

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών**

**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Διακυβέρνηση και Δημόσιες Πολιτικές»**

**Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ  
ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΨΥΧΙΚΑ  
ΝΟΣΗΜΑΤΑ:  
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

**ΚΟΛΟΚΟΥΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Κ ΦΑΚΙΟΛΑΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ**

Κόρινθος, Νοέμβριος 2020

**University of Peloponnese**

**Faculty of Social and Political Sciences**

**Department of Political Studies and International  
Relations**

**Master Program in**

**«Governance and Public Policies »**

**THE POLICY OF THE MINISTRY OF HEALTH FOR  
GENERIC MEDICINES AND MENTAL DISEASES :  
THE CASE OF LOUTRAKI HEALTH CENTER DURING  
THE PERIOD OF CRISIS**

**COLOCOURI VASSILIKI**

Corinth , November 2020

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

1. Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι η διπλωματική μου εργασία που σας καταθέτω αποτελεί προϊόν δικής μου πνευματικής προσπάθειας δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων μερών και ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής συγγραφής , τηρώντας πιστά την ακαδημαϊκή δεοντολογία
2. Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστικά ευθύνη της συγγραφέα και ο επιβλέπων, οι εξεταστές το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου δεν υιοθετούν κατ'ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη και παραλήψεις

## Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών : «**Διακυβέρνηση και Δημόσιες πολιτικές** » του τμήματος Πολιτικών Επιστημών και Διεθνών Σχέσεων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Για τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν ώστε να ολοκληρώσω την προσπάθεια μου

Πρώτα από όλους οφείλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ Ευστάθιο Φακιολά για την άψογη συνεργασία, την πολύτιμη βοήθεια, τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη και τις ουσιώδεις συμβουλές που μου παρείχε, χωρίς τις οποίες δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω τη εργασία μου. Με τις γνώσεις και την εμπειρία του προσπάθησε να διορθώσει τα λάθη μου και να με καθοδηγήσει όταν απέκλινα από τον στόχο μου

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συνάδελφο μου Δημητρίου Αθηνά που μου παραχώρησε το πρόγραμμα SSPP για να μπορέσω να επεξεργαστώ τα στατιστικά μου δεδομένα, καθώς και τις νοσηλεύτριες Μπέκου Κωνσταντίνα, Γίτσα Πηνελόπη, Σαμιώτη Έλενα και την ιατρό Παπαδημητρίου Παγώνα που με βοήθησαν στη διανομή των ερωτηματολογίων και στην καταγραφή των δεδομένων



# **Η πολιτική του υπουργείου υγείας για τα γενόσημα φάρμακα και τα ψυχικά νοσήματα : Η περίπτωση του κέντρου υγείας Λουτρακίου την περίοδο της κρίσης**

**Σημαντικοί όροι :** Οικονομική κρίση , γενόσημα φάρμακα , ψυχική υγεία, πολιτική ψυχικής υγείας , πολιτική γενοσήμων

## **Περίληψη**

Η παγκόσμια οικονομική κρίση ,που ξεκίνησε από ην Αμερική και επεκτάθηκε στην Ευρώπη έδωσε το έναυσμα να έρθουν στο φως όλες οι αδυναμίες της ελληνικής οικονομίας. Έτσι στο στόχαστρο βρεθήκαν πρώτα οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες , με μια αύξηση της ανεργίας , της φτώχειας, των ψυχικών διαταραχών και εργασιακής ανασφάλειας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει τις ενέργειες που ακολουθεί η Ευρώπη , αλλά και η Ελλάδα για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών μέσω των γενοσήμων φαρμάκων , αλλά και για τον περιορισμό των ψυχικών ασθενειών

Η έρευνα στηρίχτηκε σε μελέτες , ανακοινώσεις από διεθνείς οργανισμούς, στατιστικά στοιχεία μελετών Πανεπιστημίων, αλλά και σε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου που τέθηκε σε ασθενείς που προσήλθαν στο κέντρο υγείας Λουτρακίου

Τα αποτελέσματα από την έρευνα δείχνουν τη μεγάλη επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, αλλά και καταγράφουν την αρνητική προδιάθεση που έχουν οι Έλληνες στη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων . Όμως σκοπός της Ελληνικής πολιτείας είναι να εφαρμόσει μια πολιτική υγείας που θα δημιουργεί αίσθημα εμπιστοσύνης ,ικανοποίησης και ασφάλειας .

# **The policy of the Ministry of Health for generics medicines and mental diseases : The case of Loutraki Health Center during the period of crisis**

**Keywords:** financial crisis, generic drugs, mental health, mental health policy, generic policy

## **Abstract**

The global economic crisis, which started in America and spread to Europe, gave rise to all the weaknesses of the Greek economy. Thus, the vulnerable social groups were first targeted, with an increase in unemployment, poverty, mental disorders and job insecurity

The purpose of this paper is to describe the actions taken by Europe and Greece to reduce pharmaceutical costs through generic drugs, but also to reduce mental illness.

The research was based on studies, announcements from international organizations, statistics of University studies, but also on a questionnaire that was placed on patients who came to the health center of Loutraki.

The results of the research show the great impact of the economic crisis on the mental health of the Greek population, but also record the negative predisposition that Greeks have in the use of generic drugs. However, the purpose of the Greek state is to implement a health policy that will create a feeling of trust, satisfaction and security.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** ..... 1

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Οικονομική κρίση και υγεία στην Ελλάδα**

1.1 Εισαγωγή..... 9

1.2 Κατάσταση δημοσιονομικού συστήματος ..... ..9

1.3 Χρηματοδότηση υγειονομικού συστήματος .....18

1.4 Φαρμακευτική δαπάνη .....23

1.5 Συμμετοχή Ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη .....27

1.7. Ανακεφαλαίωση..... 29

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Πολιτική υγείας για τα γενόσημα και τα ψυχικά νοσήματα στην Ευρώπη**

2.1 Εισαγωγή ..... 31

2.2 Κατάσταση υγειονομικών συστημάτων σε διάφορες Ευρωπαϊκές

χώρες..... 32



3.6 Πολιτική υγείας για τα γενόσημα στην Ελλάδα .....	68
3.6.1 Τιμολόγηση και νομικό πλαίσιο γενοσήμων.....	71
3.7 Η συμβολή των γενοσήμων στην ανάπτυξη και απασχόληση .....	76
3.8 Ανάπτυξη της πολιτικής υγείας για τα ψυχικά νοσήματα.....	83
3.8.1 Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού.....	84
3.8.2 Συλλογή των στοιχείων .....	84
3.8.3 Διαβούλευση-διαπραγμάτευση.....	84
3.8.4 Ανταλλαγή πληροφοριών με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.....	85
3.8.5 Ορισμός των στόχων της πολιτικής ψυχικής υγείας .....	85
3.8.6 Πεδία δράσης της πολιτικής για την ψυχική υγεία... ..	85
3.8.6.1 Χρηματοδότηση.....	85
3.8.6.2 Νομοθεσία και ανθρώπινα δικαιώματα .....	87
3.8.6.3 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας .....	88
3.8.6.4 Εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας .....	88
3.8.6.5 Προαγωγή , πρόληψη , θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών νοσημάτων.....	89
3.8.6.6 Επάρκεια με βασικά φάρμακα .....	90
3.8.6.7 Συνηγορία.....	90

3.8.6.8 Βελτίωση πληροφοριακών συστημάτων .....	91
3.8.6.9 Έρευνα και αξιολόγηση υπηρεσιών και πολιτικών .....	92
3.8.6.10 Διατομειακή συνεργασία .....	92
3.8.6.11 Πιλοτικά προγράμματα .....	93
3.9 Εφαρμογή της πολιτικής για την ψυχική υγεία .....	93
3.9.1 Διασπορά της πολιτικής.....	93
3.9.2 Υποστηρικτικές οργανώσεις .....	94
3.9.3 Οργάνωση μιας περιοχής με σκοπό την εφαρμογή μιας πολιτικής .....	95
3.9.4 Ενδυνάμωση σε όσους παρέχουν φροντίδα για την ψυχική υγεία .....	95
3.9.5 Διατομειακός συντονισμός.....	98
3.10 Δυσκολίες στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας .....	98
3.11 Ανακεφαλαίωση .....	99

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Το Κέντρο Υγείας Λουτρακίου**

4.1 Μέσα συλλογής δεδομένων.....	100
4.2 Πληθυσμός –δείγμα.....	100
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	101
4.4 Αποτελέσματα έρευνας .....	101

4.5 .Ανάλυση αποτελεσμάτων .....	104
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>108</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>112</b>
Π1 Πολιτικές γενοσήμων σε μέλη κράτη της ΕΕ 2010 .....	112
Π2 Φαρμακευτική νομοθεσία στην Ευρώπη .....	114
Π3 Πολιτικές υγείας που απευθύνονται στους γιατρούς των κρατών – μελών της ΕΕ 2010.....	116
Ορισμός ψυχικής υγείας .....	117
Διάγνωση των ψυχικών διαταραχών .....	118
Π4 .Μορφές ψυχικών διαταραχών .....	119
Π5 .Κατηγορίες ψυχικών νοσημάτων .....	120
Π6 .Εμφάνιση ψυχικών διαταραχών μετά από δανεισμό .....	122
Κόστος ψυχικής υγείας .....	123
Άγχος .....	123
Κατάθλιψη.....	124
Π7. Επιπολασμός μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου(2008-2013.).....	125
Π8 .Κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή .....	127
Π9 Επιπολασμού παθολογιών συγκρινόμενες με την ύπαρξη οικονομικής κρίσης ή στη μη παρουσία της .....	128

Π10 Σύγκριση παθολογιών μεταξύ ανέργων και εργαζομένων.....	129
Π11 Σχέση ψυχικής διάθεσης και οικονομικής κρίσης .....	130
Π12. Ποσοστό πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη.....	131
Π13 Επιπολασμός χρόνιας κατάθλιψης ανά φύλο και ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα .....	132
Π14..Επιπολασμός της κατάθλιψης .....	133
Π15..Κατάθλιψη ανά φύλο και ηλικία στον πληθυσμό .....	133
Εθιστικές ουσίες .....	134
Αυτοκτονίες .....	135
Π16..Ποσοστό αυτοκτονιών κατά ηλικία .....	136
Π17 .Ποσοστό αυτοκτονιών σε χώρες του ΟΟΣΑ .....	137
Π18 .Ποσοστό αυτοκτονιών τροποποιημένα κατά ηλικία στις χώρες του ΟΟΣΑ 2013.....	138
Π19 .Ποσοστό αυτοκτονιών στην κρίση .....	139
Π20 .Αυτοκτονίες στην Ελλάδα 2010-2015.....	140
Π21 .Αυτοκτονίες / φύλο / 2015.....	141
Π22 .Ηλικία αυτόχειρων .....	142
Π23 .Πίνακας ερωτηματολογίου .....	143



## Στατιστική ανάλυση

A/..Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίου που αφορά τους ασθενείς .....	153
B/ .Κύριες ερωτήσεις έρευνας για τα ψυχικά νοσήματα στην οικονομική κρίση .....	163
Π24 .Έγινε αλλαγή στα εισοδήματα σας μετά το 2010; .....	163
Π25 .Εργασιακή ανασφάλεια.....	164
Π26 .Σε τι βαθμό έχει επηρεαστεί η ψυχολογία σας όταν πηγαίνετε για δουλειά ;.....	165
Π27 .Σε τι βαθμό έχετε αναγκαστεί να κάνετε περικοπές στα προσωπικά σας έξοδα;.....	166
Π28 .Σε τι βαθμό έχετε χρειαστεί να κάνετε περικοπές στα είδη πρώτης ανάγκης ;.....	167
Π29 .Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση έχει επίπτωση στην ψυχική σας υγείας; .....	168
Π30. Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά απέναντι στην οικογένεια σας; .....	169
Π31 .Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά απέναντι στους συναδέλφους σας ;.....	170
Π32 .Σε τι βαθμό στη διάρκεια του τελευταίου έτους αισθανθήκατε απελπισία ;.....	171
Π33. Σε τι βαθμό αισθανθήκατε ότι δεν υπάρχει ελπίδα για την καλύτερευση της οικονομίας ;.....	172

Π34.Σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι για τη αντιμετώπιση της ανεργίας από την πολιτεία; .....	173
Π35.Σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τους χειρισμούς της πολιτείας να προστατεύει τα εισοδήματά σας; .....	174
Π36.Ποιοι έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες απώλειες στο εισόδημά τους( εισοδηματικά κριτήρια);.....	175
Π37.Ποιοι έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες απώλειες στο εισόδημά τους( επάγγελμα ) ;.....	176
Π38.Σχέση φόβου που υπάρχει για να μην χάσουν την εργασία τους και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια .....	177
Π39 Σχέση περικοπών τροφίμων και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια .....	178
Π40 Σχέση αλλαγής οικονομικής κατάστασης και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια .....	179
Π41. Σχέση απελπισίας και εισόδημα .....	180
Π42 Σχέση απελπισίας και φόβου να μην χάσουν την εργασία τους..	181
Π43 Σχέση απελπισίας και χειροτέρευση της οικονομικής κατάστασης .....	182
Π44 Σχέση περικοπής στα είδη πρώτης ανάγκης και επιδείνωσης της ψυχικής υγείας .....	183
Π45 Σχέση φόβου να μην χάσετε την εργασία και απελπισία για την καλύτερευση της οικονομίας .....	184

Π46 Σχέση αλλαγής οικονομικής κατάστασης μετά το 2010 και αίσθημα απελπισίας για την καλυτέρευση της οικονομίας .....	185
Π47 Σχέση περικοπών στα προσωπικά έξοδα και απελπισίας για την καλυτέρευση της οικονομίας .....	186
Γ/ Κύριες ερωτήσεις έρευνας για τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων .....	187
Π48 Γνώση για τα γενόσημα.....	187
Π49 Ποια η γνώμη σας για τα γενόσημα ;.....	188
Π50 Από που έχετε ενημερωθεί για τα γενόσημα ;.....	189
Π51 Ποια η γνώμη σας για την ασφάλεια των γενοσήμων; .....	190
Π52 Ποια η γνώμη σας για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων; .....	191
Π53 Έχετε χρησιμοποιήσει τα γενόσημα στο παρελθόν ;.....	192
Π54 Χρησιμοποιείτε σήμερα γενόσημα φάρμακα ;.....	193
Π55 Γιατί δεν χρησιμοποιείτε γενόσημα φάρμακα ;.....	194
Π56 Χρήση γενοσήμων εξαιτίας του γιατρού μου.....	195
Π57 Χρήση γενοσήμων εξαιτίας του φαρμακοποιού μου .....	196
Π58 Σχέση εισοδήματος και χρήση γενοσήμων .....	197
Π59 Έχετε κάνει περικοπές στα φάρμακα σας; .....	198
Π60 Έχετε εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών;.....	199

Π61	Είστε ευχαριστημένος από τις προσπάθειες της πολιτείας για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών; .....	200
Π62	Η χαμηλή τιμή των γενοσήμων έχει αντίκτυπο στην αγορά των γενοσήμων .....	201
Π63	Σχέση περικοπής στα φάρμακα και χρήση γενοσημων.....	202
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>		<b>203</b>

\

•

## Αριθμός Πίνακα Τίτλος Πίνακα

1 Σύγκριση θετικών συναισθημάτων(χαράς) στην ΕΕ 27.....	2
2 Σύγκριση θετικών συναισθημάτων ( ηρεμίας) στην ΕΕ 27.....	3
3 Σύγκριση θετικών συναισθημάτων (όρεξη για ζωή).....	4
4 Σύγκριση αρνητικών συναισθημάτων στην ΕΕ27.....	5
5 Σύγκριση αρνητικών συναισθημάτων ( κατάθλιψη) στην ΕΕ 27 .....	6
1.1 Δημοσιονομικοί και κοινωνικοί δείκτες στην Ελλάδα 2008 & 2013.....	13
1.2 Κοινωνικοί δείκτες πριν και μετά την κρίση για την Ελλάδα , την ΕΕ και τις χώρες του ΟΟΣΑ.....	14
1.3 Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.....	30
2.1 Σύγκριση απαντήσεων για το εάν τα ψυχικά προβλήματα επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον .....	51
2.2 Σύγκριση πρόθεσης για ψυχολογική υποστήριξη στα ψυχικά προβλήματα Ευρωβαρόμετρο 2010 .....	52
2.3 Απόψεις Ευρωπαίων για το πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν τα ψυχικά νοσήματα 2006.....	53
2.4 Χαρακτηριστικά ατόμων που αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη -2010.....	55
3.1 Κατανάλωση γενοσήμων σε όγκο .....	62
3.2 Εξέλιξη κατανάλωσης γενοσήμων σε όγκο .....	63
3.3 Τιμολόγηση στις Ευρωπαϊκές χώρες το 2013.....	73

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

## Αριθμός Διαγραμμμάτων Τίτλος Διαγραμμμάτων

1.1	Η φθίνουσα ανταγωνιστικότητα της Ελληνικής οικονομίας.....	10
1.2	Δημόσιες δαπάνες και έσοδα (2000-13).....	11
1.3	Χρέος γενικής κυβέρνησης (% του ΑΕΠ και δις ευρώ).....	12
1.4	Οι επιδόσεις της δημοσιονομικής προσαρμογής % ΑΕΠ.....	15
1.5	Ποσοστό ανεργίας ( %ποσοστό πληθυσμό) Ελλάδα –ΕΕ28 –Νότιες χώρες ...	16
1.6	Αριθμός μακροχρόνιων ανέργων (χιλ άτομα) και ανεργία % (συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία Ελλάδα 2019.....	17
1.7	Κίνδυνος φτώχειας % συνολικά του πληθυσμού Ελλάδα –ΕΕ28- Νότιες χώρες	18
1.8	Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας για το 2009 και 2018.....	19
1.9	Σύγκριση συνολική , δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δις ευρώ).....	20
1.10	Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....	21
1.11	Μεταβολή δημοσίων δαπανών για την υγεία.....	22
1.12	Κατανομή των δαπανών υγείας % για τα Ελληνικά νοικοκυριά .....	23
1.13	Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό σε σύγκριση με πολλές χώρες της ΕΕ.....	25
1.14	Μορφωτικό επίπεδο των Ελλήνων.....	26
1.15	Συμμετοχή ασθενών στην αποζημιωμένη αγορά (2019).....	28
1.16	Συνολική Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη(2019).....	29
2.1	Ποσοστό θανάτων ανά 100.000 κατοίκους.....	32
2.2	Χρηματοδότηση του τομέα υγείας .....	33

2.3	Συνολική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (ευρω) για το έτος 2008 σε σύγκριση με το 2000 .....	34
2.4	Κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες (ευρώ) και κατά κεφαλήν ΑΕΠ το 2008 .....	35
2.5	Συγκρίσεις τιμών μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ ( και με τις ΗΠΑ)για ένα καλάθι 150 φαρμακευτικών προϊόντων , δείκτης τιμών 2008 με το Ην Βασίλειο =100.....	37
2.6	Εξέλιξη μέσης τιμής γενοσήμων σε 10 Κ-Μ της ΕΕ ( από την λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας έως 24 μήνες μετά την λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας).....	38
2.7	Το ποσοστό των φαρμακευτικών εξόδων που καταβάλλονται από την ασφάλιση υγείας και από τον ασθενή σε 17 κράτη μέλη.....	47
2.8	Διαθεσιμότητα γενοσήμων ως ποσοστό συνολικών πωλήσεων .....	49
2.9	Απόψεις Ευρωπαίων για το πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν τα ψυχικά νοσήματα .....	54
3.1	Κόστος σκευασμάτων στην Αμερικανική αγορά .....	59
3.2	Διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική αγορά.....	61
3.3	Μερίδιο γενοσήμων στην Ελλάδα .....	62
3.4	Θεραπευτικό επίπεδο γενοσήμων στο πλάσμα.....	64
3.5	Δραστηριότητα των γενοσήμων στο πλάσμα.....	65
3.6	Εκτίμηση βιοδιαθεσιμότητας γενοσήμων .....	66
3.7	Τιμολόγηση φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2019 (€ ανά μονάδα).....	74
3.8	Ποσοστό διείσδυσης γενοσήμων φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2019 (σε όγκο).....	75

3.9 Παραγωγής φαρμάκου σε εκατ €-Ελλάδα.....	77
3.10 Απασχόληση στην παραγωγή φαρμάκου ( χιλ άτομα) .....	78
3.11 Αριθμός απασχολούμενων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην παραγωγή φαρμάκου.....	79
3.12 Απασχόληση στην παραγωγή φαρμάκου (% στη μεταποίηση και οικονομία) ΕΕ 28 2018.....	80
3.13 Η συνολική συμβολή του ελληνικού φαρμάκου.....	81
3.14 Συμβολή του φαρμάκου στα φορολογικά έσοδα.....	82
3.15 Πολλαπλασιαστικές επιδράσεις του φαρμάκου στην οικονομία .....	83
...	

ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση



ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΗΤΑ	Αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΔΚΟ	Διεθνή Κοινόχρηστη ονομασία
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνικό Στατιστική Αρχή
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ	Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΣΦΕΕ	Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΤΑ	Τιμή Αναφοράς
ΚΗΘ	Κόστος ημερήσιας νοσηλείας
ΠΕΦ	Πανελληνιά Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας
ΜΚΕ	Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
ΕΠΨΥ	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
ΕΜΕΝΟ	Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κίνδυνου
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ	Κέντρο Έλεγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας
ΕΙΥ	Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

MME	Μέσα μαζικής ενημέρωσης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΚΗΘ	Ημερήσιο κόστος θεραπείας
ΠΕΦ	Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Κ-Μ	Κράτη Μέλη
ΕΚ	Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο
ΦΕΚ	Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

EUROSTAT	Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία
OECD HEALTH DATA	Organisation for Economic Co-operation and Development
PPRI	Pharmaceutical pricing and reimbursement information
SPC	Συμπληρωματικό πιστοποιητικό προστασίας
EPR	Διεθνή Τιμολόγηση Αναφοράς
ISCED	Διεθνής Πρότυπη Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης
FDA	Food and drugs administration
IMS	International Marketing Statistics
AUC	Area under the curve
INN	International Non-proprietary Name
MSS	Market Surveillance studies

EMA	European Medicines Agency
WHO	World Health Organization
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders fifth edition
ECHI	European Core Health Indication
IMF	International Monetary Fund
EBO	European Board of Ophthalmology
PRODCOM	Production Community

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εθνικός μηχανισμός πολιτικής προστασίας έχει σαν προτεραιότητα του από την μία πλευρά την προστασία της ανθρώπινης ζωής , της υγείας , της περιουσίας του πληθυσμού και από την άλλη την προστασία του περιβάλλοντος Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η συνεργασία του υπουργείου υγείας με το υπουργείο πολιτικής προστασίας είναι απαραίτητη και ενδεδειγμένη αφού το ελληνικό κράτος μέσω της δημόσιας πολιτικής υγείας που ασκεί προσπαθεί να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή και να εξασφαλίσει μία καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες οι οποίες έχουν αυξηθεί την περίοδο της κρίσης Έτσι η πολιτική υγείας από την μια μεριά προσπαθεί να προστατεύσει και να βοηθήσει εκείνα τα άτομα που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα και από την άλλη με τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων να εξορθολογήσει το φαρμακευτικό κόστος στην Ελλάδα











Με τον όρο ψυχικά νοσήματα εννοούμε μία διαταραχή της σκέψης ή της προσωπικότητας και μία συναισθηματική διαταραχή , που επηρεάζει την ψυχική ευεξία , την ασφάλεια και την υγεία του ατόμου( Δασκαλόπουλος ). Η ψυχιατρική για να μπορέσει να βάλει τα όρια ανάμεσα στο παθολογικό και στο φυσιολογικό έχει αναπτύξει εξειδικευμένες κλίμακες ψυχικών παθήσεων που ταξινομούν τις ψυχολογικές διαταραχές (ψυχιατρική 2012, Αλεξόπουλος Hogan 2006, διαΝέοσις 2016) Μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι η αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων μπορεί να είναι όχι μόνο γονιδιακή, περιβαλλοντική , τραυματική, αλλά και απόρροια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων όπως το κοινωνικό άγχος , η κατάθλιψη , η κακοποίηση , τα εργασιακά προβλήματα, η κοινωνικό –οικονομική ανασφάλεια που κυριαρχούν και αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης ( Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2014-2019, Κολίσης 2011)

Έτσι κατά την περίοδο της κρίσης θα δούμε ότι οι Έλληνες που το 2006 δήλωναν πως ήταν πάντα χαρούμενοι με ποσοστό 61% (πίνακα 1) ήρεμοι 58% ( πίνακα 2) , όρεξη για ζωή 67% ( πίνακα.3) , το 2010 δηλαδή στη διάρκεια της κρίσης , παρουσίασαν μια μείωση 18% , 12% και 10% αντίστοιχα(European Commission Eurobarometer 2010, European Commission Special Eurobarometer 2006) Αντίθετα οι Ιταλοί και οι Σλοβένοι το 2010 αισθάνονται πιο χαρούμενοι από το 2006 ,οι Ιταλοί, Πορτογάλοι, Γερμανοί, Σλοβένοι πιο ήρεμοι μετά την οικονομική κρίση , ενώ οι Βούλγαροι και Ιταλοί έχουν περισσότερη ενέργεια το 2010 συγκρινόμενη με την ενεργεία που είχαν το 2006

## Πίνακα 1

### Σύγκριση θετικών συναισθημάτων(χαράς) στην ΕΕ 27

**QD2 How often during the past 4 weeks...?  
Happy  
- "All the time + "most of the time"**









		<b>EB64.4 (Dec. 2005 - Jan. 2006)</b>	<b>EB73.2 (Feb. - March 2010)</b>	<b>Evolution 2005 - 2010</b>
	EU27	<b>65%</b>	<b>61%</b>	<b>-4</b>
	IT	<b>48%</b>	<b>53%</b>	<b>+5</b>
	SI	<b>60%</b>	<b>65%</b>	<b>+5</b>
	BG	<b>42%</b>	<b>46%</b>	<b>+4</b>
	PT	<b>56%</b>	<b>60%</b>	<b>+4</b>
	SK	<b>63%</b>	<b>67%</b>	<b>+4</b>
	RO	<b>56%</b>	<b>48%</b>	<b>-8</b>
	BG	<b>80%</b>	<b>71%</b>	<b>-9</b>
	ES	<b>70%</b>	<b>61%</b>	<b>-9</b>
	EL	<b>61%</b>	<b>43%</b>	<b>-18</b>

