession of physician as well as on assessing and presenting the attitudes and views of doctors about them.
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .................................................................................................................. 3
SUMMARY ....................................................................................................................... 4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ ............................................................................................. 7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ........................................................................................... 7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .......................................................................................... 8
Ι ΕΙΣΑΓΩΓΗ ...................................................................................................................... 9
1 Θεωρητικό Υπόβαθρο - Το ευρύτερο περιβάλλον του κλάδου της υγείας................. 11
  1.1 Ερμηνεία - Ορισμός οικονομικής κρίσης .................................................................... 11
  1.2 Χαρακτηριστικά οικονομικής κρίσης ........................................................................ 11
  1.3 Συνέπειες οικονομικής κρίσης .............................................................................. 11
  1.4 Για τον ιατρό και τις μονάδες παροχές υγείας ......................................................... 12
  1.5 Για τον ασθενή ...................................................................................................... 13
2 Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα .................................................. 15
  2.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την κρίση ............................................................ 15
  2.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της κρίσης ............................................... 16
  2.3 Δαπάνες υγείας .................................................................................................... 19
  2.4 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ........................................................................... 22
3 Ρυθμιστικές αρχές και νέα δεδομένα ................................................................. 23
  3.1 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση .............................................................................. 23
  3.1.1 Υποχρεώσεις ιατρών ....................................................................................... 25
  3.2 Πλαφόν- ορία δαπάνης στην συνταγογράφηση και Προώθηση χρήσης γενοσήμων.............. 27
  3.3 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση εξετάσεων ανα ειδικότητα ιατρού.......................... 31
  3.4 Ορία επαναλημμοντικής συνταγογράφησης διαγνωστικών εξετάσεων.................. 33
  3.5 Αποκλειστική διάθεση φαρμάκων ΕΟΠΥΥ από φαρμακεία ΕΟΠΥΥ (φάρμακα υψηλού κόστους)........................................................................................................... 34
  3.6 Θεραπευτικά πρωτόκολλα .................................................................................... 37
  3.7 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση φαρμάκων ανάλογα με «υπάρχουσα» ή ή μη αγωγή..... 39
  3.8 Πρωτόκολλα ασθενών .......................................................................................... 39
  3.9 Αρνητική λίστα φαρμάκων ................................................................................... 39
  3.10 ΜΗΣΥΦΑ-ΓΕΔΙΦΑ ................................................................................................. 40
  3.10.1 ΜΗΣΥΦΑ ....................................................................................................... 40
  3.10.2 ΓΕΔΙΦΑ ......................................................................................................... 41
  3.11 Κανόνες συνταγογράφησης συγκεκριμένων φαρμάκων ........................................ 45
3.12 Αλλαγή συμμετοχών ασθενών ................................................................. 45
3.13 Αποκλεισμός συνταγογραφήσης σε ανασφάλιστους από ιδιώτες ιατρούς........ 49
3.14 Διαφορές τιμών γενοσήμων και προτότυπων φαρμάκων και Προώθηση γενοσήμων .... 49
3.14.1 Ορισμοί και Κατηγορίες Τιμολογούμενων Φαρμάκων.......................... 50
3.14.2 Τιμή αναφοράς ...................................................................................... 52
3.14.3 Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς υπό προστασία ......................... 55
3.14.4 Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς χωρίς προστασία ...................... 55
3.14.5 Τιμολόγηση των γενοσήμων προϊόντων ............................................. 56
3.15 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση συγκεκριμένων ποσοτήτων φαρμάκων ...... 57
3.16 Εισαγωγή νέων φαρμακευτικών προϊόντων στην κλινική πρακτική ................ 57
ΠΙΣΚΟΠΟΣ ...................................................................................................... 58
ΠΙΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ................................................................... 58
4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .................................................................. 58
  2.1 Προεδρικοσίμως Μεθόδου Ερευνας ....................................................... 58
  4.1 Εργαλεία Ερευνας ................................................................................ 60
  4.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας ...................................................................... 61
  4.3 Περιγραφή του Δείγματος ως προς τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά .......... 62
  4.4 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων ............................................................. 72
IV ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ............. 73
  1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΗΛΘΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ .......... 73
  5 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΟΙ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ .................................................. 78
  6 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΟΔΟ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ................................................................. 82
  7 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΖΟΥΝ ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ.................................................. 86
  8 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΡΟΝΟΥΝ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ........................................................... 87
  9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ................................................................... 97
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ....................................................... 98
VI ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .......................................................................................... 99
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ
Εικόνα1: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή, στην ΕΕ (Vandoros and Stargardt, 2013) .................. 20
Εικόνα2: Ετήσια δημόσια και ιδιωτική δαπάνη στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013) ................................................................. 21
Εικόνα3: Ετήσιες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013) ................................................................. 22

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ
Πίνακας 1: Δείγμα συμμετεχόντων σύμφωνα με το φύλο .................................................. 63
Πίνακας 2: Δείγμα συμμετεχόντων σύμφωνα με την ηλικία .................................................. 63
Πίνακας 3: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με τα χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας .......... 64
Πίνακας 4: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με την ειδικότητα ........................................ 66
Πίνακας 5: Αριθμός ασθενών ανά ημέρα .................................................................................. 66
Πίνακας 6: Επίπεδο Σπουδών ................................................................................................ 67
Πίνακας 7: Επίπεδο Εισοδήματος ............................................................................................ 69
Πίνακας 8: Χρήση Διαδικτύου ως μέσο πληροφόρησης για την ιατρική πράξη ....................... 70
Πίνακας 9: Χρήση Η/Υ ως μέσο παρουσίασης των αποτελεσμάτων στους ασθενείς ............ 71
Πίνακας 10: Χώρος Εργασίας ................................................................................................ 72
Πίνακας 11: Q1. Μετά την οικονομική κρίση ............................................................................ 73
Πίνακας 12: Q2. Η οικονομική κρίση ...................................................................................... 75
Πίνακας 13: Q3. Οι τρέχουσες εργασιακές συνθήκες στα προκαλούν εργασιακή ανασφάλεια .. 77
Πίνακας 14: Q4. Τα νέα δεδομένα που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές επηρεάζουν την εκτέλεση των καθηκόντων ......................................................................................................................... 78
Πίνακας 15: Q5. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ένα μεγάλο όλα προς τα εμπρός με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη χρήση όλο και πρισσότερο της τεχνολογίας στην καθημερινή πρακτική. Έχοντας υπόψιν σας αυτό ............................................................. 82
Πίνακας 16: Q6. Ιεράρχιση Προβλημάτων ............................................................................. 86
Πίνακας 17: Q7. Ποιες μεταβλητές είναι αυτές που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή σας (Whiteside&Lynam, 2001, Westetal, 2009) ................................................................. 88
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠRINCIPAL COMPONENT ANALYSIS ................................................................. 92

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ
Σχήμα 1: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με το φύλο....................................................... 63
Σχήμα 2: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με τα χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας 65
Σχήμα 3: Αριθμός ασθενών ανά ημέρα...................................................................................... 67
Σχήμα 4: Επίπεδο Σπουδών........................................................................................................... 68
Σχήμα 5: Τομέας Εργασίας............................................................................................................. 69
Σχήμα 6: Χρήση Διαδικτύου ως μέσο πληροφόρησης για την ιατρική πράξη..... 71
Σχήμα 7: Ιεράρχιση Προβλημάτων......................................................................................... 87
Ι ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τις νέες και συνεχώς μεταβαλλόμενες οικονομικές συνθήκες, ο κλάδος της υγείας είναι ένας από τους βασικότερους τομείς ο οποίος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Η οικονομική κρίση που μας τίθεται είναι κλαδισμένη διότι έχει ως αρχέγονο τουρισμού τόσο σε επίπεδο οικονομικό αλλά και ρυθμιστικό στους επαγγελματίες υγείας, όπως οι ιατροί. Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας αποτελεί η υπεράνων ηδιερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των γιατρών αναφορικά με τους περιορισμούς που έχουν προκύψει με τα νέα δεδομένα που έχουν επιβάλλει οι ρυθμιστικές αρχές αλλά και οι νέες οικονομικές συνθήκες.

Ο κρατικός προϋπολογισμός για τον χώρο της υγείας, με την πάροδο του χρόνου μειώνεται όλο και σε μεγαλύτερο βαθμό, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ορθή λειτουργία τόσο των νοσοκομείων όσο και η σωστή διεξαγωγή των επαγγελματικών υποχρεώσεων και καθήκοντων των επαγγελματιών υγείας που εγκαθίστανται είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα. Στα πλαίσια περιοχής της διαχείρισης των δαπανών υγείας και καλύτερου ελέγχου αυτών καθώς και στην προσπάθεια αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης και καθήκοντων προπολέμων του επαγγελματικού κλάδου, έχουν υποστεί νέα νομικά και ρυθμιστικά πλαίσια τα οποία οι ιατροί υφίστανται ως ανυπόκειται πιθανό να δυσχεραίνουν την καθημερινή τους εργασία και να δυσκολέυουν την άσκηση του επαγγέλματος τους καθώς είναι νέα, ακόμη, προς αυτούς.

Στόχος επομένως της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γιατροί στην καθημερινότητά τους εξαιτίας όλων αυτών των περιορισμών, όπως επίσης και να προβάλει τι τρόπο που η συνεργασία τους μπορεί να γίνεται καλύτερη.
Ποια είναι εκείνα τα συναισθήματα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των επαγγελματιών υγείας

Πώς η πρόοδος της τεχνολογίας σε συγκεκριμένους τομείς όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να διευκολύνει την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων

Η εργασία αναπτύσσεται ως ακολούθως: Κατ’ αρχήν κάνουμε εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την παρούσα κατάσταση του περιβάλλοντος της υγείας.

Στις ενότητες 1, 2 και 3 γίνεται εκτενής αναφορά και ανάλυση του θεωρητικού υπόβαθρου του κλάδου της ιατροφαρμακευτικής περίληπτης όπως αυτός έχει διαμορφωθεί με τις νέες οικονομικές συνθήκες και ρυθμιστικές αρχές.

Ακολούθως παρουσιάζουμε την ερευνητική μεθοδολογία (Ενότητα ΙΙ) που ακολουθήσαμε, προκειμένου να διερευνήσουμε τις στάσεις και τις απόψεις των γιατρών αναφορικά με τους περιορισμούς που έχουν προκύψει με τα νέα δεδομένα που έχουν επιβάλει οι ρυθμιστικές αρχές αλλά και οι νέες οικονομικές συνθήκες.

Αναλυτικότερα, στην ενότητα 4.1 αναφέρεται ο τρόπος που σχεδιάστηκε η έρευνα αρχίζοντας με τον καθορισμό του σκοπού της έρευνας ενώ αναφέρονται και οι στόχοι που αποσκοπεί η παρούσα έρευνα να απαντήσει βάσει του θεωρητικού υπόβαθρου που υπάρχει σε αυτή.

Έπειτα στην ενότητα 4.2 και 4.3 αναφέρονται τα βήματα που ακολουθήσαμε για τον σχεδιασμό της έρευνας. Αρχικά συλλέξαμε πληροφορίες που θα μας βοηθούσαν να καθορίσουμε το θέμα, έπειτα επιλέξαμε τον τύπο των ερωτήσεων, ερωτήθηκαν μέσω ερωτηματολογίου 300 γιατροί από το 105, διατυπώσαμε τις ερωτήσεις και την σειρά που θα τοποθετηθούν, προσδιορίσαμε την εμφάνιση του ερωτηματολογίου, κάναμε τον προέλεγχο και τελικά διεξήγαγαμε την έρευνα.

Στην ενότητα 4.4 παρουσιάζεται η διαδικασία της δειγματοληψίας όπου προσδιορίζεται το δείγμα και η δειγματοληπτική μονάδα που θα χρησιμοποιηθεί.

Στην ενότητα 4.5 αναφέρουμε τις μεθόδους που επιλέξαμε για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέξαμε.

Στην ενότητα IV παρουσιάζονται οι κατακόρυφοι παρόμοιοι συμπεράσματα, ορισμένοι περιορισμοί που εμφανίστηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας και οι προτάσεις για το μέλλον.
1 Θεωρητικό Υπόβαθρο - Το ευρύτερο περιβάλλον του κλάδου της υγείας

1.1 Ερμηνεία-Ορισμός οικονομικής κρίσης

Ως οικονομική κρίση ορίζεται το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Ο όρος οικονομική δραστηριότητα αναφέρεται στο σύνολο των μακροοικονομικών μεγεθών της οικονομίας, όπως είναι η υγεία, η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές κ.λπ (Κουφάρης, 2010).

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, κατά την οποία η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση.

1.2 Χαρακτηριστικά οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά από αρνητικές συνέπειες για την οικονομία της εκάστοτε χώρας. Αυτά μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα στην εμφάνισή τους όσο και στην έντασή τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι (INE-ΓΣΕΕ, 2008):

- Μείωση ρευστότητας
- Υψηλά επιτόκια δανεισμού
- Μείωση επενδυτικής δραστηριότητας
- Αύξηση αβεβαιότητας για το μέλλον
- Αύξηση ανεργίας
- Μειωμένη λαϊκή εμπιστοσύνη στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα
- Αύξηση φορολογίας
- Μείωση κρατικών δαπανών
- Ρευστό οικονομικό περιβάλλον
- Μείωση εξαγωγών - ανταγωνιστικότητας
- Μείωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς

1.3 Συνέπειες οικονομικής κρίσης

Υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες έχουν αναφερθεί από πολλά κράτη και ποικίλλουν ανά χώρα, περιφέρεια, επίπεδο ανάπτυξης και σοβαρότητα, και περιλαμβάνουν τα εξής (Simai, 2010):

- Επιβράδυνση της ανάπτυξης, οικονομική συρρίκνωση
- Αρνητικές συνέπειες για το εμπορικό ισοζύγιο και το ισοζύγιο πληρωμών
Εξάντληση των επιπέδων των άμεσων ξένων επενδύσεων
Οι μεγάλες και ασταθείς κινήσεις στις συναλλαγματικές ισοτιμίες
Καλλιέργεια ελλειμμάτων του προϋπολογισμού, μείωση των φορολογικών εσόδων και μείωση των δημοσιονομικών περιθωρίων
Συρρίκνωση του διεθνούς εμπορίου
Αυξημένη αστάθεια και πτωτικές τιμές για βασικά προϊόντα
Μείωση των εμβασμάτων προς τις αναπτυσσόμενες χώρες
Σημαντική μείωση των εσόδων από τον τουρισμό
Μαζική αντιστροφή των εισροών ιδιωτικών κεφαλαίων
Μειωμένη πρόσβαση σε πιστώσεις και χρηματοδότηση του εμπορίου
Μειωμένη χρηματοδότηση στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα
Μειωμένη ικανότητα να διατηρηθούν τα κοινωνικά δίκτυα ασφαλείας και η παροχή άλλων κοινωνικών υπηρεσιών
Αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας
Κατάρρευση της αγοράς στέγης

1.4 Για τον ιατρό και τις μονάδες παροχής υγείας

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και των νέων και συνεχώς μεταβαλλόμενων οικονομικών μέτρων στον χώρο και στην ποιότητα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των ιατρών είναι οι ακόλουθες:

- Αύξηση εισφορών
- Καθυστέρηση πληρωμών των εισφορών
- Υποχρηματοδότηση νοσοκομείων και μονάδων υγείας για υλικά κλπ
- Επιβάρυνση της λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης εξάρτησης λόγω αυξημένης ζήτησης
- Επιβάρυνσης της λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω έλλειψης προσωπικού
- Προώθηση χρήσης και συνταγογράφησης υλικών
- Απαραίτητη γνώση χρήσης νέων τεχνολογιών και ηλεκτρονικών υπολογιστών
- Προσαρμογή στις συνεχείς αλλαγές τρόπου ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (θεραπευτικά πρωτόκολλα, όρια δαπανών, περιορισμοί συνταγογραφούμενων εξετάσεων και φαρμάκων κ.α Δεσ Ενότητα 4)
- Περικοπή των δαπανών στο χώρο εργασίας των ιατρών
- Μείωση επάρκειας του εξοπλισμού των ιατρών
➢ Μείωση ποιότητας και ανεπάρκεια διατήρησης και αναβάθμισης της ποιότητας εξοπλισμού των ιατρών
➢ Αλλαγές στο χώρο εργασίας έχοντας ως κύρια επιδίωξη την προσαρμογή στις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες
➢ Επίδραση στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών
➢ Υποβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών λόγω των νέων οικονομικών συνθηκών
➢ Έλλειψη αναλώσιμων υλικών που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων
➢ Έλλειψη φαρμάκων που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων
➢ Επιλογή των φαρμάκων να γίνεται βάσει των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενούς
➢ Επιλογή της θεραπευτικής αγωγής γίνεται κατά κύριο λόγο με βάση την οικονομική κατάσταση της Μονάδος υγείας
➢ Αίσθημα φόβου και ανησυχίας για συνέχιση της καριέρας τους
➢ Ανοσοράεια για διατήρηση της εργασίας τους
➢ Αίσθημα μη επαρκώς ανταμειβής των προσφερόμενων υπηρεσιών τους
➢ Αίσθημα αβεβαιότητας
➢ Μη επαρκής βοήθεια και στήριξη από την πολιτεία για την εκτέλεση του έργου των ιατρών
➢ Έλλειψεις φαρμάκων
➢ Νέες ρυθμιστικές αρχές και δυσχέρεια στην παροχή υπηρεσιών

1.5 Για τον ασθενή

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και των νέων οικονομικών μέτρων στην ποιότητα ζωής και κάλυψη των υατροφαρμακευτικών αναγκών των ασθενών είναι οι παρακάτω:

➢ Δυσχέρεια να ολοκληρώσουν την θεραπεία τους λόγω οικονομικής δυσχέρειας
➢ Δυσχέρεια να λάβουν τα φαρμάκα τους λόγω αύξησης των τιμών και των συμμετοχών των φαρμάκων
➢ Οικονομική δυσχέρεια σε ασθενείς που είχαν χρόνια αγωγή με πρωτότυπα φάρμακα και επιθυμούν να συνεχίσουν την ίδια αγωγή λόγω μεγάλης διαφοράς τιμών γενοσήμων και πρωτότυπων
➢ Αύξηση ασφαλιστικών εισφορών
Αρνητική επίδραση στην ψυχολογία και στην υγεία τους

Στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία υπάρχει σειρά μελετών σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των ατόμων. Οι άνεργοι καθώς και οι άποροι ανήκουν σε αυτές τις ομάδες που παρουσιάζουν περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις συγκριτικά με άλλες κοινωνικές ομάδες. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των ανήργων πολιτών αυξάνεται, συνεπώς το επίπεδο υγείας των πολιτών της χώρας να χειροτερεύει.

Οι περισσότερες μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα έδειξαν ότι το επίπεδο της αυτοεκτιμούμενης υγείας του πληθυσμού επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση (Vandoros et al., 2013; Zavras et al., 2013) και ειδικότερα τον τρόπο με τον οποίο οικονομικές αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική κατάσταση των Ελλήνων πολιτών (Drydakis, 2015; Kentikelenis et al., 2014; Zavraset al., 2013). Σε αντίθεση με τις προαναφερθεισί μελέτες, οι (Tapia Granados and Rodriguez, 2015)υποστηρίζουν ότι ορισμένοι δείκτες, όπως ο δείκτης αυτοκτονίων και παιδικής θνησιμότητας δείχνουν μεν χειροτερεύσεις στην περίοδο της θέρεσης, παρόλο που άλλοι δείκτες δεν παρουσιάζουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις. Οι συγκεκριμένοι επιπτώσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η λεγόμενη ανθρωπιστική κρίση στο χώρο της υγείας αποκλείεται.
ζωή του θα είναι χειρότερη (0-4), ενώ το 15% τοποθετείται στη θέση 5 και το 42% δηλώνει πάνω από 5.

➢ Επίδραση στην ίση πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας

Η ίση πρόσβαση των πολιτών στις ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες αποτελεί σημαντικό ζήτημα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ίση πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι κοινωνικοοικονομικοί. Το εισόδημα αποτελεί έναν βασικό παράγοντα. Σχετικά με το συστηματικοοικονομικής ασφάλισης, η καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών αποτελεί αναγκαία και ικανή συνθήκη για να μπορεί ένα άτομο να έχει πρόσβαση στο σύστημα και στις παροχές υγείας. Η μη καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών είτε λόγω απουσίας ασφαλιστικής ικανότητας είτε λόγω απορίας, μέχρι να τεθεί σε ισχύ αντίστοιχος νόμος ο οποίος προέβλεπε για τις συγκεκριμένες ομάδες πολιτών, ταυτίζονταν με τον αποκλεισμό του πολίτη από το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

2 Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

2.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την κρίση

Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την περίοδο της οικονομικής κρίσης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μεικτό, όπου σχετικά με τη δομή του συνυπήρχε ως ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας, ενώ σχετικά με τον τρόπο χρηματοδότησής του, βασιζόταν κυρίως σε δημόσιους πόρους (κρατικός προϋπολογισμός, ασφαλιστικές εισφορές) και σε ιδιωτικές πληρωμές. Αρκετοί επιστήμονες του οικονομικού και ιατρικού κόσμου υποστήριζαν ότι το ελληνικό σύστημα υγείας συνυπήρχε στο σύστημα του Bismarck και Beveridge μοντέλο. Η ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 (Ν. 1397/1983) στόχευε στην δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας προς την δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος εγγύησης του συνόλου των Ελλήνων πολιτών. Το ΕΣΥ αποτέλεσε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια της κυβέρνησης με σκοπό τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας το οποίο θα μπορούσε να προσφέρει πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των Κέντρων Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων και δευτεροβάθμια περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρεχόταν από τους ασφαλιστικούς φορείς (μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ), με την παροχή υπηρεσιών μέσω δικών τους κέντρων
ή ιατρών ή μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, αλλά και από τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

Με την πάροδο του χρόνου, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι υπηρεσίες πρόληψης περιορίστηκαν και εγκαταλείφτηκαν στα πλαίσια του ΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2008), το οποίο εστιάσε κυρίως στο θεσμό του νοσοκομείου και έγινε "νοσοκομειοκεντρικό". Σε ότι αφορά τον τρόπο χρηματοδότησής, οι ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (28,4% το 2012, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ανερχόταν στο 19%)("OECD-OECD -pharmaceutical-
spending," 2012). Κατά την διάρκεια αυτής της περίοδου, παρατηρούνταν ιδιαίτερα διογκούμενα δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη που ήταν αποτέλεσμα τόσο των τεχνητά αυξημένων δαπανών για την υγεία (υπερκοστολόγηση υπηρεσιών, ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση), όσο και της αδύναμης συλλογής εσόδων και της ανεπαρκούς δημόσιας χρηματοδότησης.

Η έναρξη της οικονομικής κρίσης επήλθε σε μια χρονική στιγμή όπου το εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν αντιμέτωπο με ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα αναποτελεσματικότητας, δημοσιονομικά προβλήματα και μικρό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κάποια από τα κυριότερα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και η αδυναμία αυξημένης δυσαρέσκειας των πολιτών για την υπάρχουσα κατάσταση και τις προσφερόμενες υπηρεσίες σχετικά με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

2.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της κρίσης

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2009 είχε ιδιαίτερα μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομία της χώρας σε όλους τους τομείς, αλλά ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Κάποια από τα κυριότερα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις υπάρχουσας κατάστασης και τις προσφερόμενες υπηρεσίες σχετικά με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη είναι τα ακόλουθα:

- Έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού
- Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Έλλειψη τάσης συνεχούς βελτίωσης και διόρθωσης των υπαρχόντων προβλημάτων, καθώς η ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν αξιολογούνταν και δεν προσκομιζόταν ποθένα η αντίστοιχη ευθύνη
- Σπάταλη οικονομική διαχείριση.
Η αδυναμία της χώρας να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές οδήγησε την Ελλάδα σε συμφωνία (μνημόνι) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το 2010, με βάση την οποία η Ελλάδα θα δανειζόταν χρήματα από τον τότε νεοδημιουργούμενο "Μηχανισμό Στήριξης". Η χρηματοδότηση μέσω του συγκεκριμένου μηχανισμού προϋπέθετε την λήψη συγκεκριμένων μέτρων από την πλευρά της κυβέρνησης σε διάφορους τομείς που είχαν ως στόχο την βελτίωση των δημοσιονομικών της χώρας και την ανάπτυξη. Την 1η Μαρτίου του 2012, η Ελλάδα υπέγραψε τη δεύτερη συμφωνία (μνημόνιο) και τον Αύγουστο του 2015, την τρίτη συμφωνία (τρίτο μνημόνιο) με τους δανειστές της. Κατά το διάστημα της ένταξης της χώρας στα μνημόνια (2010 έως σήμερα) παρατηρούνται σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας που στοχεύουν στην αλλαγή της δομής του και στο δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, υπό την πίεση της Τρόϊκα, πραγματοποιούνται οι παρακάτω νομοθετικές παρεμβάσεις:

α) δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ (Ν. 3918/2011) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011) ο οποίος προκύπτει από τη συνένωση αρχικά επτά ασφαλιστικών ταμείων (ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΤΥΔΚΥ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) με σκοπό την προσφορά υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα) σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια Έλληνες. Την ίδια περίοδο, ο ΕΟΠΥΥ απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και λειτουργεί ως πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ έχει επίσης και ιατρούς (οι οποίοι εργάζονταν στις υγειονομικές μονάδες του), αλλά και ιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη. Οι πόροι του Ε.Ο.ΠΥ.Υ. προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων, την ετήσια επιχορήγηση 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό, των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) προς τον ΕΟΠΥΥ και λοιπά έσοδα από άλλους κοινωνικούς πόρους. 

β) με τον Νόμο 4238 / 2014(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014), μετά και από απάτηση της Τρόϊκα, αλλάζει ο ρόλος και η φυσιογνωμία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος παραμένει αγοραστής των Υπηρεσιών Υγείας τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Η αλλαγή του ρόλου του, σηματοδοτεί ανταπόκριση και αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαψης και αναβάθμιση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος διεκδικεί να υποκαταστήσει τον δημόσιο τομέα. Κατά ορισμένους επιστήμονες (Niakas, 2013) η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΥΥ συνάδει με μία προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η
αλλαγή της φυσιογνωμίας του αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας στοχεύει στα εξής: α) συγκέντρωση των πόρων σε ένα μοναδικό φορέα β) ορθολογικότερη διαχείριση χρημάτων και δαπανών και γ) αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Γενικά, στόχος του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή αυτών.


Τα (Κ.Ε.Ν) D.R.G.s (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες) έκαναν την πρωτη τους εμφάνιση στην Αμερική το 1983. Η δημιουργία τους βασίστηκε σε δύο μηχανισμούς:

> Ορισμός ομάδων προϊόντων νοσοκομείου
> Καθορισμός βαρύτητας ή τιμής για κάθε ομάδα προϊόντων.

Στην Ελλάδα, η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τα Κ.Ε.Ν. βασίζεται σε «οδηγούς κοστολόγησης» οι οποίοι προκύπτουν από το ομαδοποιημένο προϊόν. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής εισελθεί/νοσηλεύει σε νοσοκομείο για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας, θα ενταχτεί σε μια αντίστοιχη κατηγορία ΚΕΝ ανάλογα με το είδος της ασθένειας του (χειρουργικό ή παθολογικό), το φύλο, την ηλικία, την διάγνωση και άλλους παράγοντες. Βασικό στοιχείο των D.R.G.s ήταν ο έλεγχος του κόστους.

d) μέτρα που στοχεύουν στην αύξηση των εσόδων, όπως είναι η θεσμοθέτηση του clawback (ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό) και θεσμοθέτηση του rebate (ισχυρωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών), καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στα πλαίσια του τρίτου μνημονίου, έχει πραγματοποιηθεί δραματική αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών στον κλάδο της υγείας.
ε) μέτρα με σκοπό την αύξηση της πρόσβασης των ελλήνων πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω της θεσμοθέτησης του HealthVoucher οποίο παρέχει το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρόων ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα μικρότερο των 15000 ευρώ ετησίως) και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014, 2014).

Επίσης, με βάση τον νόμο 4368/16 ΦΕΚ 21 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016)δύομιση συνταγματάρχη πολίτες που διαθέτουν ΑΜΚΑ, μπορούν να έχουν πλήρη νοσηλευτική, φαρμακευτική και διαγνωστική κάλυψη(με ετήσιο εισόδημα κάτω από 6.000 ευρώ), σε δομές του ΕΣΥ και του ΠΕΔΥ. Από την δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη, εξαιρούνται οι αυτοαπασχολούμενοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες. Η συνταγογράφηση στην συγκεκριμένη ομάδα πολιτών μπορεί να γίνει μόνο από συμβεβλημένους ιατρούς του ΠΕΔΥ, στο πλαίσιο των δωρεάν επισκέψεων που προβλέπονται για τους ασφαλισμένους.

2.3 Δαπάνες υγείας

Οι λόγοι πίσω από τις μεγάλες κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα περιλαμβάνουν (Vandoros and Stargardt, 2013):

α) τη γενική απουσία μέτρων από πλευράς ζήτησης όπως η προώθηση γενόσημων φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η παρακολούθηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων που οδήγησαν σε χαμηλή διείσδυση στην αγορά μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας, οι τιμές και ο υψηλός όγκος συνταγών

β) την αδύναμη εφαρμογή των υφιστάμενων κανονισμών

γ) την κατάργηση του θετικού καταλόγου το 2006.

Επιπλέον, οι μη ρευστοποιημένες προσαυξήσεις φαρμάκων και χονδρεμπόρων συνέβαλαν επίσης στην αύξηση των δαπανών όταν τα παλαιότερα, φθηνότερα φάρμακα αντικαταστάθηκαν από νεότερα, ακριβότερα φάρμακα.

Ειδικότερα, οι ετήσιες δημόσιες δαπάνες για τα φάρμακα ανήλθαν σε 4,10 δισ. το 2011, από 5,09 δισ. το 2009 και 4,25 δισ. το 2010. Αυτό αντιπροσωπεύει μια συνολική μείωση 19,5% σε δύο χρόνια (Εικόνα 2). Ωστόσο, οι δαπάνες εξακολουθούν να είναι υψηλότερες από το 2006 (3,51 δισ. Ευρώ) και το 2007 (4,04 δισ. Ευρώ) και 42,8% υψηλότερες από το 2005 (2,87

Εικόνα 2: Ετήσια δημόσια και ιδιωτική δαπάνη στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013)
Η δαπάνη υγείας για την χώρα, το 2009 ανήλθε στο υψό με 9,6% του Α.Ε.Π δηλαδή 24,6 δις, από τα οποία τα 15,4 αποτελούν δημόσια δαπάνη και τα 9,2 ιδιωτική δαπάνη για την υγεία. Στην ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνονται οι δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία περιλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών του πληθυσμού, καθώς και των ανασφάλιστων ατόμων. Οι συνολικές δαπάνες περιλαμβάνουν όχι αποκλειστικά τις επενδύσεις στο χώρο της υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια μεθοδολογία που παρακολουθεί και καταγράφει τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (ιδιωτικές, δημόσιες, δαπάνες στο εξωτερικό). Με τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας, παρέχονται πληροφορίες σε τρεις άξονες:

- πηγές χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων στον χώρο της υγείας
- παραγωγή (πώς θα κατανεμηθούν οι πόροι στους συντελεστές παραγωγής δλδ ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.α)
- κατανάλωση (μορφές περίθαλψης που θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους δλδ νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των τριών αξόνων ιδανικά πρέπει να λειτουργεί εισόδημα: χρηματοδότηση = παραγωγή = κατανάλωση. Στην Ελλάδα όμως την τελευταία δεκαετία οι δαπάνες για την υγεία συνεχώς αυξάνονταν. Το 2010 και το 2011, μετά την κρίση και την συμφωνία με το ΔΝΤ, την ΕΕ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε διάφορα μέτρα πολιτικής με στόχο τον περιορισμό του κόστους και της δαπάνης. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάναν: α) περικοπές τιμών, β) επανεισαγωγή θετικού καταλόγου, γ) αλλαγές στα περιθώρια κέρδους των φαρμακειών και των χονδρεμπόρων, και δ) προσφορές νοσοκομειακών φαρμάκων. Ως αποτέλεσμα, οι δημόσιες δαπάνες για φάρμακα μειώθηκαν από 5,0 δισεκατομμύρια δολάρια το 2009 σε 4,25 δισεκατομμύρια το 2010 και 4,10 δισεκατομμύρια το 2011 (Vandoros and Stargardt, 2013).

### 2.4 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας

Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας προέρχεται όχι μόνο από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς πόρους. Συγκεκριμένα, μια από τις βασικές πηγές εσόδων είναι ο
κρατικός προϋπολογισμός. Το κράτος εισπράττει μέσω της φορολογίας χρήματα από τους Έλληνες πολίτες και τα διανέμει στην αγορά μέσω των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το Σύστημα Υγείας αντλεί χρήματα από την κοινωνική ασφάλιση όπου ο ασφαλισμένος καταβάλει τις ασφαλιστικές εισφορές του ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και ο εργοδότης λόγω της εργατικής νομοθεσίας. Παράλληλα, υπάρχει ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης ως πρόσθετη πηγή εσόδων για το σύστημα υγείας. Σε αυτό το είδος της ασφάλισης, ο ασφαλιζόμενος πληρώνει ανάλογα με τον κίνδυνο της ασθενείας, το επάγγελμα και την κοινωνική του θέση αλλά και άλλες παράγοντες. Μια άλλη η πηγή αντλήσεων εσόδων είναι οι απευθείας πληρωμές των πολιτών από το εισόδημα τους στα συστήματα υγείας. Οι πόροι αυτοί δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά από την ίδια την περιουσία των πολιτών. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι το ποσοστό εισφοράς της κάθε πηγής εσόδων στη χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας διαφέρει ανά χρονική περίοδο.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι θα ήταν αποδοτικότερο να διώθηκε βαρύτητα στην ρήξη ηπειροδοτήσης και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων με σκοπό την αποτελεσματικότερη λειτουργία τους. Πιο συγκεκριμένα, ένας από τους τομείς που θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί και βελτιστοποιηθεί προς αυτή την κατεύθυνση είναι τα λογιστικά συστήματα διαχείρισης των δημόσιων νοσοκομείων. Οι Hammad et al. μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ αποκέντρωσης, αβεβαιότητας και λογιστικών συστημάτων διαχείρισης (MAS) στην απόδοση ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία της Αιγύπτου (Hammad S et al., 2012). Τα συμπεράσματα τα οποία διεξήχθησαν μπορούν να επηρεαστούν και για το ελληνικό περιβάλλον. Η μελέτη έδειξε ότι η η ύπαρξη σωστών και ορθά σχεδιασμένων κατάλληλων λογιστικών συστημάτων διαχείρισης διευκολύνει και κάνει πιο αποτελεσματική την λειτουργία των νοσοκομείων και ευνοεί την σωστή λήψη καθοριστικών αποφάσεων των διευθυντών των νοσοκομείων (Hammad S et al., 2012).

3 Ρυθμιστικές αρχές και νέα δεδομένα
3.1 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
Μέχρι την έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, παρόλο που ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αυξανόταν συνεχώς, ο τρόπος συνταγογράφησης είχε παραμείνει ίδιος για πολλά χρόνια. Οι ιατροί ήταν από μικρής είδους με την βοήθεια του Εθνικού Συνταγολογίου, έγραφαν στοιχεία της επιθυμητής συνταγής στο βιβλιάριο του ασθενούς ώστε ο ασθενής να πάει στο φαρμακείο να προμηθευτεί την αγωγή του. Η πρακτική
αυτή αποδείχτηκε χρονοβόρα και ήταν επιρρεπής στα λάθη. Με αφορμή αυτά, έκανε την εμφάνιση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Συμφωνά με το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία ως ηλεκτρονική συνταγογράφηση ορίζεται η αξιοποίηση των ηλεκτρονικών συστημάτων για την διευκόλυνση και την ενίσχυση της επικοινωνίας μιας ιατρικής εντολής ή συνταγής, βοηθώντας στην επιλογή, διαχείριση και προμήθεια ενός φαρμάκου μέσω της γνώσης και υποστήριξης αποφάσεων, παρέχοντας μια διαδρομή ελέγχου για το σύνολο της διαδικασίας χρήσης των φαρμάκων.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα διέπεται από τις οδηγίες του νόμου 3892/2010 (ΦΕΚ 189) ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2010) «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων». Ως εφαρμογή υποστηρίζεται από την ηλεκτρονική διακυβέρνηση κοινωνικής ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ερμηνεύεται ως η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με την χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και επικοινωνιών, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια, η εγκυρότητα και η διαφάνεια. Διέπει όλα τα συστήματα και τις τοποθεσίες που εμπλέκονται όπως τα τακτικά ιατρεία των νοσοκομείων ή τα ιδιωτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τις κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η δημιουργία της ηλεκτρονικής συνταγής ξεκινά όταν ο ιατρός, διαπιστώνοντας την ανάγκη για συνταγογράφηση, εγγράφεται στο σύστημα μετόνομα χρήστη και τον κωδικό πρόσβασης, ώστε να αποκτήσει δικαίωμα χρήσης του συστήματος. Όταν ετοιμασθεί και εκτυπωθεί η συνταγή, ο ασθενής μπορεί να την εκτελέσει σε ένα συμβατό φαρμακείο.

Η δημιουργία της ηλεκτρονικής συνταγής ξεκινά όταν ο ιατρός, διαπιστώνοντας την ανάγκη για συνταγογράφηση, εγγράφεται στο σύστημα μετόνομα χρήστη και τον κωδικό πρόσβασης, ώστε να αποκτήσει δικαίωμα χρήσης του συστήματος. Όταν ετοιμασθεί και εκτυπωθεί η συνταγή, ο ασθενής μπορεί να την εκτελέσει σε ένα συμβατό φαρμακείο.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι κατά την διάρκεια των βημάτων επιλογής φαρμάκων έως ότου ο συνταγογράφος να φτάσει στην τελική φάση της συνταγής εμφανίζονται προειδοποιήσεις για πιθανές λανθασμένες επιλογές ή παρενέργειες.
Η εφαρμογή δίνει την δυνατότητα εξαγωγής στατιστικών στοιχείων ανά ημέρα ή ανά μήνα ώστε ο ιατρός να ενημερωθεί για την ροή των εργασιών του και τυχόν υπερβάσεις που μπορεί να έχει κάνει. Στοιχεία που του δίδονται είναι η τρέχουσα μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη που έχει κάνει ο γιατρός ανά ασφαλισμένο, καθώς και το ποσοστό αξίας συνταγογραφημένων σκευασμάτων με εμπορική ονομασία επί του συνόλου σε ετήσια βάση που δεν πρέπει να υπερβαίνει το 15%. Ολα αυτά μπορεί να σχετίζονται και με την αμοιβή την οποία λαμβάνει μέσω ΕΟΠΥΥ ή με άλλα λογιστικά στοιχεία.

Παρά τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μια μερίδα επαγγελματιών υγείας πιθανά δυσκολεύεται στην εφαρμογή της καθώς απαιτείται άριστη γνώση και εμπειρία με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και την τεχνολογία, αλλά και βελτιστοποίηση του συστήματος ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του της καθημερινής ιατρικής πράξης.

3.1.1 Υποχρεώσεις ιατρών

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 189 Α (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2010):

Οι ιατροί υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης που διαχειρίζεται ο Φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και έχουν τις υποχρεώσεις που ορίζονται στις επόμενες παραγράφους.

Κατά την εγγραφή τους οι ιατροί δηλώνουν ταπαρακάτω:

α) Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώονυμο

β) Αριθμό άδειας απασχόλησης και ημερομηνία έναρξης απασχόλησης

γ) Ιατρική Ειδικότητα

δ) ΑΜΚΑ

ε) Αριθμό μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής σε αυτό στην ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν

ζ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου

η) Αριθμό Αστυνομικής Ταυτότητας ή αριθμό Διαβατηρίου για τους αλλοδαπούς ιατρούς

θ) Στοιχεία διεύθυνσης εργασίας

ι) Κωδικό Υγειονομικής μονάδας

ια) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.
Οι ιατροί που είναι εγγεγραμμένοι ως χρήστες ταυτοποιούνται κατά την είσοδό τους στο σύστημα με τη χρήση συγκεκριμένων στοιχείων ταυτοποίησης. Η εγγραφή και η ταυτοποίηση είναι απαραίτητη

Οι ιατροί, αφού ολοκληρώσουν την ταυτοποίησή τους ασθενούς με την επίδειξη του βιβλιαρίου υγείας και τη χρήση του ΑΜΚΑ του, καταχωρούν τη συνταγή ηλεκτρονικά (διάγνωση, φαρμακευτική αγωγή/και παραπεμπτικά). Όσον αφορά τα φάρμακα, καταχωρείται η ονομασία (εμπορική ονομασία ή δραστική ουσία), η δοσολογία, η περιεκτικότητα, η ποσότητα, η κατηγορία της συνταγής και το ποσοστό συμμετοχής του κάθε ασφαλισμένου. Οι ιατροί επιλέγουν τη διάγνωση από τη λίστα ιδιοκωδικοποιημένων διαγνώσεων (ICD-10). Η λίστα αυτή των ιδιοκωδικοποιημένων διαγνώσεων είναι μια διεθνής στατιστική ταξινόμηση των νόσων. Οι ιατροί μπορούν να εισάγουν και ελεύθερο κείμενο περιγραφής της διάγνωσης. Μετά τον καθορισμό της διάγνωσης, εισάγουν τα φάρμακα που πρέπει να συνταγογραφηθούν και τα οποία ανευρίσκονται στον κατάλογο των εγκεκριμένων από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και νομίμως κυκλοφορώντων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Αν η συνταγή αφορά τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄-Δ΄ του άρθρου 1 του ν. 3459/2006 (ΦΕΚ 103 Α΄) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2006) και της παραγράφου 8 του άρθρου 1 του π.δ. 148/2007 (ΦΕΚ 191 Α΄) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2007), στη συνταγή πρέπει να καταχωρείται ειδική σήμανση όπως προβλέπεται στην παράγραφο 7 του άρθρου 1 του π.δ.148/2007. Στα παραπεμπτικά, οι ιατροί καταχωρούν το είδος της ιατρικής πράξης ή της παρακλινικής εξέτασης που επιβάλλεται να εκτελεστεί. Στη συνέχεια εισάγουν τις ιατρικές πράξεις από τον κατάλογο εγκεκριμένων πράξεων, από το Τιμολόγιο Ιατρικών Πράξεων και Εξετάσεων ή/και τον Κανονισμό Παροχών. Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρείται ηλεκτρονικά περιέχει τα στοιχεία του ιατρού, την ημερομηνία καταχώρησης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους. Κάθε συνταγή ή παραπεμπτικό που καταχωρείται ηλεκτρονικά χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode). Σε περίπτωση καταχώρησης μίας συνταγής ως επαναλαμβανόμενης, όπως αυτή εννοείται στην περίπτωση της παρ. 1 του άρθρου 2 του π.δ.121/2008 (ΦΕΚ 183 Α΄) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2008) καταχωρούνται αυτομάτως οι επαναλαμβανόμενες σχετικές συνταγές, η ημερομηνία καταχώρησης και ορίζονται οι αντίστοιχες περιόδους έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους αντίστοιχα. Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρησης της συνταγής και του παραπεμπτικού, οι ιατροί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής ή του
παραπεμπτικού, υπογράφουν, σφραγίζουν και το παραδίδουν στον ασθενή, ο οποίος το
παραδίδει στον φαρμακοποιό ή στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που θα εκτελέσει την
συνταγή ή το παραπεμπτικό αντίστοιχα. Αν η συνταγή αφορά τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων
ή σκευασμάτων που περιέχουν τις υσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄− Δ΄ του άρθρου 1
του ν. 3459/2006 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2006) οι ιατροί εκτυπώνουν
αντίγραφο της συνταγής, το οποίο οφείλουν να φυλάσσουν επί τρία έτη από την καταχώριση
της και παράλληλα εκδίδουν και χειρόγραφη συνταγή, η οποία συνοδεύει την ηλεκτρονική
συνταγή. Οι ιατροί μπορούν να ακυρώσουν την συνταγή ή το παραπεμπτικό που έχουν καταχωρίσει
μόνο εάν δεν έχουν εκτελεστεί. Επίσης, οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης
τον παραδίδοντος ή των παραπεμπτικών που έχουν καταχωρίσει ηλεκτρονικά οι ίδιοι. Αν
κρίνεται αναγκαίο για την προσδιορισμό της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής οι ιατροί
μπορούν μετά από συγκατάθεση του ασθενούς να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένη
φαρμακευτικής αγωγής ιατρικών πράξεων που έχουν καταχωρηθεί από άλλους ιατρούς. Τέλος, οι ιατροί υποχρεούνται να διαθέτουν την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών.

3.2 Πλαφόν – Όρια δαπάνης στην συνταγογράφηση και Προώθηση
χρήσης γενοσήμων
Κοιμικό ρόλο στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει η ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική
Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης) αλλά και ο ΕΟΠΥΥ οι οποίοι παρακολουθούν σε
πραγματικό χρόνο τι συμβαίνει. Η ΗΔΙΚΑ, αποτελεί σημείο αναφοράς για όλο το σύστημα.

Το υπουργείο Υγείας έχει καθορίσει πλαφόν στη φαρμακευτική δαπάνη που «δημιουργεί»
στον ΕΟΠΥΥ κάθε ιατρός ανάλογα με την ειδικότητά του, τον μήνα του έτους και τη
γεωγραφική περιοχή, σε μία προσπάθεια για συγκέντρωση των δαπανών και προώθηση της
χρήσης των γενοσήμων στην Ελλάδα. Στο ίδιο πλαίσιο τίθεται ένα ελάχιστο
ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων ανά ιατρό, ενώ θα τεθεί πιθανός σε ισχύ ένα σύστημα
ανταμοιβών για τους ιατρούς που τηρούν τους κανόνες και για τα φαρμακεία που προωθούν
γενόσημα στους ασφαλισμένους.

Ειδικότερα, με την υπουργική απόφαση Γ5(α)/70068 ΦΕΚ Β 2332/30.10.2015(ΕΦΗΜΕΡΙΣ
ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2015), τίθενται συγκεκριμένα όρια δαπάνης φαρμάκων που γράφει
ένας ιατρός ανά ασφαλισμένο, κάθε μήνα. και τα οποία εξαρτώνται από την ειδικότητά και
την περιφερειακή ενότητα στην οποία δραστηριοποιείται ο εκάστοτε ιατρός. Π.χ., στην Αττική το κόστος των φαρμάκων που γράφει ανά ασφαλισμένο ένας καρδιολόγος δεν πρέπει να ξεπεράσει τα 36,12 ευρώ τον Αύγουστο και τα 38,24 ευρώ τον Σεπτέμβριο. Αντίστοιχα, στη Θεσσαλονίκη το όριο φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασφαλισμένο για έναν καρδιολόγο είναι 36,15 ευρώ τον Αύγουστο και 37,17 ευρώ τον Σεπτέμβριο, στο Ηράκλειο της Κρήτης 36,45 ευρώ τον Αύγουστο και 34,23 ευρώ τον Σεπτέμβριο και στην Καβάλα 41,70 ευρώ και 40,98 ευρώ αντίστοιχα.

Τα όρια στη φαρμακευτική δαπάνη κάθε ιατρού καθορίζονται ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφεί, την περιφερειακή ενότητα της χώρας όπου έχει έδρα και το μήνα του έτους (εποχικότητα) σύμφωνα με το Παράρτημα 2 της αντίστοιχης υπουργικής απόφασης. Τα όρια αυτά έχουν προκύψει από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων από την έκδοση των συνταγών του προηγούμενου έτους σε ολόκληρη την Επικράτεια, ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού, την Περιφερειακή Ενότητα που εδρεύει και την επισκεψιμότητα για τον αντίστοιχο μήνα του έτους.

Η ΗΔΙΚΑ ενσωματώνει τους στόχους αυτούς στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ενημερώνει καθημερινά τον κάθε ιατρό για το ποσοστό της συνταγογράφησης γενοσήμων σε κάθε θεραπευτική κατηγορία που έχει συνταγογραφήσει. Σε περίπτωση απομάκρυνσης αυτού του επίπεδου του ενδεχομένου έτους σε ολόκληρη την Επικράτεια, ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού, την Περιφερειακή Ενότητα που εδρεύει και την επισκεψιμότητα για τον αντίστοιχο μήνα του έτους.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση Γ5(α)/70068 ΦΕΚ Β’ 2332/30.10.2015(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2015) καθορίζονται ανά ιατρόι οι ελάχιστοι ποσοστιαίοι στόχοι συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων κατά όγκο, σύμφωνα με το Παράρτημα 1 της αντίστοιχης υπουργικής απόφασης.

Οι στόχοι έχουν προκύψει από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων συνταγογράφησης του έτους 2014, με βάση τη διαθέσιμη της γενοσήμων καταναλώσεις σε κάθε θεραπευτική κατηγορία. Οι στόχοι αφορούν κάθε ιατρό που συνταγογραφεί για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και του γνωστοποιούνται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ο ιατρός ενημερώνεται καθημερινά για την ύπαρξη ή όχι υπέρβασης, καθώς και το ποσοστό αυτής, με βάση την ημερήσια βάση την αριθμό των διαφορετικών ασθενών και τον προκαθορισμένο μέσο όρο διαπάνης αυτών.
Στις ανωτέρω διατάξεις υπάγονται και τα σκεύασματα που έχουν απολύσει το καθεστώς προστασίας τους και έχουν λιανική τιμή ή διαμορφώνουν λιανική τιμή μέσω έκπτωσης προς τον ΕΟΠΥΥ ίση ή μικρότερη από το μέσο όρο της λιανικής τιμής γενοσήμων σκευασμάτων ίδιας δραστικής, μορφής, περιεκτικότητας και συσκευασίας με αναγωγή στη μηνιαία θεραπεία.

Από την εφαρμογή, εξαρείται η συνταγογράφηση που αφορά σε χρόνιους νεφροπαθείς τελικού σταδίου (σε αιμοκάθαρση, σε περιτοναϊκή διύλιση και σε μεταμόσχευση), σε καρδιοπαθείς τελικού σταδίου (μηχανική καρδιά, ανεπάρκεια τελικού σταδίου, μεταμόσχευση καρδιάς), σε ασθενείς που πάσχουν από ηπατική ανεπάρκεια (ηπατική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, μη αντιρροπούμενη κίρρωση, μεταμόσχευση ήπατος), σε μεταμοσχευθέντες ρευστών ή συμπαγών οργάνων, σε καρκινοπαθείς, σε πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, σε πάσχοντες από κυστική ίνωση και σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση. Έξαιρούνται επίσης τα εμβόλια του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών για παιδιά και εφήβους, και τα φάρμακα των οποίων τη χρήση εγκρίνει ο ΕΟΠΥΥ μέσω των επιτροπών του. Τέλος εξαιρούνται τα φάρμακα για τα οποία θα τεθεί κλειστός προθυσλογισμός καθώς και τα φάρμακα για τα οποία θα επιτευχθούν συμφέροντες τιμές αποζημίωσης μέσω της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης. Με απόφαση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ, δύνανται να εξαιρούνται από την εφαρμογή της παρούσας επιπλέον κατηγορίες ασθενών και ειδικές κατηγορίες ιατρών, μετά από αναγωγή στην Ειδική Επιτροπή της υποσχέσης 12449/2-2014 (ΦΕΚ 256/Β'/2014) (ΕΣΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014)υπουργικής απόφασης.

Σε περίπτωση επανειλημμένης ανακοίνωσης από το όριο που προβλέπονται στα παραρτήματα 1 και 2:

α) σε ποσοστο έως είκοσι τοις εκατό (20 %) αθροιστικά για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες (ή 6,7%/μήνα) γίνεται έγγραφη σύσταση στον ιατρό για την τήρηση των προβλεπόμενων ορίων.

β) σε ποσοστο άνω του είκοσι τοις εκατό (20 %) αθροιστικά για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες, ο ιατρός καλείται από την αρμόδια Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ που διαπιστώνει την υπέρβαση να δικαιολογήσει τη συνταγογράφησή του. Σε περίπτωση μη επαρκούς αιτιολογήσεις της απόκλισης, ο ΕΟΠΥΥ δύναται να επιβάλει διοικητικούς κυρώσεις σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Συγκεκριμένα επιβάλλεται:
• Πρόστιμο ύψους έως 1000 ευρώ σε περίπτωση αδικαιολόγητης αθροιστικής απόκλισης από 20% έως 25% από το στόχο για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες.
• Πρόστιμο ύψους έως 3000 ευρώ σε περίπτωση αδικαιολόγητης αθροιστικής απόκλισης από 25,01% έως 30% από το στόχο για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες.
• Πρόστιμο ύψους έως 5000 ευρώ σε περίπτωση αδικαιολόγητης αθροιστικής απόκλισης πάνω από 30,01% από το στόχο για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες.

Επιπρόσθετα, των ανωτέρω χρηματικών κυρώσεων εάν από τον έλεγχο της συνταγογράφησης του ιατρού και την περαιτέρω διερεύνηση προκύψουν παραβάσεις της κείμενης νομοθεσίας που αφορούν:
- συνταγογράφηση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας όπως αυτές αναφέρονται στις εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ περιλήψεις χαρακτηριστικών του προϊόντος,
- παραβίαση κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης που εκδίδονται από τον ΕΟΦ και τον ΕΟΠΥΥ,
- προκλητή ζήτηση, δηλαδή η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί στις υπαρκτές ανάγκες υγείας,
- κατευθυνόμενη συνταγογράφηση, δηλαδή συνταγογράφηση ιδιωσκευασμάτων συγκεκριμένου παραγωγού,
- συνταγογράφηση εν αγνοία των ασφαλισμένων,
- κατευθυνόμενη εκτέλεση συνταγών, δηλαδή υπόδειξη στους ασφαλισμένους συγκεκριμένων φαρμακείων για την εκτέλεση των συνταγών,
- παραβάσεις των όρων της σύμβασης,

Στις περιπτώσεις αυτές θα επιβάλλονται οι κάτωθι κυρώσεις:
- προσωρινός αποκλεισμός από την συνταγογράφηση σε ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από δύο (2) μήνες μέχρι δώδεκα (12) μήνες.
- οριστική καταγγελία της σύμβασης σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή αποκλεισμός κάθε συνεργασίας με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς, ανάλογα με την βαρύτητα των παραβάσεων που θα διαπιστωθούν κατά τον έλεγχο της συνταγογράφησης των ιατρών.