Πηγή: European Commission Eurobarometer 2010 σελ 16

## Πίνακα 2

### Σύγκριση θετικών συναισθημάτων ( ηρεμίας) στην ΕΕ 27

**QD2 How often during the past 4 weeks...?  
Calm and peaceful -  
"All the time + "most of the time"**











	<b>EB64.4 (Dec. 2005 - Jan. 2006)</b>	<b>EB73.2 (Feb. - March 2010)</b>	<b>Evolution 2005 - 2010</b>
 EU27	<b>63%</b>	<b>61%</b>	<b>-2</b>
 IT	<b>46%</b>	<b>52%</b>	<b>+6</b>
 PT	<b>50%</b>	<b>55%</b>	<b>+5</b>
 DE	<b>67%</b>	<b>71%</b>	<b>+4</b>
 SI	<b>52%</b>	<b>56%</b>	<b>+4</b>
 RO	<b>65%</b>	<b>56%</b>	<b>-9</b>
 UK	<b>64%</b>	<b>54%</b>	<b>-10</b>
 EL	<b>58%</b>	<b>46%</b>	<b>-12</b>

Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ18

### Πίνακας 3

#### Σύγκριση θετικών συναισθημάτων (όρεξη για ζωή)

**QD2 How often during the past 4 weeks...?  
Full of life -  
"All the time + "most of the time"**

		<b>EB64.4 (Dec. 2005 - Jan. 2006)</b>	<b>EB73.2 (Feb. - March 2010)</b>	<b>Evolution 2005 - 2010</b>
	EU27	<b>63</b>	<b>59%</b>	<b>-4</b>
	BG	<b>58%</b>	<b>62%</b>	<b>+4</b>
	IT	<b>50%</b>	<b>53%</b>	<b>+3</b>
	MT	<b>57%</b>	<b>60%</b>	<b>+3</b>
	SI	<b>61%</b>	<b>63%</b>	<b>+2</b>
	BE	<b>72%</b>	<b>63%</b>	<b>-9</b>
	LT	<b>57%</b>	<b>48%</b>	<b>-9</b>
	EL	<b>67%</b>	<b>57%</b>	<b>-10</b>
	UK	<b>64%</b>	<b>52%</b>	<b>-12</b>
	ES	<b>70%</b>	<b>54%</b>	<b>-16</b>







Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ 17

Επίσης η οικονομική κρίση πλήττει περισσότερο τους Έλληνες , Ιταλούς και Ρουμάνους στους οποίους παρατηρούνται και οι μεγαλύτερες αυξήσεις σε αρνητικά συναισθήματα μεταξύ 14-11 ποσοστιαίων μονάδων παρά τους Δανούς, Σουηδούς, Φινλανδούς , οι οποίοι υποστηρίζουν ότι σπάνια βιώνουν αρνητικά συναισθήματα πίνακας 24 (European Commission Eurobarometer 2010)

## Πίνακας 4

### Σύγκριση αρνητικών συναισθημάτων στην ΕΕ27

**QD2 How often during the past 4 weeks...?  
Down in the dumps -  
"Never" + "rarely"**

	<b>EB64.4 (Dec. 2005 - Jan. 2006)</b>	<b>EB73.2 (Feb. - March 2010)</b>	<b>Evolution 2005 - 2010</b>
 EU27	<b>78%</b>	<b>74%</b>	<b>-4</b>
 DK	<b>87%</b>	<b>89%</b>	<b>+2</b>
 NL	<b>83%</b>	<b>85%</b>	<b>+2</b>
 AT	<b>76%</b>	<b>66%</b>	<b>-10</b>
 RO	<b>67%</b>	<b>56%</b>	<b>-11</b>
 EL	<b>70%</b>	<b>56%</b>	<b>-14</b>

Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ 24







Έτσι όσο αφορά την κατάθλιψη οι ευρωπαίοι πολίτες το 2010 αισθάνονταν περισσότερο απογοητευμένοι και καταθλιπτικοί από το 2006 με μια διαφορά γύρω στις -5% μονάδες Τις μεγαλύτερες μειώσεις τις συναντάμε στους Έλληνες με μια αρνητική διαφορά στα - 15% για την περίοδο 2006-2010 Μόνο οι Βούλγαροι απογοητεύονται λιγότερο καθώς υπάρχει μια αύξηση κατά 4% των ατόμων που απαντούν ποτέ η σπάνια στην ύπαρξη μιας καταθλιπτικής συνδρομής( πίνακας .5)(European Commission Eurobarometer 2010 σελ 25 )



## Πίνακας.5

### Σύγκριση αρνητικών συναισθημάτων ( κατάθλιψης) στην ΕΕ 27

**QD2 How often during the past 4 weeks...?  
Downhearted and depressed -  
"Never" + "rarely"**

	<b>EB64.4 (Dec. 2005 - Jan. 2006)</b>	<b>EB73.2 (Feb. - March 2010)</b>	<b>Evolution 2005 - 2010</b>
 EU27	<b>71%</b>	<b>66%</b>	<b>-5</b>
 BG	<b>70%</b>	<b>74%</b>	<b>+4</b>
 ES	<b>72%</b>	<b>64%</b>	<b>-8</b>
 IT	<b>55%</b>	<b>44%</b>	<b>-8</b>
 RO	<b>66%</b>	<b>54%</b>	<b>-12</b>
 EL	<b>66%</b>	<b>51%</b>	<b>-15</b>

Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ25

Όμως παρόλο που οι Έλληνες απογοητεύονται περισσότερο από τους άλλους Ευρωπαίους πολίτες λόγω της ανεργίας και των μισθολογικών μειώσεων, εντούτοις δεν περιορίζουν τις φαρμακευτικές δαπάνες αφού χρησιμοποιούν ακριβά, πρωτότυπα και αξιόπιστα κατά την γνώμη τους φαρμακευτικά σκευάσματα. Ως εκ τούτου τα γενόσημα φάρμακα έρχονται σε δεύτερη μοίρα

Με τον όρο γενόσημα φάρμακα ( generics) εννοούμε τα αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων που ήδη κυκλοφορούν στην αγορά Τα γενόσημα πρέπει να είναι βιοϊσοδύναμα τους δηλαδή να έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα , την ίδια ασφάλεια και να περιέχουν την ίδια δραστική ουσία με τα πρωτότυπα φάρμακα Για την κυκλοφορία των γενοσήμων δεν είναι απαραίτητες οι κλινικές μελέτες γιατί αυτές έχουν γίνει από τα πρωτότυπα σκευάσματα, αλλά οι μελέτες βιοϊσοδυναμίας ανάμεσα στα γενόσημα και τα πρωτότυπα που θα τεκμηριώνουν και τη θεραπευτική βιοϊσοδυναμία (IOBE 2018, ΠΕΦ βιοϊσοδυναμία)

Δυο σκευάσματα είναι βιοισοδύναμα όταν παρουσιάζουν ομοιότητες στο βαθμό απορρόφησης της δραστικής ουσίας από τον οργανισμό και στο χρόνο που επιτυγχάνεται αυτή η απορρόφηση. Η μελέτη της βιοισοδυναμίας γίνεται με αυστηρά κριτήρια όπως πχ πρέπει να υπάρχει, ένας αναλυτικός σχεδιασμός της μελέτης, με συγκεκριμένη μέθοδο παρασκευής για καθορισμένο χρονικό διάστημα, σε τυποποιημένες συνθήκες και να περιλαμβάνεται ένας επαρκής αριθμός εθελοντών με λεπτομερή ιατρικό ιστορικό. Αυτή η μελέτη των γενοσήμων πρέπει να πάρει έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας, από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων, καθώς και από τις Φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας που τα εποπτεύουν διαρκώς για τυχόν παρενέργειες (ΠΕΦ βιοϊσοδυναμία)

Είναι γεγονός ότι στην περίοδο της οικονομικής κρίσης με την άνοδο της ανεργίας και την αύξηση των κοινωνικών ομάδων με χαμηλό εισόδημα, κρίνεται επιτακτικότερη η ανάγκη δημιουργίας και εφαρμογής μιας πολιτικής υγείας που από την μια πλευρά να προστατεύσει την ψυχική και την σωματική υγεία των ευάλωτων ατόμων που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση και από την άλλη να εξασφαλίσει το εισόδημα των πολιτών προωθώντας την ελληνική παραγωγή φαρμάκων και τη χρήση των γενοσήμων σκευασμάτων.

Μέσα από την έρευνα που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στο ερώτημα στο ποια είναι η κατάλληλη πολιτική υγείας για τα γενόσημα φάρμακα που θα βοηθήσει το κράτος να μειώσει τις μη αναγκαίες δαπάνες τους και θα ασχοληθούμε με το πώς μπορεί μία πολιτική ψυχικής υγείας να εμποδίσει την εμφάνιση ψυχικών νόσων που έχουν διπλασιαστεί στην περίοδο της κρίσης

Για να απαντήσουμε σε αυτό το ερώτημα, θα κάνουμε στην αρχή μια βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετά θα μελετήσουμε την περίπτωση του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου που αποτελεί μια από τις αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, και εξυπηρετεί έναν πληθυσμό γύρω στα 30.824 άτομα αφού καλύπτει μαζί με τα πέντε περιφερειακά του ιατρεία την ευρύτερη περιοχή των δήμων Λουτρακίου –Περαχώρας, Αγίων Θεοδώρων και Σολυγείας. Συγκεκριμένα θα κάνουμε μια έρευνα των στοιχείων που διαμορφώνουν τη γνώμη των ασθενών

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής :

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην οικονομική κατάσταση της Ελλάδας την περίοδο της κρίσης, περίοδος που οδήγησε στην επιδείνωση των κοινωνικών δεικτών και στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών για την υγεία

Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην πολιτική υγείας για τα γενόσημα και για τα ψυχικά νοσήματα που υπάρχουν στην Ευρώπη κάνοντας μια σύντομη ανασκόπηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας και της αντιμετώπισης των ψυχικών παθήσεων στην Ευρώπη

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η πολιτική υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα για τα γενόσημα και για τα ψυχικά νοσήματα. Γίνεται μια αναφορά στις ιδιότητες και στη συμβολή των γενοσήμων στην ανάπτυξη και την απασχόληση την περίοδο της κρίσης και για το πώς μπορεί μια σωστή πολιτική υγείας να προλάβει, να θεραπεύσει και να αποκαταστήσει τα ψυχικά νοσήματα

Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει την ανάλυση της έρευνας μας, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου, ένα κέντρο υγείας που εξυπηρετεί περίπου στους 11500 κατοίκους. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν σε μορφή ερωτηματολογίου, παρουσιάζουν την ψυχική κατάσταση ενός δείγματος του πληθυσμού, που έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση, αναλύουν τις απόψεις τους για τα γενόσημα, για το εάν είναι ευχαριστημένοι από την πολιτική υγείας που ακολουθεί η πολιτεία για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών μέσω γενοσήμων καθώς και για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων που επιφέρει η οικονομική κρίση

Η μελέτη ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, τις προτάσεις, που πρέπει να εφαρμοστούν για να μπορέσει μία πολιτική υγείας να επιτύχει τόσο στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων όσο και στη χρήση των γενοσήμων σκευασμάτων

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 Εισαγωγή

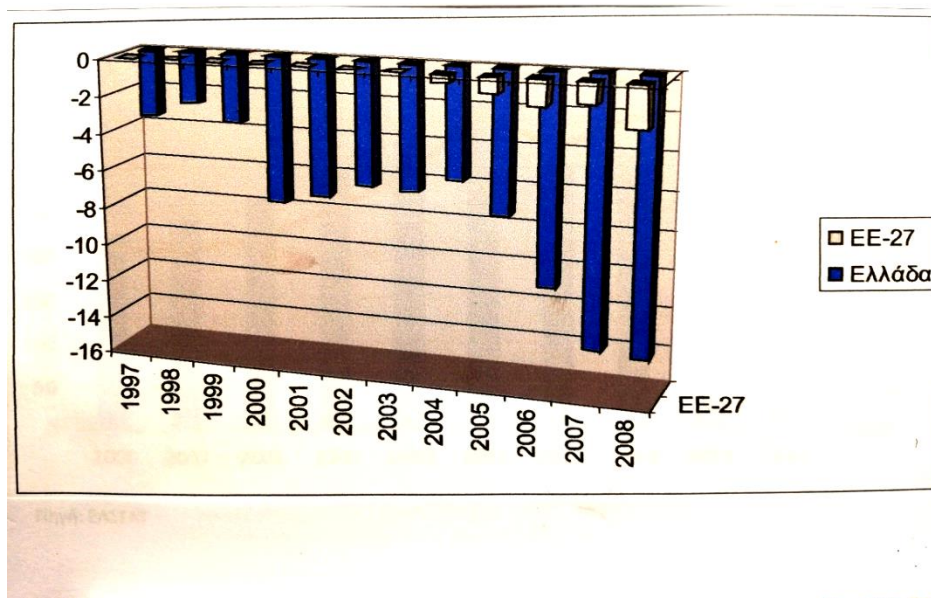
Η χρηματοπιστωτική οικονομική κρίση του 2008 που ξεκίνησε από την Αμερική και επεκτάθηκε στην Ευρώπη και στη χώρα μας έφερε στην επιφάνεια δομικά προβλήματα που ταλαιπωρούσαν την ελληνική οικονομία για δεκαετίες ολόκληρες όπως πχ ο εκτεταμένος κρατισμός, η διαφθορά, η αδυναμία των θεσμών, η μη εφαρμογή των νόμων, η ατολμία λήψης διαρθρωτικών μέτρων λόγω του ότι οι κυβερνώντες δεν ήθελαν να συγκρουστούν με τα οργανωμένα συμφέροντα των κοινωνικών εταιρών. Έτσι η χώρα μας βρέθηκε κάτω από την εποπτεία της Ευρώπης για να νοικοκυρέψει τις δαπάνες της .Σε αυτό το πλαίσιο η μείωση των φαρμακευτικών δημόσιων δαπανών ,αποτέλεσε σημαντικό στοίχημα της πολιτικής υγείας της κυβέρνησης

### 1.2. Κατάσταση δημοσιονομικού συστήματος στην Ελλάδα

Από το 1997 μέχρι το 2008 υπήρχε μία συνεχής φθίνουσα ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1.1

## Διάγραμμα 1.1

### Η φθίνουσα ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας

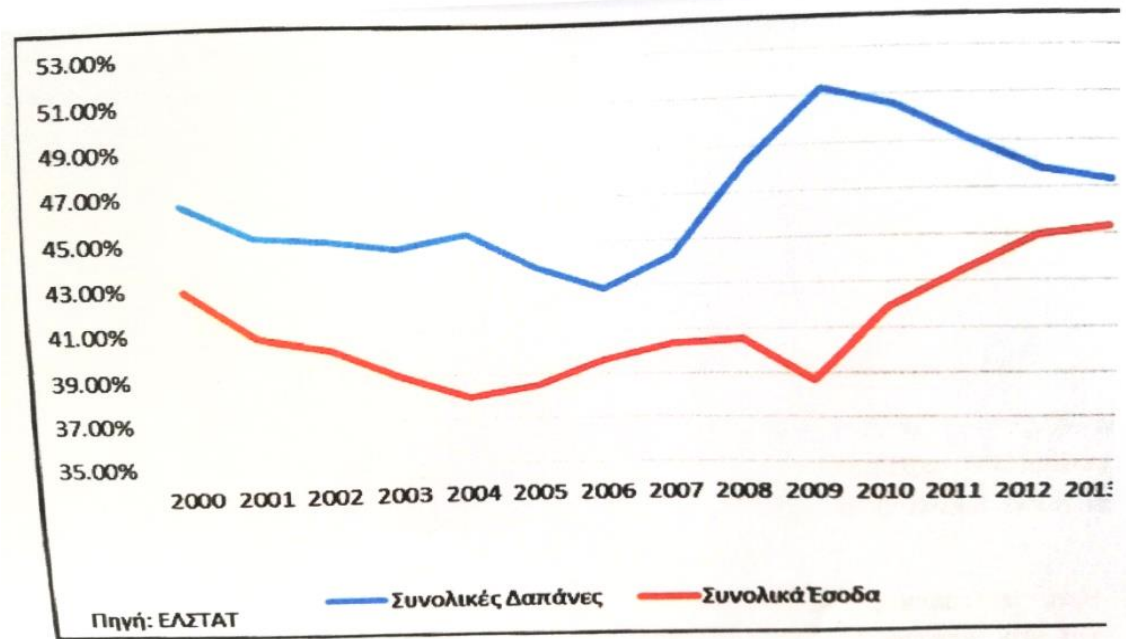


Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ , Λιαργκόβας 2020 σελ 7

Από τη μεταπολίτευση και μετά η ιδεολογία που κυριαρχούσε στη χώρα μας ήταν η ύπαρξη του κράτους πρόνοιας δηλ ότι το κράτος ήταν υπεύθυνο των παροχών. Οι παροχές όμως αυτές εδραιώθηκαν όχι με το σωστό παραγωγικό τρόπο αλλά με ένα συνεχή δανεισμό από την ΕΕ Στο διάγραμμα 1.2 βλέπουμε ότι από 2000 μέχρι και το 2013 οι δημόσιες δαπάνες ήταν ανώτερες από τα δημόσια έσοδα και από τη στιγμή που συνδέονταν με μια αντιπαραγωγική διαδικασία, μια αύξηση της φορολογίας και της λιτότητας υπήρξε άνοδος στο χρέος της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ διάγραμμα 1.3

## Διάγραμμα 1.2

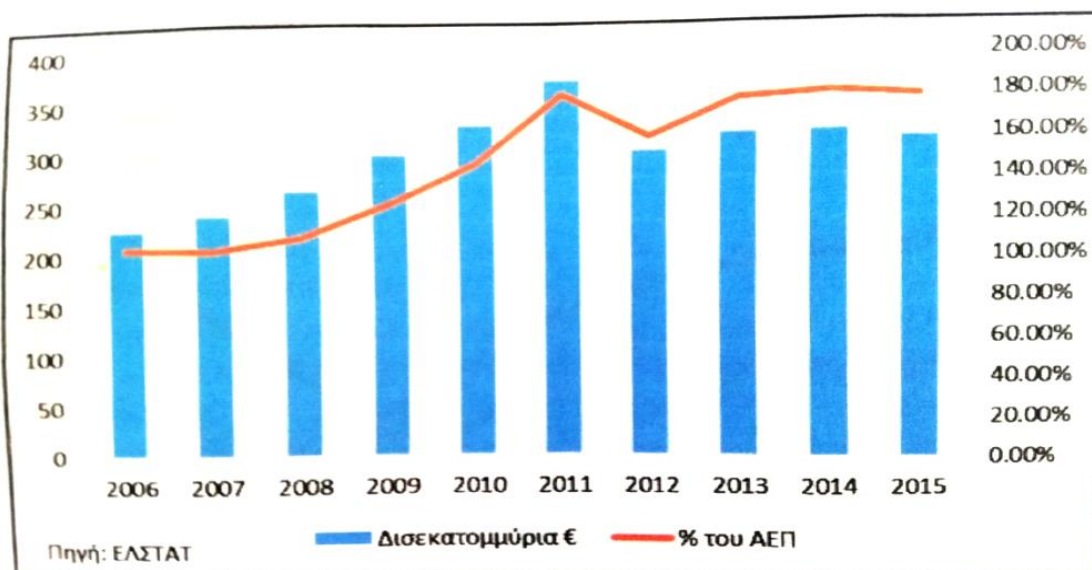
### Δημόσιες δαπάνες και έσοδα (2000-13)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ .Λιαγκόβας 2020 σελ8

Διάγραμμα 1.3

Χρέος γενικής κυβέρνησης ( % ΑΕΠ και δισ ευρώ)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ , Λιαργκόβας 2020 σελ 8

Στον πίνακα 1.1 που ακολουθεί κάνουμε σύγκριση δεικτών του έτους 2008 και 2013, όπου βλέπουμε ότι ενώ το κράτος το 2008 είχε ένα δημοσιονομικό ελλείμμα της τάξης του -10%, ένα έλλειμμα τρέχουσων συναλλαγών γύρω στο -15% ,αντίθετα οι κοινωνικοί δείκτες όπως η ανεργία, το κατά κεφαλήν εισόδημα , το ποσοστό των ατόμων σε φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό είχαν καλή εικόνα . Οι όροι αυτοί όμως αντιστράφηκαν το 2013 αφού ενώ παρατηρείται μία αύξηση στην ανεργία, στη φτώχεια έχουμε ταυτόχρονη μείωση στο πρωτογενές ισοζύγιο, στο ισοζύγιο γενικής κυβέρνησης, στο ισοζύγιο τρέχουσων συναλλαγών, στον πληθωρισμό, και στο χρέος της γενικής κυβέρνησης διάγραμμα 1.4 (Λιαργκόβας 2020 σελ 54)

## Πίνακας 1.1

### Δημοσιονομικοί και κοινωνικοί δείκτες στην Ελλάδα 2008 & 2013

	2008	2013
Πρωτογενές ισοζύγιο Γενικής κυβέρνησης *	-4,8	0,8
Ισοζύγιο γενικής κυβέρνησης *	-10	-3.2
Ισοζύγιο τρέχουσων συναλλαγών *	-15	0,7
Πληθωρισμός **	4,2	-0.9
Χρέος γενικής κυβέρνησης *	113	175
Ποσοστό ατόμων σε φτώχεια η κοινωνικό αποκλεισμό	28,1	35,7
Ανεργία	7,7	27,3
Κατά κεφαλήν εισόδημα***	21.000	16.500

\*% ΑΕΠ \*\*ποσοστιαία μεταβολή, μέση τιμή καταναλωτή, \*\*\*σε ευρώ

Πηγή IMF world economic outlook database , Οκτώβριος 2014. Eurostat

Ο παρακάτω πίνακας 1.2 παραθέτει αναλυτικά τους κοινωνικούς δείκτες πριν και μετά την κρίση . Συγκεκριμένα παρατηρούμε το ποσοστό:

α) της ανεργίας στην Ελλάδα, την ΕΕ και τις χώρες ΟΟΣΑ το οποίο πριν την κρίση ήταν στα 8,5% ενώ μετά έφτασε σε 27,9%

β) της σχετικής φτώχειας που πριν την κρίση ήταν 13,9 % και μετά 14,3%

γ) το ποσοστό των ανθρώπων που δεν έχουν αρκετά χρήματα για να αγοράσουν φαγητό που πριν την κρίση ήταν 8,9% και μετά 17,9%



δ) των αυτοκτονιών για 100.000 κατοίκους ,οι οποίες αυξήθηκαν από 2,8% σε 3,1%

ε).ποσοστό εμπιστοσύνης στην εθνική κυβέρνηση που μειώθηκε από 41% σε 14%

ζ) ποσοστό εμπιστοσύνης στο χρηματοπιστωτικό σύστημα που μειώθηκε επίσης από 36% σε 14% (Κυριακόπουλος 2014 σελ 4)

Πίνακας 1.2

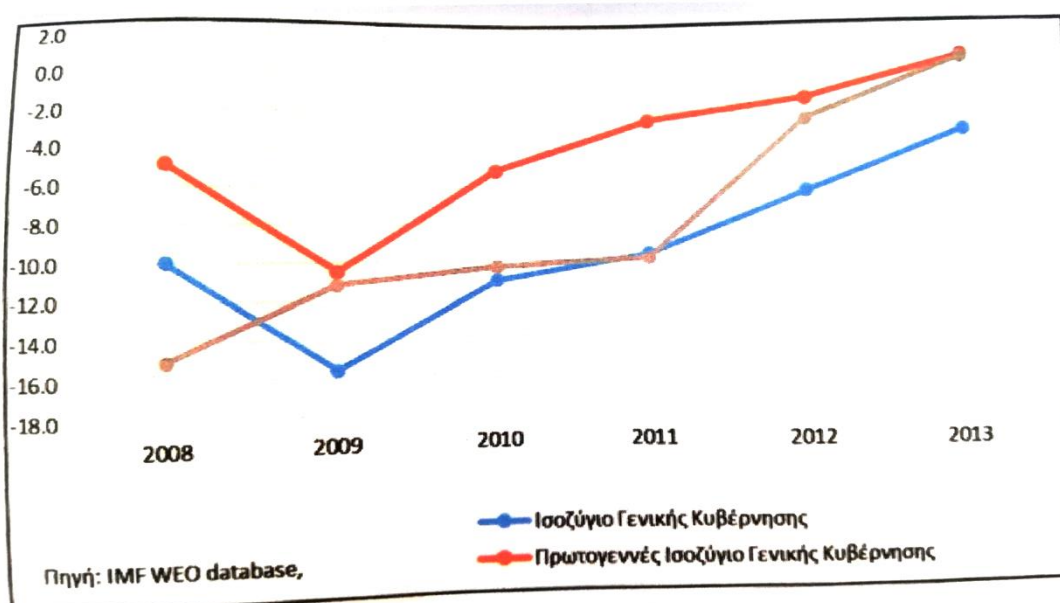
Κοινωνικοί δείκτες πριν και μετά την κρίση για την Ελλάδα , την ΕΕ και τις χώρες του ΟΟΣΑ

	Pre-crisis			Latest year		
	Greece	EU	OECD	Greece	EU	OECD
<u>Annual disposable household income</u> in national currency, latest year prices						
Average	<b>15 700</b>	..	..	<b>13 800</b>	..	..
Bottom 10%	<b>4 100</b>	..	..	<b>3 200</b>	..	..
in USD, latest year PPPs and prices						
Average	<b>20 100</b>	22 900	23 100	<b>17 800</b>	22 900	23 100
Bottom 10%	<b>5 300</b>	7 900	7 300	<b>4 100</b>	7 700	7 100
<u>Total Fertility rate</u>	<b>1.51</b>	1.63	1.75	<b>1.42</b>	1.59	1.70
<u>Unemployment rate (%)</u>	<b>8.5</b>	6.6	5.9	<b>27.9</b>	11.1	9.1
<u>Youth neither in employment, education nor training. NEET rate (%)</u>	<b>17.7</b>	10.7	11.5	<b>27.4</b>	12.7	12.6
<u>Income inequality:</u>						
Gini coefficient	<b>0.330</b>	0.288	0.313	<b>0.337</b>	0.291	0.313
Gap between richest and poorest 10%	<b>9.5</b>	6.9	9.2	<b>10.8</b>	7.4	9.5
<u>Relative poverty (%)</u>	<b>13.9</b>	9.2	11.2	<b>14.3</b>	9.4	11.3
<u>Share of people reporting not enough money to buy food (%)</u>	<b>8.9</b>	9.5	11.2	<b>17.9</b>	11.5	13.2
<u>Public social spending (% GDP)</u>	<b>21.9</b>	22.5	19.6	<b>23.1</b>	25.1	21.9
<u>Suicide rates, per 100 000 population</u>	<b>2.8</b>	12.5	12.5	<b>3.1</b>	12.2	12.4
<u>Health expenditure per capita (latest year USD PPPs)</u>	<b>3 000</b>	3 100	3 100	<b>2 400</b>	3 200	3 300
<u>Confidence in national government (%)</u>	<b>41</b>	50	49	<b>14</b>	41	43
<u>Confidence in financial institutions (%)</u>	<b>36</b>	65	63	<b>14</b>	43	46
Unweighted average of the 21 EU and 34 OECD countries.						