Επίσης, η μη τήρηση των υποχρεώσεων που αναφέρονται στην παρούσα υπουργική απόφαση, αποτελεί για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., του Π.Ε.Δ.Υ., καθώς και για τους
ιατρούς μονίμους ή με σύμβαση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., πειθαρχικό παράπτωμα, για το οποίο επιβάλλονται κυρώσεις σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για κάθε κατηγορία.

Τα πρόστιμα που καταλογίζονται εισπράττονται κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ υπέρ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Οι κυρώσεις επιβάλλονται από τον Αντιπρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατόπιν εισήγησης της αρμόδιας Διεύθυνσης που διαπίστωσε την παράβαση.

Κατά της σχετικής απόφασης ο ιατρός μπορεί να ασκήσει, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την κοινοποίηση της, προσφυγή ενώπιον του Προέδρου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Κατά τη διάρκεια της παραπάνω προθεσμίας, καθώς και σε περίπτωση άσκησης της ανωτέρω ενδικοφανούς προσφυγής, αναστέλλεται η εκτέλεση της απόφασης επιβολής κυρώσεων μέχρι την έκδοση της σχετικής απόφασης.

3.3 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση εξετάσεων ανα ειδικότητα ιατρού

Σε μια προσπάθεια περικοπής των δαπανών, οι οποίες έχουν ξεφύγει σε ποσοστό που ξεπερνά το 15%, μειώνονται σε μεγάλο ποσοστό τον αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων που μπορεί να συνταγογράφουν οι ιατροί ανά ασφαλισμένο.

Αναλυτικότερα, όπως επισημαίνεται στο ΦΕΚ 2221 Β’ 18-07-16 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016), στα παραπεμπτικά διαγνωστικών εξετάσεων που εκδίδονται από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση που διαχειρίζεται η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. προστίθενται πεδία που αναγράφουν «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» και «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ» τα οποία πλέον ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να αποδείξει, ασφαλισμένος, ότι πρώτα έχει επιλέξει το πεδίο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Νόσου (ICD-10).

Ακολούθως και με βάση το ICD-10 που επιλέγει ο θεράπων ιατρός ορίζονται συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις για τις οποίες μπορεί να παραπέμψει είτε για διαγνώση είτε για παρακολούθηση την ασθενή, όπως αναλυτικά περιγράφονται στο Παράρτημα Α του ΦΕΚ 2221 Β’ 18-07-16 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016). Οι εξετάσεις «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» που αναφέρονται στο Παράρτημα Α επιτρέπονται μόνο μια φορά για το ίδιο ΑΜΚΑ, ενώ οι εξετάσεις «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ» της νόσου επιτρέπονται για το διάστημα περιοδικότητας που ορίζεται στο Παράρτημα Α.
Το Παράρτημα Α περιλαμβάνει πακέτα εξετάσεων για τη διάγνωση και παρακολούθηση συνήθων καταστάσεων της υγείας και χρονίων νοσημάτων, καθώς και γενική εξέταση ρουτίνας στα πλαίσια ενός περιοδικού προσυμπτωματικού ελέγχου (check-up).

Ειδικότερα, για τα πακέτα εξετάσεων που αφορούν χρόνια νοσήματα, η ένταξη τους στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γίνεται σε διασύνδεση με αναπτυγμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης, στην κατεύθυνση ανάπτυξης ολοκληρωμένων κλινικών πρωτοκόλλων για τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας των ασθενών με τα συγκεκριμένα νοσήματα. Σε περίπτωση που ο θεράπων ιατρός κρίνει ως αναγκαία για την κλινική διερεύνηση του ασθενούς, την παραπομπή του για εξετάσεις πέραν των οριζόμενων στο Παράρτημα Α, τότε θα του δίνεται η δυνατότητα να επιλέξει ένα πεδίο με τον προσδιορισμό «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ».

Όταν επιλέγεται το πεδίο «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ», τότε προκειμένου να εκδοθεί το συγκεκριμένο παραπεμπτικό θα πρέπει να συνοδεύεται από αιτιολογία που θα συμπληρώνεται στο πεδίο «ΣΧΟΛΙΟ». Όταν για έναν γιατρό το ποσοστό επιλογής του πεδίου «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ» υπερβεί το 15%, θα υπάρχει σχετικό ενημερωτικό μήνυμα επί της οθόνης πριν από την έκδοση του παραπεμπτικού, ενώ παράλληλα θα ενημερώνεται και ο ΕΟΠΥΥ με την έκδοση του παραπεμπτικού για περαιτέρω διερεύνηση αυτών των εξαιρέσεων. Το ποσοστό υπέρβασης υπολογίζεται από το σύνολο των διαγνωστικών εξετάσεων που συνταγογράφησε ο γιατρός στη διάρκεια ενός έτους, δηλαδή από την 1η Ιανουαρίου έως την 31η Δεκεμβρίου.

Επιπροσθέτως, θα υπολογίζεται συνεχώς το μέσο παραπεμπτικό ανά ειδικότητα και ICD-10, όπου ως μέσο παραπεμπτικό ορίζεται ο μέσος όρος της διατάξης του ΕΟΠΥΥ για τα παραπεμπτικά της ίδιας ειδικότητας και για το ίδιο ICD-10. Για τον υπολογισμό του μέσου παραπεμπτικού ανά ειδικότητα και ICD-10 λαμβάνεται υπόψη το αμέσως προηγούμενο έτος δηλαδή από 1 Ιανουαρίου μέχρι 31 Δεκεμβρίου. Όταν ιατρός συγκεκριμένης ειδικότητας ξεπερνά το 20% του μέσου παραπεμπτικού, θα καταγράφεται η υπέρβαση. Για την υπέρβαση αυτή θα ενημερώνεται τόσο ο ιατρός με ειδικό μήνυμα στην οθόνη του Η/Υ του, όσο και ο ΕΟΠΥΥ.

Στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση που διαχειρίζεται η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. και για τις κατηγορίες αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών δημιουργούνται πακέτα εξετάσεων σύμφωνα με το Παράρτημα Β. Όταν ο γιατρός επιλέγει περισσότερες από μία εξετάσεις που ανήκουν σε
κάποιο από τα πακέτα, τότε οι εξετάσεις αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με έκπτωση ως εξής: η δεύτερη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 50%, η τρίτη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 75% και από την τέταρτη και μετά λαμβάνει έκπτωση 100%. Σε κάθε πακέτο εξετάσεων ως πρώτη εξέταση ορίζεται η ακριβότερη, δεύτερη η αμέσως φθηνότερη κ.ο.κ.

Ομοίως και η συμμετοχή του ασφαλισμένου ακολουθεί τα ίδια ποσοστά έκπτωσης, δηλαδή για τη δεύτερη εξέταση το ποσοστό συμμετοχής του μειώνεται κατά 50%, για την τρίτη κατά 75% κτλ. Η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. έχει την υποχρέωση υλοποίησης της υπουργικής απόφασης ως διαχειριστή της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης κατόπιν οδηγιών που οφείλει να λάβει από τον ΕΟΠΥΥ.

3.4 Όρια επαναληψιμότητας συνταγογράφησης διαγνωστικών εξετάσεων

Τα νέα ορία συνταγογράφησης εργαστηριακών εξετάσεων όπως αυτά διαμορφώθηκαν με την τελευταία υπουργική απόφαση Γ3γ/οικ.28501/2016 (ΦΕΚ 1115/τ.Β΄/19.4.2016)(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016) είναι τα ακόλουθα:

Για το ίδιο ΑΜΚΑ ασφαλισμένου επιτρέπεται η συνταγογράφηση και εκτέλεση της ίδιας εξέτασης μία φορά εντός διαστήματος 20 ημερών. Για τις κάτωθι εξετάσεις, το ανωτέρω χρονικό ορίο είναι 4 ημέρες:
- Γενική Αίματος
- Χολερυθρίνη
- CPK, CPK – MB
- Ηλεκτρολύτες (Κάλιο, Νάτριο, Ασβέστιο)
- Σάκχαρο
- Ουρία
- Κρεατινίνη
- Αμυλάση
- INR,PT,PTT
- B– Χοριακήγοναδοτροπίνη
- Γενική Ούρων
- CRP ποσοτικό
- Ακτινογραφίες ανά όργανο με πάθηση
Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η συνταγογράφηση κατά παρέκκλιση της ανωτέρω ορισθείσας χρονικής περιόδου με εμπεριστατωμένη αιτιολόγηση του ιατρού.

Επίσης, απαγορεύεται η συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων από ιατρούς αμιγώς εργαστηριακών ειδικοτήτων και συγκεκριμένα Βιοπαθολόγους, Ακτινοδιαγνώστες, Κυτταρολόγους και Παθολογοανατόμους, με την εξαίρεση της ειδικότητας των Ακτινοδιαγνωστών – Επεμβατικών Ακτινολόγων, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συνταγογραφούν ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με το Παράρτημα Γ του αντίστοιχου ΦΕΚ (ΦΕΚ 1115).

Οι ιατροί με ειδικότητα αναισθησιολογίας που εργάζονται σε ιατρεία πόνου καθώς και οι οδοντίατροι δύνανται να συνταγογραφούν ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με το Παράρτημα Γ του αντίστοιχου ΦΕΚ (ΦΕΚ 1115). Το αριθμητικό όριο συνταγογράφησης ανά κατηγορία ιατρικής πράξης καθώς και διαγνωστικής εξετάσεως παρουσιάζονται στο παράρτημα Γ του ΦΕΚ 1115.

3.5 Αποκλειστική διάθεση φαρμάκων ΕΟΠΥΥ από φαρμακεία ΕΟΠΥΥ (φάρμακα υψηλού κόστους)

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 64(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014), ο ΕΟΦ σε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ εισηγείται την αναθεώρηση του καταλόγου των χορηγούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων παρ. 2 του άρθρου12 του Ν. 3816/2010 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011).

Το πρώτο μέρος του καταλόγου περιλαμβάνει φάρμακα με ένδειξη για νοσοκομειακή μόνο χρήση, τα οποία μπορούν να παρέχονται μόνο από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία με περισσότερα από 60 κλίνες. Τα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες ώστε να υπάρχουν οι απαραίτητοι πόροι στον προϋπολογισμό τους για την κάλυψη αυτών των προϊόντων. Τα προϊόντα αυτά δύνανται να παρέχονται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ για χρήση σε ιδιωτικά νοσοκομεία με λιγότερο από 60 κλίνες χωρίς φαρμακείο και μόνο σε εξαιρετικές και σπάνιες περιπτώσεις δύναται να χορηγηθούν από τον ΕΟΠΥΥ σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία που διαθέτουν φαρμακείο. Στην τελευταία περίπτωση θα πρέπει να προηγείται έγγραφο της Διοίκησης του Νοσοκομείου ή της Κλινικής προς τη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ (με κοινοποίηση στο Υπουργείο Υγείας) στο οποίο θα τεκμηριώνεται.
η αδυναμία προμήθειας φαρμάκων και, αφού δοθεί εντολή από τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, τα φάρμακα θα χορηγούνται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Το δεύτερο μέρος του καταλόγου περιέχει φάρμακα των οποίων η χρήση δύναται να ξεκινήσει στο νοσοκομείο και να συνεχιστεί εκτός νοσοκομείου. Τα φάρμακα αυτά αφορούν κυρίως σοβαρές ασθένειες. Η αρχική διάγνωση και συνταγογράφηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως σε νοσοκομεία, εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα ή από εξειδικευμένους ιατρούς. Η προμήθεια και διάθεση των φαρμάκων αυτών δύναται να πραγματοποιηθεί απότομα φαρμακεία των νοσοκομείων, τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και τα ιδιωτικά φαρμακεία. Ο ΕΟΠΥΥ προμηθεύεται συγκεκριμένα προϊόντα με τους ίδιους όρους που τα προμηθεύονται τα νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύναται ναναλάξει ο τρόπος τιμολόγησης και διάθεσης και ναπαλακτίζουν τα φάρμακα αυτά σε τιμή παραγωγού (exfactory) προς τους χονδρεμπόρους και στην συνέχεια ναυτόκεινται στα ίδια rebates, επί της exfactory τιμής, που ισχύουν για τα υπόλοιπα φάρμακα της θετικής λίστας που χορηγούνται διά μέσο φαρμακείων. Στις περιπτώσεις αυτές οι Κάτοχοι Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) διατηρούν τη δυνατότητα, εφόσοντο αποφασίσουν, να διαθέτουν τα φάρμακα αυτά από απόδιδει φαρμακεία μόνον σε περιπτώσεις ασθενών πουέχουν ενταχθεί σε μητρώα (registries). Στη μητρώα αυτά θα πρέπει οι ασθενείς να χαρακτηρίζονται από ένα μοναδικό κωδικό και να υπάρχει μηχανισμός εξακρίβωσης ότι ο ασθενής έχει όντως λάβει την θεραπεία. Οι ΚΑΚ θα δηλώνουν στις περιπτώσεις αυτές με επίσημη επιστολή προς το ΕΟΦ την οδό διανομής των προϊόντων της παρ. β του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 που επιλέγουν, ώστε να διασφαλίσουν την επάρκεια εσωτερικής αγοράς και απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών με σοβαρές ασθένειες.

Τα φαρμακευτικά προϊόντα της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010, ανεξάρτητα από το δίκτυο χορήγησης τους, αποζημιώνονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς και διατίθενται στους ασθενείς χωρίς συμμετοχή (copayment). Οταν για φάρμακα του συγκεκριμένου καταλόγου λήξει η περίοδος προστασίας και υπάρχουν γενόσημα, δύναται ο ΕΟΠΥΥ να τα κατατάξει σε clusters, με εξαίρεση τα βιολογικά και τα προϊόντα στενού θεραπευτικού εύρους, ή εναλλακτικά δια μέσου των Επιτροπών του, να προτείνει και να αποζημιώνει την πρόοδο των νέων ασθενών στο γενόσημο φάρμακο. Ο ΕΟΠΥΥ επίσης δύναται να προ-εγκρίνει την χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων με υψηλό κόστος κτήσης ή υψηλό ετήσιο κόστος θεραπείας, δια μέσου των Επιτροπών του και να τα διαθέτει μέσω των φαρμακείων του. Αφόσον οι Επιτροπές του ΕΟΠΥΥ προεγκρίνουν την χρήση ενός
συγκεκριμένου φαρμάκου αυτό θα πρέπει να ισχύει για το σύνολο των φαρμάκων της κατηγορίας. Επιπρόσθετα, εξετάζονται τα ραδιοφάρμακα, φάρμακα εξωτερικού που αφορούν σε ατομικές παραγγελίες ή έκτακτες εισαγωγές και όσα αφορούν στις διατάξεις της Υ.Α. 82961 (ΦΕΚ 2219Β’/09.09.2013) σχετικά με αποζημίωση φαρμάκων που εισάγονται με έκτακτες διαδικασίες από τον ΕΟΦ και το ΙΦΕΤ έως την οριστική αξιολόγησή τους από την αρμόδια επιτροπή ή τη λήξη της ενδεδειγμένης περιόδου θεραπείας. Από επιτροπή του ΕΟΦ και όχι του ΕΟΠΥΥ θα εξετάζονται τα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.

Ο ΕΟΠΥΥ επίσης δύναται να αποφασίζει την προέκρυπτη της χρήσης ή την αγορά και χορήγηση από τα φαρμακεία του, φαρμάκων υψηλού κόστους θεραπείας που δεν εντάσσονται απαραίτητα στην παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010. Επιπλέον ο ΕΟΠΥΥ δύναται να αποφασίζει την αποκλειστική διάθεση φαρμάκων πολύ υψηλού κόστους θεραπείας ή σπανίων παθήσεων (ορφανά) από τα φαρμακεία του.

Τα φάρμακα με τιμή πάνω από 3.000 ευρώ δεν δύναται να χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία παρά μόνον από φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και δημοσίων νοσοκομείων.

Ο ΕΟΠΥΥ δύναται να αποφασίζει την αποκλειστική διάθεση φαρμάκων πολύ υψηλού κόστους θεραπείας ή σπανίων παθήσεων (ορφανά), που δεν εντάσσονται απαραίτητα στην παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν.3816/2010, από τα φαρμακεία του και θα κοινοποιεί την σχετική απόφαση. Επισημαίνεται ότι όποιο φάρμακο έχει έως σήμερα δεσμευθεί για να διατίθεται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ με απόφαση Προέδρου και δεν περιλαμβάνεται στα φάρμακα του Ν.3816/2010 πχ. Zyvoxid, Flolan εξακολουθεί να διατίθεται από τα φαρμακεία του Οργανισμού.

Επικαιροποιημένος κατάλογος με τα φάρμακα που απαιτούν προέκρυπτη και διατίθενται αποκλειστικά από τον ΕΟΠΥΥ είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα του Οργανισμού.

Έπισημαίνεται ότι για τους δικαιούχους του Ν.4270/2014 (σχετ. υπ’ αρ. οικ. Γ.Π./ΟΙΚ.56432 (ΦΕΚ Β’ 1753/28.06.2014) Υ.Α.) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014) - Ανασφάλιστοι, όλα τα Φάρμακα υψηλού κόστους χορηγούνται αποκλειστικά και μόνον από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Τα φαρμακευτικά προϊόντα της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιημένος ισχύει, ανεξάρτητα από το δίκτυο χορήγησης τους, αποζημιώνονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς και διατίθενται στους ασθενείς χωρίς συμμετοχή.
Στην περίπτωση χορήγησης από τα ιδιωτικά φαρμακεία των φαρμακευτικών προϊόντων των οποίων η χρήση δύναται να ξεκινήσει στο Νοσοκομείο και να συνεχιστεί εκτός νοσοκομείου της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010, και όπως τροποποιημένος ισχύει, οι ΚΑΚ υπάρχουν στα ιδία rebates όγκου και εισαγωγής στον Θετικό Κατάλογο, που υπάρχουν για τα υπόλοιπα φάρμακα που χορηγούνται δια μέσου των ιδιωτικών φαρμακείων, ενώ ειδικά για τα φάρμακα νέων δραστικών ισχύει επιπρόσθετη έκπτωση 5% για ένα έτος, σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας. Επιπρόσθετα, στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο ΕΟΠΥΥ επιβάλει πέραν του rebate της παρ. 1 της υπ’ αρ. οικ. 45001/22-05-14 Υπουργικής Απόφασης rebate τέτοιο ώστε η τελική τιμή αγοράς για τον ΕΟΠΥΥ να είναι αντίστοιχη με eκείνη που επιτυγχάνεται όταν προμηθεύεται το φάρμακο αυτό από τα φαρμακεία του, συμπεριλαμβανομένου την τιμή προμήθειας και του επιπλέον rebate που καθορίζεται από τη σχετική υπουργική απόφαση, καθώς και όλων των εκπτώσεων που έχει επιτύχει ο ΕΟΠΥΥ στην προμήθεια των συγκεκριμένων φαρμάκων.

3.6 Θεραπευτικά πρωτόκολλα

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 64 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014), συστήνεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, πενταμελής Εθνική Επιτροπή παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και της εφαρμογής θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, με τη συμμετοχή και εκπροσώποφ του ΕΟΠΥΥ και με αντικείμενο:

a) την επιλογή των νοσημάτων και καταστάσεων για τα οποία θα αναπτυχθούν θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης (διαγνωστικά και φαρμακευτικά), με κριτήρια επιδημιολογικής συγχήνης (επιπολασμός και επίπτωση) και της ανάγκης παρέμβασης προκειμένου να καλυφθούν επαρκώς συνήθεις νόσοι/καταστάσεις και νοσηλείες.

β) τον καθορισμό ενός πλαισίου και την παρακολούθηση ενός μηχανισμού ελέγχου της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων (δείκτες audit).

γ) την πρόταση μέτρων προς τον Υπουργό Υγείας σε τυχόν υπερβάσεις εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και υπερσυνταγογράφησης.

δ) τον καθορισμό των ειδικών θεραπευτικών κατηγοριών για την ανάπτυξη μητρώων ασθενών (registries), το πλαίσιο λειτουργικότητας του μητρώου και την πρόσβαση σε αυτό για λόγους ελεγκτικούς, ρυθμιστικούς, αλλά και επιδημιολογικούς.

ε) την εισήγηση προτάσεων βελτίωσης του όλου συστήματος, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυσλειτουργίες που θα προκύπτουν.

ςτ) τη διαχείριση τυχόν ενστάσεων από κάθε έχοντα έννομο συμφέρον.
Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης για διάφορες νόσους με στόχο την χρήση των πλέον ενδεδειγμένων φαρμακευτικών αγαθών.

Για την επίτευξη του έργου της Επιτροπής, όλοι εμπλεκόμενοι φορείς οφείλουν να παρέχουν κάθε αναγκαία πληροφορία. Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της, μπορεί με σχετικές αποφάσεις της να συγκροτηθούν ειδικές επιτροπές ή ομάδες εργασίας (π.χ. επιτροπή ογκολογίας, προκειμένου να προτείνει λίστα βιοδεικτών και εξετάσεων, καθώς και των συνθηκών που απαιτούνται προκειμένου να δύναται να συνταγογραφηθούν ογκολογικά και βιολογικά προϊόντα).

Την ευθύνη σύνταξης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων έχουν οι επιστημονικές εταιρείες των αναγνωρισμένων από το ΚΕΣΥ ιατρικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, η οποία έχει την ευθύνη για τον συντονισμό της ανάπτυξης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και της ψηφιακής απεικόνισής τους, καθώς και της υποστήριξης του μηχανισμού ελέγχου και εκπαίδευσης των ιατρών στην εφαρμογή τους, με την συνεργασία των ειδικών επιστημονικών ιατρικών εταιρειών. Οι επιστημονικές εταιρείες για το σκοπό αυτό οφείλουν να συγκροτήσουν Ομάδες Εργασίας, διασφαλίζοντας όλες τις απαραίτητες διαδικασίες ισχυρής επιστημονικής συνείδησης στην ανάπτυξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, μεταν συμμετοχή και ενώσεως ασθενών. Στις περιπτώσεις αρνήσεως ή αδράνειας συμμετοχής των επιστημονικών εταιρειών, μπορούν να δημιουργηθούν αντίστοιχες αριστίδες επιστημονικής συνείδησης, μετά από πρόταση της Εθνικής Επιτροπής.

Το ΚΕΣΥ αποτελεί τον αρμόδιο φορέα ζητήσεων θεραπευτικών πρωτοκόλλων και προσδιορισμού του πλαισίου επικαιροποίησης τους, τουλάχιστον μία φορά κάθε έτος, με την ενσωμάτωση όλων των νεότερων επιστημονικών δεδομένων. 

Με την συνεργασία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), των Επιστημονικών Ιατρικών Εταιρειών και της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών ως Επιστημονικού Συντονιστή του έργου, συντάχθηκαν και αναπτύχθηκαν πρώτα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης (ΘΠΣ).

Στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης υπάρχουν ήδη 25 θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία εξασφαλίζουν καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια για τον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση κόστους-οφέλους.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Υγείας, ανάμεσα στα ήδη υπάρχοντα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης υπάρχει ένα Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης για την
δυσλιπιδαιμία, πέντε για την οστεοπόρωση, πέντε ρευματολογικά, τρία για τον σακχαρώδη διαβήτη και ένα για την αρτηριακή υπέρταση. Υπάρχουν επίσης πρωτόκολλα για τους αναπνευστικούς, από τα οποία ένα για την οστεοπόρωση, πέντε για την αρτηριακή υπέρταση, τρία για τον σακχαρώδη διαβήτη και ένα για τη χρόνια βρογχίτιδα, και ένα για την οξεία παρόξυνση της χρόνιας αρτηριακής πνευμονοπάθειας. 

3.7 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση φαρμάκων ανάλογα με «υπάρχουσα» ή μη αγωγή

Η συνταγογράφηση φαρμάκων από τους ιατρούς επίσης περιορίζεται με βάση το γεγονός εάν η φαρμακευτική αγωγή που επιθυμούν να συνταγογραφήσουν είναι υπάρχουσα ή μη υπάρχουσα για τον κάθε ασθενή. Η συγκεκριμένη επιλογή παρουσιάζεται με αυτόματο τρόπο στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης.

3.8 Πρωτόκολλα ασθενών

Υπάρχουν πρωτόκολλα ασθενών με βάση των οποίων κάθε συνταγογραφούμενη αγωγή ισχύει για έξι μήνες και για την συνταγογράφηση μετά το πέρας της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου απαιτούνται νέες βιοχημικές εξετάσεις από τον ασθενή για να μπορέσει ο ιατρός να συνταγογραφήσει.

3.9 Αρνητική λίστα φαρμάκων

Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ.153 «Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης» και ΦΕΚ 544(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012a)υπάρχει λίστα φαρμάκων η οποία περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία είναι εκτός συνταγογράφησης και περιλαμβάνονται στην αρνητική λίστα. Η συγκεκριμένη λίστα μπορεί να βρεθεί στο αντίστοιχο ΦΕΚ. Τα κριτήρια της λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων μπορούν να βρεθούν στο ΦΕΚ 58/B/26.1.2011(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011).

Στον Κατάλογο περιλαμβάνονται:

α. Φαρμακευτικά προϊόντα, η συσκευασία των οποίων έχει πέντε για την αρτηριακή υπέρταση ή υποπολλαπλάσιο της μηνιαίας θεραπείας. Εξαιρούνται
του παραπάνω τα φαρμακευτικά προϊόντα που η άδεια κυκλοφορίας τους είναι για «νοσοκομειακή χρήση».

β. Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία η Ειδική Επιτροπή μπορεί να επιλέξει από την άδεια κυκλοφορίας του προϊόντος μόνο ορισμένες από τις ενδείξεις με τις οποίες θα το εντάξει στον Κατάλογο καθώς και τη βέλτιστη περιεκτικότητα και συσκευασία που εξυπηρετείτις ανάγκες τις φαρμακοθεραπείας σε σχέση με το κόστος θεραπείας και τις εναλλακτικές θεραπείες.

γ. Αναλυτική περιγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν σε κάθε φαρμακευτικό προϊόν που εντάσσεται στον Κατάλογο, αναφορά στο κόστος θεραπείας, καθώς και υπολογισμός περιορισμοί στις ενδείξεις και στις ανεπιθύμητες ενέργειες, σύμφωνα με την κρίση της Επιτροπής και με τις εγκυκλίους ή τα αναφερόμενα στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών του φαρμάκου που εκδίδεται από τον ΕΟΦ και τον ΕΜΑ (European Medicines Association).

5) Στον Κατάλογο δεν περιλαμβάνονται:

Κατηγορίες φαρμάκων:

α. των οποίων η άδεια κυκλοφορίας ορίζει ότι χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή

β. των οποίων οι ενδείξεις δεν κρίνεται σκόπιμο ότι πρέπει να καλυφθούν από την κοινωνική ασφάλιση (π.χ. φάρμακα που ανήκουν στο «σύγχρονο τρόπο ζωής» ή αλλιώς φάρμακα lifestyle).