Πηγή : Κυριακόπουλος 2014 σελ 4

### Διάγραμμα 1.4

#### Οι επιδόσεις της δημοσιονομικής προσαρμογής % ΑΕΠ

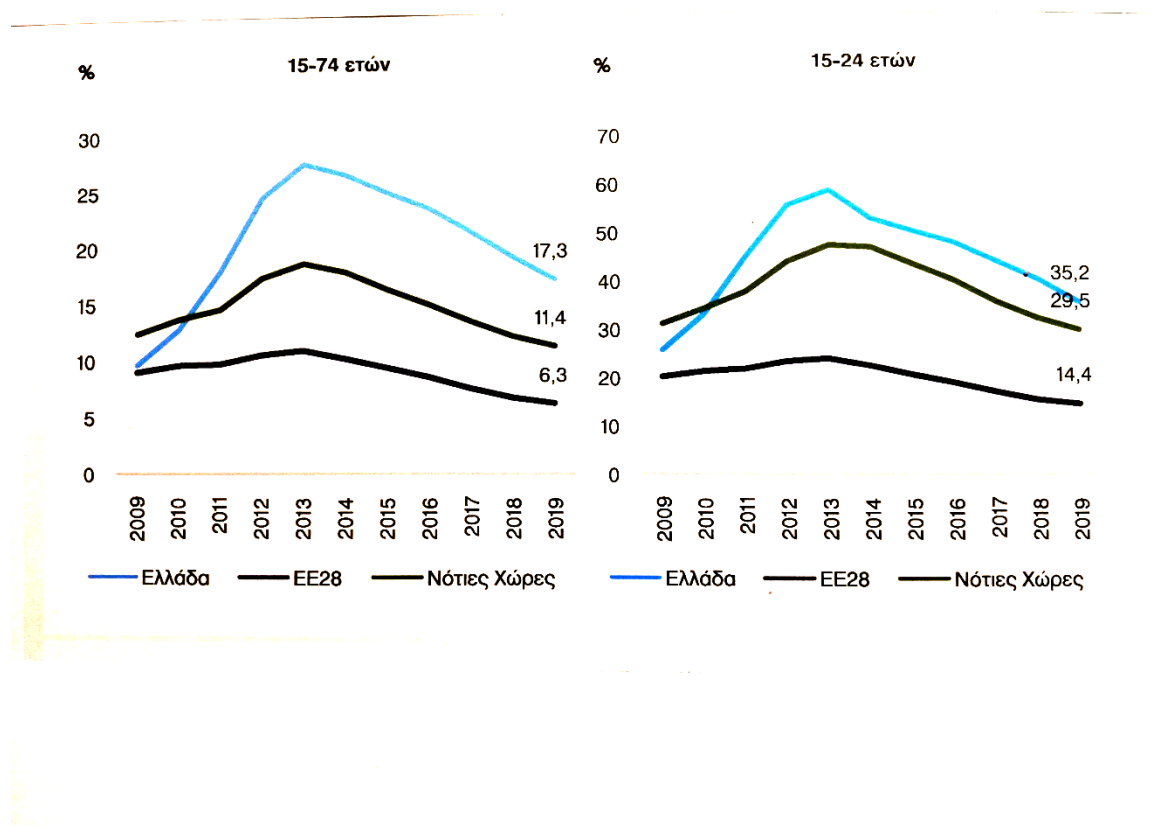


Πηγή : IMF WEO database , Λιαργκόβας 2020 σελ 55

Στο διάγραμμα 1.5 βλέπουμε ότι ενώ το ποσοστό ανεργίας του 2013 κυμαίνεται σε 27.3% , το 2019 μειώνεται σε 17,3%, έναντι 11.4% στις Νότιες χώρες και 6,3% στην ΕΕ των 28 (IOBE 2019 ) Παράλληλα βλέπουμε ότι η ανεργία στην Ελλάδα για τους νέους ηλικίας 15-24 ετών είναι στα 35,2% , έναντι 29.5% στις Νότιες χώρες και 14,4% στην ΕΕ28

## Διάγραμμα 1.5

Ποσοστό ανεργίας ( %ποσοστό πληθυσμό) Ελλάδα –ΕΕ28 –Νότιες χώρες

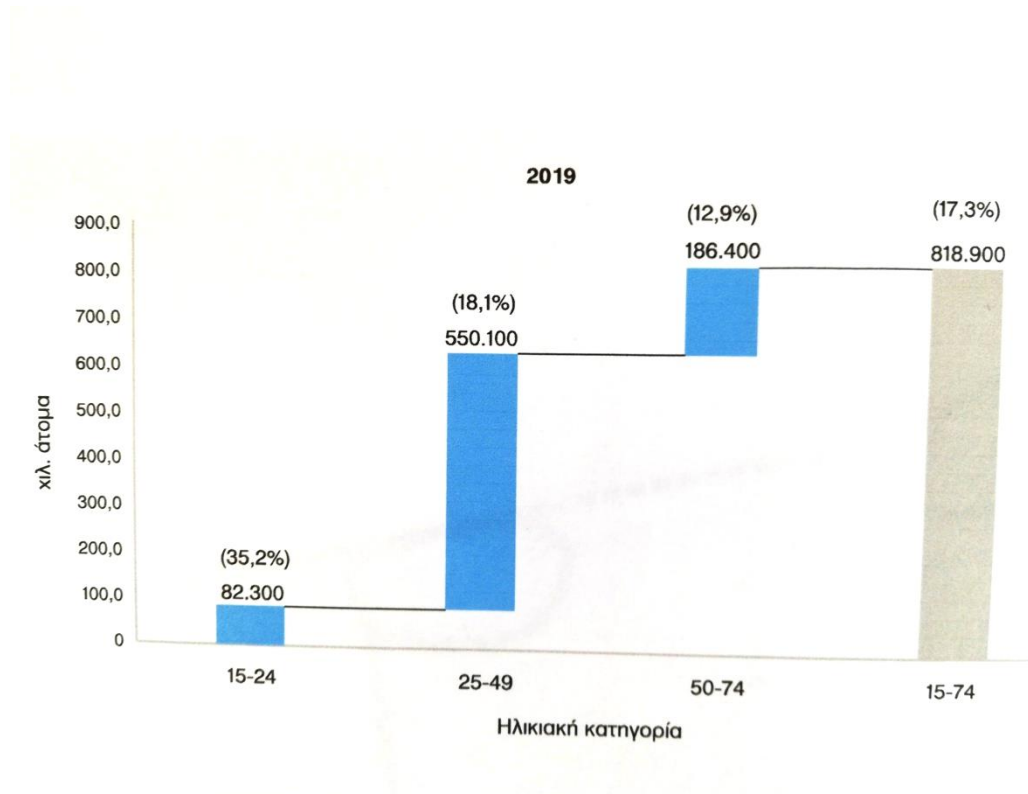


Πηγή Eurostat επεξεργασία στοιχείων IOBE 2019 Νότιες Χώρες ( Ιταλία, Ισπανία , Πορτογαλία ) σελ 15

Στο διάγραμμα 1.6 που ακολουθεί καταγράφεται για το 2019 το ποσοστό των μακροχρόνιων ανέργων το οποίο ανέρχεται στο 70,1% του συνόλου δηλ 574.300 χιλ άτομα δεν έχουν εργασία ενώ ο μεγαλύτερος αριθμό ανέργων σε απόλυτα νούμερα είναι στις ηλικίες 25-49 έτη , που απαριθμεί 550.100 χιλ ανέργους (IOBE 2019)

### Διάγραμμα 1.6

**Αριθμός μακροχρόνιων ανέργων (χιλ άτομα) και ανεργία % (συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία Ελλάδα 2019**

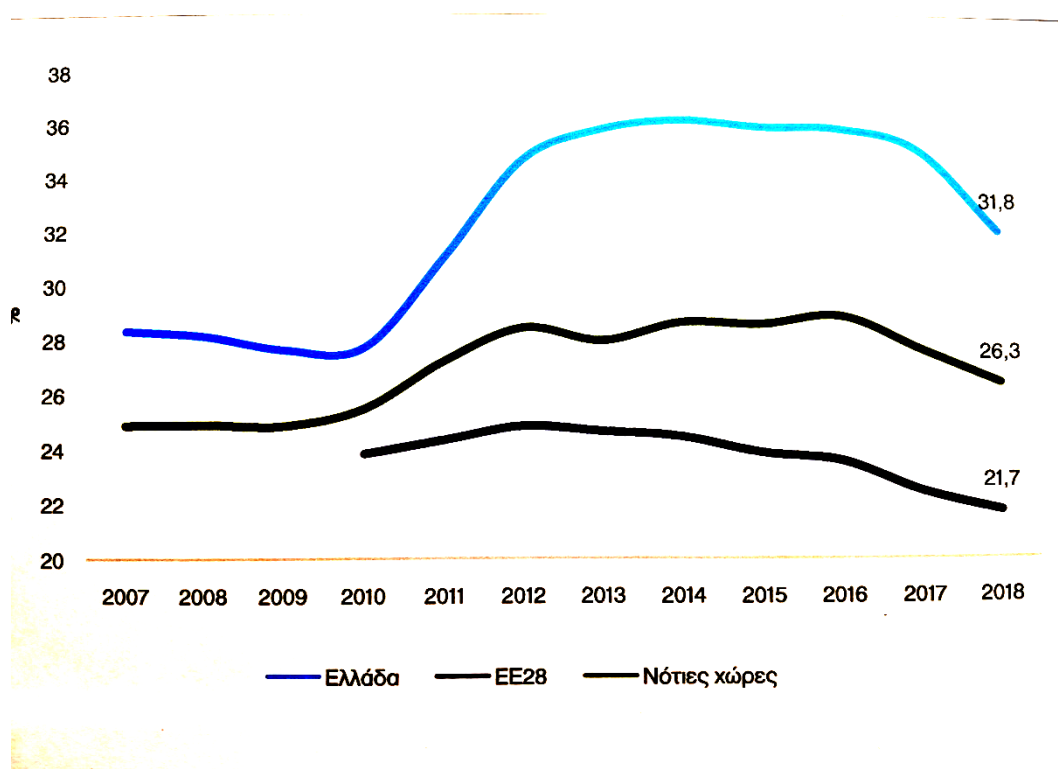


Πηγή: Eurostat 2020 (επεξεργασία στοιχεία IOBE 2019 σελ16)

Στο διάγραμμα 1.7 φαίνεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας, ενώ είναι στο μέγιστο το 2014 ,υποχωρεί μετά για να διαμορφωθεί το 2018 στο 31,8% έναντι 26,3% στις Νότιες Χώρες και 21,7% στην ΕΕ των 28 .Σημαντική προϋπόθεση για την μείωση της φτώχειας μεταξύ άλλων, σύμφωνα με την ΓΣΕΕ αποτέλεσε η θέσπιση κοινωνικών επιδομάτων όπως το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα το 2014 , ή το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης το 2016 (IOBE 2019)

Διάγραμμα 1.7

Κίνδυνος φτώχειας % συνολικά του πληθυσμού Ελλάδα –ΕΕ28- Νότιες χώρες



Πηγή :Eurostat 2019(επεξεργασία στοιχείων IOBE2019 σελ 17 )

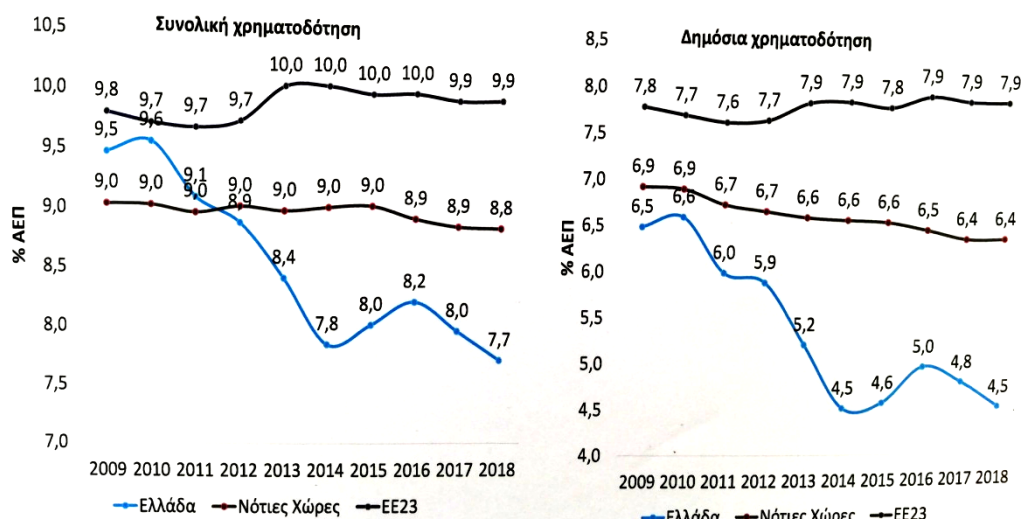
### 1.3. Χρηματοδότηση υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα

Στο διάγραμμα 1.8 απεικονίζεται η πτωτική πορεία της συνολικής και της δημόσιας χρηματοδότηση για τις δαπάνες στην υγεία (Βέττας 2020) Συγκεκριμένα η συνολική χρηματοδότηση από το 2009 που ήταν 9,5% του ΑΕΠ γίνεται 7,7% το 2018 , ενώ η δημόσια από 6,5% γίνεται 4,5% την ίδια περίοδο

Επιπλέον στο διάγραμμα 1.9 έχουμε την σύγκριση συνολικής , δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σημειώνοντας ότι η ιδιωτική είναι αρκετά χαμηλότερη από την δημόσια( Βέττας 2020)

### Διάγραμμα 1.8

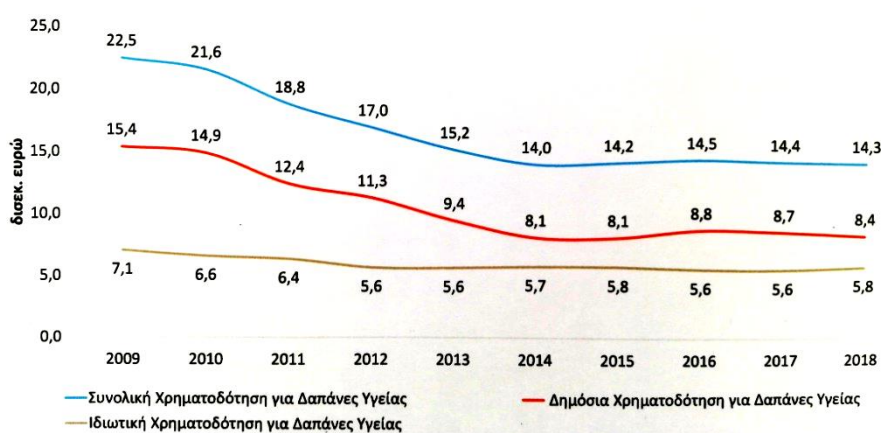
#### Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας για το 2009 και 2018



Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ 2019 Eurostat OECD health statistics 2019( Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ 21)

## Διάγραμμα 1.9

Σύγκριση συνολική , δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ( δις ευρώ)



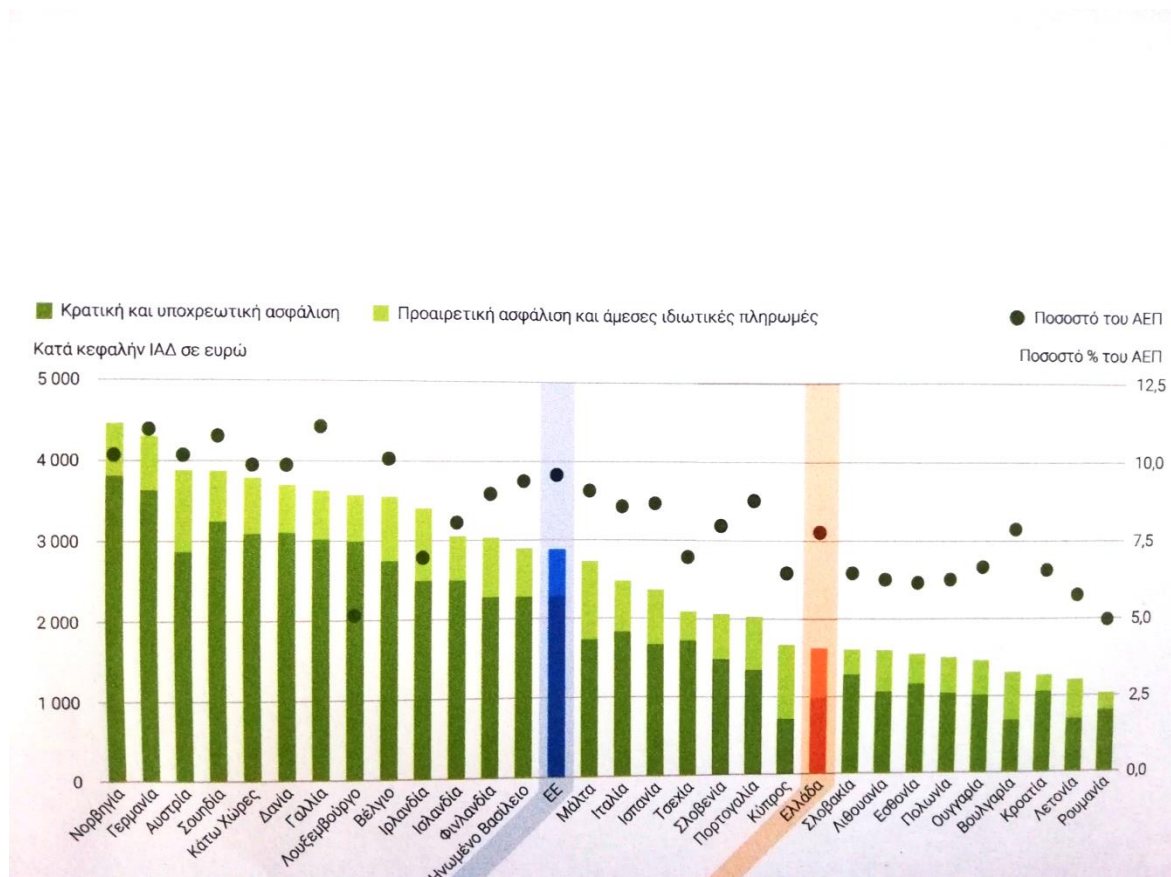
Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ 2018 Eurostat OECD health statistics 2018,( Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ 19)

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 1.10 το 2017 οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι 45% χαμηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ , με τις δημόσιες δαπάνες να είναι στο 61 % του συνόλου των δαπανών, ποσοστό που αντιστοιχεί περίπου στο 5% του ΑΕΠ ,ενώ οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και προαιρετική ασφάλιση να είναι στο 35% (το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό της ΕΕ ) . Όπως καταλαβαίνουμε η οικονομική προσαρμογή που πραγματοποιήθηκε ήταν απαραίτητη εάν σκεφτούμε ότι το 2010 οι δαπάνες των φαρμάκων για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ανήλθαν στο ποσό του 4.8 δις ευρώ ,το υψηλότερο στην ΕΕ ,ενώ το 2014 ήταν μόλις στα 2 δις ευρώ, ποσό που από το 2014 μέχρι και σήμερα παραμένει σταθερό και συμβαδίζει με εκείνο της ΕΕ(European Comission Ελλάδα προφίλ υγείας 2019)



## Διάγραμμα 1.10

### Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα



Πηγή ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 σελ 9

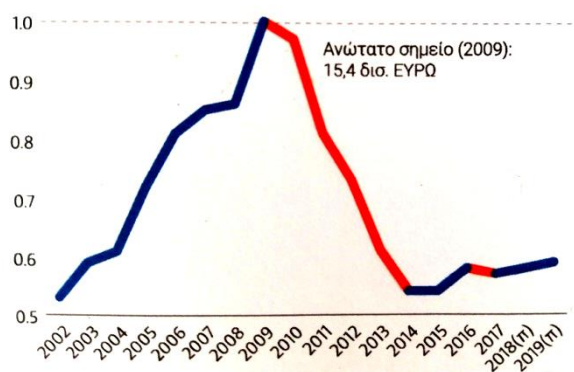
Η χώρα μας το 2008, πριν την οικονομική κρίση δαπανούσε μόνο για την υγεία το ποσό των 2.267 ευρώ ανά άτομο. Όμως το ποσό αυτό μειώθηκε κατά ένα τρίτο μέσα στα επόμενα 5 χρόνια Έτσι το 2009 οι δαπάνες για την υγεία ήταν στα 1388 ευρώ ανά άτομο και αντιστοιχούσαν σε 15.4 δις ευρώ για να περιοριστούν ακόμη περισσότερο το 2017 σε 820 ευρώ ανά άτομο (.European Comission Ελλάδα προφίλ υγείας 2019) Το 2016 παρατηρήθηκε μια αύξηση των δημοσίων δαπανών στα 9 δις ευρώ, ενώ το 2019 τα έξοδα για τη δημόσια



υγεία ήταν περίπου στο 5% δηλ στα 9,1 δις ευρώ . Παράλληλα στο διάγραμμα 1.11 βλέπουμε ότι η αύξηση των δαπανών για την υγεία γίνεται με πολύ αργό ρυθμό

### Διάγραμμα 1.11

#### Μεταβολή δημοσίων δαπανών για την υγεία



Πηγή :ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 σελ18

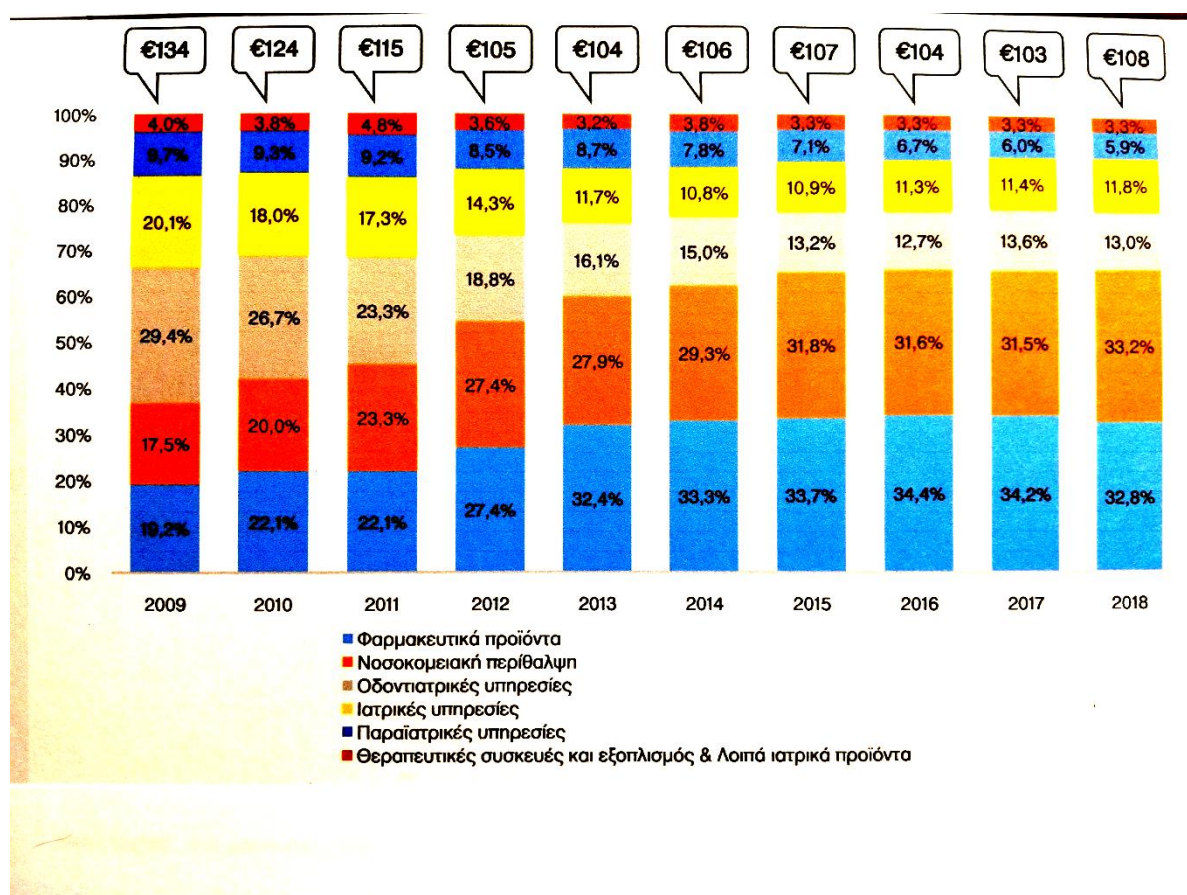
Στη μείωση αυτή των δημόσιων δαπανών σημαντικό ρόλο έπαιξε η προσχώρηση της Ελλάδος το 2017 στη συμμαχία των Νότιων Χωρών (Ελλάδα, Κύπρος, Μάλτα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Κροατία, Σλοβενία) όπου διαπραγματεύτηκαν από κοινού την τιμή των φαρμάκων Με αυτόν τον τρόπο η Ελλάδα προστατεύοταν από την κερδοσκοπική αύξηση των φαρμακοβιομηχανιών στα καινοτόμα, πρωτότυπα και ακριβά σκευάσματα(ΟΟΣΑ 2019)

## 1.4 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα

Το 2018 το μεγαλύτερο μερίδιο στη δαπάνη υγείας το είχε η φαρμακευτική δαπάνη με 32,8% και ακολουθεί η νοσοκομειακή περίθαλψη με 33,2% ,ενώ το 2009 το μεγαλύτερο ποσοστό το διεκδικούσαν οι οδοντιατρικές και οι ιατρικές υπηρεσίες με 29,4,% και 20,1% αντίστοιχα  
 διάγραμμα 1.12 (IOBE 2019)

Διάγραμμα 1.12

Κατανομή των δαπανών υγείας % για τα Ελληνικά νοικοκυριά



Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ 2018, IOBE 2019 σελ 33

Μια από τις προκλήσεις για αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών είναι :

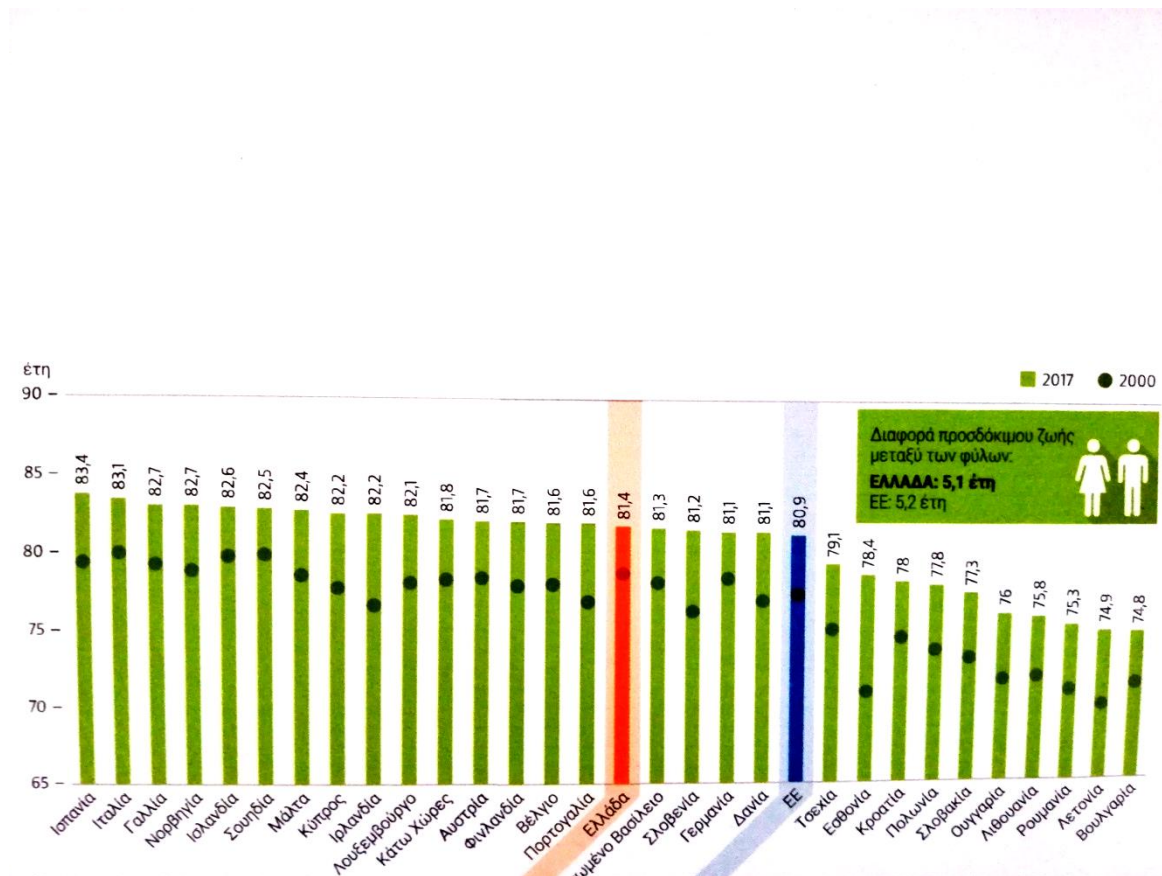
1. Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του ελληνικού πληθυσμού που έχει σαν επακόλουθο μεγαλύτερη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (διάγραμμα 1.13)
2. Αύξηση των χρόνιων και ψυχικών παθήσεων στην περίοδο της κρίσης που σημαίνει μεγαλύτερη ανάγκη για εξυπηρέτηση από τα υγειονομικά συστήματα (διάγρ 1.14)
3. Υπερκατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων που επιβαρύνουν τη φαρμακευτική δαπάνη

Σύμφωνα με πηγή της Eurostat( διάγραμμα 1.13 ) το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι γύρω στα 81.4 έτη υπερβαίνοντας το μέσο όρο της ΕΕ που είναι 80.9 έτη . Ωστόσο από το 2000 και μετά ο ρυθμός αυτός αυξάνεται βραδύτερα σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ

Το προσδόκιμο επιβίωσης ενώ έχει αυξηθεί για τους άνδρες παρέμεινε στάσιμο για τις γυναίκες με αποτέλεσμα να παρατηρείται διαφορά 5 ετών μεταξύ των δύο φύλων , παρόμοια με αυτή της ΕΕ (European Comission Ελλάδα προφίλ υγείας 2019)

### Διάγραμμα 1.13

Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό σε σύγκριση με πολλές χώρες της ΕΕ

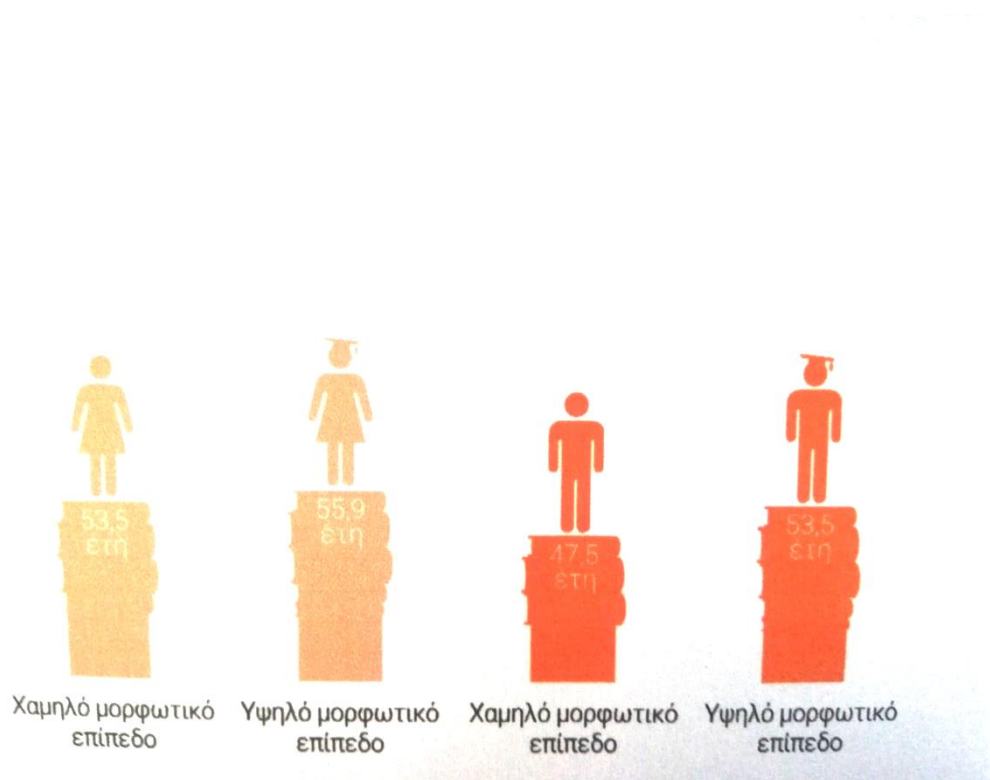


Πηγή : Βάση δεδομένων της Eurostat, ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 σελ 4

Επίσης οι Έλληνες άνδρες ηλικίας 30 ετών που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο αναμένεται να ζήσουν 6 χρόνια περισσότερο από εκείνους που έχουν χαμηλότερο με πρώτη αιτία θανάτου τα εγκεφαλικά επεισόδια και την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (διάγραμμα 1.14)

## Διάγραμμα 1.14

Μορφωτικό επίπεδο Ελλήνων (European Commission Ελλάδα προφίλ υγείας 2019)



Διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά την ηλικία των 30 ετών λόγω εκπαιδευτικού χάσματος:

ΕΛΛΑΔΑ: διαφορά 2,4 έτη για τις γυναίκες    ΕΛΛΑΔΑ: διαφορά 6 έτη για τους άνδρες

ΕΕ : 4.1 έτη

ΕΕ: 7,6 έτη

Πηγή : Βάση δεδομένων της Eurostat .European Commission για την υγεια 2019 σελ4

## 1.5 Συμμετοχή Ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη

Με τον όρο δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, εννοούμε τις δαπάνες του συνόλου του ασφαλιστικού φορέα για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Καθαρή δημόσια δαπάνη είναι αν από το τελικό ποσό που δίνουν τα ασφαλιστικά ταμεία στο κράτος αφαιρέσουμε τις υποχρεωτικές τους συνεισφορές μέσω του rebate και του clawback .Ενώ με τον όρο ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εννοούμε όλες τις ιδιωτικές δαπάνες των ασθενών που δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς( IOBE 2012) :

Η συμμετοχή των ασθενών στα συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

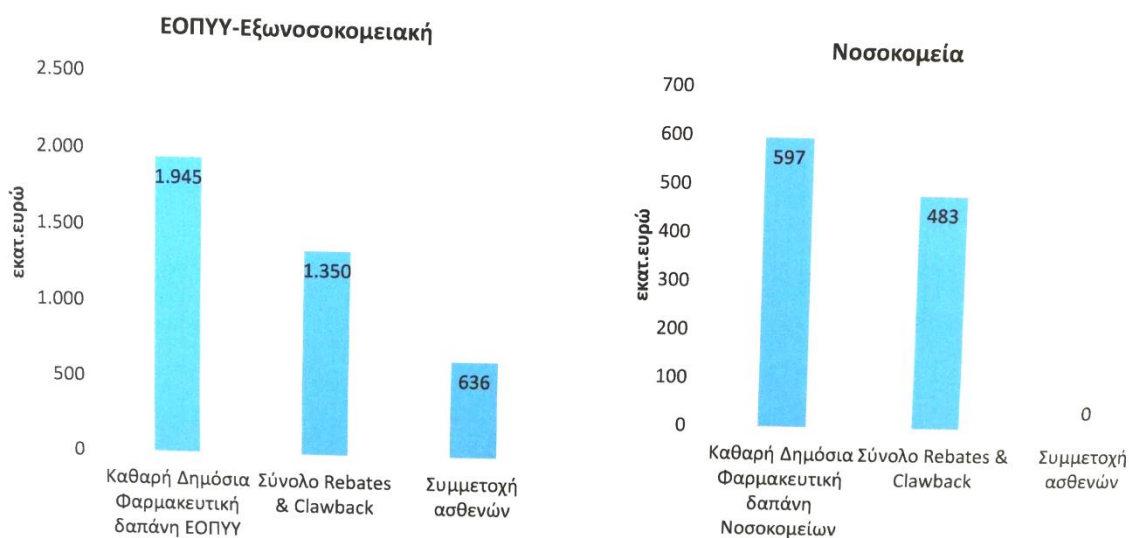
- 1 Συμμετοχή με 0%. 10%.και 25% επί της τιμής αποζημίωσης , ο διαχωρισμός που γίνεται ανάλογα με τις κατηγορίες παθήσεων (θεσμοθετημένες δαπάνες)
2. Πρωτότυπα φάρμακα που εάν είναι συνταγογραφημένα, ο ασθενής πληρώνει στο φαρμακείο την διαφορά της τιμής μεταξύ πρωτότυπου και αντίστοιχου φθηνότερου γενόσημου
3. Φάρμακα που δεν συνταγογραφούνται (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ)
4. Φάρμακα που δεν χορηγούνται από τον ασφαλιστικό φορέα και ο ασθενής αναγκάζεται να τα πληρώσει εξ ολοκλήρου γιατί δεν αποζημιώνονται Συνήθως τα φάρμακα αυτά βρίσκονται στην αρνητική λίστα
5. Ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται να συνταγογραφήσει τα φάρμακα και τα πληρώνει εξ ολοκλήρου από την τσέπη του

Το επόμενο διάγραμμα 1.15 μας δείχνει ότι για το έτος 2019 η συμμετοχή των ασθενών για την εξωνοσοκομειακή δαπάνη ήταν γύρω στα 636 εκατ ευρώ, ενώ το 2018 το ποσοστό συμμετοχής τους για τις θεσμοθετημένες δαπάνες ήταν στα 375 εκατ ευρώ, για την αγορά πρωτότυπου σκευάσματος στα 261 εκατ ευρώ, για τα φάρμακα που δεν συνταγογραφούνται στα 285 εκατ ευρώ, για τα σκευάσματα που είναι στην αρνητική λίστα στα 96 εκατ ευρώ και

τέλος για τα φάρμακα που ασθενής επιλεγεί να τα πληρώσει 100% στα 581 εκατ ευρώ (διάγραμμα 1.16)( Βέττας και Τσακανίκας 2020)

**Διάγραμμα 1.15.**

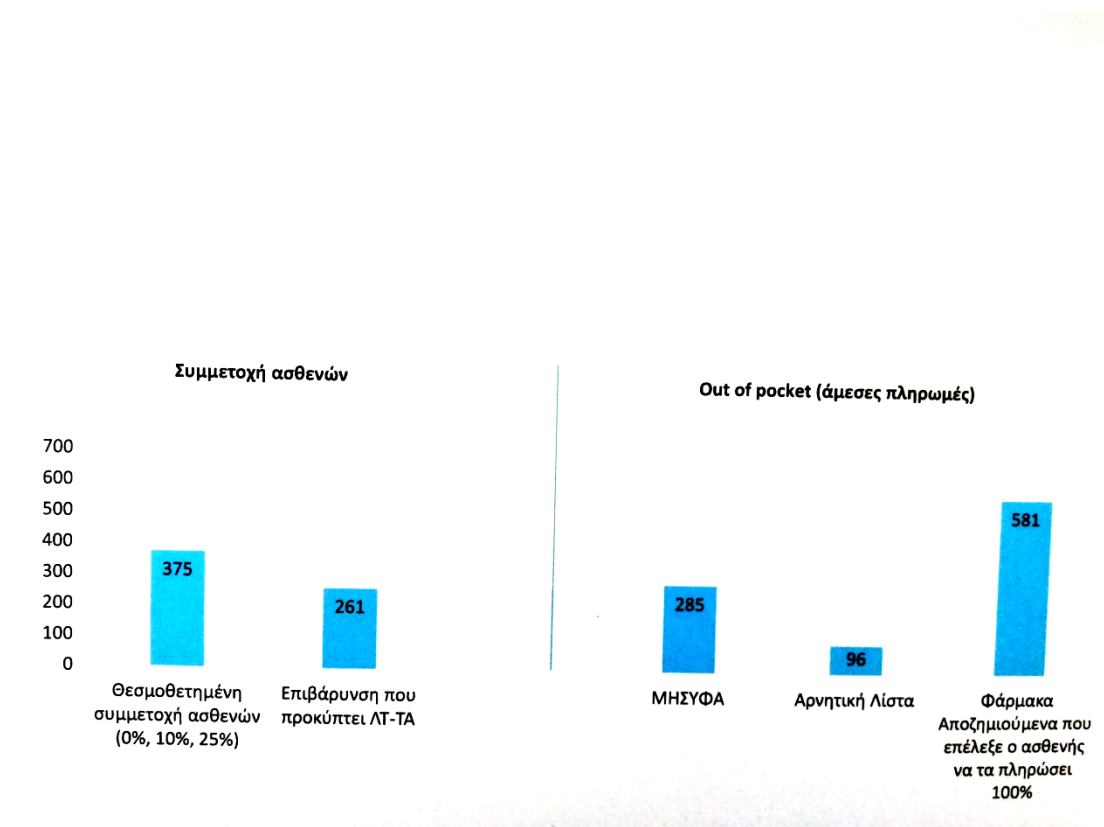
**Συμμετοχή ασθενών στην αποζημιωμένη αγορά (2019)**



Πηγή: Κρατικός Προϋπολογισμός, σημειώματα εταιρειών, στοιχεία από ΗΔΙΚΑ, Επεξεργασία ΣΦΕΕ, ( Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ34)

## Διάγραμμα 1.16

### Συνολική Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη (IOBE 2018)



Πηγή: Στοιχεία ΗΔΙΚΑ (Θεσμοθετημένη συμμετοχή ασθενών), ΜΗΣΥΦΑ & Αρνητική Λίστα υπολογισμοί ΣΦΕΕ βάσει στοιχείων ΕΟΠΥΥ και ΙQVIA, ( Βέττας και Τσακανίκας 2020,σελ35)

## 1.6 Ανακεφαλαίωση

Ως εκ τούτου επειδή οι δαπάνες για την υγεία δημόσιες και ιδιωτικές που ολοένα και αυξάνονται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού χρειάζονται μια υπεύθυνη πολιτική υγείας που θα περιορίζει τη σπατάλη πόρων και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών Η κατανόηση των βασικών όρων της φαρμακευτικής πολιτικής , θα βοηθήσει στα να



αναζητηθούν αποτελεσματικότερες εναλλακτικές επιλογές και μέτρα για την οικονομική εξυγίανση. Ένα από τα βασικότερα μέτρα για τη μείωση των δαπανών και τη συγκράτηση του κόστους υγείας είναι η χρήση των γενοσήμων φαρμάκων. Η υιοθέτηση φθηνότερων φαρμάκων αποτελεί ουσιώδη παρέμβαση στη δημόσια υγεία όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Κυριακόπουλος 2014)

### Πίνακας 1.3

#### Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας

**Πίνακας. Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας**

Ιδιαίτερα αποτελεσματικά ως προς το κόστος (< \$10.000/DALY)		
Μεγάλη επίδραση στην υγεία	Μέτρια επίδραση στην υγεία	Μικρή επίδραση στην υγεία
<ul style="list-style-type: none"> <li>Φορολογία οινοπνεύματος, καπνού και «μη υγιεινών τροφών»</li> <li>Περιορισμός της ποσότητας αλάτιου στα επεξεργασμένα τρόφιμα</li> <li>Πιο αποδοτική θεραπεία της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης με τη χρήση               <ul style="list-style-type: none"> <li>Φθηνότερων φαρμάκων</li> <li>Καλύτερη διαχείριση των ασθενών</li> </ul> </li> <li>Δακτύλιος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (αλλά πολύ ααριβή επέμβαση)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δράσεις αγωγής και προαγωγής της φυσικής άσκησης</li> <li>Φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος</li> <li>Προσυμπτωματικοί έλεγχοι υψωμένων γυναικών για την οστεοπόρωση</li> <li>Προσυμπτωματικοί έλεγχοι διαβητικών για χρόνια νεφρική νόσο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Φθορίωση πόσιμου νερού</li> <li>Εμβολιασμός κατά της Ηπατίτιδας Β</li> </ul>
Αποτελεσματικά ως προς το κόστος (\$10.000-50.000/DALY)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Εμβολιασμός HPV και Pap test</li> <li>Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για το διαβήτη σε συνδυασμό με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής</li> <li>Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για χρόνια νεφρική νόσο σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή</li> <li>Δράσεις διαίτας και άσκησης για τα υπέρβαρα άτομα</li> </ul>		
Δεν προτείνονται		
<ul style="list-style-type: none"> <li>PSA test για καρτίνο του προστάτη</li> <li>Φαρμακευτική αγωγή για απώλεια βάρους</li> <li>Δράσεις για την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών</li> <li>Λήψη ασπιρίνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων</li> <li>Δράσεις κατά των ναρκωτικών στα σχολεία</li> </ul>		

Πηγή : Κυριακόπουλος 2014 σελ 34

Παράλληλα η κατάλληλη απάντηση από το υπουργείο υγείας στα χρόνια ψυχικά και σωματικά νοσήματα, θα περιορίσει την οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών συστημάτων και θα ικανοποιήσει ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ,όπως οι άνεργοι ,ή τα άτομα με μισθολογικές μειώσεις οι οποίοι εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο για ψυχοπαθολογία ( Ευθυμίου et al 2014)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

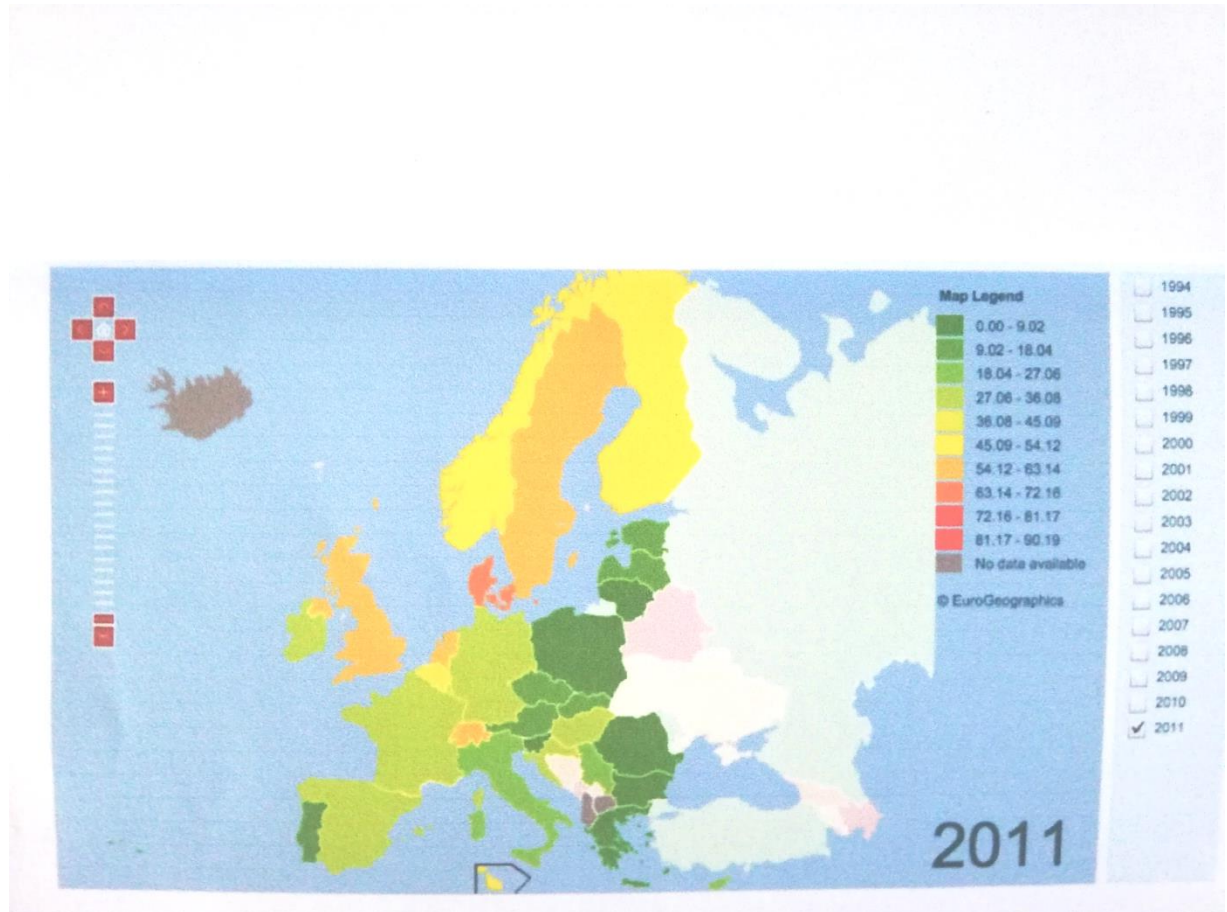
### ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

#### 2.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη για να είναι δημοσιονομικά βιώσιμα και να υπηρετούν αξίες όπως καθολικότητα στην πρόσβαση, ισότητα, και αλληλεγγύη( Ευρωπαϊκή Ένωση 2006) πρέπει να αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις όπως η αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σε ένα πληθυσμό που συνεχώς γηράσκει και η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε περίοδο οικονομικής ανέχειας. Ωστόσο η χώρα μας, παρά την κρίση και σύμφωνα με τους Ευρωπαϊκούς δείκτες υγείας(ECHI 2011) κατατάσσεται μεταξύ των χωρών εκείνων με το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (0-9,02/100.00 κατοίκους) για τα ψυχιατρικά προβλήματα (διάγραμμα 2.1). Όπως θα δούμε και στη έρευνα που ακολουθεί στο κεφάλαιο 4, το 65% από τους ερωτηθέντες δηλώνει ότι παρά τις μισθολογικές μειώσεις που έχει υποστεί, μόνο το 9% παρουσιάζει αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια τους σε μεγάλο βαθμό.