γ. κάθε άλλη κατηγορία κατά την κρίση της Επιτροπής

3.10 ΜΗΣΥΦΑ-ΓΕΔΙΦΑ

3.10.1 ΜΗΣΥΦΑ

Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα είναι τα φάρμακα που θεωρούνται κατάλληλα για χρήση από το ευρύ κοινό χωρίς να απαιτείται για τη χρήση τους ιατρική συνταγή και που δεν αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίζονται σε έξι θεραπευτικές κατηγορίες: 1) cough/cold (φάρμακα για το βήχα και το κρυολόγημα), 2) analgesics (αναλγητικά), 3) digestive (φάρμακα για το γαστρεντερικό σύστημα), 4) vms/tonics (βιταμίνες), 5) skin (φάρμακα για την φροντίδα του δέρματος) και 6) eyecare (φάρμακα για τη φροντίδα των ματιών).
Η λίστα των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΦ.

Η Ελλάδα είναι σήμερα μία από τις 4 εναπομείνασες χώρες της Ευρώπης που καθορίζει τις τιμές των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) και τα ανώτατα περιθώρια κέρδους όλων των επιμέρους σταδίων (χονδρική και λιανική πώληση). Τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες της Ευρώπης έχουν προβεί στην απελευθέρωση των τιμών αυτής της κατηγορίας (π.χ. Ιταλία) με θετικά αποτελέσματα.

Επιπλέον, το νομικό πλαίσιο ορίζει ότι για να τεθεί σε κυκλοφορία ένα ΜΗΣΥΦΑ θα πρέπει να κυκλοφορεί ήδη σε 5 κράτη μέλη.

Οι περιοριστικές ρυθμίσεις που ισχύουν στην Ελλάδα αποτελούν εμπόδιο για την κυκλοφορία νέων προϊόντων στην ελληνική αγορά και για την είσοδο νέων επαγγελματιών στο χώρο. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε περιορισμένη δυνατότητα επιλογής προϊόντων και ενίοτε ανεπάρκεια ειδών ΜΗΣΥΦΑ (πχ πρόσφατη κρίση της ασπιρίνης), που εντέλει βλάπτουν τον καταναλωτή.

Στην Ελλάδα το μερίδιό των ΜΗΣΥΦΑ είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, το 11,9% του συνόλου των φαρμακευτικών προϊόντων το 2012 (372 εκατ. ευρώ) έναντι 16% που είναι ο μέσος όρος της ευρωζώνης.


3.10.2 ΓΕΔΙΦΑ

Είναι εδώ και δύο χρόνια που διάφορες ηγεσίες προετοιμάζουν τους Έλληνες επαγγελματίες υγείας για τα ΜΗΣΥΦΑ που θα περάσουν και στα σούπερ μάρκετ. Βρέθηκε μία μέση λύση που δεν είναι άλλη από το να μην περάσουν όλα τα Μη Υποχρεωτικά Συνταγογραφούμενα Φάρμακα εκτός φαρμακείου, αλλά μερικά εξ αυτών για να μείνουν όλοι ευχαριστημένοι ή περίπου ευχαριστημένοι.

Την υπουργική απόφαση που καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία της υποκατηγορίας Φαρμάκων Γενικής Διάθεσης (ΓΕΔΙΦΑ) υπέγραψε ο υπουργός Υγείας Άνδρεας Ξανθός, σε εφαρμογή της συμφωνίας του Αυγούστου του 2015 με τους θεσμούς. Στις 03/11/2016 η ανακοίνωση του ΕΟΦ με θέμα: «Ανάρτηση Ενδεικτικού Καταλόγου Δραστικών Ουσιών (Μορφές, Περιεκτικότητες και Συσκευασίες) που δύνανται.
να ενταχθούν στο άρθρο 68 του Ν.4389/2016 (ΓΕ.ΔΙ.ΦΑ.) ΦΕΚ 94Α (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016), ανακοινώνει τα ακόλουθα:

Την δημιουργία της υποκατηγορίας «Γενικής Διάθεσης Φάρμακα» (ΓΕΔΙΦΑ) η οποία θα περιλαμβάνει σκευάσματα που δεν θα διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία, προβλέπει διάταξη του υπουργείου Υγείας στο πολυνομοσχέδιο της κυβέρνησης.

Τα ΓΕΔΙΦΑ είναι υποκατηγορία των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ). Τα συγκεκριμένα σκευάσματα θα πληρούν αυστηρά κριτήρια και προϋποθέσεις έτσι ώστε η εύκολη πρόσβαση να μη θέτει σε κίνδυνο την υγεία των καταναλωτών.

Η δημιουργία της υποκατηγορίας των ΓΕΔΙΦΑ αποτελεί μέρος της συμφωνίας του Αυγούστου 2015 με τους «θεσμούς». Στον ΕΟΦ συγκροτήθηκε άμεσα ειδική Επιστημονική Επιτροπή με τη συμμετοχή του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου η οποία στο διάστημα που μεσολάβησε πραγματοποίησε σειρά συνεδριάσεων με σκοπό την εισαγωγή αυστηρών κριτηρίων για την κατάρτιση του σχετικού υποκαταλόγου έτσι ώστε να διασφαλιστεί η προάσπιση της δημόσιας υγείας. Μετά την ολοκλήρωση των εργασιών της, η επιτροπή κατέθεσε στον Υπουργό Υγείας την εισήγησή της στην οποία προβλέπεται ο κατάλογος των ΓΕΔΙΦΑ να περιλαμβάνει 216 από τα συνολικά 1.582 ΜΗΣΥΦΑ. Κατά συνέπεια, το ποσοστό των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων που θα μπορούν να διατίθενται και εκτός φαρμακείων δεν ξεπερνά το 13%.

Τα φάρμακα που θα κατατάσσονται στην υποκατηγορία ΓΕΔΙΦΑ θα πρέπει να πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Να είναι ήδη ενταγμένα στην κατηγορία των ΜΥΣΥΦΑ χωρίς να συντρέχουν νεότερα επιστημονικά δεδομένα για την επανεξέταση της κατάταξής τους ως συνταγογραφούμενα.

2. Να είναι φάρμακα που να αντιμετωπίζουν συμπτώματα εύκολης αυτοδιάγνωσης και αντιμετώπισης τα οποία είναι εμφανή και δεν συγχέονται με συμπτώματα άλλης νόσου.

3. Η οδηγία του δοσολογικού σχήματος να είναι απλή.

4. Οι αλληλεπιδράσεις τους με άλλες συχνά χορηγούμενες θεραπείες να είναι ελάχιστες και, εφόσον υπάρχουν, να είναι χαμηλού κινδύνου.

5. Να μη χρειάζονται ιδιαίτερες συνθήκες φύλαξης και διακίνησης.
6. Οι συσκευασίες τους να είναι μικρές και, σε συνδυασμό με την περιεκτικότητα, η συνολική ποσότητα του φαρμάκου να μη ξεπερνά δόση που να μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του λήπτη.

7. Να μην υπάρχουν έγκριτες και τεκμηριωμένες ενδείξεις για σοβαρούς κινδύνους από τη μακροχρόνια χρήση τους από τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία σε επιστημονικά περιοδικά που διαθέτουν κριτική επιτροπή αξιολόγησης.

Εφόσον συντρέχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις, τα ΓΕΔΙΦΑ θα διατίθενται από σημεία πώλησης- πλην των φαρμακειών- τα οποία θα καθορίζονται με απόφαση του υπουργού Υγείας.

Επίσης, με υπουργική απόφαση που θα εκδίδεται μετά από πρόταση του ΔΣ του ΕΟΦ, θα καθορίζονται οι λεπτομέρειες της διαδικασίας κατάταξης των φαρμάκων στην υποκατηγορία ΓΕΔΙΦΑ, η επισήμανση, οι συνθήκες και οι όροι ασφαλούς φύλαξης, διακίνησης και διάθεσής τους καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Ο ΕΟΦ τον Νοέμβριο του 2016 δημοσιοποίησε την πρόταση με τις 40 δραστικές ουσίες που θα περιέχουν τα φάρμακα τα οποία θα μπορούν να πωλούνται εκτός φαρμακειών.

Ο κατάλογος περιλαμβάνει μορφές, περιεκτικότητες και συσκευασίες εγκεκριμένων φαρμακευτικών προϊόντων, των οποίων ο τρόπος διάθεσης δύναται να αλλάξει. Τα εν λόγω σκευάσματα θα μπορούν να μετονομαστούν από “φάρμακα για οποία δεν απαιτείται ιατρική συνταγή” σε “φάρμακα για οποία δεν απαιτείται ιατρική συνταγή - Γενική Διάθεση”.

Σύμφωνα με τις υπηρεσίες του ΕΟΦ, οι ενδεικνυόμενες μορφές, περιεκτικότητες και συσκευασίες των εν λόγω προϊόντων πληρούν τα προβλεπόμενα από το άρθρο 68 του Ν. 4389/2016 ΦΕΚ 94 Α (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016) και της υπ’αριθμ. ΥΑ Γ5(α)51194/18.7.2016 (ΦΕΚ Β’ 2219) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

Με βάση τον κατάλογο, καλούνται οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις να καταθέσουν στον ΕΟΦ σχετικές αιτήσεις τροποποίησης τρόπου διάθεσης φαρμακευτικών προϊόντων. Μπορούν να υποβάλλουν σχετικές αιτήσεις τροποποίησης και για φαρμακευτικά προϊόντα δραστικών ουσιών εκτός καταλόγου, οι οποίες θα αξιολογηθούν κατά περίπτωση σύμφωνα με τα κριτήρια του ισχύοντος νόμου.
Η κατάρτιση του καταλόγου έγινε από ειδική επιστημονική επιτροπή στον ΕΟΦ, με τη συμμετοχή του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Πιο συγκεκριμένα, η υπουργική απόφαση προβλέπει ότι τα φάρμακα που θα εντάσσονται στη συγκεκριμένη υποκατηγορία θα πρέπει να έχουν ήδη καταταχθεί στην υποκατηγορία των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ), να μην συντρέχουν νεότερα επιστημονικά δεδομένα για επανεξέταση της κατάταξής τους, να είναι φάρμακα αντιμετώπισης προφανούς συμπτώματος (πχ. κεφαλαλγία, ναυτία κ.α.), οι οδηγίες τους να είναι απλές, οι αλληλεπιδράσεις τους με άλλες συχνά χορηγούμενες θεραπείες να είναι ελάχιστες και εφόσον υπάρχουν να είναι χαμηλού κινδύνου, οι συνθήκες φύλαξης και διακίνησης να είναι σύμφωνες με τα εγκεκριμένα στοιχεία της άδειας κυκλοφορίας τους, οι συσκευασίες τους να είναι μικρές έτσι ώστε η συνολική ποσότητα του φαρμάκου να μην είναι δυνατό να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του λήπτη και να μην υπάρχουν σοβαρές και τεκμηριωμένες ενδείξεις από τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία σε έγκριτα περιοδικά που διαθέτουν κριτική επιτροπή αξιολόγησης (peer-review) για σοβαρές κινδύνους από τη μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων αυτών.

Η εξωτερική συσκευασία των ΓΕΔΙΦΑ πρέπει να φέρει ανεξίτηλο προτυπωμένο ευδιάκριτο πράσινο κύκλο, εντός του οποίου θα αναγράφεται με πορτοκαλί χρώμα το αρκτικόλεξο «ΓΕΔΙΦΑ». Στην Υπουργική Απόφαση αναφέρονται αναλυτικά οι οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν οι Κάτοχοι Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) για την κατάταξη των προϊόντων τους στην υποκατηγορία ΓΕΔΙΦΑ.

Η λιανική πώληση των ΓΕΔΙΦΑ επιτρέπεται μόνο από τα νομίσματα λειτουργούντα φαρμακεία και τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος λιανικής διάθεσης τροφίμων και ποτών που έχουν αδειοδοτηθεί για τη λειτουργία a) υπεραγοράς τροφίμων (supermarkets) και β) παντοπωλείου.

Τα ΓΕΔΙΦΑ θα πρέπει να βρίσκονται σε διαχωρισμένο χώρο από τα υπόλοιπα προϊόντα, σε διακριτό χώρο, με ευκρινή σήμανση «Φάρμακα Γενικής Διάθεσης- ΓΕΔΙΦΑ». Στον ιδίο χώρο και σε σημείο εμφανείς για τον καταναλωτή θα τοποθετείται πινακίδα διαστάσεων τουλάχιστον 15Χ25 εκ. με το ακόλουθο περιεχόμενο: «Ο ΕΟΦ ενημερώνει ότι σε χώρο εκτός του φαρμακείου, επιτρέπεται η πώληση μόνο φαρμάκων που φέρουν στην εξωτερική τους συσκευασία πράσινο κύκλο εντός του οποίου αναγράφεται «ΓΕΔΙΦΑ» με πορτοκαλί χρώμα και προειδοποιεί ότι η αλόγιστη χρήση φαρμάκων εγκυμονεί κινδύνους. Επιθυμούμε προσεκτικά το φύλλο οδηγιών χρήσης κάθε φορά που λαμβάνετε κάποιο φάρμακο. Απαγορεύεται η πώληση φαρμάκων σε άτομα κάτω των 18 ετών». 

44

3.11 Κανόνες συνταγογράφησης συγκεκριμένων φαρμάκων

Για την συνταγογράφηση κάποιων συγκεκριμένων φαρμάκων για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών όπως είναι η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), εμφανίζεται προειδοποίηση στην οθόνη στον συνταγογράφο γιατρό ότι πρέπει να είναι προηγηθεί συγκεκριμένη σχετική διαγνωστική εξέταση(σπιρομέτρηση). Επίσης, για την συνταγογράφηση κάποιων φαρμάκων για την θεραπευτική αντιμετώπιση της άνοιας το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιορίζει την συνταγογράφηση σε ειδικούς ιατρούς με πείρα στην αντιμετώπιση της νόσου.

3.12 Αλλαγή συμμετοχών ασθενών

Τη διαδικασία καθορισμού των ασφαλιστικών τιμών έχει αναλάβει η εταιρεία που διαχειρίζεται την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η ΗΔΙΚΑ αλλά και το υπουργείο Υγείας. Αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι παρότι πολλές εταιρείες αλλά και σύλλογοι ασθενών κατά καιρούς έχουν αιτηθεί επισήμως να ενημερωθούν για το πώς προκύπτουν οι ασφαλιστικές τιμές, αυτές κρατούνται ως επτασφράγιστο μυστικό. Αυτό δεν είναι τυχαίο ότι η επικρατούσα φημολογία αναφέρει ότι δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια και οι μειώσεις στις ασφαλιστικές τιμές γίνονται κατά βούληση και περίπου κατά 20% χαμηλότερα από ότι κοστίζει ένα φάρμακο. Οι ασθενείς καλούνται να πληρώνουν αυξημένες συμμετοχές από την τσέπη τους. Αξιοσημειωτά είναι ότι σε καιρό κρίσης η συνολική συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη για την αγορά φαρμάκων κυμαίνεται πλέον στο 31%. Προ κρίσης το ποσοστό δεν ξεπερνούσε το 12,5% σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ) αναλαμβάνει την υποχρέωση σύνταξης καταλόγου κατάταξης των φαρμάκων (δραστικές ουσίες με τις αντίστοιχες εμπορικές ονομασίες τους) ανά θεραπευτική κατηγορία, σύμφωνα με το σύστημα κατάταξης «ανατομικής, θεραπευτικής κατηγοριοποίησης ATC» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αντιστοιχίζοντας στο κάθε φάρμακο το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής και ο οποίος δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ και κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας, της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.) και στους Φ.Κ.Α., στους Φαρμακευτικούς Συλλόγους και στους Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ)
φαρμακευτικών προϊόντων. Η ευθύνη επικαιροποίησης του καταλόγου λόγω εισόδου στην κυκλοφορία νέων φαρμάκων ανήκει από κοινού στον ΕΟΦ, στη Διεύθυνση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας της Γ.Γ.Κ.Α. και στους Φ.Κ.Α.

O ΕΟΦ σε εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 38 του ν. 4025/2011 (228 Ά’/2012)(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) και της τροποποίησης της υπ’αριθ. Φ.42000/ουκ.2555/353/28–2–2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 497/Β/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου», όπως αυτή έχει ήδη τροποποιηθεί με την υπ’αριθ. Φ.42000/ουκ. 12485/1481/6–6–2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ1814/Β/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) και την υπ’ Αριθ. Κ.Υ.Α. ΔΤΓ3(α) /ουκ.104747, ΦΕΚ 2883 Β, 26 Οκτωβρίου 2012(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012), ανέρτησε στην ιστοσελίδα του, κατάλογο με τις δραστικές ουσίες και τα αντίστοιχα προς αυτές κυκλοφορούντα προϊόντα που περιλαμβάνονται στον ισχύοντα Θετικό Κατάλογο και στο Συμπλήρωμα αυτού και που ορίζονται ως θεραπεία βάσει των εγκεκριμένων τους ενδείξεων για τις δημοσιευμένες παθήσεις, η φαρμακοθεραπεία των οποίων αποζημιώνεται με μειωμένη (10%) ή συμμετοχή μηδέν (0%) του ασφαλισμένου στα φάρμακα. Για όλα τα υπόλοιπα φάρμακα του Θετικού Καταλόγου η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο φαρμάκο αφαιρεθεί από την αποζημίωση των ενδείξεων του συστήματος. Τον κατάλογο υπάρχει η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων σύμφωνα με το σύστημα ATC και η ενδείξη «75, 90, 100» που αναφέρεται στην εναπομένουσα συμμετοχή του κράτους στην αποζημίωση του φαρμάκου αφού αφαιρεθεί η συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Στον κατάλογο υπάρχει η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων σύμφωνα με το σύστημα ATC και η ενδείξη «75, 90, 100» που αναφέρεται στην εναπομένουσα συμμετοχή του κράτους στην αποζημίωση του φαρμάκου αφού αφαιρεθεί η συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Επισημαίνεται ότι τα φάρμακα της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν.3816/2010, τα οποία περιλαμβάνονται στο ΦΕΚ Β’1003/2012(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) χορηγούνται με μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου ανεξάρτητα των ενδείξεων τους. Συνεπεία αυτού κάποια φάρμακα που ενώ με τον παρόντα κατάλογο έχουν π.χ συμμετοχή ασφαλισμένου 10%, εμπίπτουν όμως και στις διατάξεις του ν. 3816/2010 χορηγούνται τελικά με συμμετοχή 0%. Αυτές οι περιπτώσεις σημειώνονται στον κατάλογο προς διευκόλυνση των ενδιαφερομένων. Ανάλογα φάρμακα με συμμετοχή 25% βάσει ενδείξεων, εφόσον περιλαμβάνονται στον κατάλογο του ΦΕΚ Β’1003/2012 χορηγούνται με συμμετοχή 0% π.χ. Lucentis.
Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. υπ’ Αριθμ. ΔΥΓ3(α) /οικ.104747, ΦΕΚ 2883 Β, 26 Οκτωβρίου 2012(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012), οι πάσχοντες από παραπληγία, τετραπληγία, οι μεταμοσχευθέντες συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών, οι γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας και οι εργαζόμενοι που έτυχαν σε εργατικό ατύχημα δικαιούνται 0% συμμετοχή για όλα τα φάρμακα.

Επίσης, με συμμετοχή του ασφαλισμένου 0% χορηγούνται τα φάρμακα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ (στο ΦΕΚ Β’ 1003/2012 επισημαίνονται τα φάρμακα που χορηγούνται από νοσοκομεία ή από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ).

Για τους δικαιούχους ΕΚΑΣ, η γενική συμμετοχή στα φάρμακα είναι 10% και 0% για τις παθήσεις που εμπίπτουν στην μηδενική συμμετοχή. Με την τροποποιημένη Κ.Υ.Α. Φ.42000/οικ.12485/1481 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) δεν καταβάλλουν συμμετοχή για όλα τα φάρμακα και οι ασθενείς τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου σε εξωνεφρική κάθαρση.

Η ηγεσία του υπουργείου Υγείας επισημαίνει ότι στη νέα θετική λίστα με τα αποζημιούμενα φάρμακα περιλαμβάνονται και πολλά γενόσημα με μειωμένες τιμές, τα οποία μπορούν να αξιοποιούν οι ασθενείς προκειμένου να έχουν μικρότερες συμμετοχές στο κόστος. Μάλιστα στο νομοσχέδιο για τη νέα φαρμακευτική πολιτική, προβλέπονται και κίνητρα για τους φαρμακοποιούς ώστε να προωθούν τα γενόσημα. Χαρακτηριστικό είναι ότι η ίδια η ηγεσία του υπουργείου Υγείας ανακοίνωσε ότι με τον τρόπο που καθορίστηκαν οι ασφαλιστικές τιμές, τα ποσά δηλαδή που αποζημιώνει η κοινωνική ασφάλιση για ένα φάρμακο, έφεραν αύξηση της συμμετοχής με αποτέλεσμα να γίνει ειδική ρύθμιση.

Σημειώνεται από το υπουργείο Υγείας: «Ο εξορθολογισμός του τρόπου υπολογισμού των ασφαλιστικών τιμών σε ορισμένα πρωτότυπα και offpatent φάρμακα (φάρμακα που έχασαν την πατέντα τους) οδήγησε σε αύξηση της συμμετοχής τους κατά 20 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα». Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το παραπάνω πρόβλημα, μαζί με τη θετική λίστα υπογράφηκε τροποποίηση παλαιότερης Υπουργικής Απόφασης στην οποία αναφέρεται ότι «το ποσό που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 50 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα». Με την τροποποίηση της ΥΑ το
παραπάνω ποσό μειώνεται στα 20 ευρώ. Την πρόσθετη δαπάνη που προκύπτει από την ελάφρυνση των ασφαλισμένων θα καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ».

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 2883(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012):

Στους δικαιούχους εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής περιθαλψης των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.), ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή καθώς και του Οίκου Ναύτου, χορηγούνται τα φάρμακα με συμμετοχή 10% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου ή με μηδενική συμμετοχή για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των χρόνιων παθήσεων, ως εξής:

Α. Συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 10% για τους πάσχοντες από:
1. Νόσο του Parkinson και δυστονίες
2. Άποιο διαβήτη
3. Χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια και συγγενή καρδιοπάθεια
4. Μυασθένεια
5. Φυματίωση
6. Κληρονομικό αγγειοοίδημα
7. Συγγενή ιχθύαση
8. Νόσο του WILSON
9. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ
10. Αναπνευστικές καταστάσεις
11. Αγγειοπάθεια BURGER
12. Αναιμία, νόσο Alzheimr και νόσο Charcot

Καθώς και Ρευματοειδή αρθρίτιδα, νευρική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, ψιριασική αρθρίτιδα, αξονική σπονδυλαρθρίτιδα και διάχυτα νοσήματα του συνδετικού ιστού, όσον αφορά τα τροποποιητικά φάρμακα (μεθοτρεξάτη, λεφλουνομίδη, κυκλοσπορίνη, σουλφασαλαξίνη, υδροξυγλωφοκίνη, αζαθειοπρίνη, D−πενικιλλαμίνη, κυκλοφωσφαμίδη) και για τις ενδείξεις των συγκεκριμένων ρευματικών παθήσεων (εγκύκλιος από 1-7-2013)

Β. Μηδενική (0%) συμμετοχή για τους πάσχοντες από:
1. Νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και λευχαιμίων
2. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι
3. Ψυχώσεις (όσον αφορά τα αντιψυχωτικά φάρμακα και όχι τα αντικαταθλιπτικά)
4. Μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική και μικρο–
δρεπανοκυτταρική αναιμία, ομόζυγη μεσογειακή αναιμία, ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία
5. Ιδιοπαθή αιμολυτική αναιμία – θρομβοπενική πορφύρα
6. Νυκτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινούρια
7. Αιμορροφίλη (αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες)
8. Υποφυσιογενή νανισμό (ανέξητη ορμόνη)
9. Κυστική Ήνωση (κυστική ινόδη νόσο, ινοκυστική νόσο)
10. Χρόνια ηπατίτιδα B και C
11. Νόσο Wilson (ηπατοφακοειδή εκφύλιση)
12. Γλυκογονίαση – γλυκογονίαση τύπου IB
13. Νόσο Gaucher
14. Έλλειψη ορνιθο−καρβαμυλο−τρανσφεράσης
15. Χρόνια νεφρική νόσο, στάδιο 3 και 4
16. Νεφρική ανεπάρκεια, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
17. Νόσο Niemann−Pick τύπου C
18. Υπερφαινυλαλανιαιμία
19. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Επισημαίνεται ότι η μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή αφορά αποκλειστικά μόνο τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αφορούν τη θεραπεία και αντιμετώπιση των αντίστοιχων ως ανωτέρω συγκεκριμένων παθήσεων.

Επίσης, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι πάσχοντες από το σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), για τα αντιρρετροϊκά φάρμακα.

3.13 Αποκλεισμός συνταγογραφήσεις σε ανασφάλιστους από ιδιώτες ιατρούς
Οι ιδιώτες ιατροί δεν μπορούν να συνταγογραφούν σε ανασφάλιστους. Ομοίως σε αυτά τα βιβλίαρια μπορούν να συνταγογραφούν και να γράφουν εξετάσεις οι γιατροί που υπηρετούν σε κρατικές δομές: Κέντρα Υγείας, ΠΕΔΥ και Νοσοκομεία.

3.14 Διαφορές τιμών γενοσήμων και πρωτότυπων φαρμάκων και Προώθηση γενοσήμων
Στο 1/3 της τιμής που είχαν το 2009 βρίσκονται σήμερα τα ελληνικά γενόσημα έχοντας χαμηλότερες τιμές έναντι πολλών άλλων ευρωπαϊκών χωρών.
Την προώθηση των γενοσήμων, πετυχαίνει τελικά η Ελληνική Κυβέρνηση μέσω της νέας τιμολογιακής πολιτικής για το φάρμακο. Με βάση την ανάλυση των στοιχείων, αποδεικνύεται ότι από το 2009 έως το τέλος του 2016 τα γενόσημα έχουν υποστεί μέση μείωση τιμής η οποία φτάνει το 67%.

Τα μερίδια των γενοσήμων τα τελευταία χρόνια αυξάνουν σταδιακά ποσοστά τους.

Σύμφωνα με μελέτη της IMS, οι τιμές των γενοσήμων στην Ευρώπη σχετίζονται άμεσα με το ύψος του μερίδιου αγοράς που κατέχουν. Συγκριτικά με άλλες χώρες της Ε.Ε. με παρόμοια χαρακτηριστικά (πχ. μέγεθος αγοράς, δημοσιονομική ικανότητα), η μέση ονομαστική τιμή γενοσήμων στην Ελλάδα βρίσκεται στο επίπεδο που θα έπρεπε να είναι αναλογικά με το βαθμό της διείσδυσης τους στην αγορά. Στις χώρες όπου ο όγκος των πωλήσεων είναι μεγάλος, όπως πχ. στη Γερμανία, οι τιμές είναι αντίστοιχα με ποσοστά χαμηλά επίπεδα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν οι όγκοι πωλήσεων βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι για να είναι βιώσιμη η παραγωγή των γενοσήμων θα πρέπει να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ τιμής και όγκου πωλήσεων.