## Διάγραμμα 2.1

### Ποσοστό θανάτων ανά 100.000 κατοίκους



Πηγή : European Core Health Indication ECHI 2011, διαΝΕΟσις 2016

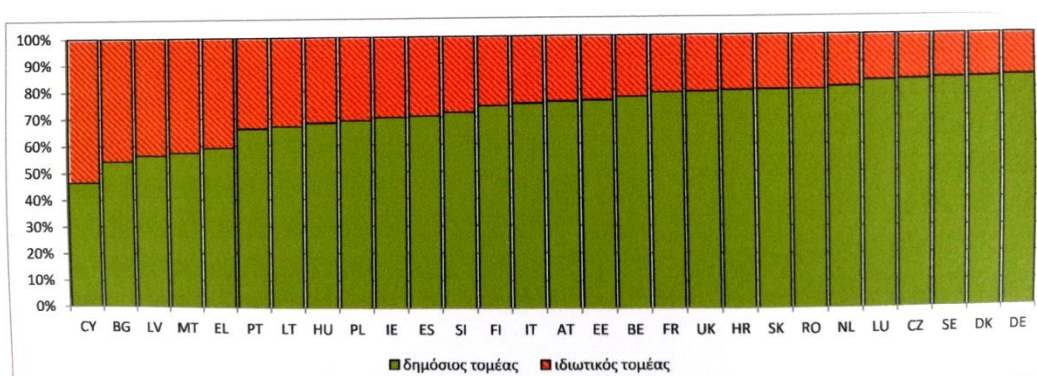
## 2.2 Κατάσταση υγειονομικών συστημάτων σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες

Στην Ευρώπη γενικά ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα πάνω από τα δυο τρίτα των κρατών μελών χρηματοδοτούνται από το δημόσιο σε ποσοστό πάνω από 70%. Στο διάγραμμα 2.2 που ακολουθεί βλέπουμε τα κράτη με τα μεγαλύτερα ποσοστά χρηματοδότησης από το δημόσιο όπως η Τσεχία με 83% επί του συνόλου των δαπανών υγείας, η Δανία με 84%, η Γερμανία με 85%, το Λουξεμβούργο με 83%, οι Κάτω Χώρες με 81% και η Σουηδία με 84%. Αντίθετα τα κράτη με το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών είναι η Βουλγαρία με 46%, η Ελλάδα

με 41% , η Κύπρος με 54%, η Λετονία με 44 % και η Μάλτα με 43% (European Commission Συστήματα υγείας )

## Διάγραμμα 2.2

### Χρηματοδότηση του τομέα υγείας



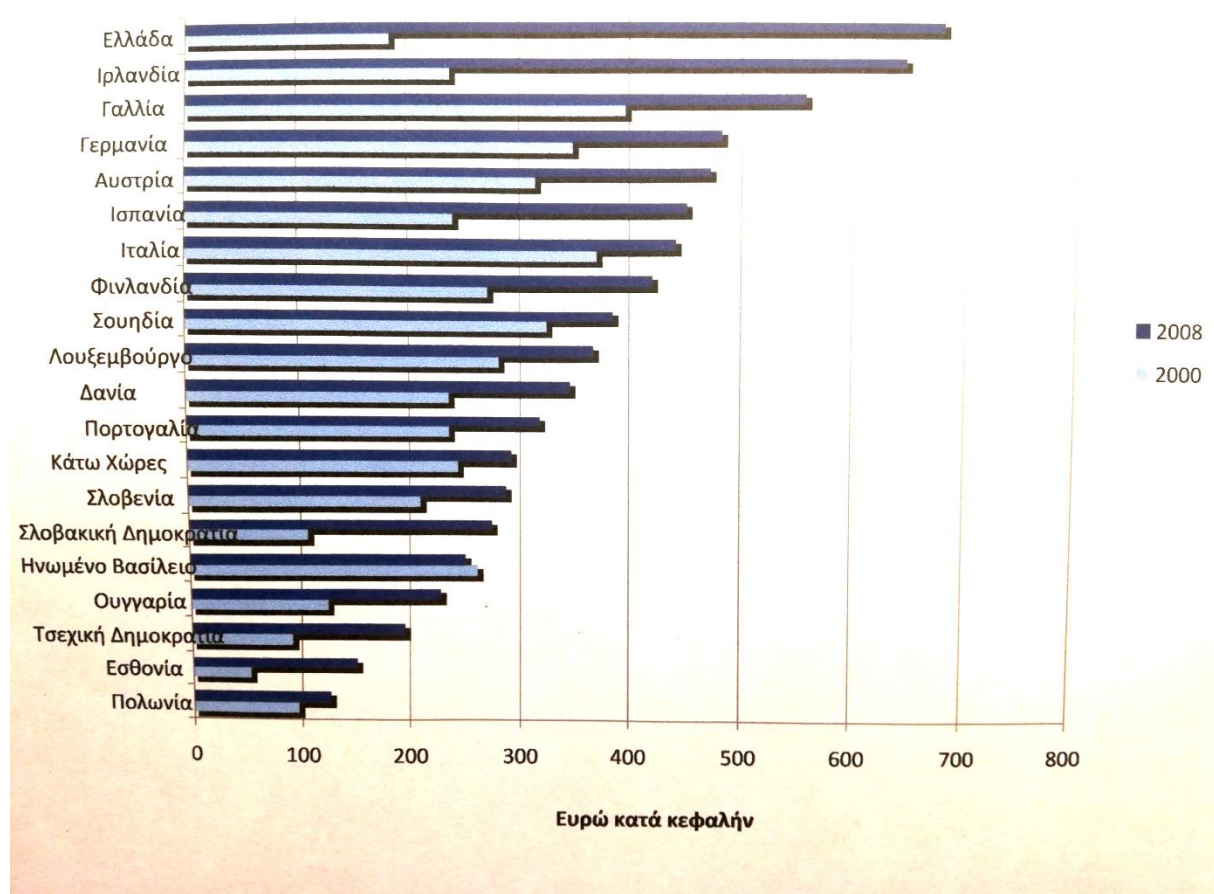
Πηγή ΟΟΣΑ Eurostat ΠΟΥ 2016. European Commission Συστήματα υγείας σελ5)

Για να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας τα κράτη-μέλη δίνουν μεγάλη προσοχή στις φαρμακευτικές δαπάνες αφού αυτές αποτελούν την τρίτη σημαντικότερη αίτια στην αύξηση του κόστους προϋπολογισμού υγειονομικής κάλυψης Παράλληλα η κατάλληλη ρύθμιση στις τιμές των φαρμάκων θα επηρεάσει το βιομηχανικό κλάδο που συνδέεται άμεσα με την έρευνα , την καινοτομία, την ανάπτυξη και που αποτελεί τον δεύτερο στόχο της Ευρώπης

2020 (Ευρωπαϊκή Ένωση ΕΣΠΑ2014-2020 ) Στο παρακάτω διάγραμμα 2.3 βλέπουμε την συνολική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη σε ευρώ για τα έτη 2000-2008 σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011) Οι διαφορές των κρατών οφείλονται στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων που έχουν άμεση σχέση με το ποσοστό κυκλοφορίας πρωτότυπων ή γενοσήμων φαρμάκων, από την ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται καθώς και το ποσοστό συμμετοχής των εθνικών συστημάτων στις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα η χώρα μας το 2008 πραγματοποίησε μία σημαντική αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες συγκρινόμενη με αυτή του 2000. Ακόμη παρατηρούμε μία σημαντική διαφορά μεταξύ 20 κρατών-μελών με την Ελλάδα να έχει τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες (682 ευρώ κατά κεφαλήν ) ενώ η Πολωνία τις χαμηλότερες ( 127 ευρώ κατά κεφαλήν)

**Διάγραμμα 2.3**

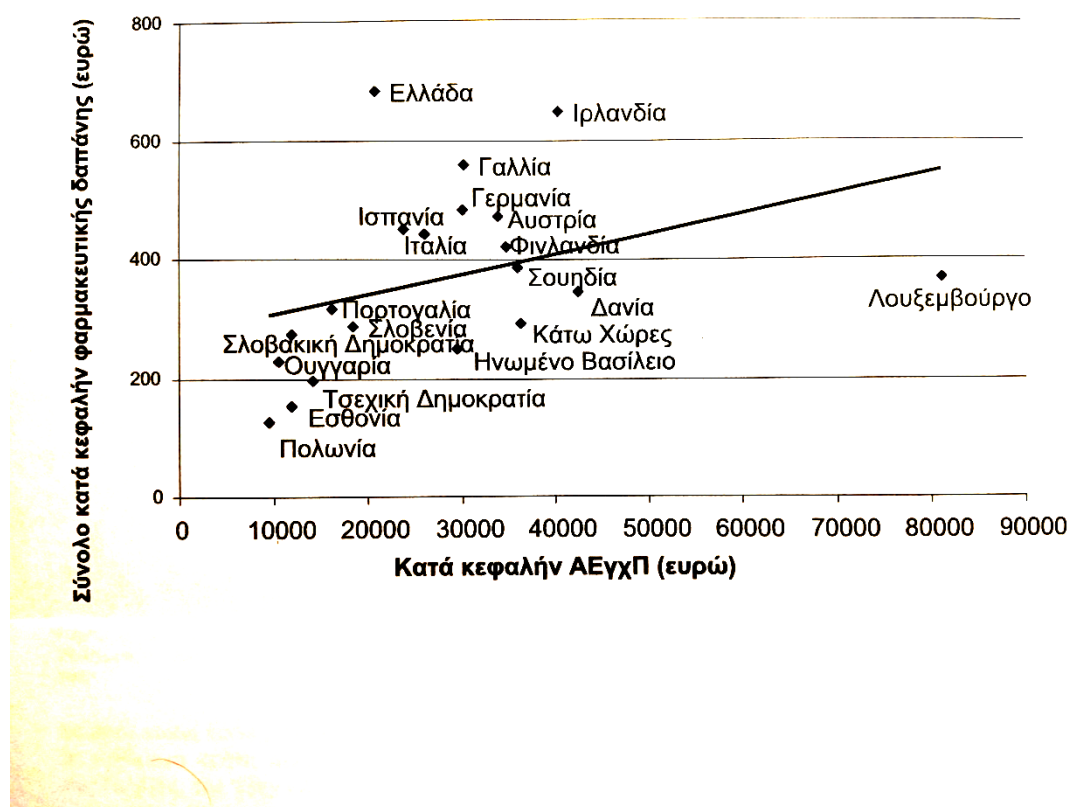
**Συνολική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ( ευρώ ) για το έτος 2008 σε σύγκριση με το 2000**





#### Διάγραμμα 2.4

#### Κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες (ευρώ) και κατά κεφαλήν ΑΕΠ το 2008



Στο διάγραμμα 2.4 φαίνεται να υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ στο κατά κεφαλήν φαρμακευτικών δαπανών και το στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Το 2008 η Ελλάδα ,η Ιρλανδία ,η Γαλλία και η Γερμανία δαπανούσαν περισσότερα χρήματα για φαρμακευτικές δαπάνες αναλογικά με το ΑΕΠ τους , σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο και με τις Κάτω Χώρες που δαπανούσαν λιγότερο

Οι κυβερνήσεις των χωρών έχοντας καταλάβει τη σημαντικότητα του περιορισμού των φαρμακευτικών δαπανών , προσπαθούν να πάρουν τα κατάλληλα μέτρα και να εφαρμόσουν τις πολιτικές εκείνες που θα τους βοηθήσουν να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους

Οι πολιτικές αυτές είναι:

α) οι πολιτικές της προσφοράς δηλ η τιμολόγηση των φαρμάκων και η επιστροφή χρημάτων από τα ασφαλιστικά ταμεία και

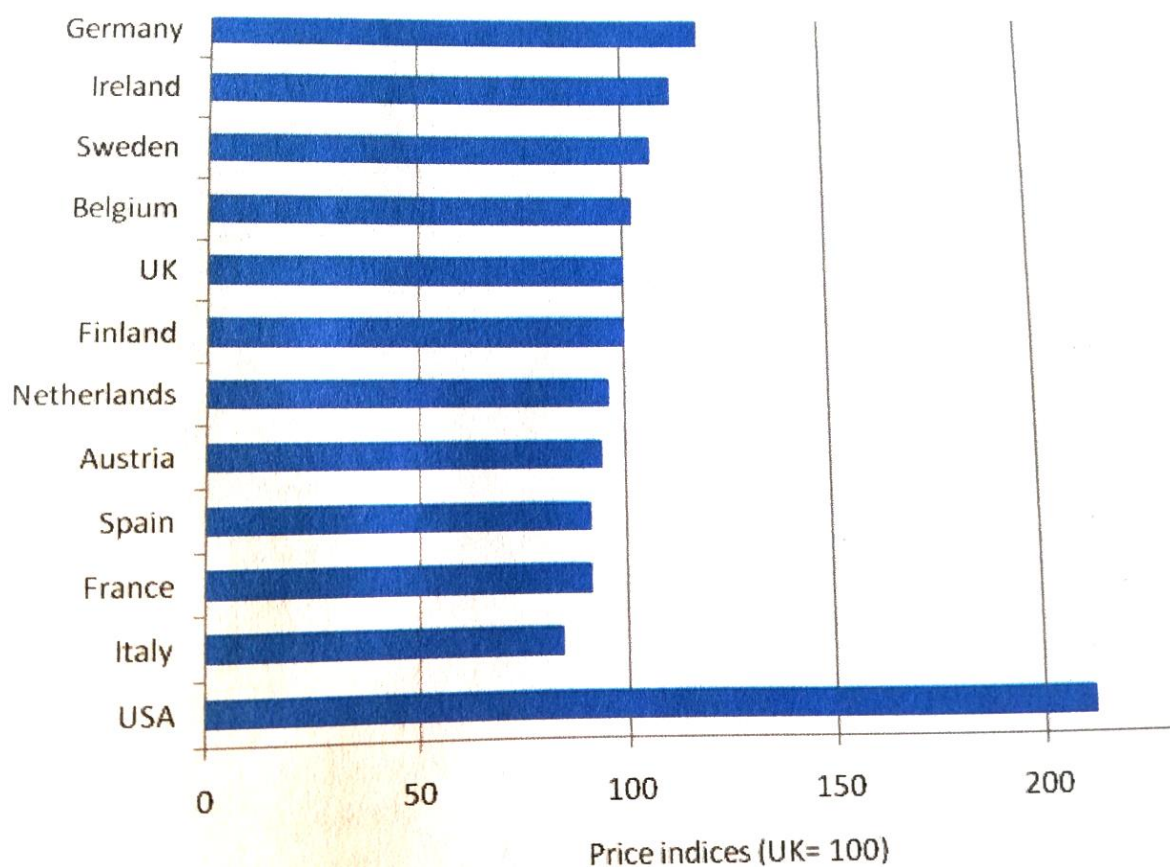
β) οι πολιτικές της ζήτησης δηλ οι πολιτικές που αφορούν τη συμπεριφορά των γιατρών, των φαρμακοποιών και των ασθενών (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011 )

### **2.3 Πολιτική γενοσήμων στον κόσμο και την Ευρωπαϊκή Ένωση**

Οι τιμές των διαφόρων πρωτότυπων και γενοσήμων σκευασμάτων διαφέρουν ανάμεσα στα κράτη- μέλη της ΕΕ .Ενδεικτικά αναφέρουμε για το έτος 2008 ,150 κορυφαία πρωτότυπα φάρμακα που κυκλοφορούν στο Ηνωμένο Βασίλειο και συγκρίνονται με 10 αναπτυγμένες χώρες της ΕΕ και στις ΗΠΑ. Στο παρακάτω διάγραμμα 2.5 βλέπουμε ότι η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Σουηδία και οι ΗΠΑ είναι από τα κράτη με τις υψηλότερες τιμές για το 2008 ,ενώ αντίθετα η Ισπανία, η Γαλλία και η Ιταλία με τις χαμηλότερες

### Διάγραμμα 2.5

Συγκρίσεις τιμών μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ ( και με τις ΗΠΑ) για ένα καλάθι 150 φαρμακευτικών προϊόντων , δείκτης τιμών 2008 με το Ην Βασίλειο =100



Πηγή :Υπουργείο Υγείας του Ην Βασίλειο 2009 , Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011 σελ 13

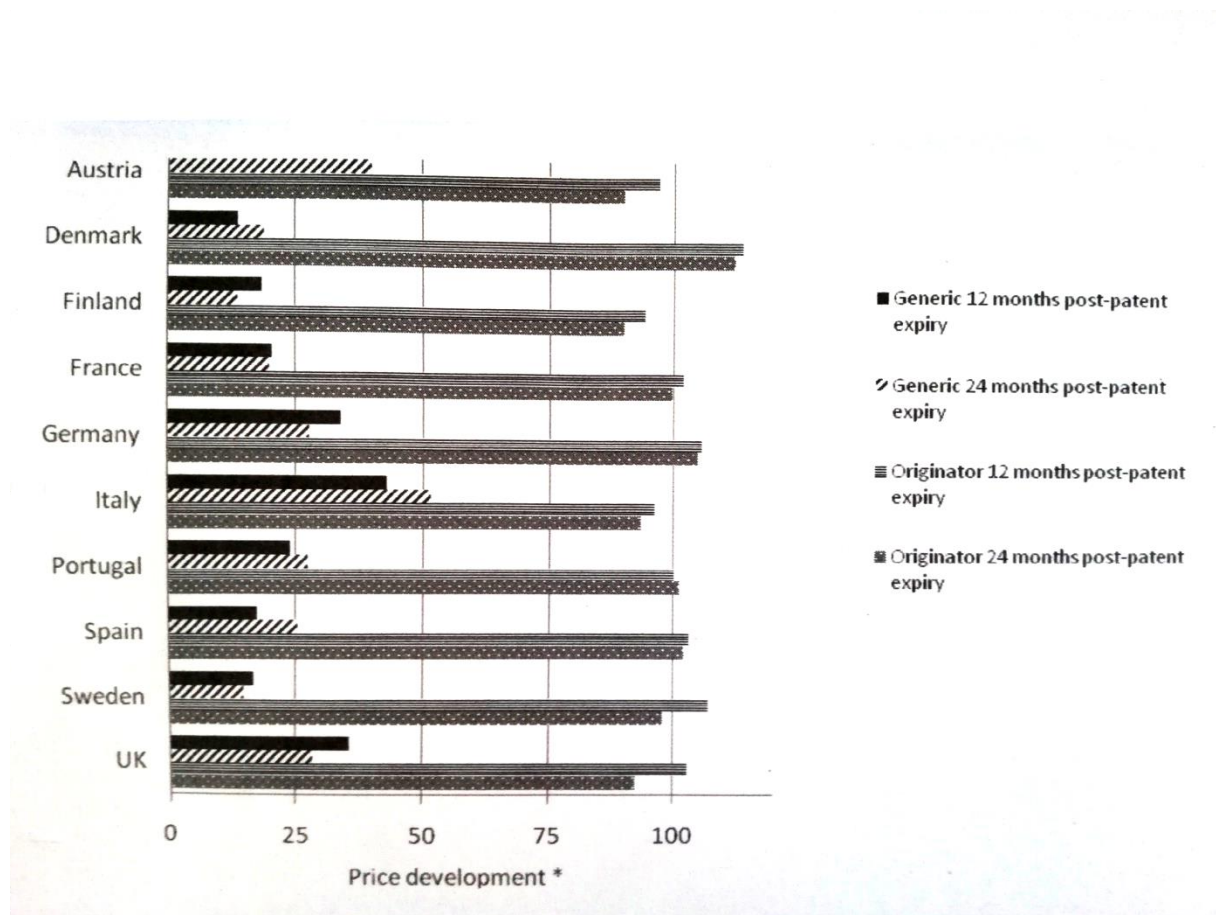
Η ΕΕ ορίζει τα γενόσημα ως «φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, με την ίδια φαρμακευτική μορφή όπως το φάρμακο αναφοράς, των οποίων η βιοϊσοδυναμία έχει αποδειχθεί βάση κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας».



Μία όμως από τις κυριότερες διαφορές τους είναι ότι τα γενόσημα κυκλοφορούν σε πολύ χαμηλότερη τιμή από τα πρωτότυπα αφού δεν έχουν ξοδέψει χρήματα σε πειράματα και δεν έχουν δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Αυτό το γεγονός όμως εξαναγκάζει και τα πρωτότυπα, μετά τη λήξη της πατέντα τους, να μειώσουν τις τιμές τους. Συγκεκριμένα οι τιμές των γενοσήμων μετά από 12 και 24 μήνες από την είσοδο τους στην αγορά, είναι περίπου στο 25 % της αξίας των πρωτότυπων, άλλοτε πιο υψηλή όπως σε κράτη Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Κάτω Χώρες και Πορτογαλία και άλλοτε πιο χαμηλή όπως σε χώρες Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία Αυστρία, Σουηδία, Ελλάδα και Φινλανδία ( Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011) διάγραμμα 2.6

**Διάγραμμα 2.6**

**Εξέλιξη μέσης τιμής γενοσήμων σε 10 Κ-Μ της ΕΕ ( από την λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας έως 24 μήνες μετά την λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας)**



Πηγή : Kanavos and Vandoros 2011, Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011 σελ 30

Έχει διαπιστωθεί ότι τα γενόσημα είναι επαρκή στις ευρωπαϊκές εκείνες αγορές που υπάρχει μια πολιτική ελεύθερης τιμολόγησης , έτσι ώστε να υπάρχει ένας υγιής ανταγωνισμός που να οδηγεί σε περαιτέρω μείωση των τιμών τους. Ακόμη έχει διαπιστωθεί ότι όταν υπάρχει χαλάρωση στις ρυθμιστικές παρεμβάσεις προσφοράς ,τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί μία επιπλέον μείωση των τιμών (Kanavos και Vandoros 2011) Εδώ μπορούμε να αναφέρουμε το παράδειγμα του Οντάριο του Καναδά που έχει κάνει 3 μεταρρυθμίσεις στην τιμολογιακή του πολιτική για τα γενόσημα. Το 1993 πραγματοποίησε μια μείωση της τάξης του 50% από την προηγούμενη (Anis *et al* 2011) ενώ το 2010 έκανε ακόμη μια μείωση της τάξης του 25% σε σχέση με τα πρωτότυπα. Εντούτοις όπως υποστηρίζουν οι Anis *et al* οι τιμές των γενοσήμων στον Καναδά είναι από τις υψηλότερες σε αντίθεση με τις ΗΠΑ που έχουν τις χαμηλότερες και αυτό γιατί δεν υπάρχει περιορισμός στις μέγιστες τιμές μιας και ακολουθούν τις αρχές του ελεύθερου και υγιή ανταγωνισμού. Επιπλέον οι χαμηλές τιμές παρατηρούνται όταν τα γενόσημα πρωτοεμφανίζονται στην αγορά ( Bulfone ,2009)

Η πολιτική των γενοσήμων διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες πχ στη Σουηδία είναι υποχρεωτική η αντικατάσταση των πρωτοτύπων με γενόσημα , στη Γαλλία προαιρετική και στην Αυστρία μη επιτρεπόμενη (*Pharmaceutical pricing and reimbursement information PPRI 2007*) Η πολιτική επίσης διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα ανάλογα με την δυνατότητα που δίνει η κυβέρνηση στους γιατρούς ή ασθενείς για να αρνηθούν την αντικατάσταση.

Η Ευρωπαϊκή επιτροπή το 2009 (European Commission 2009) επισημαίνει ότι οι χώρες που υποχρεώνουν τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς να χρησιμοποιούν τα γενόσημα πραγματοποιούν περισσότερες εξοικονομήσεις πόρων. Αν εξετάσουμε τη Σουηδία που η συνταγογράφηση των γενοσήμων είναι υποχρεωτική, θα δούμε μια μείωση των τιμών τους γύρω στα 40% μέσα σε 5 χρόνια (PPRI 2007)

Εκείνο που φαίνεται να είναι σημαντικό στην υλοποίηση των στόχων της πολιτικής υγείας, είναι ο χρόνος έναρξης και αντικατάστασης της αγωγής με τα γενόσημα σκευάσματα. Δεδομένα από το Ην.Βασίλειο έδειξαν ότι η έγκαιρη αντικατάσταση πρωτότυπων με γενόσημα εξοικονομεί πόρους μέχρι και 500 εκατ € το χρόνο (Moon *et all* 2010)

Άλλη μελέτη που πραγματοποίησε η Γαλλία έδειξε ότι εάν η χρήση γενοσήμων γίνει αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο τότε θα υπάρχει όφελος 1512 € ανά 1000 ασθενείς την εβδομάδα και 18.960 € ανά 1000 ασθενείς το έτος ( Chu *et all* 2011)

Η έγκαιρη όμως χρήση γενοσήμων απαιτεί και επαρκή διαθεσιμότητα.