Επιπλέον στη χώρα μας οι φαρμακευτικές εταιρίες καλούνται να καταβάλλουν σημαντικά ποσά rebate και clawback που ξεπερνούν το 25% της αξίας των φαρμάκων που αποζημιώνει η δημόσια ασφάλιση. Αυτό σημαίνει ότι η πραγματική τιμή των γενοσήμων βρίσκεται κάτω από το επίπεδο που τους αναλογεί σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους. Το αποτέλεσμα είναι η παραγωγή πολλών ελληνικών φαρμάκων να καθίσταται πλέον ασώματη. Η πιθανή δε απόσυρσή τους, οδηγεί στο γνωστό φαινόμενο της υποκατάστασης από άλλα ακριβότερα φάρμακα.

3.14.1 Ορισμοί και Κατηγορίες Τιμολογούμενων Φαρμάκων

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ5/οικ. 28408/2016 ΦΕΚ 1102/Β/19-4-2016 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016):

Ως φάρμακο αναφοράς ορίζεται κάθε φάρμακο το οποίο εγκρίνεται δυνάμει του άρθρου 11 παρ. 2 στοιχείο α) της υπ’ αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1049/Β'/29.4.2013)(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013), σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 αυτής. Ο τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων αναφοράς διαφέρει μετά την τεκμηριωμένη λήξη της προβλεπόμενης δεκαετίας ή ενδεχομένως ενδεκαετίας περιόδου προστασίας που προβλέπεται από τη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 1 της υπ’ αριθ.

Ο διαχωρισμός αυτών των φαρμάκων αναφοράς γίνεται αποκλειστικά και μόνο για λόγους τιμολόγησης των φαρμάκων αυτών και δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί από τρίτους φορείς για άλλους σκοπούς.

Οι διάφορες στερεές φαρμακοτεχνικές μορφές που λαμβάνονται από το στόμα και είναι άμεσης απελευθέρωσης θεωρούνται ως μία και η αυτή φαρμακοτεχνική μορφή. Για τις ανάγκες της τιμολόγησης, στις διατάξεις περί τιμολόγησης γενοσήμων υπάγονται οι περιπτώσεις του άρθρου 12 της υπ’ αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β’ 1049/ Β’) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013). Για την περίπτωση τιμολόγησης φαρμάκων που αδειοδοτούνται δυνάμει του άρθρου 14 της υπ’ αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β’ 1049) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013), το μεν «προϊόν αναφοράς» διατηρεί την τιμή του έως τη λήξη της 10ετούς διάρκειας προστασίας των δεδομένων του, το δε δεύτερο και κάθε τυχόν επόμενο προϊόν τιμολογείται σύμφωνα με το προϊόν αναφοράς εντός της περιόδου πριν τη λήξη της 10ετούς περιόδου προστασίας των δεδομένων του αρχικού προϊόντος αναφοράς. Υβριδικά φάρμακα που εγκρίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 11 της υπ’ αρ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β’ 1049/ΦΕΚΒ49) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013), τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εφόσον είναι εισαγόμενα και βάσει των διατάξεων περί εγχωρίως παραγομένων εφόσον είναι εγχωρίως παραγόμενα, με την επιφύλαξη των προβλεπόμενων στο τελευταίο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 8, της παρούσας.

Ο χαρακτηρισμός ενός φαρμάκου ως φαρμάκου αναφοράς υπό προστασία, ως φαρμάκου αναφοράς χωρίς προστασία, ως γενοσήμου φαρμάκου, ως υβριδικού φαρμάκου, ως βιολογικού φαρμάκου, ως οφρανού φαρμάκου ή ως βιβλιογραφικού φαρμάκου ή ως σταθερού συνδυασμού φαρμάκου γίνεται από τον ΕΟΦ, χρησιμοποιώντας την νομική βάση σύμφωνα με την οποία χορηγείται η άδεια κυκλοφορίας του, ο οποίος γνωμοδοτεί και εισηγείται για την τιμολόγηση ειδικών περιπτώσεων. Αποκλειστικά και μόνον για λόγους τιμολόγησης σύμφωνα με τα προβλεπόμενα της παρούσας, οι ρυθμίσεις της οποίας αφορούν στους κατόχους αδείας κυκλοφορίας φαρμάκων (ΚΑΚ), θεωρείται ότι αφορούν και στους
εξομοιούμενους με αυτούς φορείς, όπως οι εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές, αντιπρόσωποι και διανομείς.

Προϊόντα που έχουν εγκριθεί με την νομική βάση του άρθρου 8.3 πλήρους φακέλου (δηλαδή του άρθρου 9 της υπ’ αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1049/ Β’/2942013)(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013) και που συμπροωθούνται (Comarketing) λαμβάνουν την ίδια χαμηλότερη τιμή, εφόσον δηλωθεί η συμπροώθηση από όλους τους εμπλεκόμενους ΚΑΚ.

3.14.2 Τιμή αναφοράς

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 58 Β 2011 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011ε):

Στο σύστημα ταξινόμησης των φαρμάκων ATC ενσωματώνεται σύστημα Τιμών Αναφοράς. Οι τιμές αναφοράς των φαρμακευτικών προϊόντων υπολογίζονται στο επίπεδο τέσσερα (4) του συστήματος ATC, ανά ομάδα φαρμακοτεχνικών μορφών, λαμβάνοντας υπόψη την ομαδοποίηση των φαρμάκων όπως αυτή σχετικά αναφέρεται από την Ευρωπαϊκή Διεύθυνση για την Ποιότητα των Φαρμάκων που λειτουργεί υπό την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης (standard terms of European Directorate for the Quality of Medicines –E.D.Q.M.). Για τις περιπτώσεις που στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία του 4ου επιπέδου του ATC, περιλαμβάνονται φαρμακευτικά προϊόντα που έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας για διαφορετικές ενδείξεις, λαμβάνει χώρα υποταξινόμηση των δραστικών στο ίδιο επίπεδο του ATC. Για κάθε δραστική ουσία θα συμπεριλαμβάνονται οι εγκεκριμένες περιεκτικότητες και συσκευασίες για όλα τα νομίμως κυκλοφορούντα προϊόντα (προϊόντα αναφοράς και ουσιωδώς άμεσο). Ειδικότερα, όσον αφορά στις συσκευασίες λαμβάνεται υπόψη η περίπτωση 4) α. του παρόντος.

Η Τιμή Αναφοράς των ομάδων φαρμακευτικών προϊόντων όπως αυτές περιγράφτηκαν προηγουμένως υπολογίζεται σύμφωνα με την ακόλουθη εξίσωση:

\[
\text{Tιμή Αναφοράς} = \frac{\text{Κ.Η.Θ.1} + \text{Κ.Η.Θ.2} + \ldots + \text{Κ.Η.Θ.ν}}{\text{ν}}
\]

όπου,

1) Κ.Η.Θ.: το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας του κάθε φαρμακευτικού προϊόντος της ομάδας, το οποίο προκύπτει ως το πηλίκο της Λιανικής Τιμής (Λ.Τ.) αυτού προς τον Αριθμό Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.) στη συσκευασία, Κ.Η.Θ. = Λ.Τ./Α.Η.Δ.

Αριθμός Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.): ορίζεται το πηλίκο της Συνολικής Περιεκτικότητας σε Δραστική Ουσία Συσκευασία (Π.Δ.Σ.) προς την Ημερήσια Καθορισμένη Δόση –Κ.Η.Δ.
(Daily Defined Dose – DDD) σύμφωνα με τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ή τη Μέση Ημερήσια Δόση (M.H.D.) σύμφωνα με την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Α.Η.Δ. = Π.Δ.Σ. / DDD, ή Μ.Η.Δ.

Η επιλογή της Μέσης Ημερήσιας Δόσης (Μ.Η.Δ) ως παρανομαστή του προηγούμενου τύπου λαμβάνει χώρα σε κάθε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί η Ημερήσια Καθορισμένη Δόση – Κ.Η.Δ. (Daily Defined Dose –DDD).

ι) v: Όλες οι περιεκτικότητες και συσκευασίες όλων των προϊόντων, της κάθε φαρμακοθεραπευτικής κατηγορίας ανά ομάδα φαρμακοτεχνικής μορφής.

Στον Κατάλογο εντάσσονται:
1. Τα φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων η τιμή είναι μικρότερη ή ίση της τιμής αναφοράς της φαρμακο θεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν.
2. Τα φαρμακευτικά προϊόντα με Κ.Η.Θ. μικρότερο ή ίσο με 0,6 ευρώ.

γ. Για φάρμακα στα οποία η τιμή τους υπερβαίνει την τιμή αναφοράς της φαρμακο θεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν, η εταιρεία διάθεσης αυτών δύναται να υποβάλει κλινικές μελέτες ή και φαρμακοοικονομικές μελέτες δημοσιευμένες σε επίσημες επιστημονικές εκδόσεις με impact factor>1 προκειμένου να τεκμηριώσει τη διαφορετική τιμή.

Η Ειδική Επιτροπή αξιολογεί τα υποβαλλόμενα στοιχεία καθώς και εκθέσεις ειδικών εισηγητών και αποφασίζει κατά περίπτωση:

1) Αποδέχεται τα πρόσθετα στοιχεία και προτείνει μείωση της τιμής των φαρμάκων των οποίων η τιμή υπερβαίνει την τιμή αναφοράς στο επίπεδο αυτής. Εφόσον η μείωση της τιμής γίνει αποδεκτή, τα εν λόγω προϊόντα εντάσσονται στον κατάλογο.

2) Αποδέχεται τα πρόσθετα στοιχεία και προτείνει ένταξη στον Κατάλογο με Κ.Η.Θ. έως και 20% υψηλότερο από την τιμή αναφοράς υπό την προϋπόθεση ότι το φαρμακευτικό προϊόν είναι αποδεδειγμένα υψηλότερης θεραπευτικής αξίας σε σύγκριση με τα φαρμακευτικά προϊόντα που ανήκουν στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία ΑΤC. Η Επιτροπή για την πρόταση της ένταξης λαμβάνει υπόψη την αξιολόγηση του εν λόγω φαρμακευτικού προϊόντος από Ευρωπαϊκά συστήματα αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων ως προς τη θεραπευτική τους αποτελέσματα και τα κριτήρια της παραγράφου 2 της παρούσας.

3) Απορρίπτει αιτιολογημένα το φαρμακευτικό προϊόν από τον Κατάλογο

δ. Τα φαρμακευτικά προϊόντα μικρής περιεκτικότητας που αναφέρονται σε παιδιά συμπεριλαμβάνονται στον Κατάλογο, ακόμη και αν έχουν υψηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς, μόνο εφόσον έχουν αξιολογηθεί θετικά από την Ειδική Επιτροπή ως προς το θεραπευτικό τους όφελος.
ε. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που ανήκουν στις ακόλουθες φαρμακοθεραπευτικές κατηγορίες συμπεριλαμβάνονται στον Κατάλογο χωρίς υπολογισμό τιμής αναφοράς:

• Όλα τα μη θεραπευτικά προϊόντα (V07),
• Τα σκιαγραφικά (V08),
• Φάρμακα γενικής αναισθησίας (M03AB, M03AC, N01A)
• Ενέσιμα τοπικά αναισθητικά (N01BA, N01BB)
• Άνοσοι οροί και ανοσοσφαιρίνες (J06),
• Υποκατάστατα αίματος και διαλύματα έγχυσης (B05)
• Οι παράγοντες πήξης (B02BD),
• Τα εμβόλια (J07)
• Οι ινσουλίνες και τα ανάλογα αυτών (A01Α),

στ. Για όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που εντάσσονται στον Κατάλογο, θα ισχύσει σύστημα «δυναμικής τιμολόγησης». Ειδικότερα:

• για κάθε αύξηση αυστηρά ίση ή μεγαλύτερη του 5% των ετήσιων πωλήσεων σε αξία, θα απαιτείται μείωση τιμής κατά 2,5%.
• ο υπολογισμός θα γίνεται στο τέλος κάθε 12μήνου μετά την είσοδο του φαρμάκου στον Κατάλογο.

2. Η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα που αξιολογείται με βάση:
α. Τη βαρύτητα της ασθένειας
β. Τη σχέση αποτελεσμάτων – ασφάλειας, ανεκτικότητας
γ. Την υψηλή θεραπευτική αξία σε σχέση με αντίστοιχα φαρμακευτικά προϊόντα
δ. Τη δυνατότητα εφαρμογής άλλων θεραπειών με ή χωρίς φάρμακα
ε. Το βαθμό συμβολής του στην προαγωγή της Δημόσιας Υγείας

Στα παραπάνω λαμβάνεται υπόψη το κόστος του κάστος σε σχέση με το κλινικό αποτέλεσμα της υπό εξέτασης θεραπείας, σε σχέση με το κόστος ανά κλινικό αποτέλεσμα άλλων θεραπειών σε περίπτωση που δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Ηπαραπάνω οικονομική παράμετρος θα πρέπει να τεκμηριώνεται με οικονομικά αποτελέσματα κλινικών μελετών και εφόσον καθίσταται αναγκαίο και με φαρμακοοικονομικές μελέτες που βασίζονται σε κλινικές μελέτες. Οι ανωτέρω μελέτες θα είναι δημοσιευμένες σε επίσημες επιστημονικές εκδόσεις με impactfactor>1.

3. Η παράλληλη αποζημίωση των υπό εξέταση φαρμάκων από φορείς κοινωνικής ασφάλισης άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Για τα υπό εξέταση φαρμακευτικά προϊόντα θα λαμβάνεται υπόψη η κάλυψή τους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης σε τουλάχιστον δύο χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για
φάρμακα που δεν καλύπτονται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις των χωρών αυτών επιλέγονται όσα υποστηρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία σε ό,τι αφορά την επαρκή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειάς τους.

3.14.3 Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς υπό προστασία

Η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex-factory), των φαρμάκων αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ιδίου φαρμάκου, ως προς τη δραστική ουσία, φαρμακοτεχνική μορφή, περιεκτικότητα και συσκευασία (εννεαψήφιος κωδικός ΕΟΦ), στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία. Για να λάβει τιμή για πρώτη φορά ένα φάρμακο, πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε περίπτωση που δεν υφίσταται το ίδιο φάρμακο σε τρεις χώρες δεν θα τιμολογείται. Δεν επιτρέπονται αυξήσεις τιμών υφιστάμενων φαρμάκων, παρά μόνο σε περιπτώσεις διορθώσεων προγενέστερων λαθών(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

3.14.4 Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς χωρίς προστασία

Η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex-factory) των φαρμάκων αναφοράς μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας, που ορίστηκε ανωτέρω στο άρθρο 1, και την πρώτη κυκλοφορία του πρώτου αντίστοιχου γενόσημου προϊόντος στην ελληνική αγορά (σύμφωνα με τα στοιχεία πωλήσεων που διαθέτει ο ΕΟΦ και, εφόσον τούτο απαιτείται, τεκμηρίωση με την ύπαρξη πρώτου τιμολογίου), μειώνεται αυτόματα στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία, ήτοι της τιμής (χονδρικής τιμής) που είχε το προϊόν αναφοράς τη χρονική περίοδο που κυκλοφόρησε το πρώτο γενόσημο, είτε στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάλογα με το ποια είναι σε κάθε περίπτωση η χαμηλότερη τιμή η οποία και λαμβάνεται υπόψη, χωρίς η τιμή του να μειωθεί χαμηλότερα από τη χαμηλότερη προκύπτουσα τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης(ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

Όπως επισημαίνεται στην Υ.Α. "Με σκοπό την προώθηση της χρήσης λιγότερο δαπανηρών θεραπειών και την προστασία της δημόσιας υγείας, και με σκοπό να μην υπονομεύεται η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, οι μειώσεις σύμφωνα με την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου εφαρμόζονται στα φαρμακευτικά προϊόντα αναφοράς χωρίς προστασία με λιανική τιμή άνω των 7 ευρώ και τα
φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,25 ευρώ. Από την 1η Ιανουαρίου του 2017 θα εφαρμόζεται σε φάρμακα με τιμή λιανικής πώλησης άνω των 4,5 ευρώ και φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,15 ευρώ. Από την 1η Ιουλίου 2017 θα εφαρμόζεται σε φάρμακα με τιμή λιανικής πώλησης άνω του 1 ευρώ και φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,02 ευρώ. (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

3.14.5 Τιμολόγηση των γενόσημων προϊόντων

Οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων, ανεξαρτήτως της ημερομηνίας έγκρισής τους, διατηρούν το 65% της προκύπτουσας χονδρικής τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων, μετά τη λήξη της «περιόδου προστασίας των δεδομένων», όπως αυτή διαμορφώνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 7 της παρούσης. Σε περίπτωση που η συσκευασία ή/και η περιεκτικότητα του γενοσήμου είναι διαφορετική από αυτήν του φαρμάκου αναφοράς, γίνεται αναγωγή σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 της παρούσης και λαμβάνεται υπόψη ο υπολογισμός που δίνει τη χαμηλότερη τιμή. Επιπλέον, εάν ένα γενόσημο δεν μπορεί να συσχετισθεί με προϊόν αναφοράς που βρίσκεται σε κυκλοφορία, κατ’ αρχάς στην ελληνική αγορά και ακολούθως στην ΕΕ, η τιμή του γενοσήμου αυτού υπολογίζεται με βάση την τιμή του φθηνότερου γενοσήμου (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

Όπως επισημαίνεται στην Υ.Α. "Με σκοπό την προώθηση της χρήσης λιγότερο δαπανηρών θεραπειών και την προστασία της δημόσιας υγείας, και με σκοπό να μην υπονομεύεται η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, οι μειώσεις σύμφωνα με την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω των 6 ευρώ και στα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,20 ευρώ, από τις 2 Δεκεμβρίου 2016. Από την 1η Ιουλίου 2017 θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω των 3 ευρώ και στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,10 ευρώ. Από την 1η Ιανουαρίου 2018 θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω των 1 ευρώ και στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,02 ευρώ. Κατά την εφαρμογή των άνω ρυθμίσεων οι μειώσεις τιμών που προκύπτουν σε κάθε ανατιμολόγηση δεν δύνανται να είναι μεγαλύτερες από 10 % επί της Χονδρικής Τιμής. Εάν για το γενόσημο μετά το τέλος των υπολογισμών η προκύπτουσα τιμή είναι μεγαλύτερη από
του προϊόντος αναφοράς χωρίς προστασία, τότε η προστασία του 10% δεν θα εφαρμόζεται και η τιμή του γενοσήμου θα καθορίζεται στο 65% της προκύπτουσας τιμής του προϊόντος αναφοράς” (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016).

3.15 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση συγκεκριμένων ποσοτήτων φαρμάκων

Υπάρχουν περιορισμοί στην συνταγογράφηση συγκεκριμένων ποσοτήτων και κουτιών φαρμάκων με βάση τον αριθμό των χαπιών, το δοσολογικό σχήμα και την υφιστάμενη θεραπευτική αγωγή.

3.16 Εισαγωγή νέων φαρμακευτικών προϊόντων στην κλινική πρακτική

Η εισαγωγή βιολογικών φαρμάκων συνεπάγεται με μια θεμελιώδη αλλαγή στη θεραπεία πολλών αυτοάνοσων ασθενειών όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA). O Kalkan και οι συν-επιστήμονες του αξιολόγησαν και εξέτασαν το βαθμό στον οποίο τα βιολογικά φάρμακα συνταγογραφούνται σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) σε διάφορες περιοχές της Σουηδίας (Kalkan et al., 2014). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, οι διαφορές στην πρακτική στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο ενδέχεται να αποκρύψουν τις διαφορές σε ατομικό επίπεδο. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τι επηρεάζει τις αποφάσεις των μεμονωμένων ρευματολόγων όταν συνταγογραφούν βιολογικά φάρμακα. Οι ερωτήσεις συνέντευξης σε είκοσι έξι ρευματολόγους, αποτελούσαν από δύο μέρη, με προσέγγιση "παράλληλης μεικτής μεθόδου". Στο πρώτο και κύριο μέρος, διερευνήθηκαν ανοικτά διερευνητικά ερωτήματα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση. Στο δεύτερο μέρος, οι ρευματολόγοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν προκαθορισμένους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις αποφάσεις συνταγογράφησης τους. Το Ενοποιημένο Πλαίσιο Έρευνας Εφαρμογής (CFIR) χρησιμοποιήθηκε ως εννοιολογικό πλαίσιο για τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων. Ένας συνδυασμός διαφόρων παραγόντων και η αλληλεπίδρασή τους επηρέασε τις αποφάσεις συνταγογράφησης των ρευματολόγων, περιλαμβανομένων των εμπειριών και των αντιλήψεων των μεμονωμένων ρευματολόγων σχετικά με τα στοιχεία, τη δομή του τμήματος, τις συμμετοχές σε κλινικές δοκιμές. Ο ασθενής ήταν ένας σημαντικός παράγοντας. Ως εκ τούτου, παράγοντες τόσο σε οργανωτικά όσο και σε
ατομικά επίπεδα επηρέασαν τη συνταγογράφηση των βιολογικών φαρμάκων. Συμπερασματικά, οι δυνητικοί παράγοντες που επηρεάζουν και πιθανά εξήγησαν τις διαφορές στη πρακτική συνταγογράφησης είναι η εμπειρία και η αντίληψη των διαφόρων στοιχείων σε ατομικό επίπεδο, η δομή του τμήματος και η συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές σε οργανωτικό επίπεδο. Η επιρροή των συμπεριφορών και προτιμήσεων των ασθενών και η ερμηνεία των επιστημονικών στοιχείων φάνηκε να είναι κάπως αντιφατική (Kalkan et al., 2014).

II Σκοπός
Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας αποτελεί η καταγραφή και ανάλυση των νέων οικονομικών συνθηκών και δεδομένων που επιβάλλονται από τις ρυθμιστικές αρχές σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τους περιορισμούς στην καθημερινή ιατρική πράξη των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των ιατρών. Το ερευνητικό τμήμα της εργασίας αποσκοπεί στην διερεύνηση του τρόπου και του βαθμού επίδρασης των προαναφερθέντων συνθηκών και δεδομένων στο επάγγελμα του ιατρού καθώς και στην αξιολόγηση και παρουσίαση των στάσεων και των απόψεων των ιατρών σχετικά με αυτές.

III ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Προσδιορισμός Μεθόδου Έρευνας
Η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί το πλαίσιο εργασίας που θα χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή και την ανάλυση του σχεδίου της έρευνας (Σταθακόπουλος, 2001). Στη
βιβλιογραφία γενικά συναντώνται τρεις κύριοι τύποι έρευνας η εξερευνητική, η περιγραφική και η αιτιολογική. Η επιλογή για τον προσδιορισμό του κατάλληλου τύπου έρευνας που θα χρησιμοποιηθεί οφείλεται κατά κύριο λόγο στη φύση του προβλήματος που καλούμαστε να επιλύσουμε.

Η εξερευνητική έρευνα αποτελεί τη διαδικασία μέσω από την οποία καλούνται να συγκεντρωθούν όλα εκείνα τα προκαταρκτικά στοιχεία που είναι σε θέση να αναδείξουν την πραγματική φύση του προβλήματος και προτείνουν τις ανάλογες υποθέσεις με εκείνες που πραγματεύεται η μελέτη (Σταθάκοπουλος, 2001).

Η περιγραφική έρευνα αποτελεί τη διαδικασία στην οποία μας δίνετε η δυνατότητα να μελετήσουμε τα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού, προσφέρει ακρίβεια γιατί οι στόχοι και οι ερωτήσεις της έρευνας έχουν ήδη οριστεί και απαιτούνται περιληπτικές μετρήσεις προκειμένου αυτές να απαντηθούν. Εν αντιθέσει με την εξερευνητική έρευνα, που αποσκοπεί στην εξερεύνηση άγνωστων ή ευρέως προβλημάτων, η περιγραφική έρευνα στηρίζεται στην ήδη υπάρχουσα κατανόηση του προβλήματος (Σιώμκος, 2008).

Η αιτιολογική έρευνα τέλος, επιδιώκει να καθορίσει το είδος της σχέσης που υπάρχει μεταξύ δύο μεταβλητών. Ειδικότερα, το είδος αυτό της έρευνας αποσκοπεί σαν σωστός ή λάθος ότι μεταξύ των δύο μεταβλητών υπάρχει σχέση αιτίου και αιτιατού. Έτσι, οι αιτιολογικές έρευνες, στηρίζονται κατά κύριο λόγο σε πειράματα, μας και τα πειράματα θεωρούνται τα κατάλληλα για να αποδειχθεί η σχέση αιτίου και αιτιατού (Σταθάκοπουλος, 2001).

Επιπλέον, οι ερευνητικές μέθοδοι μπορούν να διακριθούν σε δύο ακόμα κύριες κατηγορίες με βάση τον τρόπο συλλογής των στοιχείων: την ποιοτική και την ποσοτική (Σιώμκος, 2008).

Σύμφωνα με το Πανεπιστημιακό Κέντρο Ερευνών του Πανεπιστημίου της Κύπρου, σκοπός της ποσοτικής έρευνας είναι η εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων γίνεται με δομημένα πρωτόκολλα, όπως ερωτηματολόγια, κλίμακες και δοκίμια επιτευγμάτων.

Αυτοτελώς ή συμπληρωματικά προς τις ποσοτικές τεχνικές, η ποιοτική προσέγγιση στην έρευνα στοχεύει στην αναλύση και κατανόηση σε βάθος των κοινωνικών φαινομένων. Παρέχοντας τη δυνατότητα να αντλήσει πλούσιες πληροφορίες για το υπό
εξέταση θέμα, η ποιοτική έρευνα αποτελεί την ενδεδειγμένη μεθοδολογία για να απαντηθούν τα ερωτήματα που σχετίζονται με το "Γιατί," και το "Πώς;" των φαινομένων. Η ποιοτική προσέγγιση αποτελεί μια κατά βάση διερευνητική (exploratory) μέθοδο. Στοχεύει περισσότερο στην ανάδυση νέων τυποποιήσεων και θεωρητικών μοντέλων παρά στην επαλήθευση υποθέσεων ή στη γενίκευση σε ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Το βασικό πλεονέκτημα των ποιοτικών μεθόδων που εξυπηρετεί αυτή τη στόχευση είναι η ευελιξία που χαρακτηρίζει την ερευνητική διαδικασία.

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί την κατάλληλη μεθοδολογική επιλογή για να διερευνηθούν σε βάθος οι αναπαραστάσεις, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα κίνητρα, καθώς και τα συναισθηματικά και συμβολικά/φαντασιακά δεδομένα και δεδομένα της συμπεριφοράς των ατόμων. Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή στάσης ή μιας διερεύνηση της εμπειρίας των ατόμων, αλλά η συγκροτημένη νόημα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων (Πανεπιστημιακό Κέντρο Ερευνών Πεδίο).

Στην έρευνα αυτή διεξάγουμε την εξερευνητική έρευνα, προκειμένου να προσδιορίσουμε τις μεταβλητές που είναι σημαντικές για το υπό μελέτη θέμα. Στη συνέχεια, και με βάση τα συμπεράσματα του σταδίου αυτού της έρευνας, προχωρήσαμε στη σύνταξη του ερευνητικού εργαλείου της κύριας έρευνας, με ποσοτικές ερωτήσεις, κλειστού τύπου.

4.1 Εργαλεία Έρευνας

Ο τρόπος διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας ο τύπος ο οποίος επιλέχθηκε είναι η ποσοτική έρευνα, καθώς θέλαμε να εντοπίσουμε συγκεκριμένες πληροφορίες που να αναδεικνύουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, καθώς και των αλλαγών που έχουν επέλθει τα τελευταία χρόνια στις ρυθμιστικές αρχές, στους επαγγελματικούς θεσμούς.
Για την έρευνα μας τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν κυρίως σε έντυπη μορφή και διανεμήθηκαν απευθείας στην ομάδα που ήταν προς έρευνα. Η δομή του ερωτηματολογίου ήταν χωρισμένη σε οκτώ ενότητες. Στις τρεις πρώτες ενότητες συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης ως προς τον τρόπο που αυτή έχει επηρεάσει το επαγγέλματος, την αλλαγή στον τρόπο αντιμετώπισης και διαχείρισης των ασθενών και το βαθμό που αυτή έχει προκαλέσει εργασιακή ανασφάλεια. Στις επόμενες δύο ενότητες συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών απέναντι στις αλλαγές που έχουν προκύψει από τις ρυθμιστικές αρχές όπως, το πλαφόν συνταγογράφησης καθώς το πώς η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει διευκολύνει ή αποτρέψει την ανάκαμψη της επαγγελματικής πράξης. Στην έκτη ενότητα ζητήθηκε από τους ερωτώμενους με βάση την υπάρχουσα κατάσταση να προσδιορίσουν τι είναι αυτό που τους προβληματίζει περισσότερο και δίνουν ως προτεραιότητα για την ανάκαμψη των επαγγελματικών καθηκόντων. Στην έβδομη ενότητα συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν πως κάποια συγκεκριμένα είδη συναισθημάτων παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των επαγγελματιών. Όλες οι ερωτήσεις οι οποίες συμπεριλήφθηκαν, εκτός από την έκτη ενότητα, ήταν ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες ήταν βασισμένες στην 5βάθμια κλίμακα Likert. Με την κλίμακα αυτή ο ερωτώμενος καλείται να δηλώσει τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του, με βάση την υπάρχουσα κατάσταση να προσδιορίσουν τι είναι αυτό που τους προβληματίζει περισσότερο και δίνουν ως προτεραιότητα για την ανάκαμψη των επαγγελματικών καθηκόντων. Στην έβδομη ενότητα συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις αναλογικές (ο συμμετέχων θα πρέπει να μοιράσει συγκεκριμένους βαθμούς μεταξύ των επιλογών της ερώτησης).
πληθυσμού (Σιώμκος, 2008). Η ποιότητα μιας έρευνας δεν στηρίζεται μόνο στη καταλληλότητα της μεθοδολογίας και της επιλογής των κατάλληλων μέσων, αλλά και στη καταλληλότητα της μεθόδου δειγματοληψίας (Morrison, 1993).

Οι δειγματοληπτικές τεχνικές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στις τεχνικές πιθανότητας και τεχνικές μη πιθανότητας (Σιώμκος, 2008). Στις τεχνικές της πιθανότητας το κάθε άτομο έχει την ιδιαίτερη πιθανότητα να συμμετέχει στην έρευνα ή ενώ στην τεχνική της μη πιθανότητας, τα άτομα τα οποία επιλέγονται να συμμετάσχουν στην έρευνα είναι τυχαία. Το πλεονέκτημα της πρώτης μεθόδου είναι ότι το ποσοστό σφάλματος του δείγματος μπορεί να υπολογιστεί. Στη δεύτερη μέθοδο, το ποσοστό στο οποίο διαφέρει δημογραφικά το επιλεγμένο δείγμα από το συνολικό πληθυσμό παραμένει άγνωστο.

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόσαμε δειγματοληψία μη πιθανότητας, με δείγμα κρίσης, το οποίο απετέλεσαν οι ιατροί στους οποίους είχε πρόσβαση ο ερευνητής. Τα ερωτηματολόγια (συνολικά 300) διανεμήθηκαν σε γιατρούς νοσοκομειακούς κυρίως σε όλη την περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας και Πελοπονήσου και σε κάποια μεγάλα Νοσοκομεία των Αθηνών ώστε το δείγμα μας να είναι το δυνατότερη αντιπροσωπευτικότερο. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε κατά τους μήνες Δεκέμβριο 2016 έως και Μάρτιο 2017. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αφού ενημερώθηκαν αρχικά για το αντικείμενο της έρευνας και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, μερικοί το συμπλήρωσαν αμέσως, ορισμένοι το συμπλήρωσαν μετά από δύο επισκέψεις άλλοι μετά από περισσότερες και άλλοι καθόλου. Από τα διανεμηθέντα 300 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τα 105, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης είναι 35%.

4.3 Περιγραφή του Δείγματος ως προς τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το δείγμα μας αποτελείται από ένα σύνολο 105 ιατρών, από τους οποίους τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη διαδικασία της προσωπικής συνέντευξης. Το δείγμα των συμμετεχόντων το οποίο έλαβε μέρος στην έρευνα ήταν κατά κύριο λόγο από την Πελοπόννησο και την Ήπειρο.
Το δείγμα των ιατρών μας αποτελούνταν από 105 άτομα εκ των οποίων το 53,3% (56) ήταν άνδρες και το 46,7% (49) ήταν γυναίκες. Παρατηρούμε δηλαδή ότι υπάρχει μια σχεδόν ίση κατανομή των φύλων στη διαδικασία της έρευνας.

**Πίνακας 1:** Δείγμα συμμετεχόντων σύμφωνα με το φύλο

<table>
<thead>
<tr>
<th>Φύλο</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Άνδρας</td>
<td>56</td>
<td>53,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Γυναίκα</td>
<td>49</td>
<td>46,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Σχήμα 1:** Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με το φύλο

Ηλικία

Αναφορικά με την ηλικία παρατηρείται ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτών των οποίων απάντησαν είναι ηλικίας κάτω από 35 με ένα ποσοστό 44,6% (45) και μεταξύ 41-45 με ένα ποσοστό 20,0% (21). Το μικρότερο ποσοστό ανήκει στους 61-65 με 7,6% (8) και στους άνω των 65 με 2,9%,που μπορεί να θεωρηθεί λογικό κάθως πολλοί είναι αυτοί που μπορεί να έχουν συνταξιοδοτηθεί.

**Πίνακας 2:** Δείγμα συμμετεχόντων σύμφωνα με την ηλικία

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ηλικία</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Χρόνια Εξάσκησης Ειδικότητας

Από τα αποτελέσματα για τα χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας των συμμετεχόντων στην έρευνα έχουμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά καταλαμβάνουν οι τρεις τελευταίες κλάσεις. Πιο συγκεκριμένα, 16 από τους 105 επαγγελματίες υγείας ασκούν το επάγγελμα τους για 17-20 χρόνια, 15 για 21-25 χρόνια ενώ 21 εξασκούν την ειδικότητα τους για πάνω από 26 χρόνια. Το μικρότερο ποσοστό το έχουμε για 11-13 έτη καθώς το αντίστοιχο ποσοστό είναι 4,8%.

Πίνακας 3: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με τα χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας

<table>
<thead>
<tr>
<th>Χρόνια εξάσκησης ειδικότητας</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Κάτω από 2</td>
<td>8</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>2-4</td>
<td>12</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>5-7</td>
<td>13</td>
<td>12,4</td>
</tr>
<tr>
<td>8-10</td>
<td>7</td>
<td>6,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Σχήμα 2: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με τα χρόνια εξάσκησης της ειδικότητας

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ειδικότητα</th>
<th>Σύνολο</th>
<th>Στοιχεία</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Πάνω από 26</td>
<td>21</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Πόσα χρόνια εξασκείτε την ειδικότητά σας από την ημέρα που πήρατε το πτυχίο σας:

Πόσα χρόνια εξασκείτε την ειδικότητά σας από την ημέρα που πήρατε το πτυχίο σας

❖ Ειδικότητα

Από τα 105 άτομα τα οποία ερωτήθηκαν το 29,5% (31) απάντησαν ότι ανήκουν σε άλλη ειδικότητα από αυτές που αναφέροντα στο ερωτηματολόγιο και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό εξ’ αυτών άνηκαν στην ειδικότητα του Παιδιάτρου. Το αμέσως επόμενο ποσοστό ήταν 26,7% (28), οι οποίοι απάντησαν ότι ανήκουν στην ειδικότητα του εντατικολόγου ενώ το 13,3% (14), το 11,4% (12) και το 10,5% (11) δήλωσαν ότι ανήκουν στις ειδικότητες του παθολόγου, του αιματολόγου και του ουρολόγου αντίστοιχα. Καθόλου
ποσοστά δεν συναντήθηκαν για τις ειδικότητες του νευρολόγου, ψυχιάτρου και πνευμονολόγου.

Πίνακας 4: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με την ειδικότητα

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ειδικότητα</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Παθολόγος</td>
<td>14</td>
<td>13,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Καρδιολόγος</td>
<td>8</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Νευρολόγος</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ψυχιάτρος</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ουρολόγος</td>
<td>11</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Πνευμολόγος</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ορθοπαιδικός</td>
<td>1</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Εντατικολόγος</td>
<td>28</td>
<td>26,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Αιματολόγος</td>
<td>12</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Άλλο</td>
<td>31</td>
<td>29,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

❖ Αριθμός ασθενών ανά ημέρα

Σχετικά με τον αριθμό ασθενών που εξυπηρετούν οι ιατροί ανά ημέρα βλέπουμε ότι τα ποσοστά μοιράστηκαν σχέδον ισόποσα για δύο κατηγορίες καθώς το 33,6% (35) παρακολουθούν 5-10 ασθενείς ανά ημέρα και το 29,8% (31) 11-20 ασθενείς ανά ημέρα. Τα λιγότερα ποσοστά ανήκουν όπως φαίνεται και από τον πίνακα που ακολουθεί στις υπόλοιπες κατηγορίες, με το χαμηλότερο να είναι στην κατηγορία 41-50 ασθενείς καθώς το ποσοστό εκεί ανηκεί μόλις στο 1,9% (2).

Πίνακας 5: Αριθμός ασθενών ανά ημέρα

<table>
<thead>
<tr>
<th>Αριθμός ασθενών ανά ημέρα</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Κάτω από 5</td>
<td>8</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>5-10</td>
<td>35</td>
<td>33,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Πάνω από 50 4 3,8
Σύνολο 105 100,0

Στη συνέχεια παρουσιάζουμε και το αντίστοιχο διάγραμμα συχνοτήτων.

Σχήμα 3: Αριθμός ασθενών ανά ημέρα

Πόσους ασθενείς παρακολουθείτε κατά προσέγγιση την ημέρα

☒ κάτω από 5
☐ 5-10,
☐ 11-20,
☐ 21-30,
☐ 31-40,
☐ 41-50,
☐ Πάνω από 50

❖ Επίπεδο Σπουδών

Τα αποτελέσματα σχετικά με τη συμμετοχή των ερωτώμενων φαίνονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Επίπεδο Σπουδών

<table>
<thead>
<tr>
<th>Επίπεδο Σπουδών</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Βασικό πτυχίο</td>
<td>53</td>
<td>50,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Το 50,5% (53) των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει αποκτήσει το βασικό πτυχίο της ιατρικής μαζί με την αντίστοιχη ειδικότητα. Σε συνέχεια έχουμε το 27,6% (29) που είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος ενώ το 19,0% (20) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης.

Σχήμα 4: Επίπεδο Σπουδών

Φ Εισόδημα

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι δεν είχαμε κάποια κατηγορία η οποία ξεχώρησε. Συγκεκριμένα, τα ποσά μοιράστηκαν σχεδόν εξίσου σε πέντε κατηγορίες καθώς το 17,1% (18) δήλωσε ότι το ετήσιο εισόδημα τους είναι από 20001-25000 ευρώ, το 16,2% (17) από
30001-35000 ευρώ, το 42% από 17500 ευρώ και κάτω, ενώ το 13,3% (14) 25001-30000 ευρώ. Το χαμηλότερο ποσοστό άνηκε στη κλάση 50001 και άνω καθώς το ποσοστό το οποίο έλαβε ήταν 1,9%.

Πίνακας 7: Επίπεδο Εισοδήματος

<table>
<thead>
<tr>
<th>Εισόδημα</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>κάτω από 15000</td>
<td>16</td>
<td>15,2</td>
</tr>
<tr>
<td>15001-17500</td>
<td>16</td>
<td>15,2</td>
</tr>
<tr>
<td>17501-20000</td>
<td>4</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>20001-25000</td>
<td>18</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>25001-30000</td>
<td>14</td>
<td>13,3</td>
</tr>
<tr>
<td>30001-35000</td>
<td>17</td>
<td>16,2</td>
</tr>
<tr>
<td>35001-40000</td>
<td>8</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>40001-50000</td>
<td>5</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>50001 και άνω</td>
<td>2</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Σύνολο</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
<td><strong>100,0</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Τομέας εργασίας

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση συχνοτήτων σχετικά με τον τομέα εργασία του δείγματος μας παρουσιάζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Σχήμα 5: Τομέας Εργασίας
Από τα αποτελέσματα από την ανάλυση συχνοτήτων σχετικά με τον τομέα εργασία του δείγματος μας διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετέχοντων (55,34%) των επαγγελματιών υγείας είναι επιμελητές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η δεύτερη θέση ανήκει στους ειδικευόμενους ιατρούς, οι οποίοι έλαβαν ένα ποσοστό της τάξεως του 24,27% ενώ στη συνέχεια ακολουθούν οι ιδιώτες ιατροί με ένα ποσοστό 13,59%. Τέλος, το 6,8% του συνολικού δείγματος ανήκει σε κάποιο μέλος ΔΕΠ.

χρήση Διαδικτύου για Ιατρικό Σκοπό

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι η συντριπτική πλειοψηφία χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο ως πληροφόρηση για την άσκηση του ιατρικού καθήκοντος. Ιδιαίτερα, 102 (97,1%) από τους 105 συμμετέχοντες έδωσαν θετική απάντηση ενώ μόλις 3 (2,9%) αρνητική.

Πίνακας 8: Χρήση Διαδικτύου ως μέσο πληροφόρησης για την ιατρική πράξη

<table>
<thead>
<tr>
<th>Χρήση Διαδικτύου</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ναι</td>
<td>102</td>
<td>97,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Όχι</td>
<td>3</td>
<td>2,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Σχήμα 6: Χρήση Διαδίκτυου ως μέσο πληροφόρησης για την ιατρική πράξη

Χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο (’Ιντερνετ) για πληροφόρηση

- Ναι
- Όχι

<table>
<thead>
<tr>
<th>Χρήση Η/Υ</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ναι</td>
<td>44</td>
<td>41,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Όχι</td>
<td>61</td>
<td>58,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Πίνακας 9: Χρήση Η/Υ ως μέσο παρουσίασης των αποτελεσμάτων στους ασθενείς
खोरος Εργασίας

Τα σχετικά αποτελέσματα από την ανάλυση συχνοτήτων φαίνονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 10: Χώρος Εργασίας

<table>
<thead>
<tr>
<th>Χώρος Εργασίας</th>
<th>Συχνότητα</th>
<th>Ποσοστό%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ιδιωτικό ιατρείο</td>
<td>17</td>
<td>16,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Δημόσιο</td>
<td>65</td>
<td>61,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Νοσοκομείο</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Πανεπιστημιακή</td>
<td>18</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Κλινική</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Κέντρο υγείας</td>
<td>5</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Κέντρο ΠΕ.ΔΥ</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Αναλύοντας τις απόλυτες συχνότητες το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας εργάζεται σε κάποιο Δημόσιο Νοσοκομείο καθώς το ποσοστό το οποίο έλαβε ήταν το 61,9% (65). Στη συνέχεια, τα ποσοστά μοιράστηκαν σχεδόν ισόποσα για τους χώρους εργασίας των ιδιωτικών ιατρείων και των Πανεπιστημιακών κλινικών αφού τα ποσοστά ανήλθαν σε 16,2% (17) και 17,1% (18) αντίστοιχα. Τέλος, το ποσοστό των ιατρών που εργάζονται σε κέντρο υγείας είναι μόνο 4,8% (5) ενώ δεν υπήρχε καμία συμμετοχή σε ότι αναφορά το χώρο εργασίας ΠΕ.ΔΥ.

4.4 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Αφού συγκεντρώθηκαν τα απαραίτητα δεδομένα, στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 24 για την ανάλυση των δεδομένων μας. Κατ’ αρχάς ακολουθήσαμε την Περιγραφική Στατιστική (Αναλύσεις Συχνοτήτων (Frequencies) και Μέσων Όρων (μαζί με Τυπικές Αποκλίσεις). Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε τεχνικές προηγμένης στατιστικής, με αναλύσεις παραγόντων, αξιοπιστίας, αναλύσεις t-tests, καθώς και αναλύσεις παλινδρόμησης. Ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί της έρευνας, μαζί με τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα.
IV ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΗΛΘΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Στην ενότητα αυτή, θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα με τις στάσεις και απόψεις των ιατρών για τις αλλαγές που είχαν σαν αποτέλεσμα να προκύψουν στο ιατρικό επάγγελμα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Συγκεκριμένα, στους πίνακες 12 και 13 που ακολουθούν, θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των αναλύσεων συχνότητας, καθώς και κάποια περιγραφικά μέτρα όπως ο Μέσος Όρος (Mean), η Τυπική Απόκλιση (Std. deviation), η Διάμεσος (Median) και η Επικρατούσα Τιμή (Mode).

Πίνακας 11: Q1. Μετά την οικονομική κρίση

<table>
<thead>
<tr>
<th>Πίνακας</th>
<th>Πόλη</th>
<th>Πολύ</th>
<th>Μέτρια</th>
<th>Λίγο</th>
<th>Καθόλου</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q1.1 Έχει επηρεάσει άρνητικά η επαγγελματική σας δραστηριότητα</td>
<td>21,0%</td>
<td>36,2%</td>
<td>31,4%</td>
<td>7,6%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.2 Επιβαρύνεται η λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης</td>
<td>33,3%</td>
<td>58,1%</td>
<td>6,7%</td>
<td>1,9%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.3 Επιβαρύνεται η λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω έλλειψης προσωπικού</td>
<td>52,4%</td>
<td>41%</td>
<td>4,8%</td>
<td>0%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.4 Έχει υπάρξει περικοπή των δαπανών στο χώρο εργασίας σας</td>
<td>44,8%</td>
<td>41,9%</td>
<td>11,4%</td>
<td>1%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.5 Έχει επηρεαστεί η επάρκεια, του εξοπλισμού που χρησιμοποιείτε</td>
<td>27,6%</td>
<td>38,1%</td>
<td>21,9%</td>
<td>6,7%</td>
<td>5,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.6 Έχει επηρεαστεί η ποιότητα του εξοπλισμού που χρησιμοποιείτε</td>
<td>25,7%</td>
<td>36,2%</td>
<td>24,8%</td>
<td>6,7%</td>
<td>6,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.7 Έχει υπάρξει περικοπή των δαπανών στο χώρο εργασίας σας</td>
<td>33,3%</td>
<td>47,6%</td>
<td>15,2%</td>
<td>1,9%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1.8 Έχουν γίνει αλλαγές στο χώρο εργασίας χορτα η επιδιοική την προσαρμογή στις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες</td>
<td>14,3%</td>
<td>54,3%</td>
<td>21,0%</td>
<td>6,7%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, συμπεραίνουμε ότι η οικονομική κρίση όπως ήταν αναμενόμενη επηρέασε σημαντικά το χώρο της υγείας. Ιδιαίτερα, το 57,2% του δείγματος μας συμφώνησε ότι η δραστηριότητα των επαγγελματίων υγείας έχει επηρεάσει αρνητικά από τις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες ενώ το 91,4% δήλωσε ότι η λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει επιβαρυνθεί σημαντικά λόγω αυξημένης ζήτησης, απεικονίζοντας την ως κύρια συνέπεια της οικονομικής κατάστασης. Παράλληλα, αλλαγές φαίνεται πως έχουν προκύψει και σε επίπεδο λειτουργικό καθώς το 86,7% δήλωσε ότι έχει υπάρξει περικοπή των δαπανών στο χώρο εργασίας ενώ το 68,6% επιδίωξε το γεγονός να γίνουν αλλαγές στο χώρο εργασίας προκειμένου να υπάρξει προσαρμογή στις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες. Στο ίδιο πλαίσιο, αλλαγές φαίνεται να προέκυψαν τόσο στην επάρκεια όσο και στην ποιότητα του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται καθώς τα ποσοστά θετικής απόψεως ανήλθαν στο 65,7% και 61,9% αντίστοιχα.
Στη συνέχεια της έρευνας μας θελήσαμε να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σχετικά με το πώς η τελευταία επηρέασε τη σχέση μεταξύ των ιατρών και των ασθενών. Τα αποτέλεσματα που προέκυψαν φαίνονται συνοπτικά στους πίνακες 14 και 15 που ακολουθούν.

Πίνακας 13: Q2. Η οικονομική κρίση

| Q2.1 Έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών | Συμφωνέω Απάντησα 6,7% | Συμφωνώ 43,8% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 22,9% | Διαφωνώ 15,2% | Διαφωνώ Πλήρως 10,5% |
| Q2.2 Έχει υποβαθμίσει την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών που προσφέρετε | Συμφωνώ 6,7% | Συμφωνώ 39% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 20% | Διαφωνώ 24,8% | Διαφωνώ Πλήρως 8,6% |
| Q2.3 Οδήγησε σε έλλειψη αναλόγισμων υλικών που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων | Συμφωνώ 31,4% | Συμφωνώ 45,7% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 11,4% | Διαφωνώ 8,6% | Διαφωνώ Πλήρως 1,9% |
| Q2.4 Οδήγησε σε έλλειψη φαρμάκων που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων | Συμφωνώ 23,8% | Συμφωνώ 45,7% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 12,4% | Διαφωνώ 14,3% | Διαφωνώ Πλήρως 2,9% |
| Q2.5 Οδήγησε ώστε η επιλογή των φαρμάκων να γίνεται βάσει των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενούς | Συμφωνώ 15,2% | Συμφωνώ 40% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 15,2% | Διαφωνώ 11,4% | Διαφωνώ Πλήρως 17,1% |
| Q2.6 Οδήγησε ώστε η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής γίνεται κατά κύριο λόγο με βάση την οικονομική κατάσταση της Μονάδας υγείας | Συμφωνώ 14,3% | Συμφωνώ 32,4% | Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ 29,5% | Διαφωνώ 17,1% | Διαφωνώ Πλήρως 5,7% |

Πίνακας 14: Μέσος Όρος, Διάμεσος, Επικρατούσα Τιμή, Τυπική Απόκλιση

| Q2.3 Οδήγησε σε έλλειψη αναλόγισμων υλικών που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων | Μέσος Όρος 3,97 | Διάμεσος 4 | Επικρατούσα Τιμή 4 | Τυπική Απόκλιση 0,980 | Valid 104 |
| Q2.4 Οδήγησε σε έλλειψη φαρμάκων που δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων | Μέσος Όρος 3,74 | Διάμεσος 4 | Επικρατούσα Τιμή 4 | Τυπική Απόκλιση 1,070 | Valid 104 |
| Q2.6 Οδήγησε ώστε η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής γίνεται κατά κύριο λόγο με βάση την οικονομική κατάσταση της Μονάδας υγείας | Μέσος Όρος 3,33 | Διάμεσος 3 | Επικρατούσα Τιμή 4 | Τυπική Απόκλιση 1,101 | Valid 104 |
Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα στη φροντίδα των ασθενών καθώς το 50,5% των ερωτώμενων φάνηκε ότι συμφώνησε προς αυτή την κατεύθυνση. Ωστόσο, υπήρχε και ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξεως του 22,9% που δήλωσε ότι δεν αισθανόνται βέβαιοι για ένα τέτοιο αποτέλεσμα.

Αναφορικά με την ποιότητα υποβάθμιση των παροχών υγείας οι απόψεις διίστανται καθώς το 45,7% των ιατρών συμφώνησε στο γεγονός περί υποβάθμισης των υπηρεσιών ενώ το 33,4% φάνηκε να διαφωνεί. Ωστόσο, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων συμφώνησαν ότι η έλλειψη αναλώσιμων υλικών και φαρμάκων λόγω της οικονομικής κρίσης δυσκολεύει την εκτέλεση των καθηκόντων αφού τα ποσοστά θετικής απόψεως ανήλθαν σε 77,10% και 69,5% αντίστοιχα. Επιπλέον, η άποψη ότι η επιλογή των φαρμάκων πλέον γίνεται βάσει των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενούς βρίσκει θετική ανταπόκριση κατά 55,2% ενώ ότι η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής γίνεται κατά κύριο λόγο με βάση την οικονομική κατάσταση της Μονάδος Υγείας τους βρίσκει να συμφωνούν κατά 46,7%. Σχετικά με την τελευταία άποψη αξίζει να αναφερθεί ότι υπήρχε και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (29,5%) των ιατρών που φαίνονται να αμφιταλαντεύονται με το γεγονός αυτό.

Αναφορικά με το αν οι τρέχουσες οικονομικές συνθήκες έχουν προκαλέσει εργασιακή ανασφάλεια στο δείγμα μας και εδώ, οι απόψεις διαφέρουν ως προς τους τομείς που η εργασιακή ανασφάλεια μπορεί να αφορά. Ιδιαίτερα, ως πρώτη αιτία που μπορεί να προκαλέσει εργασιακή ανασφάλεια αναδεικνύεται η έλλειψη βοήθειας που προσφέρεται από την πολιτεία για την εκτέλεση του έργου των ιατρικών καθηκόντων καθώς ο βαθμός διαφωνίας στη συγκεκριμένη πρόταση ανήλθε σε ένα ποσοστό 67,6%. Επίσης, ιδιαίτερα

<table>
<thead>
<tr>
<th>Οικονομική κατάσταση της Μονάδος υγείας</th>
<th>Q2.5Οδήγησε όταν η επιλογή των φαρμάκων να γίνεται βάσει των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενούς</th>
<th>Q2.1 Έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών</th>
<th>Q2.2 Έχει υποβαθμίσει την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών που προσφέρετε</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3,25</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1,335</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2.1</td>
<td>4</td>
<td>1,121</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2.2</td>
<td>3,11</td>
<td>3</td>
<td>1,123</td>
</tr>
</tbody>
</table>


υψηλά ήταν τα ποσοστά ως προς την διαρκή αμφισβήτηση που μπορεί να δέχονται οι ερωτώμενοι (61%) και που αυτή κατά συνέπεια μπορεί να οδηγήσει σε εργασιακή ανασφάλεια. Παράλληλα, στη τελευταία φαίνεται να συμβάλλει θετικά και η δημιουργία άγχους στην ιδέα της αύξησης των ποσοστών ανεργίας καθώς το ποσοστό θετικής ανταπόκρισης ήταν 73,4%. Οι υπόλοιποι τρεις παράγοντες διαπιστώθηκε ότι έχουν δευτερεύον ρόλο. Αναλυτικότερα, ο φοβός για συνέχιση της καριέρας φάνηκαν να αφήνει τους περισσότερους αναποφάσιστους καθώς το ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν 28,6% όπως το ίδιο συνέβη και στην περίπτωση της ιδέας διατήρησης της εργασίας που και πάλι οι αναποφάσιστοι κατέκτησαν το μεγαλύτερο ποσοστό με 33,3%. Τέλος, αναφορικά με το εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι η θέση εργασίας τους είναι επισφαλής, τα ποσοστά κινήθηκαν υπερ της άρνησης περισσότερο με ένα ποσοστό της τάξεως του 41%.