Ανάλυση που υλοποιήθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε τις διαφορές που υπάρχουν στη διαθεσιμότητα των γενοσήμων (Kanavos 2011 ) Η Ελλάδα το 2011 χρησιμοποιούσε 34% γενόσημα επί 66% των συνολικών πωλήσεων , ενώ η Δανία 57% επί 89% των συνολικών πωλήσεων.(διάγραμμα 2.8)

Ακόμη η διαθεσιμότητα εξαρτάται από το ποσό μικρή είναι η αγορά και επηρεάζεται από τον προϋπολογισμό υγείας μίας χώρας. Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπή το 2008 αναφέρει ότι ο μέσος χρόνος που απαιτείται για να κυκλοφορήσει ένα γενόσημο στην αγορά είναι περίπου 7 μήνες , και που όταν αυτός μειωθεί θα υπάρξει περιορισμός των δαπανών κατά 20% (IOBE 2013) Απαραίτητη όμως προϋπόθεση για να υλοποιηθεί αυτή η εξοικονόμηση πόρων πρέπει οι πολίτες να έχουν αποδεχτεί τη χρήση γενοσήμων και οι κυβερνήσεις να μειώσουν τις ασφαλιστικές τιμές στα γενόσημα καθώς και τα ποσοστά κάλυψης από τα ασφαλιστικά ταμεία (Kanavos and Vadoros 2011)

Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας για τα γενόσημα είναι σύνθετη , αλλά απαραίτητη για τα πετύχουν τα κράτη τους στόχους τους , που δεν είναι άλλοι από τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών (παράρτημα Π1) Άλλωστε σήμερα όλο και πληθαίνουν οι απόψεις που συμφωνούν ότι πρέπει να υπάρξουν αυστηρότερα μέτρα για την υποχρεωτική συνταγογράφηση των γιατρών με βάση τη δραστική ουσία προτιμώντας τη χορήγηση φθηνότερων σκευασμάτων Οι στόχοι αυτοί καταλαμβάνουν σημαντική θέση στην πολιτική υγείας της χώρας μας ,όπως αυτή έχει διαμορφωθεί με τις μνημονικές δεσμεύσεις ,που όμως για να υλοποιηθούν χρειάζονται ολοκληρωμένους έλεγχους καθώς και μια χρηστή ηλεκτρονική διακυβέρνηση

## **2.4 Επισκόπηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας στην Ευρώπη**

### **Π2(Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

Γενικά ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας έχει ορισμένες αρχές και χαρακτηρίζεται από τους νόμους :

- 1.της προσφοράς που παρέχεται από τους παραγωγούς των φαρμακευτικών ουσιών
- 2.της ζήτησης που παρέχεται από τους γιατρούς που συνταγογραφούν τα φαρμακευτικά σκευάσματα, από τους φαρμακοποιούς που τα διαθέτουν και από τους ασθενείς που τα χρησιμοποιούν

Όσο αφορά τους νόμους της προσφοράς οι φαρμακευτικές εταιρείες που κάνουν μια καινούργια φαρμακευτική ανακάλυψη, προστατεύονται για 20 έτη μονοπωλιακής αποκλειστικότητας και επιπλέον αλλά 5 έτη ανώτατο όριο μέσω του συμπληρωματικού πιστοποιητικού προστασίας *SPC* Τα κράτη-μέλη της ΕΕ κάνουν αρκετές παρεμβάσεις τόσο σαν αγοραστές όσο και σαν ρυθμιστές φαρμακευτικών προϊόντων. Οι εν λόγω παρεμβάσεις ταξινομούνται ως εξής :

- Παρέμβαση από πλευρά προσφοράς για τον καθορισμό των τιμών στα πρωτότυπα και γενόσημα προϊόντα, για τη δημιουργία προϋποθέσεων σ ένα υγιή ανταγωνισμό και σε μία ευκολότερη είσοδο των γενοσήμων στην αγορά
- Παρέμβαση από πλευρά προσφοράς μέσω πολιτικών για την επιστροφή στο κράτος το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων Αυτό μπορεί να συμβεί μέσω καθορισμένων επιστροφών *claw back* , ή ρύθμισης κέρδους όπως θα δούμε παρακάτω
- Παρέμβαση από πλευρά ζήτησης

## **2.4.1. Πολιτική υγείας από πλευρά προσφοράς(Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

### **2.4.1.1. Τιμολόγηση στα πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα**

Η τιμολόγηση στα πρωτότυπα σκευάσματα γίνεται ως εξής:

- **Η ελεύθερη τιμολόγηση** χωρίς περιορισμούς ή ρυθμίζεται με τον έλεγχο επί του κέρδους ( Ην Βασίλειο) (Mrazek and Mossialos 2004) ,ή μέσω εσωτερικής σύγκρισης τιμών και επιστροφών ,ή μέσω της ΗΤΑ
- **Η καθορισμένη τιμολόγηση** για τις μέγιστες τιμές στην αγορά ,γίνεται είτε μέσω διαπραγματεύσεων( Γάλλια, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία , Αυστρία), είτε μέσω της εθνικής αρχής που θα τις καθορίσει ,θα τις ελέγξει, θα περιορίσει τις αυξήσεις των φαρμακευτικών δαπανών, και μέσω των φαρμάκων θα προωθήσει την έρευνα την ανάπτυξη, την απασχόληση και το εμπόριο( Mrazek and Mossialos 2004 )
- **Η εξωτερική τιμή αναφοράς *EPR*** (διεθνής τιμολόγηση αναφοράς) κατά την οποία οι χώρες είναι εκείνες που θα καθορίσουν τις τιμές των προϊόντων τους, βασισμένες στο μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών ,συμβάλλοντας με αυτόν τρόπο στην μείωση των τιμών και των δαπανών υγείας Επιπλέον με την

μέθοδος *EPR* έχουμε ακόμη περισσότερη μείωση στις τιμές εάν λάβουμε υπόψη μας τις συναλλαγματικές ισοτιμίες (Kanavos and Vandoros 2010)

- **Η ρύθμιση συντελεστή απόδοσης** είναι ένα σύστημα έλεγχου και κέρδους που το χρησιμοποιεί το Ην Βασίλειο και ρυθμίζει τα κέρδη των φαρμακοβιομηχανιών επί των πωλήσεων στο κράτος (PPRS 2009)
- **Οι διαπραγματεύσεις** που γίνονται ανάμεσα στον παρασκευαστή φαρμάκων και στο εθνικό σύστημα υγείας, καθορίζουν και την τιμή των σκευασμάτων βάση συμφωνιών τιμής-όγκου. Στην περίπτωση που οι παραγωγοί υπερβούν το όγκο που έχει συμφωνηθεί, τότε επιστρέφουν τα επιπλέον έσοδα τους, και ξαναδιαπραγματεύονται τις τιμές των φαρμάκων ( Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)

#### 2.4.1.2 Τιμολόγηση για τα γενόσημα

Οι πολιτικές υγείας που καθορίζουν τις τιμές των γενοσήμων διαφέρουν για τις χώρες της ΕΕ. Από τις πολιτικές αυτές δύο είναι οι βασικές :

- **Η πολιτική υγείας** που ασχολείται με την προκήρυξη διαγωνισμού για τα σκευάσματα εκείνα που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υλοποιείται κυρίως στις Κάτω Χώρες και στη Γερμανία (Kanavos et al 2009b)
- **Η πολιτική υγείας** που ασχολείται με τις ανώτατες τιμές. Π1  
Η προκήρυξη του διαγωνισμού εδώ γίνεται για να πραγματοποιηθεί η προμήθεια φαρμακευτικών νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υλικών. δηλ προκηρύσσεται ένας διαγωνισμός και αυτοί που έχουν τη χαμηλότερη τιμή κερδίζουν και τη σύμβαση και ταυτόχρονα εφοδιάζουν την αγορά. Με αυτόν τον τρόπο έχουμε μια μείωση στις τιμές των σκευασμάτων
- **Η πολιτική υγείας** που ασχολείται με τα ανώτατα όρια τιμών των γενοσήμων, και των πρωτότυπων που έχουν χάσει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας τους και βάζοντας ένα ανώτατο όριο τιμής κατορθώνει να συγκρατήσει την άνοδο των τιμών των φαρμάκων, ευνοώντας τα γενόσημα που εξ ορισμού είναι φθηνότερα (Brekke et al 2007). Οι ευρωπαϊκές χώρες δεν έχουν μεταξύ τους τα ίδια ανώτερα όρια τιμών και αυτό εξαιτίας του προϋπολογισμού τους και της συμπεριφοράς των γιατρών τους (Mrazek and Mossialos 2004) πχ στην Ελλάδα, στη Γαλλία, στην Πορτογαλία, στην Αυστρία, στη Φινλανδία και στο

Ην Βασίλειο οι ανώτατες τιμές των γενοσήμων συνδέονται με τα πρωτότυπα. Όμως τα αποτελέσματα της επιβολής ανώτατων τιμών μέσω νομοθετικών ρυθμίσεων μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερες τιμές από ότι αν δεν υπήρχαν αυτές (Puig-Jynoy 2010)

### 2.4.1 3.Επιστροφή χρημάτων

Μια άλλη πολιτική υγείας είναι η μέθοδος επιστροφής με την οποία τα κράτη καθορίζουν ποια κατηγορία φαρμάκων θα καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς , ποια όχι, και σε ποια τιμή Έτσι η ΕΕ με την οδηγία 89/105/ΕΟΚ καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων στα πλαίσια των εθνικών συστημάτων υγείας Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης , τα κράτη-μέλη έχουν θεσπίσει νομοθετικές ρυθμίσεις και περιγράφουν ποια είναι εκείνα τα φάρμακα που θα κάνουν επιστροφές μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα (CBO 2006). Υπάρχουν σκευάσματα που δεν κάνουν καθόλου επιστροφές ,άλλα που κάνουν εν μέρη αφού ένα ποσοστό τους ,καλύπτεται από τους ασθενείς Ως εκ τούτου τα μέτρα εκείνα που ρυθμίζουν την επιστροφή χρημάτων, επηρεάζουν τις πωλήσεις αλλά και την τιμολόγηση είναι τα εξής :(McGuire 2002)

- **Οι θετικοί και αρνητικοί κατάλογοι** Λέγοντας θετικό κατάλογο εννοούμε τον κατάλογο εκείνο που όχι μόνο περιέχει όλα τα φάρμακα που καλύπτονται μερικώς ή πλήρως από τον ασφαλιστικό φορέα, αλλά και περιγράφει το ποσοστό επιστροφής Αντίθετα οι **αρνητικοί κατάλογοι** είναι εκείνοι που απαριθμούν τα φάρμακα που δεν καλύπτονται από τους φορείς Αυτοί οι κατάλογοι υπάρχουν σε αρκετά ευρωπαϊκά κράτη όπως η Ελλάδα, το Ην Βασίλειο, η Γερμανία και επηρεάζουν τους συνταγογράφους ιατρούς στο να συνταγογραφήσουν φτηνότερα φάρμακα αλλά βιοϊσοδύναμα με τα ακριβότερα
- **Οι εσωτερικές τιμές αναφοράς** που ρυθμίζουν τις τιμές των φαρμάκων που έχουν χάσει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας Αυτές καθορίζουν το ανώτατο όριο επιστροφής μεταξύ της ίδιας κατηγορίας φαρμάκων ,δίνοντας προτεραιότητα στα φτηνότερα γενόσημα φάρμακα βάση των οποίων θα γίνει η επιστροφή Το ανώτατο όριο επιστροφής λέγεται τιμή αναφοράς .Η τιμή αναφοράς είναι συνήθως ο μέσος όρος των χαμηλότερων τιμών που ανήκουν στην ίδια κατηγορία (Γερμανία . Κάτω χώρες ) Επίσης σε χώρες όπως Γαλλία , Ιταλία και Γερμανία , οι παραγωγοί γενοσήμων θα καθορίσουν τις τιμές στο ίδιο

επίπεδο με την τιμή αναφοράς ώστε να μην μπορεί να μειωθεί περαιτέρω η τιμή τους (Kanavos et al 2008)

- **Οι αξιολογήσεις της τεχνολογίας υγείας** Η ΗΤΑ αξιολογεί ένα νέο προϊόν που κυκλοφορεί στην αγορά όσο αφορά το κόστος και τα οφέλη του, συγκρινόμενο με αυτά που ήδη κυκλοφορούν και καθορίζει εάν θα καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα Η χρήση του όρου «τιμολόγηση βάση αξίας» δηλώνει ότι η κλινική αξία ενός φαρμάκου καθορίζεται σε σχέση με το κόστος του και σε σχέση με τα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας Έτσι χώρες όπως η Σουηδία, η Φινλανδία ,το Ηνωμένο Βασίλειο, η Εσθονία, η Λετονία, η Λιθουανία, η Ουγγαρία και η Πολωνία τιμολογούν τα φάρμακα ανάλογα με το κόστος και τα κλινικά οφέλη (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)
- **Ο επιμερισμός του κόστους** που εξασφαλίζει την επιστροφή χρημάτων στους παρασκευαστές ακριβών φαρμάκων μόνο όταν αυτά έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια τους, προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο τα ασφαλιστικά ταμεία ( Espin 2009)

#### **2.4.2. Πολιτική υγείας από την πλευρά της ζήτησης (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

Εδώ πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα εξής :

- α) ότι οι ασθενείς στηρίζονται και έχουν εμπιστοσύνη στους συνταγογράφους ιατρούς θεωρώντας ότι θα τους δώσουν την καλύτερη θεραπευτική αγωγή (σχέση εμπιστοσύνης)
- β) οι ασθενείς όταν δεν πληρώνουν από την τσέπη τους το συνολικό κόστος της θεραπείας έχουν την τάση να θέλουν να χρησιμοποιούν τα ακριβότερα φάρμακα γιατί νομίζουν ότι έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα (ηθικός κίνδυνος)
- γ) οι φαρμακοποιοί λόγω οικονομικού συμφέροντος, όταν μπορούν, προτείνουν τα ακριβότερα φάρμακα εις βάρος των φθηνότερων
- δ) οι ασθενείς όταν πείθονται από το γιατρό τους ότι μια αγωγή αν και ακριβότερη είναι η καλύτερη ,τότε δεν θα λογαριάσουν το κόστος .Αρκεί βέβαια να υπάρχει η δυνατότητα αγοράς εκ μέρους τους

Όλες αυτές οι συνθήκες που αναφέρθηκαν καθώς αυξάνουν κατά πολύ το κόστος υγείας, κρίνεται απαραίτητος ο περιορισμός αυτού του φαινομένου με τη βοήθεια διαφόρων νομοθετικών προτάσεων που αφορούν τους γιατρούς, τους ασθενείς και τους φαρμακοποιούς

#### **2.4.2.1 Πολιτικές που αφορούν τους συνταγογραφούντες γιατρούς (παράρτημα Π3) (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

Η συνταγογράφηση των ιατρών εξαρτάται :

α) από τα οικονομικά κίνητρα και μη στην συνταγογράφηση πρωτότυπων σκευασμάτων ή γενοσήμων

β) από την προσωπικότητα και τις αξίες που έχει ο γιατρός

γ) από τον έλεγχο που έχει θεσπίσει το κράτος στην παρακολούθηση της συνταγογράφησης, με τη χρησιμοποίηση κατευθυντηρίων οδηγιών

Οι διάφορες πολιτικές υγείας που υπάρχουν στην ΕΕ για την άνοδο των γενοσήμων και τον περιορισμό των δαπανών είναι:

α) Η υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων σε μερικά κράτη

β) Η συνταγογράφηση γενοσήμων που γίνεται με βάση τη διεθνής κοινόχρηστη ονομασία ΔΚΟ (δηλ με βάση τη δραστική ουσία), ή με βάση την εμπορική ονομασία

γ) Η ύπαρξη οικονομικών κινήτρων που θα παρακινήσουν τους γιατρούς στο να συνταγογραφήσουν γενόσημα

δ) Οι επιπλήξεις ή οι χρηματικές ποινές όταν οι γιατροί έχουν υπερβεί ένα ανώτατο χρηματικό όριο συνταγογράφηση πχ στην Γερμανία από 1993 - 2001 όταν δεν τηρείται ο φαρμακευτικός προϋπολογισμός υπεύθυνοι για το έλλειμμα ήταν οι γιατροί ή στο Ην Βασίλειο για το διάστημα 1991-1997( Chain –Couturier et al 2000 , Delnoij and Brenner 2000) υπεύθυνοι για άνω του 75% του φαρμακευτικού προϋπολογισμού ήταν οι γενικοί ιατροί οι οποίοι, ενημερώνονται ανά τρίμηνο για τα στατιστικά τους στοιχεία και τα οποία συγκρίνονται με το εθνικό μέσο όρο συνταγογράφηση Επίσης στην Αυστρία οι γιατροί μπορούν να συγκρίνουν τη συνταγογράφηση τους με το περιφερικό μέσο όρο (ÖBIG 2006) Η



παρακολούθηση της συνταγογράφησης γίνεται βάση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων που υπάρχουν σε χώρες όπως Γαλλία , Σουηδία , Ιταλία , Γερμανία , Κάτω Χώρες (ÖBIG 2006) Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί που εφαρμόστηκαν στη Γερμανία το 1993 , προκάλεσαν σημαντική πτώση του αριθμού των συνταγών με αποτέλεσμα να υπάρξει μία εξοικονόμηση στον προϋπολογισμό των φαρμάκων έως 10%(Bloor and Freemantle, 1996 ) Η Γαλλία από την άλλη χρησιμοποιώντας το σύστημα των κατευθυντηρίων οδηγιών και την επιβολή ποινών κατάφερε να μειώσει τη συνταγογράφηση των ακριβών πρωτότυπων φαρμάκων

Αυτές όμως οι πολιτικές υγείας μειονεκτούν στο γεγονός ότι:

α) δεν εφαρμόζουν τα πληροφοριακά συστήματα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην παρακολούθηση της ποιότητας των συνταγών δηλ στην καταγραφή του κόστους και της συμπεριφοράς των γιατρών

β) δεν υπάρχουν εργαλεία αξιολόγησης των επιδόσεων των γιατρών

#### **2.4.2.2. Πολιτικές που αφορούν τους ασθενείς( Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

Οι πολιτικές υγείας εδώ περιλαμβάνουν :

α) την πληροφορία με την οποία ο ασθενής ανεξαρτητοποιείται από τον γιατρό του και συμμετέχει ο ίδιος στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του(Bradley et al 1992) Ορισμένα κράτη για να επηρεάσουν τις αποφάσεις των ασθενών στο να χρησιμοποιούν φθηνότερα σκευάσματα , έχουν νομοθετήσει τον επιμερισμό του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία , με βάση την πάθηση πχ φάρμακα για το σακχαρώδη διαβήτη , έχουν συμμετοχή ασθενών στο 10% (N 4025/2011 άρθρο 38)

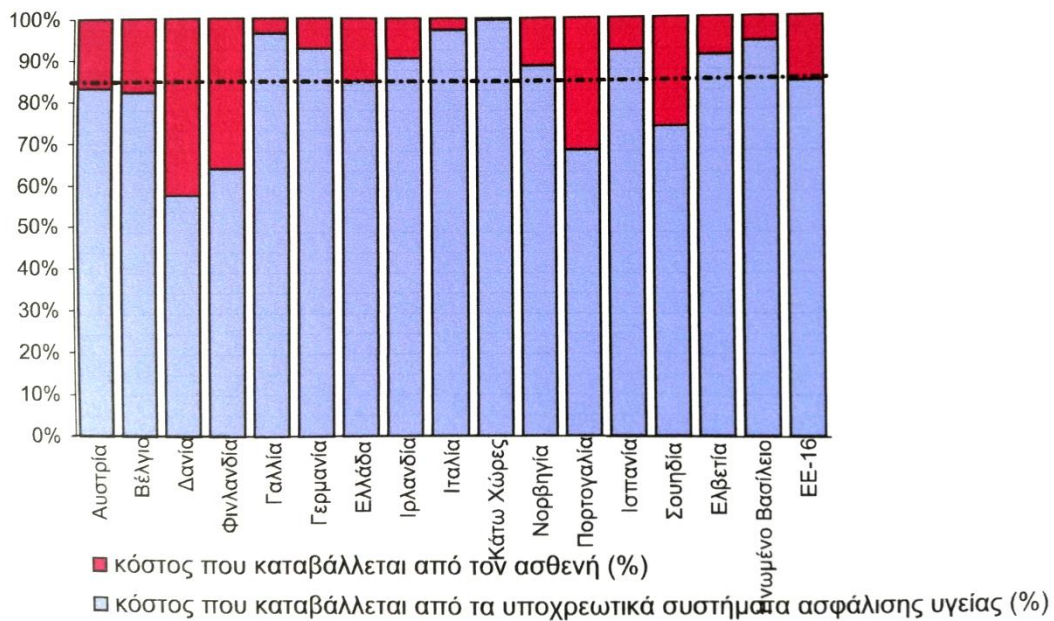
β) τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία καλύπτουν το κόστος των φαρμάκων με βάση το φθηνότερο γενόσημο που κυκλοφορεί στην αγορά πχ σε χώρες όπως η Ελλάδα ,η Ισπανία, η Γαλλία, η Γερμανία, οι Κάτω Χώρες οι ασθενείς όταν θέλουν να αγοράσουν το πρωτότυπο πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους τη διαφορά του πρωτότυπου και το φθηνότερο γενόσημο .Στο Ην Βασίλειο και στη Γερμανία οι ασθενείς καταβάλουν ένα πάγιο ποσό ανά συνταγή ανεξάρτητα από το κόστος των φαρμάκων που περιέχονται σε αυτή

Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι όταν κάποιος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τα σκευάσματα που χρειάζεται, αυτό το γεγονός μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ισότιμη πρόσβαση ασθενών στις ενδεδειγμένες θεραπευτικές αγωγές (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)

Στο παρακάτω διάγραμμα 2.7 έχουμε το ποσοστό των φαρμακευτικών εξόδων που καταβάλλονται από την ασφάλιση υγείας και από τον ασθενή σε 17 κράτη μέλη

**Διάγραμμα 2.7**

**Ποσοστό φαρμακευτικών εξόδων από την ασφάλιση υγείας και από τον ασθενή**



Πηγή : Kanavos et al, αναφέρεται στον ΠΟΥ 2009, Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011 σελ 57

### **2.4.2.3. Πολιτικές ενθάρρυνσης της χρήσης γενοσήμων από τους φαρμακοποιούς (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

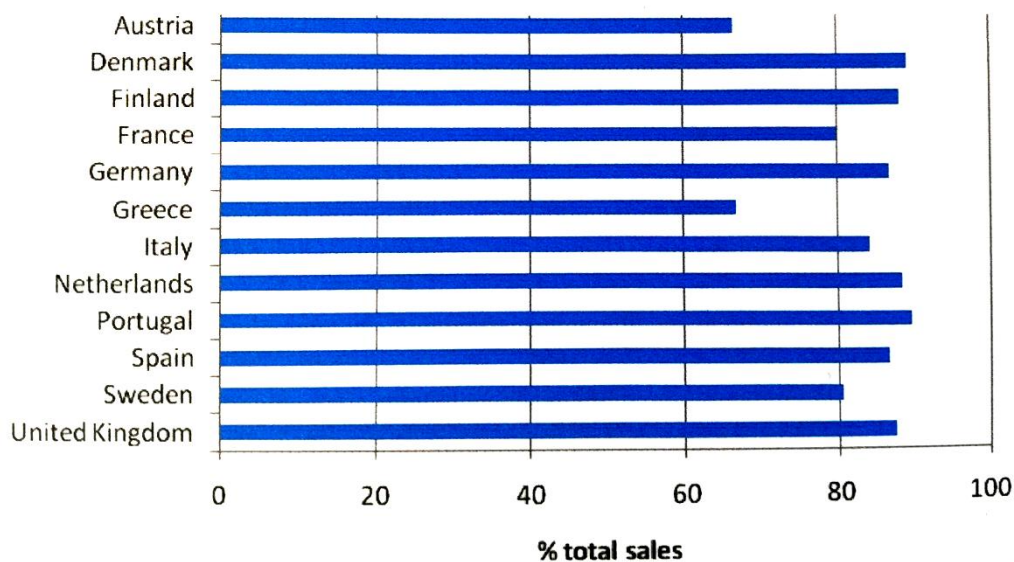
Η αντικατάσταση με γενόσημα φάρμακα από τους φαρμακοποιούς είναι υποχρεωτική για τη Σουηδία , όπου ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί τη συνταγογράφηση γενόσημης μορφής μόνο όταν αυτό δικαιολογείται από το ιστορικό του ασθενούς, και απαγορευμένη για την Αυστρία (PPRI 2007). Το 2009 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει ότι οι φαρμακοποιοί όταν υποχρεούνται να χρησιμοποιούν γενόσημα ,τότε το κόστος υγείας μειώνεται Μελέτες από τη Σουηδία δείχνουν ότι η υποχρεωτική αντικατάσταση με γενόσημα μείωσε την τιμή των γενοσήμων κατά 40% από το 2002 (PPRI 2007) Όπως είναι λογικό οι φαρμακοποιοί προωθούν τα φάρμακα εκείνα που τους αποδίδουν το μεγαλύτερο κέρδος. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ της τιμής την οποία επιστρέφει ο ασφαλιστικός φορέας και της εκπτώτικης τιμής που προσφέρει ο παραγωγός τόσο μεγαλύτερο είναι το κέρδος του Έτσι οι εκπτώτικες προσφορές στα γενόσημα είναι σημαντικές για την κυκλοφορία τους στην αγορά

### **2.4.3. Διαθεσιμότητα γενοσήμων (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)**

Η διαθεσιμότητα των γενοσήμων φαρμάκων ως ποσοστό επί των συνολικών πωλήσεων(συμπεριλαμβάνονται και τα φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία αντιμετωπίζουν την είσοδο γενοσήμων στην αγορά εντός 24 μηνών από τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας)φαίνεται στο διάγραμμα 2.8

## Διάγραμμα 2.8

Διαθεσιμότητα γενοσήμων ως ποσοστό συνολικών πωλήσεων



Πηγή : Kanavos and Casson 2011, Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011 σελ 73

Η πρόσβαση σε μικρότερο κόστος θεραπείας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των γενοσήμων που επί το πλείστον είναι και τα φθηνότερα Στο παραπάνω διάγραμμα 2.8 έχουμε τη βιοθεσιμότητα των γενοσήμων σε 12 κράτη -μέλη και η οποία εξαρτάται :

α) από τον χρόνο εμφάνισης των γενοσήμων

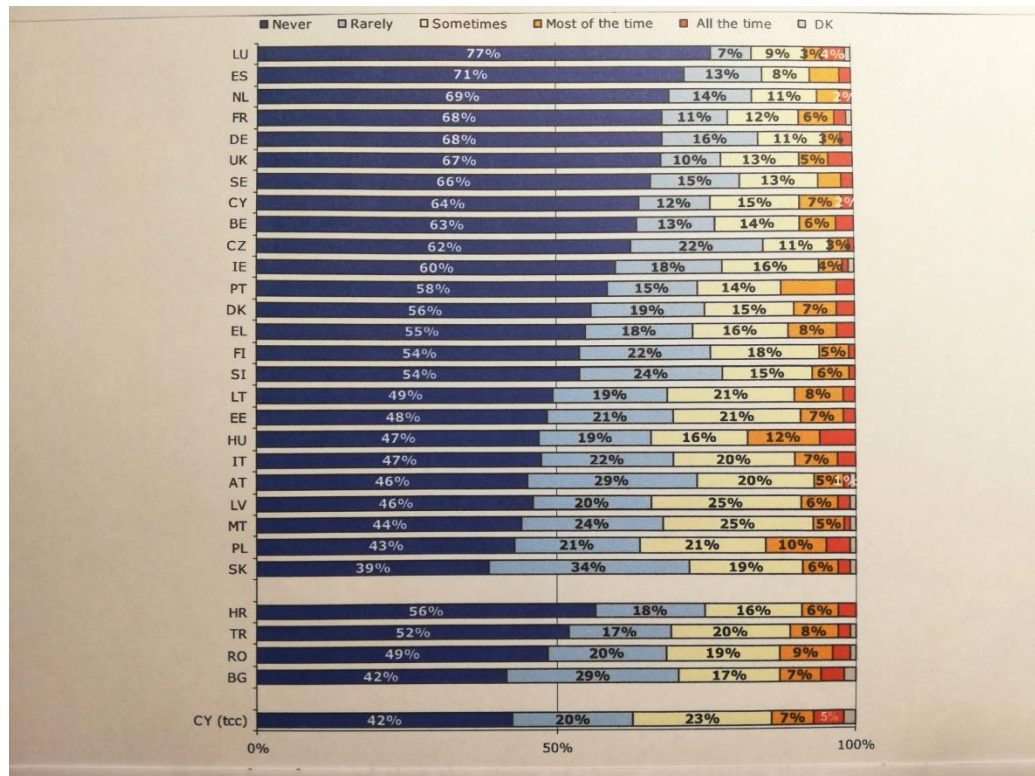
β) από την προτίμηση που δείχνουν στα γενόσημα οι γιατροί, οι ασθενείς και οι φαρμακοποιοί  
Στην Ελλάδα το ποσοστό γενοσήμων είναι 34% επί 66% του συνόλου των πωλήσεων, ενώ στη Δανία έχουμε 57% επί 89% του συνόλου. Μελέτη της Ευρωπαϊκής επιτροπής το 2008 έδειξε ότι εάν ο χρόνος εμφάνισης των γενοσήμων στην αγορά μειωθεί σε 7 μήνες τότε έχουμε περαιτέρω εξοικονόμηση πόρων στο 20%. Οι παρατάσεις για να καθυστερήσει η κυκλοφορία των γενοσήμων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η δικαστική παράταση στα διπλώματα ευρεσιτεχνίας και οι εισηγήσεις για παράταση από τις ενδιαφερόμενες εταιρείες στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Όσο αφορά τα ψυχικά νοσήματα σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ελλάδα το 2006 προ κρίσεως και το 2011 μετά την κρίση σημειώνεται ότι τα άτομα που έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα, είχαν περισσότερη πιθανότητα να είναι μελαγχολικοί (Mylona et al 2014). Επίσης στην ίδια μελέτη παρατηρείται ότι οι παντρεμένοι, χήροι ή διαζευγμένοι είναι πιο μελαγχολικοί από ότι οι άγαμοι

Μια άλλη μελέτη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που έγινε σε 5000 άτομα, ηλικίας 18-74 ετών κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιο 2009-Ιανουάριο 2010, έδειξε ότι οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν μια σοβαρή ψυχοπαθολογία (Ευθυμίου et al 2014). Η ερώτηση που τέθηκε στους Ευρωπαίους πολίτες το 2006, περίοδο προ κρίσης, για το αν τα ψυχικά τους προβλήματα είχαν αντίκτυπο στο εργασιακό περιβάλλον, οι απαντήσεις που σημειώθηκαν ήταν οι εξής (πίνακας 2.1): οι Λουξεμβουργέζοι σε ποσοστό 77% δήλωσαν ότι τα συναισθηματικά προβλήματα δεν είχαν επηρεάσει την εργασία τους, ενώ το ποσοστό των Ελλήνων που δήλωσαν ότι δεν είχαν επηρεαστεί ήταν 55% (πίνακας 2.1 (European Commission Eurobarometer 2006))

Πίνακας 2.1

Σύγκριση απαντήσεων για το εάν τα ψυχικά προβλήματα επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον



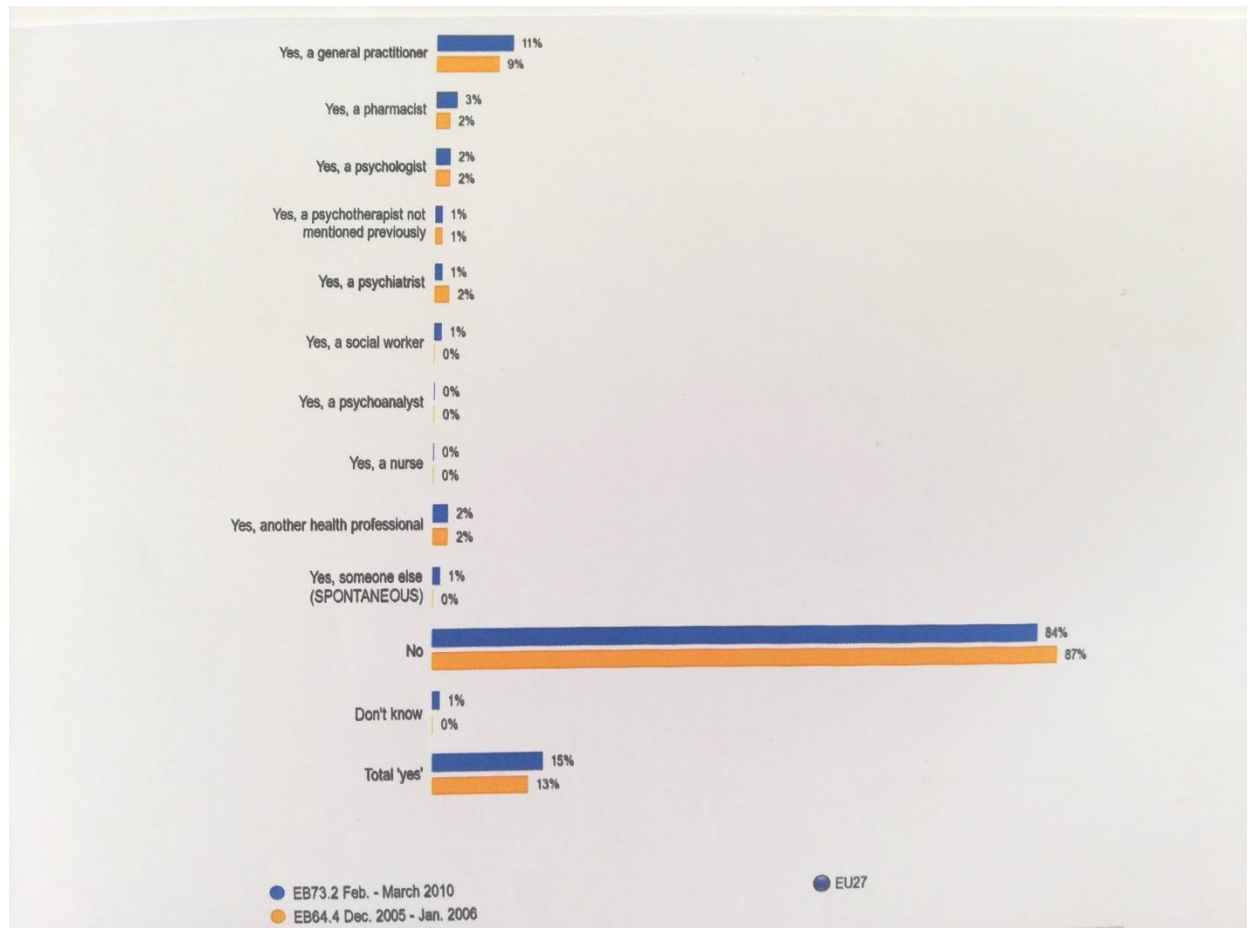
Πηγή : European Commission Eurobarometer 2006 σελ 20

## 2.6 Αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων στην Ευρώπη

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο του 2010 και συγκρινόμενο με αυτό του Δεκεμβρίου 2005-Ιανουάριο 2006, το 2010 υπήρξε μια μικρή αύξηση σε όσους αναζήτησαν ψυχιατρική βοήθεια, με ένα ποσοστό στο 11% να προσφεύγει στο γενικό ιατρό ενώ οι άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι φαρμακοποιοί, οι ψυχοθεραπευτές και οι ψυχίατροι να προτιμούνται λιγότερο από τους ασθενείς. Το ίδιο συμβαίνει και το 2006 Πίνακας 2.2 (European Commission Eurobarometer 2010) Παρόλο όμως την ψυχολογική αστάθεια, που επικρατεί στην περίοδο της κρίσης η πλειονότητα των Ευρωπαίων πολιτών αναζητεί δύσκολα ψυχολογική υποστήριξη αφού για το 2010 , το 84% των ερωτηθέντων απαντάει αρνητικά

## Πίνακας 2.2

### Σύγκριση πρόθεσης για ψυχολογική υποστήριξη στα ψυχικά προβλήματα Ευρωβαρόμετρο 2010



Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ 51

Έτσι εάν συγκρίνουμε τις Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ τους, οι Κύπριοι για το 2006 βρίσκονται στη πρώτη θέση σε ποσοστό 69%, στο να αναζητούν βοήθεια από ένα μέλος της οικογένειάς τους, οι Έλληνες με 62%, ενώ στην τελευταία θέση βρίσκονται οι Βούλγαροι με ποσοστό 31%. Στην δεύτερη στήλη έχουμε το ποσοστό των Ευρωπαίων που αναζητούν βοήθεια από έναν επαγγελματία υγείας, όπου στην ψηλότερη θέση βρίσκονται οι Βούλγαροι με ποσοστό 79%, ακολουθούν οι Έλληνες με 46%, ενώ η τελευταία θέση ανήκει στους Κυπρίους, αφού μόνο ένα 27 % θα εμπιστευόταν τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος στην τρίτη στήλη την πρώτη θέση κατέχουν οι κάτοικοι των Κάτω χωρών που με ποσοστό 37% βασίζονται σε κάποιον φίλο για να λύσουν τα ψυχικά τους προβλήματα, ενώ οι Έλληνες βρίσκονται στο 28%.



Άρα όπως βλέπουμε, οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πρώτα θα αναζητήσουν βοήθεια από ένα μέλος της οικογένειάς τους και μετά από έναν επαγγελματία υγείας (πίνακας 2.3)

### Πίνακας 2.3

Απόψεις Ευρωπαίων για το πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν τα ψυχικά νοσήματα 2006( European Commission Eurobarometer 2006)

QA10 If you were feeling bad, where would you seek more support first?

You would seek support from a family member		You would seek support from a health professional		You would seek support from a friend	
CY	69%	PT	70%	NL	37%
DE	63%	DK	68%	FI	34%
HU	63%	SI	66%	BE	33%
EE	62%	IE	64%	CY	32%
EL	62%	LT	63%	FR	31%
LU	60%	MT	63%	EE	30%
SK	60%	ES	60%	DK	29%
CZ	58%	SK	60%	AT	29%
FR	58%	AT	58%	EL	28%
MT	58%	IT	56%	LU	27%
SI	58%	SE	54%	SI	25%
BE	54%	LV	53%	DE	24%
<b>EU25</b>	<b>53%</b>	PL	52%	<b>EU25</b>	<b>22%</b>
DK	53%	BE	51%	CZ	22%
FI	53%	<b>EU25</b>	<b>50%</b>	SK	22%
UK	51%	DE	48%	UK	22%
AT	50%	CZ	46%	IE	21%
ES	49%	EL	46%	LV	21%
NL	49%	UK	44%	ES	19%
IT	48%	FR	43%	PL	19%
LV	48%	LU	43%	MT	14%
PL	47%	EE	40%	SE	13%
PT	46%	FI	40%	IT	12%
IE	42%	HU	39%	LT	12%
LT	36%	NL	38%	HU	10%
SE	34%	CY	32%	PT	5%
HR	54%	BG	79%	TR	28%
TR	47%	RO	74%	HR	16%
RO	41%	HR	58%	RO	13%
BG	31%	TR	51%	BG	11%

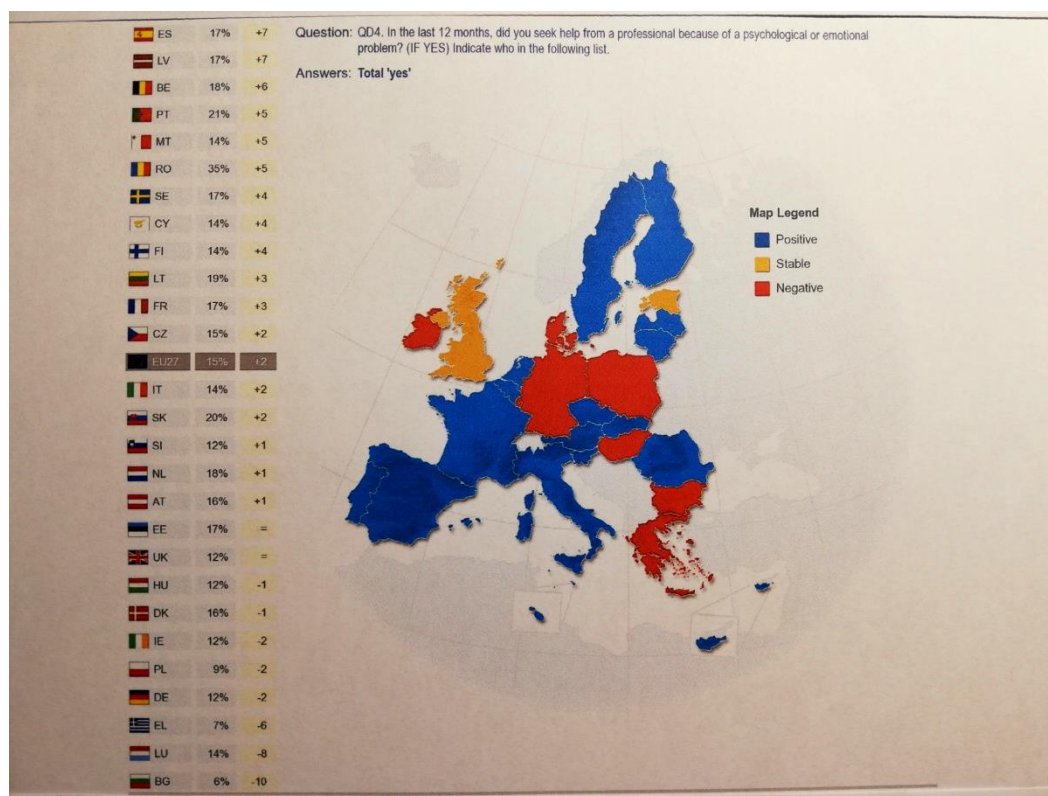


Πηγή: European Commission Eurobarometer 2006 σελ 38

Αντίστοιχα σύμφωνα με το ευρωβαρόμετρο του 2010, στη διάρκεια της κρίσης, οι Ρουμάνοι είναι εκείνοι που κατά το ένα τρίτο 35% αναζητούν βοήθεια από έναν επαγγελματία παρουσιάζοντας τη μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το 2006. Στους Έλληνες το 2010 παρατηρούνται τα μικρότερα ποσοστά 7% στην αναζήτηση ψυχολογική υποστήριξη στην περίοδο της κρίσης( διάγραμμα 2.9)

### Διάγραμμα 2.9

#### Απόψεις Ευρωπαίων για το πώς μπορούν αντιμετωπίσουν τα ψυχικά νοσήματα 2010







Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ 52

Πιο αναλυτικά αυτοί που θα αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια το 2010 θα είναι τις περισσότερες φορές άτομα που δυσκολεύονται να πληρώσουν τους λογαριασμούς τους , οι γυναίκες, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές ομάδες, τα άτομα που έχουν απουσιάσει από την εργασία τους τον τελευταίο μήνα , ή τα άτομα που παίρνουν αντικαταθλιπτικά ( πίνακας 2.4)

## Πίνακας 2.4

### Χαρακτηριστικά ατόμων που αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη -2010

	Total 'yes'	No	DK
EU27	15%	84%	1%
<b>Sex</b>			
 Male	12%	87%	1%
 Female	17%	82%	1%
<b>Age</b>			
 15-24	12%	88%	1%
25-39	14%	85%	1%
40-54	16%	83%	1%
55 +	16%	83%	1%
<b>Respondent occupation scale</b>			
 Self- employed	11%	88%	1%
Managers	13%	86%	1%
Other white collars	13%	87%	-
Manual workers	13%	86%	-
House persons	20%	80%	1%
Unemployed	18%	82%	0%
Retired	17%	81%	1%
Students	11%	88%	1%
<b>Difficulties paying bills</b>			
Most of the time	27%	72%	1%
From time to time	18%	82%	1%
Almost never	12%	87%	1%
<b>Self-positioning on the social staircase</b>			
Low(1-4)	21%	78%	1%
Medium(5-6)	14%	86%	1%
High(7-10)	13%	86%	1%
<b>Absent from work last month</b>			
Yes	20%	79%	-
No	11%	89%	1%
<b>Has taken Antidepressants</b>			
Yes	72%	27%	1%
No	11%	89%	1%

Πηγή : European Commission Eurobarometer 2010 σελ 54

## 2.7 Ανακεφαλαίωση

Μέσα στο πλαίσιο όπου οι δημόσιες δαπάνες υγείας συνεχώς αυξάνονται, η μείωση το κόστος των φαρμάκων χάρη στα γενόσημα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την συγκράτηση του δημοσιονομικού εκτροχιασμού μιας χώρας .Σημαντικό ρόλο στη χρήση γενοσήμων έχουν οι συνταγογράφοι ιατροί ,αφού όπως θα δούμε και στο κεφάλαιο 4 ,το 41% των ερωτηθέντων θα ακολουθούσε τις συμβουλές των γιατρών του και θα δεχόταν την αντικατάσταση της φαρμακευτικής τους αγωγής από γενόσημα .Ακόμη δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι εάν και οι περισσότεροι Ευρωπαίοι βρίσκουν ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια τους και στους φίλους τους , οι γενικοί ιατροί προτιμούνται από όλους τους επαγγελματίες υγείας για την επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων που έχουν αυξηθεί την περίοδο της κρίσης(Ευρωβαρόμετρο 2010)

Επίσης οι Ευρωπαίοι αντιδρούν διαφορεικά στην οικονομική κρίση και στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών, με το μεγαλύτερο πλήγμα να το έχουν υποστεί οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα , οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, τα άτομα που παίρνουν αντικαταθλιπτικά, οι οποίοι λόγω της οικονομικής ανέχειας δεν μπορούν να προασπίζουν την ψυχική τους υγεία χωρίς την βοήθεια της πολιτείας ( Ευρωβαρόμετρο 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

#### 3.1 Εισαγωγή

Η προσπάθεια της ελληνικής πολιτείας για τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών, βρήκε αρωγό τη χρήση γενοσήμων. Τα γενόσημα λόγω της χαμηλής τους τιμής, συνεισφέρουν στην εξοικονόμηση πόρων, στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης για την υγεία, και συνολικά βοηθούν στη μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος. Η μειωμένη τιμή των γενοσήμων σε συνδυασμό με την ύπαρξη συνεχών ελέγχων από τον ΕΟΦ με κριτήριο τη βιοϊσοδυναμία κάνει τα γενόσημα ασφαλή, αποτελεσματικά και αξιόπιστα, οι γιατροί είναι πρόθυμοι να τα συνταγογραφήσουν και οι ασθενείς να τα καταναλώσουν. Παράλληλα το κράτος για να μπορέσει να προάγει και να θεραπεύει την ψυχική υγεία, πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην εξωνοσοκομειακή πρόληψη και περίθαλψη επανδρώνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με το κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό όπως ψυχιάτρους και γενικούς ιατρούς που να είναι εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων (νόμος 2071 άρθρο 91)

#### 3.2 Φαρμακευτική αγορά και γενόσημα (IOBE 2013)

Η φαρμακευτική αγορά αποτελείται από τα εξής σκευάσματα :

1. Τα πρωτότυπα φάρμακα, που αποτελούν τη θεραπευτική καινοτομία και οι φαρμακευτικές εταιρείες που τα παράγουν έχουν τα δικαιώματα ευρεσιτεχνίας - πατέντας on-patent
2. Τα πρωτότυπα φάρμακα εκτός πατέντας off -pattern που είναι εκείνα τα σκευάσματα που έχουν χάσει τα δικαιώματα ευρεσιτεχνίας
3. Τα γενόσημα φάρμακα τα οποία είναι βιοϊσοδύναμα με τα πρωτότυπα και κυκλοφορούν όταν τα πρωτότυπα έχουν χάσει την πατέντα τους

4. Τα βιο-ομοειδή σκευάσματα που αντιμετωπίζονται από την ιατρική κοινότητα ως πρωτότυπα, αλλά ουσιαστικά είναι παρόμοια βιολογικά φάρμακα με τα πρωτότυπα και κυκλοφορούν, όταν τα πρωτότυπα έχουν χάσει την πατέντα τους

5. *Me too* είναι πρωτότυπα σκευάσματα που έχουν δικαιώματα ευρεσιτεχνίας και προκύπτουν μετά από τροποποίηση κάποιου άλλου πρωτότυπου σκευάσματος

Η ΕΕ ορίζει τα γενόσημα φάρμακα, ως φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, με το φάρμακο αναφοράς, των οποίων η βιοϊσοδυναμία έχει αποδειχθεί βάσει κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας (οδηγίας 2001/83 ΕΚ)

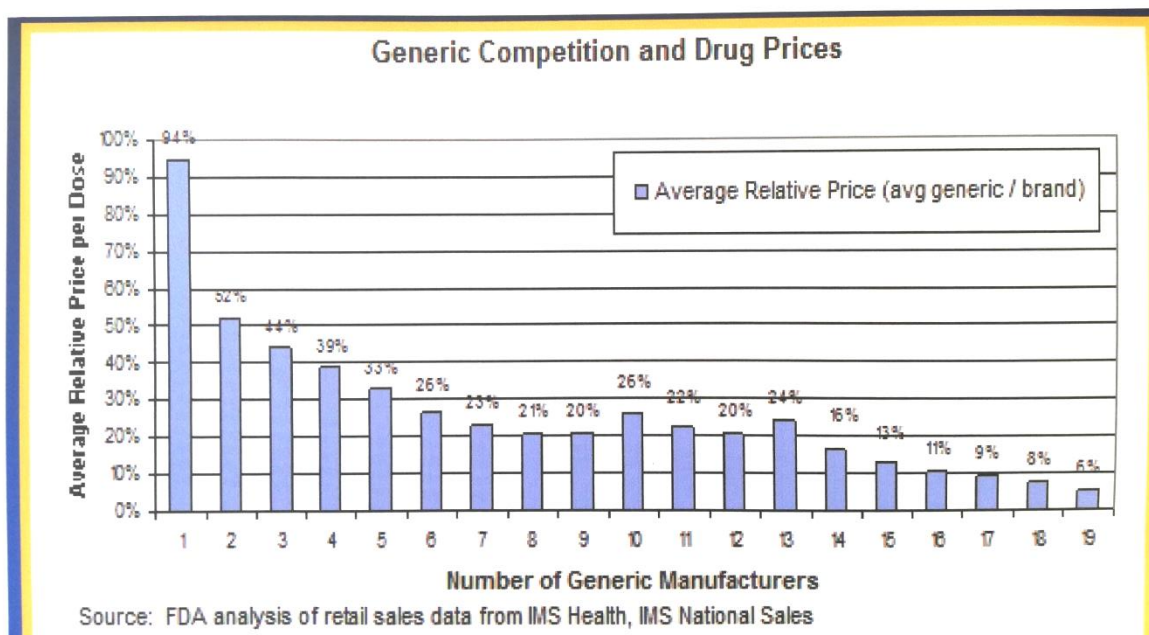
### **3.3 Ιστορική αναδρομή γενοσήμων**

Το πρώτο γενόσημο που κυκλοφόρησε στην αγορά ήταν αυτό του ακετυλοσαλικιλικού οξέως το 1920. Την περίοδο εκείνη οι έλεγχοι που γίνονταν σε όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα ήταν αμελητέοι, και μόλις το 1962 γίνονται υποχρεωτικές οι κλινικές μελέτες για τα πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα που να πιστοποιούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους. Ωστόσο οι κλινικές μελέτες που έπρεπε να κάνει η φαρμακευτική εταιρεία των γενοσήμων μετά την λήξη της πατέντας των πρωτότυπων, ήταν απαγορευτικές για τη χαμηλή τιμή που έπρεπε να έχουν. Έτσι το 1982 μόνο το 35% των πρωτότυπων που κυκλοφορούσαν στην αγορά είχαν ένα γενόσημο φάρμακο αυξάνοντας το κόστος των φαρμακευτικών δαπανών αφού οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν από τον κατασκευαστή που είχε το μονοπώλιο.

Το 1983 η Αμερικανική κυβέρνηση και το FDA στηριζόμενοι σε επιστημονικές έρευνες και για να περιορίσουν το κόστος υγείας, επιτρέπουν την κυκλοφορία των γενοσήμων χωρίς τις κλινικές μελέτες που έκαναν τα πρωτότυπα σκευάσματα. Όμως υποστηρίζουν πως κάθε γενόσημο φάρμακο πρέπει να αποδεικνύει τη βιοϊσοδυναμία του με το πρωτότυπο. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το ποσοστό των γενοσήμων που κυκλοφορεί σήμερα στην αγορά των ΗΠΑ να είναι πάνω από το 59% εξοικονομώντας έτσι άνω των 8-10 δις δολ το έτος (διάγραμμα 3.1 Γεωργαράκης 2010)

### Διάγραμμα 3.1 :

Κόστος σκευασμάτων στην Αμερικανική αγορά που μειώνεται όσο περισσότερα γενόσημα εμφανίζονται στην αγορά

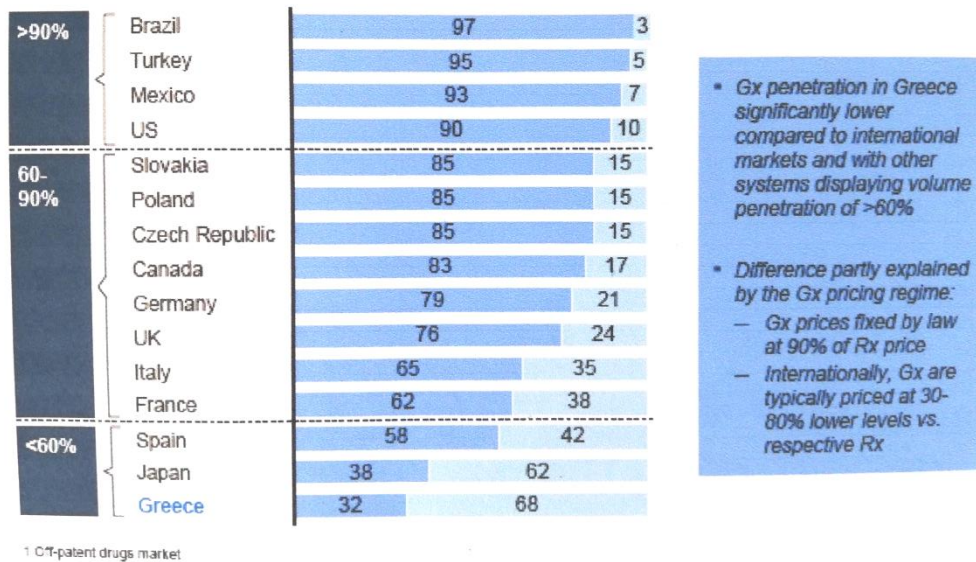


Πηγή : FDA analysis of retail sales data from IMS health , IMS National Sales, Γεωργαράκης 2010 σελ 13

Το 2012 παρά την οικονομική κρίση στην οποία βρισκόταν η Ελλάδα, παραδόξως σημειώνεται μια αύξηση στη ζήτηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, κατατάσσοντας την στη τρίτη υψηλότερη θέση κατανάλωσης ακριβών συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μετά την Ελβετία και τη Γαλλία (Bjornber 2014). Έτσι παρά το γεγονός που οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έπρεπε να μειωθούν στο 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να προσεγγίσει το 1% του ΑΕΠ, η χώρα μας δεν χρησιμοποιούσε τα γενόσημα προϊόντα που ήταν σημαντικά φθηνότερα από τα πρωτότυπα και θα την βοηθούσαν να πετύχει το στόχο της. Σε αρκετές μάλιστα περιπτώσεις τα γενόσημα ήταν από τα ακριβότερα στην ΕΕ (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών). Το 2010 το ποσοστό των γενοσήμων που κυκλοφορούσαν στην Ελλάδα ήταν 26%, από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. Το 2011 σύμφωνα με τον ΕΟΦ (Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων) τα γενόσημα ήταν 3.000 επί 7.300 των συνολικά φαρμακευτικών σκευασμάτων (ΕΟΦ 2012, Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη 2016), ενώ το 2012 όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 3.2 το ποσοστό των γενοσήμων στην ελληνική αγορά ήταν 32% έναντι 68% των πρωτότυπων, αναλογία που αλλάζει για τις χώρες με την Ισπανία να έχει 58%, η Γαλλία 62%, η Ιταλία 65%, το Ηνωμένο Βασίλειο 76%, η Γερμανία 79%, ο Καναδάς 83%, η Σλοβακία 85%, οι ΗΠΑ 90%, η Τουρκία 95% και τέλος η Βραζιλία με το μεγαλύτερο ποσοστό γενοσήμων 97% (διάγραμμα 3.2 Ergen 2012).