Πίνακας 15: Q3. Οι τρέχουσες εργασιακές συνθήκες στα προκαλούν εργασιακή ανασφάλεια

<table>
<thead>
<tr>
<th>Τίτλος</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Συμφωνώ (100%)</th>
<th>Ούτε</th>
<th>Ούτε (100%)</th>
<th>Διαφωνώ</th>
<th>Διαφωνώ (100%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q3.1 Φοβάμαι ότι είναι επισφαλής η θέση εργασίας μου</td>
<td>8,6%</td>
<td>21,9%</td>
<td>26,7%</td>
<td>28,6%</td>
<td>12,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.2 Ανησυχώ για τη συνέχιση της καριέρας μου</td>
<td>14,3%</td>
<td>24,8%</td>
<td>28,6%</td>
<td>21,9%</td>
<td>8,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.3 Αγχώνομαι στην ιδέα της αύξησης των ποσοστών ανεργίας</td>
<td>26,7%</td>
<td>46,7%</td>
<td>12,4%</td>
<td>7,6%</td>
<td>4,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.4 Είμαι πολύ σίγουρος ότι μπορώ να διατηρήσω την εργασία</td>
<td>6,7%</td>
<td>29,5%</td>
<td>33,3%</td>
<td>22,9%</td>
<td>4,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.5 Ανησυχώ για την διαρκή αμφισβήτηση</td>
<td>12,4%</td>
<td>48,6%</td>
<td>24,8%</td>
<td>9,5%</td>
<td>2,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.6 Νιώθω ότι η συνεισφορά μου δεν ανταμείβεται</td>
<td>42,9%</td>
<td>35,3%</td>
<td>17,1%</td>
<td>2,9%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.7 Είμαι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που μπορώ και προσφέρω στους ασθενείς μου σε προσωπικό επίπεδο</td>
<td>26,7%</td>
<td>47,6%</td>
<td>13,3%</td>
<td>7,6%</td>
<td>2,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.8 Είμαι ικανοποιημένος από το επίπεδο βοήθειας που μου προσφέρεται από την πολιτεία για την εκτέλεση του έργου μου</td>
<td>2,9%</td>
<td>5,7%</td>
<td>21,9%</td>
<td>41,9%</td>
<td>25,7%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Πίνακας 16: Μέσος Όρος, Διάμεσος, Επικρατούσα Τιμή, Τυπική Απόκλιση
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΟΙ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυπταν σχετικά με την έρευνα που προήλθε για τις στάσεις και τις απόψεις των ιατρών αναφορικά με τα νέα δεδομένα που επιβάλλουν κατά καιρού οι ρυθμιστικές αρχές στο χώρο της υγείας και τον τρόπο πώς αυτές επηρεάζουν καθημερινά την ιατρική πράξη.

5 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΟΙ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Πίνακας 17: Q4. Τα νέα δεδομένα που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές επηρεάζουν την εκτέλεση των καθηκόντων

<table>
<thead>
<tr>
<th>Παράμετρος</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Ούτε Συμφωνώ</th>
<th>Διαφωνώ</th>
<th>Ο Πλήρως</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q3.6 Νιώθομε ότι η συνεισφορά μου δεν ανταμείβεται</td>
<td>4,20</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0,833</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.7 Είμαι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που μπορώ και προσφέρω στους ασθενείς μου σε προσωπικά επίπεδα</td>
<td>3,89</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,989</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.3 Αγχώνει στην ιδέα της αύξησης των ποσοστών ανεργίας</td>
<td>3,84</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1,064</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.5 Ανησυχώ για την διαρκή αμφιβολία</td>
<td>3,59</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,933</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.2 Ανησυχώ για τη συνέχεια της καριέρας μου</td>
<td>3,18</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>1,194</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.4 Είμαι πολύ σίγουρος ότι μπορώ να διατηρήσω την εργασία μου</td>
<td>3,11</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1,004</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.1 Φοβάμαι ότι είναι επισφαλής η θέση εργασίας μου</td>
<td>2,85</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1,167</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3.8Είμαι ικανοποιημένος από το επίπεδο βοήθειας που μου προσφέρεται από την πολιτεία για την εκτέλεση του έργου μου</td>
<td>2,17</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0,981</td>
<td>103</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Παράμετρος</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Ούτε Συμφωνώ</th>
<th>Διαφωνώ</th>
<th>Ο Πλήρως</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q4.1 Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές καθιστούν την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων δύσκολη</td>
<td>25,7%</td>
<td>53,3%</td>
<td>16,2%</td>
<td>1,9%</td>
<td>1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Q4.2 Το νέο νομικό καθεστώς (λίστες φάρμακων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση) έχει επηρεάσει τη συνταγογραφική μου στάση απέναντι στα φάρμακα

19% 43,8% 21% 13,3% 1%

Q4.3 Οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων εμποδίζονται από τις απαιτήσεις του ΕΟΦ

15,2% 42,9% 29,5% 8,6% 1%

Q4.4 Οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων εμποδίζονται από τις απαιτήσεις του ΕΟΠΥΥ

13,3% 48,6% 30,5% 5,7% 1,9%

Q4.5 Η συνέχιση μιας θεραπείας έχει χρειαστεί να αλλάξει εξαιτίας του πλαφόν συνταγογράφησης

7,6% 35,2% 30,5% 21% 4,8%

Q4.6 Η συνέχιση μιας θεραπείας έχει χρειαστεί να διακοπεί εξαιτίας του πλαφόν συνταγογράφησης

6,7% 16,2% 39% 30,5% 6,7%

Q4.7 Η επιλογή μιας θεραπείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών αρχών

12,4% 41% 24,8% 16,2% 5,7%

Q4.8 Η συνέχιση μιας θεραπείας έχει χρειαστεί να αλλάξει ή να διακοπεί εξαιτίας του μειωμένου budget χρημάτων της μονάδας υγείας

11,4% 37,1% 25,7% 19% 5,7%

Q4.9 Οι διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας στο εσωτερικό των μονάδων υγείας έχουν επηρεαστεί αρνητικά

14,3% 33,3% 32,4% 16,2% 2,9%

Q4.10 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα άγχους κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους εξαιτίας των διαρκών περικοπών και νέων ρυθμίσεων

26,7% 49,5% 18,1% 4,8% 1%

Q4.11 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα εργασιακού φορτίου για καθαρά γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται με τις υπάρχουσες συνθήκες

41% 49,5% 6,7% 2,9% 0%
Πίνακας 18: Μέσος Όρος, Διάμεσος, Επικρατούσα Τιμή, Τυπική Απόκλιση

<table>
<thead>
<tr>
<th>Παράμετρος</th>
<th>Μέσος</th>
<th>Διάμεσος</th>
<th>Επικρατούσα Τιμή</th>
<th>Τυπική Απόκλιση</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q4.11 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα εργασιακού φορτίου για καθαρά γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται με τις υπάρχουσες συνθήκες</td>
<td>4,29</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,717</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.1 Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές καθιστούν την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων δύσκολη</td>
<td>4,03</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,773</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.10 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα άγχους κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους λόγω των διαρκών περικοπών και νέων ρυθμίσεων</td>
<td>3,96</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,854</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.3 Οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων εμποδίζονται από τις απαιτήσεις του ΕΟΦ</td>
<td>3,94</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>3,118</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.2 Το νέο νομικό καθεστώς (λίστες φάρμακων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση) έχει επηρεάσει τη συνταγογραφική στάση απέναντι στα φάρμακα</td>
<td>3,68</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,972</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.4 Οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων εμποδίζονται από τις απαιτήσεις του ΕΟΠΥΥ</td>
<td>3,66</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0,853</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.9 Οι διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας στο εσωτερικό τους μονάδων υγείας έχουν επηρεαστεί αρνητικά</td>
<td>3,4</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>1,019</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4.7 Η επιλογή μιας θεραπείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών αρχών</td>
<td>3,38</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1,078</td>
</tr>
</tbody>
</table>

80
Από την ανάλυση συχνοτήτων που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι οι αλλαγές που επιβάλλουν κατά καιρούς οι ρυθμιστικές αρχές επηρεάζουν αρκετά το έργο των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, το 79% του δείγματος μας συμφώνησε ότι πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες που επιβάλλουν οι ρυθμιστικές αρχές καθιστούν την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων δύσκολη και αυτό συμβαίνει ανεξάρτητα από την αρχή η οποία παρεμβάει, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών σύμφωνησε ότι οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων εμποδίζονται τόσο από τις απαιτήσεις του ΕΟΦ όσο και από τις απαιτήσεις του ΕΟΠΠΥ σε ποσοστά 58,1% και 61,9% αντίστοιχα. Ιδιαίτερα, το νέο νομικό καθεστώς (λίστες φάρμακων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση) φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη συνταγογραφική στάση των ιατρών απέναντι στα φάρμακα σε ποσοστό 62,8% με αποτέλεσμα, η επιλογή μιας θεραπείας να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών αρχών καθώς το επίπεδο συμφωνίας των ιατρών ανήλθε σε 53,4%.

Αυτό το οποίο επίσης αξίζει να αναφερθεί είναι ότι, η συνέχιση μιας θεραπείας έχει χρειαστεί να αλλάξει εξαιτίας πολλών λόγω των διαρκών περικοπών και νέων ρυθμίσεων σε ποσοστό 76,2% ενώ το εργασιακό φορτίο είναι ιδιαίτερα επιβαρυμένο εξαιτίας των διαρκών περικοπών και νέων ρυθμίσεων σε ποσοστό 61,9% αντίστοιχα. Ολοκληρώνοντας, από τα αποτελέσματα μας προέκυψε ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας στο
εσωτερικό των μονάδων υγείας έχουν επηρεαστεί και αυτές αρνητικά από τις τρέχουσες συνθήκες κατά ένα ποσοστό 47,6%.

6 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΟΔΟ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Μέσα από τις ερωτήσεις της ενότητας αυτής θελήσαμε να διερευνήσουμε εάν η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας σε τομείς όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να επηρεάσει θετικά την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων. Πιο κάτω παρουσιάζουμε τον πίνακα συχνοτήτων με τις απαντήσεις των ιατρών.

Πίνακας 19: Q5. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ένα μεγάλο άλμα προς τα εμπρός με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη χρήση όλο και πρισσότερο της τεχνολογίας στη καθημερινή πρακτική. Έχοντας υπόψιν σας αυτό.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Σεμερινό Απόλυτα</th>
<th>Ούτε συμφωνώ Όστε διαφωνώ</th>
<th>Συμφωνώ</th>
<th>Ούτε διαφωνώ</th>
<th>Διαφωνώ Πλήρως</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q5.1 Έχω καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με μελλοντικά συμβάντα (προετοιμασία)</td>
<td>10,5%</td>
<td>44,8%</td>
<td>30,5%</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.2 Έχω πρόσβαση σε καλύτερα ποσοτικά δεδομένα αναφορικά με πιθανότητες-στατιστικές για μελλοντικά συμβάντα (προετοιμασία)</td>
<td>8,6%</td>
<td>45,7%</td>
<td>30,5%</td>
<td>13,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.3 Έχω πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες</td>
<td>4%</td>
<td>44,8%</td>
<td>34,3%</td>
<td>13,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.4 Έχω πρόσβαση και σε πληροφορίες ευρύτερου φάσματος και έχει από τα στενά πλαίσια του δικού μου ιατρείου</td>
<td>6,7%</td>
<td>43,8%</td>
<td>36,2%</td>
<td>11,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.5 Έχω πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα, τους παραγωγικούς δείκτες και την απουσία από την εργασία, κ.α.</td>
<td>1,9%</td>
<td>28,6%</td>
<td>51,4%</td>
<td>15,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.6 Οι αυτόματες πληροφορίες φτάνουν αμέσως μόλις τις ζητήσεω</td>
<td>3,8</td>
<td>27,6</td>
<td>44,8</td>
<td>21,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.7 Οι πληροφορίες παρέχονται σε εσάς αυτόματα μόλις παραληφθούν από το σύστημα πληροφοριών ή μόλις τελειώσει η επεξεργασία τους</td>
<td>1%</td>
<td>26,7%</td>
<td>50,5%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.8 Οι αναφορές δίνονται όπως προβλέπεται σε τακτική βάση</td>
<td>1%</td>
<td>26,7%</td>
<td>45,7%</td>
<td>18,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.9 Δεν υπάρχει καθυστέρηση ανάμεσα σε ένα οποιοδήποτε γεγονός που θα συμβεί και σε μια σχετική πληροφορία που θα σας δοθεί</td>
<td>0%</td>
<td>24,8%</td>
<td>42,9%</td>
<td>25,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.10 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα τμήματα στο νοσοκομείο που έργαζετε</td>
<td>1,9%</td>
<td>20%</td>
<td>41,9%</td>
<td>27,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.11 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους</td>
<td>1%</td>
<td>23,8%</td>
<td>41,9%</td>
<td>23,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.12 Σας παρέχονται πληροφορίες που έχουν υποστεί επεξεργασία για να δειχτεί η επίδραση των γεγονότων στις διαφορετικές λειτουργίες του νοσοκομείου</td>
<td>1%</td>
<td>24,8%</td>
<td>45,7%</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.13 Σας παρέχονται πληροφορίες για το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων των άλλων τμημάτων και του συνόλου του νοσοκομείου</td>
<td>1,9%</td>
<td>19%</td>
<td>42,9%</td>
<td>26,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.14 Σας παρέχονται πληροφορίες που σας επιτρέπουν να πραγματοποιήσετε μια ανάλυση τύπου «τι θα μπορούσε να συμβεί εάν»</td>
<td>0%</td>
<td>10,5%</td>
<td>44,8%</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.15 Σας παρέχονται πληροφορίες που μπορούν να μπούν σε μοντέλα αποφάσεων</td>
<td>1,9%</td>
<td>19%</td>
<td>40%</td>
<td>28,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.16 Τα κόστη διευρετούνται σε σταθερά και μεταβλητά στοιχεία</td>
<td>1%</td>
<td>19%</td>
<td>58,1%</td>
<td>15,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.17 Σας παρέχονται πληροφορίες για την επίδραση των αποφάσεων σας σε όλο το τμήμα σας και την επίδραση των αποφάσεων των άλλων σε όλη την περιοχή της υπεύθυνότητάς σας</td>
<td>0%</td>
<td>20%</td>
<td>45,7%</td>
<td>25,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.18 Σας παρέχονται πληροφορίες για συγκεκριμένους στόχους και που αφορούν στο συνολικό αυτών των δραστηριοτήτων στο τμήμα σας</td>
<td>1,9%</td>
<td>19%</td>
<td>49,5%</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5.19 Σας παρέχονται πληροφορίες που σχετίζονται με την επίδραση που θα έχουν οι αποφάσεις σας στην απόδοση του τμηματού σας</td>
<td>1,9%</td>
<td>16,2%</td>
<td>53,3%</td>
<td>21%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Πίνακας 20: Μέσος Όρος, Διάμεσος, Επικρατούσα Τιμή, Τυπική Απόκλιση

| Q5.2 Έχουν πρόσβαση σε καλύτερα ποσοτικά δεδομένα αναφορικά με πιθανότητες-στατιστικές για μελλοντικά συμβάντα (προετοιμασία) | Μέσος | Διάμεσος | Επικρατούσα Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
| Q5.1.1 Έχουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με μελλοντικά συμβάντα (προετοιμασία) | 3,91 | 3 | 3 | 0,867 |
| Q5.4 Έχουν πρόσβαση και σε πληροφορίες ευρέτερου φάσματος και έξοδο από τα στενά πλαίσια του δικού μου ιατρείου | 3,51 | 4 | 4 | 0,852 |
| Q5.5 Έχουν πρόσβαση και σε ηλεκτρονικές πληροφορίες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα, τους παραγωγικούς δείκτες και την αποσπασματική της εργασίας, κ.α. | 3,10 | 4 | 4 | 0,822 |
| Q5.6 Έχουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με επικίνδυνα και μεταβλητές στις ζήτησες | 3,08 | 3 | 3 | 0,781 |
| Q5.16 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα τμήματα στο νοσοκομείο που εργάζεστε | 3,08 | 3 | 3 | 0,721 |
| Q5.17 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση αποφάσεων στην αποτελεσματικότητα στην περιοχή της υπευθυνότητάς σας | 3,08 | 3 | 3 | 0,889 |
| Q5.18 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες διαστήματα στο νοσοκομείο | 2,91 | 3 | 3 | 0,850 |
| Q5.19 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες διαστήματα στο τμήμα σας | 2,91 | 3 | 3 | 0,879 |
| Q5.20 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους | 2,90 | 3 | 3 | 0,878 |
| Q5.8 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες διαστήματα στο τμήμα σας | 2,89 | 3 | 3 | 0,839 |
| Q5.17 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες διαστήματα στο τμήμα σας | 2,86 | 3 | 3 | 0,792 |
| Q5.15 Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες διαστήματα στο τμήμα σας | 2,78 | 3 | 3 | 0,919 |
Από τα αποτελέσματα του πίνακα 20 παρατηρούμε ότι ένα μεγαλό ποσοστό του δείγματος μας της τάξεως του 55,3% φαίνεται να συμφωνεί πως η πρόοδος της τεχνολογίας βοηθάει στο να υπάρχει καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με μελλοντικά συμβάντα σε επίπεδο προετοιμασίας. Ανάλογο είναι και το ποσοστό αυτών που θεωρούν ότι η πρόοδος σε ποσοτικά δεδομένα είναι εξίσου καλύτερη αναφορικά με πιθανότητες-στατιστικές για μελλοντικά συμβάντα καθώς το ποσοστό συμφωνίας ήταν 54,3%. Επιπλέον, η εύκολη πρόσβαση στο διαδίκτυο φαίνεται πως βρίσκει σύμφωνους τους ιατρούς στο ότι μπορούν και έχουν πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες όπως και σε πληροφορίες ευρύτερου φάσματος και έξω από τα στενά πλαίσια του ιατρείου τους σε ποσοστά 48,8% και 50,4% αντίστοιχα. Ωστόσο, η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας φαίνεται να βρίσκει αντιθέτους του ιατρούς σε ποσοστά 33,4% σχετικά με το γεγονός ότι μπορούν να έχουν πιο εύκολα πληροφορίες για το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων των άλλων τμημάτων και του συνόλου του νοσοκομείου που απασχολούνται. Όπως εξίσου κοντά είναι και ο βαθμός διαφωνίας 40,9%, με την ευκολία πρόσβασης σε δεδομένα για την πραγματοποίηση μιας ανάλυσης του τύπου «τι θα μπορούσε να συμβεί εάν» κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες.

Ιδιαίτερα μεγάλο ήταν και το ποσοστό των αναποφάσιστων (51,4%) αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης και σε μη οικονομικές πληροφορίες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα, τους παραγωγικούς δείκτες ή την αποουσία από την εργασία. Στο ίδιο μοτίβο της αναποφασιστικότητας κινήθηκαν και οι επόμενες τρεις προτάσεις καθώς τα ποσοστά ουδετερότητας ήταν εξίσου υψηλά. Αναλυτικότερα, το δείγμα δήλωσε αμφιταλαντευόμενο σε ποσοστό 50,5% σχετικά με την αμεσότητα παράδοσης των πληροφοριών αφού αυτές παραληφθούν από το σύστημα πληροφοριών ή μόλις τελειώσει η επεξεργασία τους καθώς και το ότι οι πληροφορίες που παρέχονται συγκεκριμένου στόχου και που αφορούν στο σύνολο αυτών των δραστηριοτήτων στο τμήμα που απασχολούνται οι συμμετέχοντες αφού το ποσοστό ήταν μόνο 20,9% ενώ η εύκολη παροχή πληροφοριών που σχετίζονται με την

<table>
<thead>
<tr>
<th>Q5.14</th>
<th>Σας παρέχονται πληροφορίες που σας επιτρέπουν να πραγματοποιήσετε μια ανάλυση τύπου «τι θα μπορούσε να συμβεί εάν»</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2,60</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>0,788</td>
</tr>
</tbody>
</table>
επίδραση που θα έχουν οι αποφάσεις στην απόδοση του τμήματός βρίσκει σύμφωνους μόνο 18,9% του συνολικού δείγματος.

7 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΖΟΥΝΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει προσπάθεια ιεράρχισης των προβλημάτων που απασχολούν περισσότερο τους ιατρούς με βάση τις τρέχουσες σύνθηκες. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος με t-test με τον οποίο ελέγξαμε τις παραμέτρους που θεωρούμε οτι μπορούν στην καθημερινότητά τους να ταλαιπωρήσουν τους γιατρούς. Ο λόγος ο οποίος επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος στατιστικός έλεγχος είναι γιατί θέλαμε να ελέγξουμε ως προς τη στατιστική σημαντικότητα κάθε μία από τις παρακάτω παραμέτρους ξεχωριστά. Ο συγκεκριμένος έλεγχος είναι εύκολος στην εφαρμογή και ιδιαίτερα αξιόπιστος. Έτσι ακολουθούμε ορίσαμε τις εξής στατιστικές υποθέσεις:

Η: Η παράμετρος θεωρείται στατιστικά σημαντικό για τους ιατρούς
Η1: Η παράμετρος θεωρείται στατιστικά σημαντικό για τους ιατρούς

Πίνακας 21: Q6. Ιεράρχιση Προβλημάτων

<table>
<thead>
<tr>
<th>Παράμετρος</th>
<th>t</th>
<th>df</th>
<th>Sig. (2-tailed)</th>
<th>Mean Difference</th>
<th>95% Confidence Interval of the Difference</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q6.1 οικονομικές περικοπές</td>
<td>13,902</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>2,9714</td>
<td>2,548 - 3,395</td>
</tr>
<tr>
<td>Q6.2 αβεβαιότητα</td>
<td>10,974</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>1,7714</td>
<td>1,451 - 2,092</td>
</tr>
<tr>
<td>Q6.3 ελλείψεις φαρμάκων</td>
<td>13,076</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>1,5714</td>
<td>1,333 - 1,810</td>
</tr>
<tr>
<td>Q6.4 έλλειψη προσανατολισμού στον ασθενή</td>
<td>8,104</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>.9714</td>
<td>.734 - 1,209</td>
</tr>
<tr>
<td>Q6.5 προσήλωση στους δημοσιοοικονομικούς στόχους</td>
<td>10,181</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>.9429</td>
<td>.759 - 1,127</td>
</tr>
<tr>
<td>Q6.6 προσωπικός αγώνας υπέρβασης των εμποδίων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή</td>
<td>12,113</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>1,8857</td>
<td>1,577 - 2,194</td>
</tr>
</tbody>
</table>

86
Από τον έλεγχο διαπιστώνεται ότι ως κύριο πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν οι
επαγγελματίες υγείας την τρέχουσα περίοδο είναι οι οικονομικές περικοπές που γίνονται τόσο
σε επίπεδο μισθών όσων και σε επίπεδο χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας,
και φυσικά ως άμεσο επακόλουθο η έλλειψη φαρμάκων. Ως τρίτο και πολύ βασικό πρόβλημα
αναδεικνύεται ο προσωπικός αγώνας που καταβάλλεται από τους συμμετέχοντες για την
υπέρβαση των εμποδίων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ενώ στις επόμενες
θέσεις έρχονται η γενικότερη αβεβαιότητα που επικρατεί. Αντίθετα, ως λιγότερα σημαντικά
προβλήματα που φαίνονται να απασχολούν το δείγμα μας αναδεικνύονται η προσήλωση
στους δημοσιονομικούς στόχους και η έλλειψη προσανατολισμού στον ασθενή.

8 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στη τελευταία ενότητα της έρευνας, μας εξέγοινυμε συμπεράσματα σχετικά με το εύρος των
συναισθημάτων που οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πιο σημαντικά στη ζωή τους. Τα
αποτελέσματα από την ανάλυση συχνοτήτων εμφανίζονται στη συνέχεια.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Πίνακας</th>
<th>Συμφωνούν</th>
<th>Ούτε συμφωνούν</th>
<th>Διαφωνούν</th>
<th>Πλήρως</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Διαφωνούν Απόλυτα</td>
<td>Συμφωνούν Ούτε</td>
<td>Διαφωνούν</td>
<td>Πλήρως</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.1 Ζεστασιά</td>
<td>20%</td>
<td>67,6%</td>
<td>11,4%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.2 Κοινονικότητα</td>
<td>25,7%</td>
<td>68,6%</td>
<td>5,7%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.3 Αυτοπεποίθηση</td>
<td>40%</td>
<td>52,4%</td>
<td>6,7%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.4 Δραστηριότητες</td>
<td>20%</td>
<td>63,8%</td>
<td>16,2%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.5 Αναζήτηση ενθουσιασμού</td>
<td>26,7%</td>
<td>62,9%</td>
<td>8,6%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.6 Θετικά συναισθήματα</td>
<td>43,9%</td>
<td>50,5%</td>
<td>4,8%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.7 Άγησιχία</td>
<td>12,4%</td>
<td>54,3%</td>
<td>21,9%</td>
<td>10,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.8 Θυμός-εχθρότητα</td>
<td>10,5%</td>
<td>31,4%</td>
<td>21%</td>
<td>24,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.9 Κατάθλιψη</td>
<td>14,3%</td>
<td>29,5%</td>
<td>21,9%</td>
<td>21,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.10 Αυτοσυνειδησία</td>
<td>26,7%</td>
<td>58,1%</td>
<td>12,4%</td>
<td>2,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.11 Παραμετρικότητα</td>
<td>6,7%</td>
<td>39%</td>
<td>42,9%</td>
<td>10,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.12 Ευαισθησία</td>
<td>18,1%</td>
<td>65,7%</td>
<td>14,3%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.13 Φαντασία</td>
<td>14,3%</td>
<td>59%</td>
<td>23,8%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.14 Καλαισθησία</td>
<td>21,9%</td>
<td>55,2%</td>
<td>20%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.15 Αισθήματα</td>
<td>32,4%</td>
<td>56,2%</td>
<td>7,6%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.16 Πράξεις</td>
<td>39%</td>
<td>49,5%</td>
<td>7,6%</td>
<td>2,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.17 Ιδέες</td>
<td>38,1%</td>
<td>53,3%</td>
<td>5,7%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.18 Άξιες</td>
<td>51,4%</td>
<td>42,9%</td>
<td>3,8%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.19 Εμπιστοσύνη</td>
<td>49,5%</td>
<td>42,9%</td>
<td>7,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.20 Ευθύτητα</td>
<td>42,9%</td>
<td>48,6%</td>
<td>8,6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Πίνακας 7.21 Αλτρονόμος</td>
<td>31,4%</td>
<td>50,5%</td>
<td>16,2%</td>
<td>1,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε πως το σύνολο σχεδόν των μεταβλητών που συμπεριλήφθηκαν φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ιατρών και μάλιστα με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά. Εκείνα για τα οποία ωστόσο φαίνεται να έχουν δευτερόλεπτο ρόλο καθώς παρουσιάζουν αρκετά υψηλά ποσοστά διαφωνίας ήταν ο θυμός με ποσοστό 37,2% και η κατάθλιψη με ένα ποσοστό 34,3%. Θέλοντας να διευκρινίσουμε ακόμη περισσότερο τα συναισθήματα και να αναδείξουμε εκείνα τα οποία είναι πιο σημαντικά, πραγματοποίησαμε και πάλι τον έλεγχο με t-test.