### Διάγραμμα 3.2

#### Διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική αγορά



Πηγή : Mckinsey & Compagny 2012, Ergen 2012 σελ 23

Ακολουθεί ο πίνακας 3.1 που μας δείχνει την κατανάλωση γενοσήμων σε όγκο στην Ελλάδα συγκρινόμενη μ' ένα σύνολο χωρών(Κυριακόπουλος 2014)



**Πίνακας 3.1**

**Κατανάλωση γενοσήμων σε όγκο**

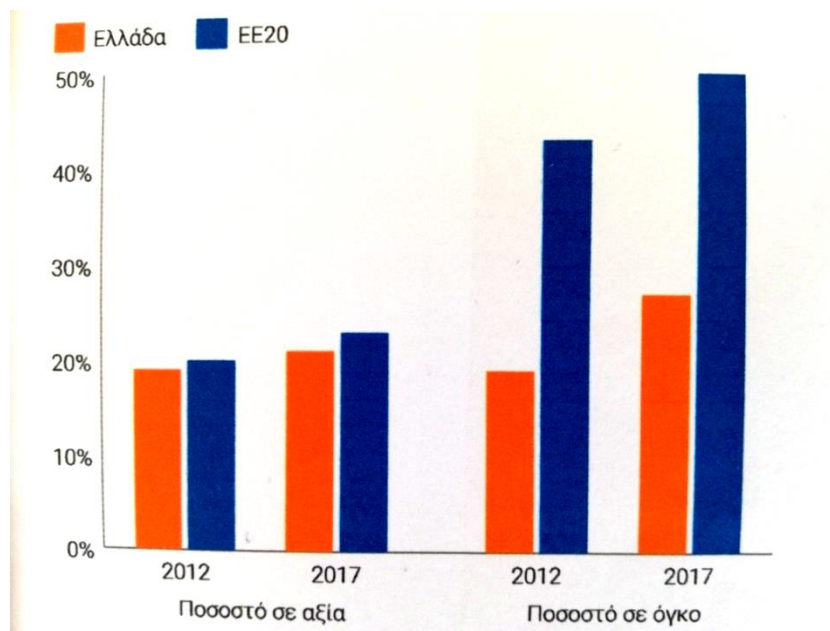
Ελλάδα	27,4
Νότια Ευρώπη	43,8
Σκανδιναβικές χώρες	49,6
Ανατολική Ευρώπη	63,3
Κεντρική Ευρώπη	61,4
Σύνολο Ευρωπαϊκών κρατών	56,0

Πηγή : Κυριακόπουλος 2014 σελ 37

Στο διάγραμμα 3.3 βλέπουμε ότι ενώ το μερίδιο των γενοσήμων αυξάνεται συνεχώς στην Ελλάδα , το ποσοστό της είναι το χαμηλότερο στην ΕΕ(European Comission 2019)

**Διάγραμμα 3.3**

**Μερίδιο γενοσήμων στην Ελλάδα**



Πηγή : ΟΟΣΑ 2019, σελ 19

Ένας άλλος λόγος που καθυστερούσε η εισαγωγή των γενοσήμων στην ελληνική αγορά ήταν ο μεγάλος χρόνος που απαιτείτο για να διεισδύσουν σ' αυτήν και ισοδυναμούσε περίπου σε 15 μήνες, που είναι και ο υψηλότερος στην ΕΕ (Vandoros and Stargardt 2013) Κατόπιν ο πίνακας 3.2 μας δείχνει την εξέλιξη της κατανάλωσης γενοσήμων στην Ελλάδα (Κυριακόπουλος 2014)

**Πίνακας 3.2**

**Εξέλιξη κατανάλωσης γενοσήμων σε αξίες**

Έτος	εκατομμύρια	% συνόλου
2009	635	15,3%
2012	448	15%
2013	413	15,1%

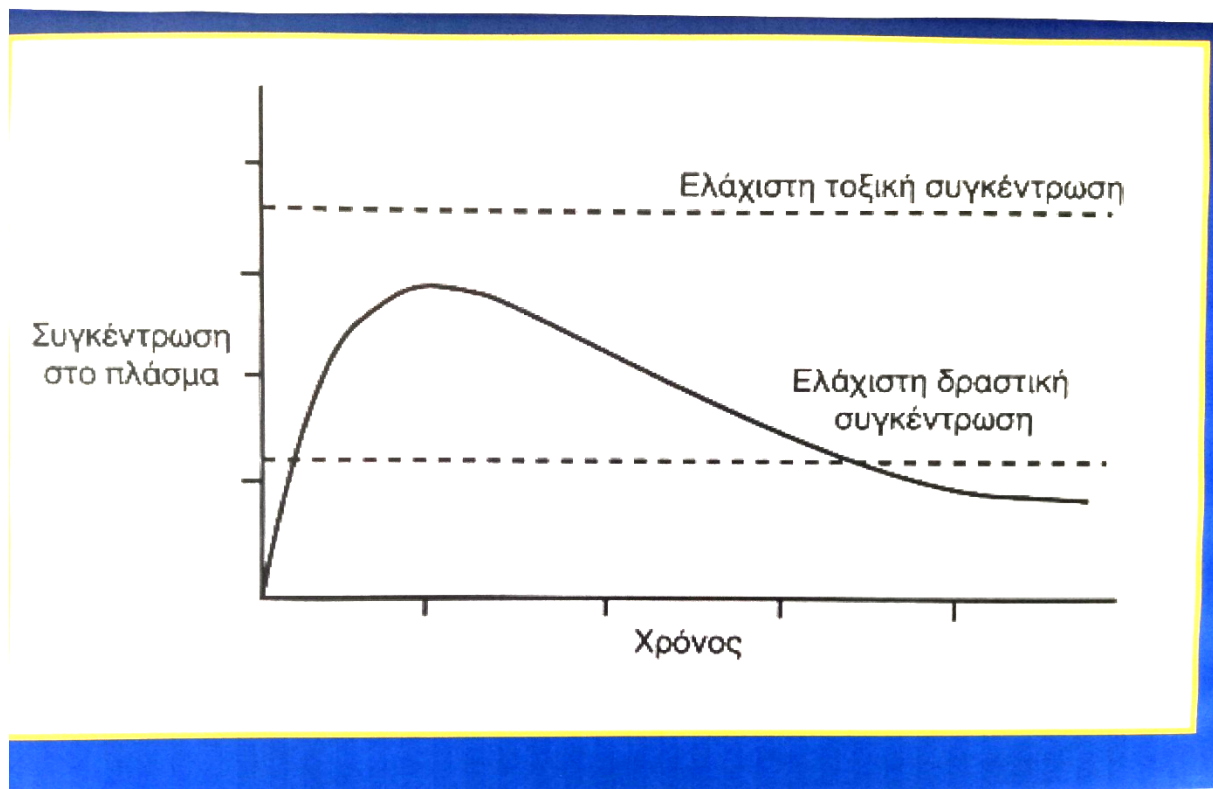
Πηγή : Κυριακόπουλος 2014 σελ 35

**3.4 Γενόσημα και ιδιότητες**

Η μελέτη βιοϊσοδυναμίας που μελετάται μεταξύ των γενοσήμων και των πρωτότυπων φαίνεται από την παρακάτω καμπύλη. Η δράση των γενοσήμων πρέπει να βρίσκεται ανάμεσα στην ελάχιστη δραστική και στη ελάχιστη τοξική συγκέντρωση , όπως ακριβώς συμβαίνει και στα πρωτότυπα Η επιφάνεια κάτω από την καμπύλη AUC μας δίνει τη διαθεσιμότητα και το εμβαδόν της εξαρτάται από τη δραστική ουσία των φαρμακευτικών προϊόντων. Στον κάθετο άξονα έχουμε το ύψος της συγκέντρωσης της δραστικής ουσίας στον οργανισμό ενώ στον οριζόντιο το χρόνο που απορροφάται η δραστική ουσία και άρα βλέπουμε το χρόνο μέσα στον οποίο μπορούν να εμφανιστούν οι πιθανές παρενέργειες του φάρμακου (διάγραμμα 3.4 Γεωργαράκης 2010)

### Διάγραμμα 3.4

#### Θεραπευτικό επίπεδο γενοσήμων στο πλάσμα



Πηγή : , Γεωργαράκης 2010 σελ 19

Η μορφή αυτής της καμπύλης εξαρτάται από :

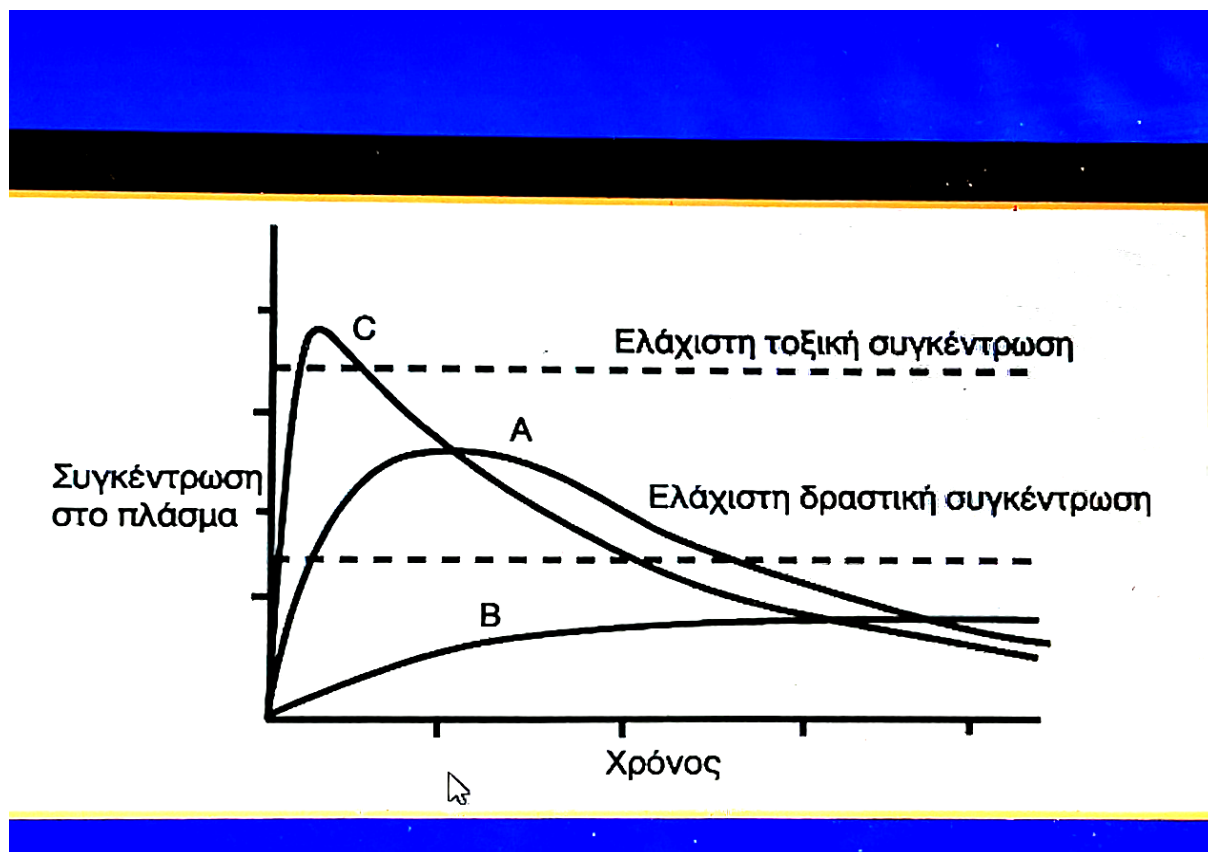
- 1.τη δοσολογία χορήγησης
2. το ρυθμό απορρόφησης
3. και το βαθμό απορρόφησης του φαρμάκου.

Έτσι όταν έχουμε απόκλιση στους παράγοντες αυτούς , έχουμε τις ανεπιθύμητες καταστάσεις Β και C που φαίνονται στο παρακάτω διάγραμμα 3.5 Όταν δηλ το φάρμακο βρίσκεται στην κατάσταση Β η δραστική ουσία είναι ανύπαρκτη στον οργανισμό με αποτέλεσμα το φάρμακο

να μην έχει κανένα αποτελέσματα. Στην αντίθετη περίπτωση η κατάσταση C προκαλεί στον οργανισμό τοξικές παρενέργειες που είναι επιβλαβείς (διάγραμμα 3.5 Γεωργαράκης 2010)

### Διάγραμμα 3.5

#### Δραστικότητα των γενοσήμων στο πλάσμα

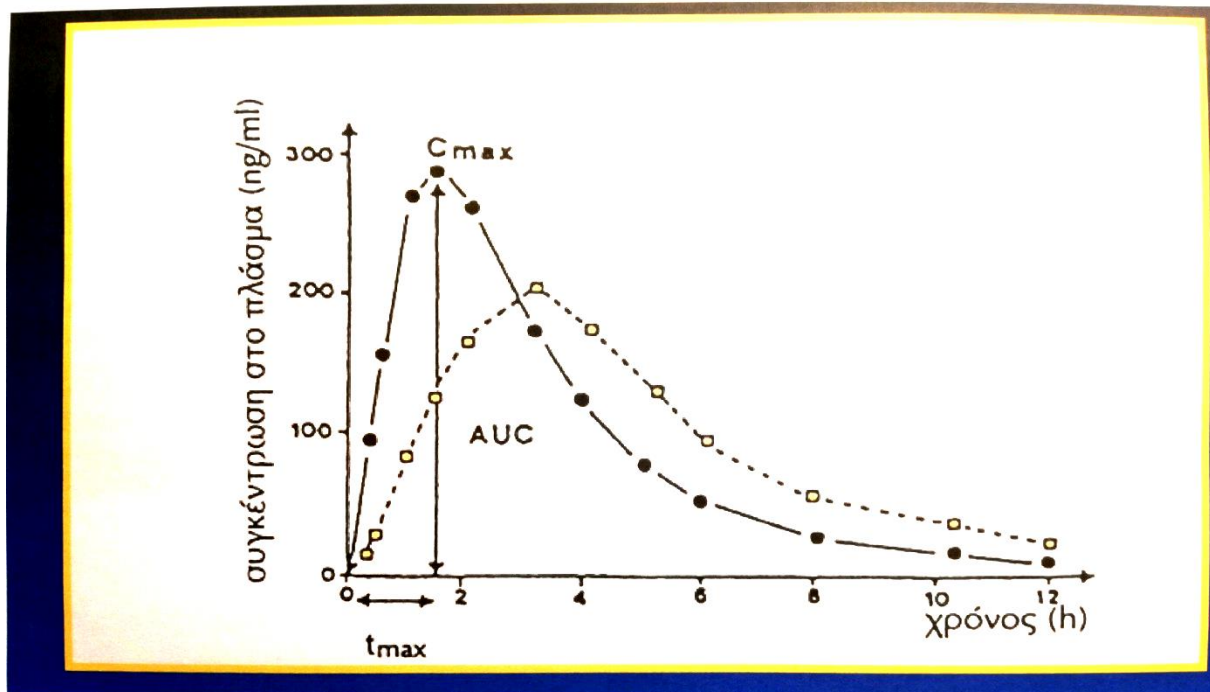


Πηγή : Γεωργαράκης 2010 σελ 21

Επομένως η σύγκριση μεταξύ γενοσήμων και πρωτότυπων σκευασμάτων (μελέτη βιοϊσοδυναμίας ) εξαρτάται από το βαθμό και το ρυθμό απορρόφησης της δραστικής ουσίας που είναι η ίδια στα δυο σκευάσματα . Με την σύγκριση αυτή εξασφαλίζεται η θεραπευτική ισοδυναμία των γενοσήμων και οι φαρμακευτικές εταιρείες που τα παράγουν μπορεί να μην καταναλώνονται σε χρονοβόρες και κοστοβόρες κλινικές μελέτες Επομένως οι οδηγίες που από το 1984 απέκλιναν τις κλινικές μελέτες ως μη αναγκαίες , έχει επιστημονική βάση (διάγραμμα 3.6)

### Διάγραμμα 3.6

#### Εκτίμηση βιοδιαθεσιμότητας γενοσήμων



Πηγή : , Γεωργαράκης 2010 σελ 39

Η επιφάνεια κάτω από την καμπύλη ονομάζεται AUC (*Area under the curve*) και μας δίνει το μέγεθος της βιοδιαθεσιμότητας. Η επιφάνεια αυτή εξαρτάται από την ποσότητα της δραστικής ουσίας που απελευθερώνεται για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και συγκεκριμένα :

- ο κάθετος άξονας μας δίνει πληροφορίες για τη μέγιστη συγκέντρωση  $C_{max}$  της δραστικής ουσίας και την πιθανότητα παρενεργειών ενώ
- ο οριζόντιος άξονας μας δίνει πληροφορίες για το χρόνο που εμφανίζεται η μέγιστη συγκέντρωση  $t_{max}$  . Ο χρόνος αυτός επηρεάζεται από την ταχύτητα αποδέσμευσης και απορρόφησης( Ποντίκη 2013)

Η διαφορά των γενοσήμων από τα πρωτότυπα είναι στους παράγοντες που μορφοποιούν τα φάρμακα δηλ τα έκδοχα Τα γενόσημα αποτελούν έναν από τους πυλώνες των συστημάτων υγείας γιατί όπως είδαμε με τη βοήθεια τους το εκαστότε κράτος κάνει εξοικονομήσεις

χρημάτων και μπορεί με αυτό τον τρόπο να προβεί σε αγορές άλλων νέων καινοτόμων σκευασμάτων. Πολλές φορές η μειωμένη τιμή τους αναγκάζει τις φαρμακευτικές εταιρείες παραγωγής πρωτότυπων φαρμάκων να κάνουν συμφωνίες με αυτές των γενοσήμων αποβλέποντας στην παράταση ζωής των προϊόντων τους.

Έτσι η Ευρωπαϊκή επιτροπή το 2019 , η αρχή του Ηνωμένου Βασιλείου , η Γαλλική αρχή ανταγωνισμού εναντιωθήκαν σε τέτοιες αθέμιτες συμφωνίες, με σκοπό να προστατέψουν τον υγιή ανταγωνισμό επιβάλλοντας κυρώσεις σε αυτούς που αντιδρούσαν στην είσοδο των γενοσήμων στην αγορά Άρα τα γενόσημα θα εισβάλουν στην αγορά μετά τη λήξη της πατέντας ευρεσιτεχνίας των πρωτότυπων φαρμάκων δηλ μετά από 20 χρόνια, ενώ θα κυκλοφορήσουν με 2 ονομασίες: είτε μ' ένα διεθνές μη ειδικευμένο όνομα ( *International Non-proprietary NAME -INN* ) , είτε μ' ένα εμπορικό όνομα (*Branded Generics*) και θα πάρουν έγκριση κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ για 10 χρόνια (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών )

Στην Ελλάδα τα γενόσημα κυκλοφορούν κυρίως με την εμπορική ονομασία τους και παράγονται επί το πλείστον από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες οι οποίες τηρούν αυστηρά τις προϋποθέσεις παρασκευής και ελέγχονται τακτικά από τον ΕΟΦ για την ασφάλεια , την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα τους .Ο ΕΟΦ με τη σειρά του θα δώσει την έγκριση του για την κυκλοφορία, αν έχει τηρηθεί η κοινοτική νομοθεσία της ΕΕ και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων. Ακόμη ο ΕΟΦ θα εξετάσει τις κλινικές μελέτες βιοϊσοδυναμίας που πραγματοποιούνται από τις φαρμακευτικές εταιρείες, από τα δημόσια ή από τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό για να δώσει την έγκριση του (ΕΟΦ δελτίου τύπου)

### **3.5 Φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας για το γενόσημα (IOBE 2013)**

Με τον όρο φαρμακευτική πολιτική , αναφερόμαστε στο σύνολο των μέτρων που παίρνει η πολιτεία για να διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων στην αγορά και τη μείωση των τιμών τους , ώστε τα φάρμακα να είναι επαρκή και ασφαλή .

Μία από τις παρεμβάσεις του κράτους είναι η τιμολόγηση των φαρμάκων που συγκρίνεται άλλες φορές με τις ευρωπαϊκές εκείνες χώρες που έχουν ανάλογα οικονομικά και πληθυσμιακά χαρακτηριστικά και άλλες φορές δέχεται ελεύθερα μια τιμή , που του δίνει η φαρμακοβιομηχανία και στη συνέχεια τη διαπραγματεύεται με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες

Άλλο μέτρο περιορισμού της ζήτησης των ακριβών σκευασμάτων και του ελέγχου του όγκου της κατανάλωσης είναι:

- Το ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής στην τιμή των φαρμάκων , που πολλές φορές είναι πάνω από το 25% όταν πρόκειται για τα πρωτότυπα φάρμακα
- Η εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης
- Η αποζημίωση του σκευάσματος από τον ΕΟΠΥΥ μόνο όταν τηρούνται ορισμένα οικονομικά κριτήρια
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που περιορίζει τις δαπάνες, αφού ελέγχει τη συνταγογράφηση των ιατρών
- Η υποχρεωτική αντικατάσταση ενός πρωτότυπου και ακριβού σκευάσματος με το φθηνότερο γενόσημο στην αγορά ή τουλάχιστον η υποχρεωτική αύξηση ενός ποσοστού χρήσης γενοσήμων

Η αντικατάσταση των πρωτότυπων με τα γενόσημα για να συμβάλει στη μείωση των δαπανών υγείας πρέπει :

- Να υπάρχει ένας υγιής ανταγωνισμός μεταξύ γενοσήμων και πρωτότυπων όσο αφορά την τιμή και την ποιότητα των σκευασμάτων
  - Να υπάρχουν μηχανισμοί ελέγχου ώστε να αποφεύγεται η αντικατάσταση των πρωτότυπων off-patent, με πρωτότυπα σκευάσματα με too, που είναι αρκετά ακριβότερα
- Στις μέρες μας η εκτεταμένη δημοσιονομική κρίση επέβαλε μια βίαια προσαρμογή στην κατανάλωση γενοσήμων φαρμάκων σε απόλυτα νούμερα προκειμένου να περιοριστούν τα ελλείμματα. (Geitona et al 2006)

### **3.6 Πολιτική υγείας για τα γενόσημα στην Ελλάδα(ΙΟΒΕ 2013)**

Η πολιτική που ακολούθησε η Ελλάδα για τα γενόσημα ποτέ δεν υπήρξε μία ολοκληρωμένη, σοβαρή πολιτική αλλά περιστασιακή ιδιαίτερα στα χρόνια των μνημονίων όπου ο κύριος στόχος της ήταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, και η εξυγίανση της οικονομίας . Οι πολιτικές για τη χρήση γενοσήμων δεν εφαρμόστηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό ή στην περίπτωση που τα μέτρα εφαρμόστηκαν δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Tsiantou et all 2009) Αυτό εξηγεί και το χαμηλό μερίδιο που είχε η χώρα μας σε γενόσημα σε όρους όγκου πωλήσεων

Η Ελλάδα προσπάθησε να αφομοιώσει τα θετικά μέτρα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν στις άλλες χώρες, με σκοπό πάντα την εξοικονόμηση πόρων Παλαιότερα στην Ελλάδα οι τιμές των γενοσήμων ήταν στο 90% της τιμής του πρωτότυπων , για να προσεγγίσουν στη συνέχεια το 72% και το 2013 ήταν στο 40% των πρωτότυπων off-pattern (IOBE 2013) Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν το Νοέμβριο του 2012 πρότειναν η τιμή των γενοσήμων να είναι στο 80% τις τιμής των πρωτότυπων, μετά την απώλεια της πατέντας τους και για τα πρωτότυπα πριν να χάσουν την πατέντα τους να έχουν λιανική τιμή μέχρι 10€ .Σήμερα μία από τις τιμολογιακές πολιτικές των γενοσήμων είναι τα γενόσημα που νεοεισέρχονται στην αγορά να έχουν χαμηλότερη τιμή από την προηγούμενη τιμολόγηση

Σύμφωνα με την απόφαση Αριθ οικ 110708/ΦΕΚ 3047/2012 (Λογιστικός Ασφαλιστικός Φοροτεχνικός & Νομικός Σύμβουλος) τα γενόσημα εντάσσονται σε θεραπευτικές κατηγορίες και σε μια θετική λίστα αποζημιούμενων φαρμάκων η οποία και προσδιορίζει την εσωτερική τιμή τους ( Εφημερίδα της κυβέρνησης 2012) Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης αποζημιώνουν μέχρι του ποσού που ορίζεται ως τιμή αναφοράς ΤΑ σε κάθε θεραπευτική κατηγορία , ενώ ο ασθενής πληρώνει το μισό της διαφοράς μεταξύ τιμής αναφοράς και λιανικής τιμής.

Τα γενόσημα κατηγοριοποιούνται σε θεραπευτικές κατηγορίες όταν οι πώλησης τους είναι πιο πάνω από το 4% των συνολικών πωλήσεων της