### Πίνακας 23: Ιεράρχηση Συναισθημάτων

<table>
<thead>
<tr>
<th>Παράμετρος</th>
<th>N</th>
<th>Mean</th>
<th>Std. Deviation</th>
<th>Std. Error</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q7.28 Επίτευξη στόχων</td>
<td>105</td>
<td>4,514</td>
<td>2,9907</td>
<td>0,2919</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.18 Αξίες</td>
<td>105</td>
<td>4,429</td>
<td>0,7052</td>
<td>0,0688</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.19 Εμπιστοσύνη</td>
<td>105</td>
<td>4,419</td>
<td>0,6322</td>
<td>0,0617</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.6 Θετικά συναισθήματα</td>
<td>105</td>
<td>4,394</td>
<td>0,5788</td>
<td>0,0565</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.27 Αίσθηση του καθήκοντος</td>
<td>105</td>
<td>4,394</td>
<td>0,6566</td>
<td>0,0641</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.25 Ικανότητα</td>
<td>105</td>
<td>4,343</td>
<td>0,6910</td>
<td>0,0674</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.20 Ευθύτητα</td>
<td>105</td>
<td>4,343</td>
<td>0,6329</td>
<td>0,0618</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.3 Αυτοπεποίθηση</td>
<td>105</td>
<td>4,337</td>
<td>0,5982</td>
<td>0,0584</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.29 Αυτοπεπαιδευτική</td>
<td>105</td>
<td>4,333</td>
<td>0,6602</td>
<td>0,0644</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.16 Πράξεις</td>
<td>105</td>
<td>4,260</td>
<td>.7205</td>
<td>.0703</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.17 Ιδέες</td>
<td>105</td>
<td>4,257</td>
<td>.7342</td>
<td>.0716</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.2 Κοινωνικότητα</td>
<td>105</td>
<td>4,200</td>
<td>.5262</td>
<td>.0514</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.30 Αξιολόγηση</td>
<td>105</td>
<td>4,190</td>
<td>.8215</td>
<td>.0802</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.15 Αισθήματα</td>
<td>105</td>
<td>4,171</td>
<td>.7267</td>
<td>.0709</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.5 Αναζήτηση ενθουσιασμού</td>
<td>105</td>
<td>4,143</td>
<td>.6419</td>
<td>.0626</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.21 Αλτρουϊσμός</td>
<td>105</td>
<td>4,114</td>
<td>.6419</td>
<td>.0626</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.26 Τάξη</td>
<td>105</td>
<td>4,086</td>
<td>.6950</td>
<td>.0678</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.10 Αυτοσυνειδησία</td>
<td>105</td>
<td>4,086</td>
<td>.7087</td>
<td>.0692</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.1 Ζεστασία</td>
<td>105</td>
<td>4,086</td>
<td>.5566</td>
<td>.0543</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.4 Δραστηριότητες</td>
<td>105</td>
<td>4,038</td>
<td>.6033</td>
<td>.0589</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.22 Συμμόρφωση</td>
<td>105</td>
<td>4,038</td>
<td>.6640</td>
<td>.0648</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.23 Μετριοφροσύνη</td>
<td>105</td>
<td>4,019</td>
<td>.6931</td>
<td>.0676</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.12 Ευαισθησία</td>
<td>105</td>
<td>4,019</td>
<td>.6042</td>
<td>.0590</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.11 Παρορμητικότητα</td>
<td>105</td>
<td>3,400</td>
<td>.8038</td>
<td>.0784</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.14 Καλαισθησία</td>
<td>105</td>
<td>3,952</td>
<td>.7644</td>
<td>.0746</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.13 Φαντασία</td>
<td>105</td>
<td>3,838</td>
<td>.7222</td>
<td>.0705</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.24 Μετριοπάθεια</td>
<td>105</td>
<td>3,771</td>
<td>.8117</td>
<td>.0792</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.7 Ανησυχία</td>
<td>105</td>
<td>3,667</td>
<td>.8623</td>
<td>.0842</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.9 Κατάθλιψη</td>
<td>105</td>
<td>3,114</td>
<td>1,2582</td>
<td>.1228</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.8 Θυμός-εχθρότητα</td>
<td>105</td>
<td>3,029</td>
<td>1,2205</td>
<td>.1191</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**One-Sample Test**

<p>| Test Value = 0 | 95% Confidence |
| Mean Difference | Interval of the Difference |
| t | df | Sig. (2-tailed) | e | Lower | Upper |
| Q7.1 Ζεστασία | 75,231 | 104 | .000 | 4,0865 | 3,979 | 4,194 |
| Q7.2 Κοινωνικότητα | 81,783 | 104 | .000 | 4,2000 | 4,098 | 4,302 |
| Q7.3 Αυτοπεποίθηση | 74,278 | 104 | .000 | 4,3365 | 4,221 | 4,452 |
| Q7.4 Δραστηριότητες | 68,591 | 104 | .000 | 4,0381 | 3,921 | 4,155 |
| Q7.5 Αναζήτηση ενθουσιασμού | 66,130 | 104 | .000 | 4,1429 | 4,019 | 4,267 |
| Q7.6 | 77,799 | 104 | .000 | 4,3942 | 4,282 | 4,506 |
| Q7.7 Ανησυχία | 43,571 | 104 | .000 | 3,6667 | 3,500 | 3,834 |
| Q7.8 Θυμός-εχθρότητα | 25,427 | 104 | .000 | 3,0286 | 2,792 | 3,265 |
| Q7.9 Κατάθλιψη | 25,364 | 104 | .000 | 3,1143 | 2,871 | 3,358 |
| Q7.10 Αυτοσυνειδησία | 59,078 | 104 | .000 | 4,0857 | 3,949 | 4,223 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Q7.11 Παρορμητικότητα</th>
<th>43,342</th>
<th>104</th>
<th>.000</th>
<th>3,4000</th>
<th>3,244</th>
<th>3,556</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q7.12 Ευαισθησία</td>
<td>68,168</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,0192</td>
<td>3,902</td>
<td>4,136</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.13 Φαντασία</td>
<td>54,455</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>3,8381</td>
<td>3,698</td>
<td>3,978</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.14 Καλλιάσθησια</td>
<td>52,985</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>3,9524</td>
<td>3,804</td>
<td>4,100</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.15 Λισθήματα</td>
<td>58,824</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,1714</td>
<td>4,031</td>
<td>4,312</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.16 Πράξεις</td>
<td>60,579</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,2596</td>
<td>4,120</td>
<td>4,399</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.17 Ιδέες</td>
<td>59,417</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,2571</td>
<td>4,115</td>
<td>4,399</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.18 Αξίες</td>
<td>64,353</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,4286</td>
<td>4,292</td>
<td>4,565</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.19 Εμπιστοσύνη</td>
<td>71,630</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,4190</td>
<td>4,297</td>
<td>4,541</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.20 Ευθύτητα</td>
<td>70,314</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,3429</td>
<td>4,220</td>
<td>4,465</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.21 Αλτρονισμός</td>
<td>57,133</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,1143</td>
<td>3,971</td>
<td>4,257</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.22 Συμμόρφωση</td>
<td>62,320</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,0381</td>
<td>3,910</td>
<td>4,167</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.23 Μετριοφροσύνη</td>
<td>59,418</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,0190</td>
<td>3,885</td>
<td>4,153</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.24 Μετριοπάθεια</td>
<td>47,613</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>3,7714</td>
<td>3,614</td>
<td>3,929</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.25 Ικανότητα</td>
<td>64,402</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,3429</td>
<td>4,209</td>
<td>4,477</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.26 Τάξη</td>
<td>60,243</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,0857</td>
<td>3,951</td>
<td>4,220</td>
</tr>
<tr>
<td>Q7.27 Αίσθηση καθήκοντος</td>
<td>68,577</td>
<td>104</td>
<td>.000</td>
<td>4,3942</td>
<td>4,267</td>
<td>4,521</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Q7.28 Επίτευξη στόχων | 15,467 | 104 | .000 | 4,5143 | 3,936 | 5,093 |
| Q7.29 Αυτοπειθαρχεία | 67,255 | 104 | .000 | 4,3333 | 4,206 | 4,461 |
| Q7.30 Αξιολόγηση     | 52,268 | 104 | .000 | 4,1905 | 4,031 | 4,349 |

Από πίνακα 24 διαπιστώνεται ότι οι τρεις πρώτες μεταβλητές που φαίνονται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ιατρών με σειρά προτεραιότητας να είναι η επίτευξη στόχων, οι αξίες και η εμπιστοσύνη. Αντίθετα, στις τελευταίες θέσεις όπως διαπιστώθηκε και από την ανάλυση συχνοτήτων έρχεται η κατάθλιψη και ο θυμός.

Στην συνέχεια προχωρήσαμε σε διερευνητική ανάλυση παραγόντων με χρήση principalcomponentanalysis, varimaxrotation από την οποία προέκυψαν 7 παράγοντες, τα αποτελέσματα των οποίων εμφανίζονται στη συνέχεια. Παράλληλα, εξετάσαμε και την αξιοπιστία των ερωτήσεων σύμφωνα με το δείκτη CronbachAlpha, για τον οποίο η τιμή του διαπιστώθηκε ότι μπορούν να θεωρηθούν αποδεκτές.
Πίνακας 24: Αποτελέσματα Principal Component Analysis

<p>| Q5.8 | Οι αναφορές δίνονται όπως προβλέπεται σε τακτική βάση | 0.839 | 17.898 | 0.893 |
| Q5.11 | Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επίδραση διάφορων γεγονότων σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους | 0.780 |
| Q5.7 | Οι πληροφορίες παρέχονται σε εσάς αυτόματα μόλις παραληφθούν από το σύστημα πληροφοριών ή μόλις τελειώσει η επεξεργασία τους | 0.755 |
| Q5.9 | Δεν υπάρχει καθυστέρηση ανάμεσα σε ένα οποιοδήποτε γεγονός που θα συμβεί και σε μια σχετική πληροφορία που θα σας δοθεί | 0.734 |
| Q5.10 | Σας παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα τμήματα στο νοσοκομείο που εργάζεστε | 0.678 |
| Q5.13 | Σας παρέχονται πληροφορίες για το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων των άλλων τμημάτων και του συνόλου του νοσοκομείου | 0.627 |
| Q5.6 | Οι αναφορές δίνονται όπως προβλέπεται σε τακτική βάση | 0.616 |
| Q5.14 | Σας παρέχονται πληροφορίες που σας επιτρέπουν να πραγματοποιήσετε μια ανάλυση τύπου ‘‘τι θα μπορούσε να συμβεί εάν’’ | 0.587 |
| Q5.12 | Σας παρέχονται πληροφορίες που έχουν υποστεί επεξεργασία για να δειχτεί η επίδραση των γεγονότων | 0.520 |
| Q5.1 | Έχει καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με μελλοντικά συμβάντα (προετοιμασία) | 0.462 |
| Q5.8 | Οι αναφορές δίνονται όπως προβλέπεται σε τακτική βάση | 0.839 |
| Q4.7 | Η επιλογή μιας θεραπείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών αρχών | 0.734 | 12,182 | 30,081 | 0.867 |
| Q4.2 | Το νέο νομικό καθεστώς έχει επηρεάσει τη συνταγογραφική μου στάση απέναντι στα φάρμακα | 0.676 |
| Q4.4 | Οι προσπάθειες σωστής εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων επιδοθείται από τις απαιτήσεις του ΕΟΠΥΥ | 0.673 |
| Q2.1 | Έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών | 0.659 |
| Q2.5 | Οδήγησε όσο σε επιλογή των φαρμάκων να γίνεται βάσει των | 0.549 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενούς</th>
<th>459</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Q 5.18 Σας παρέχονται πληροφορίες για συγκεκριμένους στόχους και που αφορούν στο σύνολο αυτών των δραστηριοτήτων στο τμήμα σας | 6,082 | 43,253 | 0.878 |
| Q5.17 Σας παρέχονται πληροφορίες για την επίδραση των αποφάσεων σας σε όλο το τμήμα σας και την επίδραση των αποφάσεων των άλλων | 853 |
| Q5.19 Σας παρέχονται πληροφορίες που σχετίζονται με την επίδραση που θα έχουν οι αποφάσεις σας στην απόδοση του τμηματός σας | 820 |
| Q5.5 Έχω πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα, τους παραγωγικούς δείκτες | 5,472 | 48,725 | 0.838 |
| Q5.4 Έχω πρόσβαση και σε πληροφορίες ευρύτερου φάσματος και έξω από τα στενά πλαίσια του δικού μου ιατρείου | 762 |
| Q5.3 Έχω πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες | 727 |
| Q3.2 Ανησυχώ για τη συνέχιση της καριέρας μου | 4,736 | 53,461 | 0.642 |
| Q3.3 Αγχώνομαι στην ιδέα της αύξησης των ποσοστών ανεργίας | 671 |
| Q3.1 Φοβάμαι ότι η επιδόση των εργασιών μου | 657 |
| Q2.2 Έχω πρόσβαση και σε πληροφορίες των υπηρεσιών που προσφέρατε | 731 |
| Q3.7 Είμαι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που προσφέρατε στους ασθενείς μου σε προσωπικό επίπεδο | -644 |
| Q2.3 Έχω πρόσβαση και σε πληροφορίες ευρύτερου φάσματος και έξω από τα στενά πλαίσια του δικού μου ιατρείου | 597 |
| Q4.11 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα εργασιακού φορτίου για καθαρά γραφειοκρατικές διαδικασίες | 746 | 57,724 | 0.660 |
| Q4.10 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υψηλά επίπεδα άγχους κατά την επίδοση των καθηκόντων τους λόγω των διαρκών περικοπών και νέων ρυθμίσεων | 719 |
| Q3.6 Νιώθω ότι η συνεισφορά μου δεν ανταμείβεται | 496 |

Οι επιμέρους ερωτήσεις στην συνέχεια αθροίστηκαν και προέκυψαν οι παράγοντες:

- **Ανατροφοδότηση** που αποτελείται από τις ερωτήσεις 5.8, 5.11, 5.7, 5.9, 5.10, 5.13, 5.6, 5.14, 5.12, 5.1
- **Περικοπή δαπανών** 1.7, 1.5, 1.6, 1.8, 1.4

93
Από τον πίνακα των συσχετισμών προέκυψε ότι η ανατροφοδότηση συσχετίζεται αρνητικά με την επιλογή θεραπειών ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση με τη συγκεκριμένη πληροφόρηση και τη γενικότερη πληροφόρηση. Παράλληλα, ο παράγοντας περικοπή δαπανών συσχετίζεται θετικά με την επιλογή θεραπειών, επισφάλεια εργασίας, και εργασιακό στρες. Αντίθετα, η επιλογή θεραπειών συσχετίζεται θετικά μόνο με την επισφάλεια εργασίας και το εργασιακό στρες ενώ τέλος, μεταξύ επισφάλειας εργασίας και εργασιακού στρες παρατηρείται επίσης θετική συσχέτιση.

Από τις απαντήσεις των γιατρών σχετικά με την ιεράρχηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους προέκυψαν 5 παράγοντες όπως ήταν αναμενόμενο. Ο πρώτος παράγοντας εξωστρέφεια αποτελείται από τους επιμέρους ζεστασιά, κοινωνικότητα, αυτοεποπόθηση, δραστηριότητες, αναζήτηση ενθουσιασμού και θετικά συναισθήματα και έχει Cronbach’s Alpha 0,759. Ο δεύτερος παράγοντας, νευροτισμός, αποτελείται από την ανησυχία, θυμός-εχθρότητα, κατάθλιψη, αυτοσυνειδησία, παρορμητικότητα, και την ευαισθησία και έχει Cronbach’s Alpha 0,718. Ο τρίτος παράγοντας, που ονομάζεται δεκτικότητα στην εμπειρία, αποτελείται από την ανησυχία, καλαισθησία, αισθήματα, πράξεις, ιδέες, αξίες, με Cronbach’s Alpha 0,752. Ο τέταρτος παράγοντας, που ονομάζεται δεκτικότητα στην εμπειρία, αποτελείται από την εμπιστοσύνη, την ευθύτητα, τον αλτροουσμό, την καλαισθησία, την αυτοευαισθησία, και την ευαισθησία, και με Cronbach’s Alpha 0,752. Τέλος η ευσυνεισδίκησια,
Cronbach’s Alpha 0,809, αποτελείται από την τάξη, την αίσθηση του καθήκοντος, την αυτοπειθαρχεία και την αξιολόγηση.

Στην συνέχεια προχωρήσαμε ανάλυση γραμμικής παλινδρομής και κατανέμασαν παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της. Υποκείται το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό και επίσης είναι στατιστικά σημαντικό (VarianceInflationFactor) (VIF) που μετρήθηκε σε κάθε παλινδρόμηση ήταν αρκετά χαμηλός, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι οι συντελεστές δεν εμφανίζουν πολυσυγγραμμικότητα και αστάθεια.

Παρατηρούμε στον πίνακα που ακολουθεί ότι η επιλογή θεραπειών, η ανατροφοδότηση και η γενικότερη πληροφόρηση που λαμβάνουν οι γιατροί οδηγούν σε αυξημένο εργασιακό στρες, ενώ η επισφάλεια εργασίας βασίζεται κυρίως στην περικοπή δαπανών και στον περιορισμό των θεραπειών που έχει επιβληθεί τα τελευταία χρόνια.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Η σχέση μεταξύ ανεξάρτητων και εξηρτημένων μεταβλητών</th>
<th>Regression Coefficients</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</strong></td>
<td><strong>ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ανατροφοδότηση</td>
<td>Εργασιακό στρες</td>
</tr>
<tr>
<td>Περικοπή δαπανών</td>
<td>.208*</td>
</tr>
<tr>
<td>Επιλογή θεραπειών</td>
<td>.139</td>
</tr>
<tr>
<td>Συγκεκριμένη πληροφόρηση</td>
<td>.340****</td>
</tr>
<tr>
<td>Γενικότερη πληροφόρηση</td>
<td>-.009</td>
</tr>
<tr>
<td>Overall R² =</td>
<td>0,244</td>
</tr>
<tr>
<td>df =</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>F =</td>
<td>6,393</td>
</tr>
<tr>
<td>Sig. =</td>
<td>0,000</td>
</tr>
<tr>
<td>VIF για όλους τους συντελεστές</td>
<td>&lt;1,616</td>
</tr>
<tr>
<td>* p &lt; 0.1</td>
<td>** p &lt; 0.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>
V ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σεκινώντας, με τις αλλάγες που έχουν επέλθει λόγω των τρέχουσων οικονομικών συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα από το 2007, ο χώρος της υγείας όπως ήταν αναμενόμενο, διαπιστώθηκε ότι ήταν αδύνατον να παραμείνει ανεπηρεάστος δεδομένων των συνθηκών. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών συμφώνησε ότι ο χώρος της υγείας έχει πληγεί σε μεγαλό βαθμό με αποτέλεσμα, η εκτέλεση της ιατρικής πράξης σε καθημερινή βάση να δισχερεύει όλο και περισσότερο. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο σε παράγοντες όπως η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη αναλώσιμων υλικών αλλά και η αλλαγή στην επάρκεια και την ποιότητα του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται. Παράλληλα, η οικονομική κρίση φαίνεται πως επέφερε αλλαγές και στον τρόπο αντιμετώπισης της θεραπείας ενός ασθενούς καθώς δεν είναι λιγές οι περιπτώσεις όπου η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής να γίνεται με βάσει τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενή ή την οικονομική κατάσταση της Μονάδος υγείας. Άμεση συνέπεια των γεγονότων αυτών είναι η αίσθηση των ιατρών περί υποβάθμισης της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών που προσφέρονται καθώς και της μη αποτελεσματικότητας στη φροντίδα των ασθενών.

Επιπλέον, όλα όσα προαναφέρθηκαν έχουν σημαντική επίπτωση και στην καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας καθώς είναι υψηλό το αίσθημα της εργασιακής ανασφάλειας. Ιδιαίτερα αυτό που διαπιστώθηκε από την έρευνά μας να τους προβληματίζει περισσότερο είναι η έλλειψη βοήθειας που προσφέρεται από την πολιτεία για την εκτέλεση του έργου των ιατρικών καθηκόντων. Επίσης, ιδιαίτερα υψηλά ήταν και τα ποσοστά ως προς την διαρκή αμφισβήτηση που μπορεί να δέχονται οι ερωτώμενοι και που αυτή κατά συνέπεια μπορεί να οδηγήσει σε εργασιακή ανασφάλεια ενώ φαίνεται να συμβάλλει θετικά και η δημιουργία άγχους στην ιδέα της αύξησης των ποσοστών ανεργίας.

Αναφορικά με τα νέα δεδομένα που επιβάλλονται από τις ρυθμιστικές αρχές και αυτά όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα μας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων. Τα νέα νομικά καθεστώτα όπως οι λίστες φαρμάκων ή ηλεκτρονική συνταγογράφηση φάνηκε ότι επηρεάζουν και αυτά με τη σειρά τους τη συνταγογραφική στάση των ιατρών απέναντι στα φάρμακα με αποτέλεσμα η συνέχιση μιας θεραπείας σύμφωνα με τα λεγόμενα των ιατρών να χρειάζεται να αλλάξει εξαιτίας του πλαφόν συνταγογράφησης.

Έτσι λοιπόν, διαπιστώνεται ότι ως κύριο πρόβλημα το οποίο αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες υγείας την τρέχουσα περίοδο είναι οι οικονομικές περικοπές που γίνονται τόσο σε επίπεδο μισθών όσο και σε επίπεδο χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ως δεύτερο και κύριο πρόβλημα αναδεικνύεται ο προσωπικός αγώνας που καταβάλλεται από
τους συμμετέχοντες για την υπέρβαση των εμποδίων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ενώ στις επόμενες θέσεις έρχονται η γενικότερη αβεβαιότητα που επικρατεί όπως επίσης και η έλλειψη φαρμάκων.

Στην ενότητα που αφορούσε την πρόοδο της τεχνολογίας και το πως αυτή έχει ενταχθεί στα πλαίσια της καθημερινής πρακτικής, το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών δήλωσε τη χρησιμότητα της καθώς η εύκολη πρόσβαση στο διαδίκτυο τους βοηθά να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες και ποσοτικά δεδομένα που τους είναι απαραίτητα για να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι σε μελλοντικά συμβάντα. Επιπλέον, ένα ακόμα πλεονέκτημα όπως παραδέχονται οι επαγγελματίες υγείας είναι ότι μπορούν και έχουν πρόσβαση και σε μη οικονομικές πληροφορίες όπως και σε πληροφορίες ευρύτερου φάσματος και από τα συνολικά πλαίσια του ιατρείου τους. Το ίδιο προκύπτει και με την ευκολία πρόσβασης σε δεδομένα για την πραγματοποίηση μιας ανάλυσης του τύπου «τι θα μπορούσε να συμβεί εάν» κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες.

Παρατηρούμε ότι κύριο λόγο στην διάμορφωση της στάσης των γιατρών απέναντι στο εργασιακό περιβάλλον καθώς και την εργασιακή επισφαλέις περιπτώσεις και η ανατομία της προβλέψεως επιλογής θεραπειών, η ανατομία της προβλέψεως καθώς και η περικοπή δαπανών παίζουν.

**ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Όπως σε κάθε ερευνητική διαδικασία, έτσι και εδώ υφίσταται ένα ποσοστό συμμετεχόντων που είναι επιφυλακτικό στο να συμπληρώσει ολόκληρο το ερωτηματολόγιο ή κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις. Η άρνηση αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη χρόνου από την πλευρά του ερωτώμενου είτε μπορεί να σχετίζεται με το περιεχόμενο ολόκληρου του ερωτηματολογίου, ή, επιμέρους ερωτήσεων. Όταν η άρνηση αυτή οφείλεται στο χαρακτήρα του θέματος των ερωτήματος τότε επηρεάζεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων λόγω της ποιότητας των δεδομένων που θα συλλεκθούν. Γι αυτόν ακριβώς τον λόγο και η συγκεκριμένη μελέτη διεξάγεται την έρευνα της έχοντας δυνατότητα επιλογής απαντήσεων, καθώς λαμβάνει υπόψη της ότι ένα ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα μπορεί να μην συμπληρώσει καθόλου, ή δεν δίνει ειλικρινές απαντήσεις σε ορισμένες ερωτήσεις τις οποίες να θέλει να τις αποφύγει. Παράλληλα, ένας ακόμη περιορισμός έγκειται στο ότι χρησιμοποιήσαμε ένα περιορισμένο δείγμα ιατρών καθώς και οικονομικές επικοινωνίες με ολόκληρο τον πληθυσμό και τον μικρό απαιτούμενο χρόνο. Συνεπώς, δεν μπορούμε να είμαστε εξολοκλήρως σίγουροι ότι το δείγμα μας είναι 100 τοις εκατό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού μας.
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Μια πρόταση για μελλοντική επέκταση της παρούσας έρευνας θα ήταν η πραγματοποίηση της σε μεγαλύτερο δείγμα, να συμπεριλάβει και άλλες ομάδες γιατρών, περισσότερες ειδικότητες, και ψηφικά μεγαλύτερη γεωγραφική κάλυψη.

Παράλληλα, θα μπορούσαν να διερευνηθούν διεξοδικότερα συγκεκριμένα προβλήματα που καλείται ο γιατρός να επιλύσει στην καθημερινότητά του ώστε να μπορέσουν να αναδειχθούν.

Επιπλέον θα μπορούσε να γίνει και μια αντίστοιχη μελέτη και σε συναφείς κλάδους (νοσηλευτικό προσωπικό, φαρμακοποιοίς) προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει μια κοινή αντίληψη πάνω στις συνθήκες που διαμορφώνονται.

Τέλος θα μπορούσε να γίνει μια πολύ διεξοδική μελέτη αναφορικά με την μεταβλητότητα που περιβάλλοντος που δεν ήταν δυνατό να περιληφθεί στα πλαίσια αυτής της έρευνας.
VI ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Simai, M., 2010. Το φοντό, τα χαρακτηριστικά και οι συνεπειες της τρεχουσας παγκοσμιας κρισης και η μεταβαση στον κοσμο μετα την κριση.

skai.gr [WWW Document], n.d.


Αντωνοπούλου, Λ., 2008. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή Και Ανάπτυξη 3.
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012e. ΦΕΚ 2883/ΤΕΥΧΟΣ Β/2012.
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012f. ΦΕΚ 1003/ΤΕΥΧΟΣ Β/2012.
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011e. ΦΕΚ 58/ΤΕΥΧΟΣ Β/2011.
INE-GSEE, 2008. Η ελληνική οικονομία και απασχόληση.
Παρασκευόπουλος Ι. Ν. (1993α), Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις. Πανεπιστήμιο Αθηνών
Κουφάρης, Γ., 2010. Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. Περιοδικό Χρήμα.
Σιώμκος Γ. (2003), Έρευνα Αγοράς, Εκδόσεις Σταμούλη, 2008, Αθήνα
Σταθακόπουλος Β. (2008), Μέθοδοι έρευνας αγοράς, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα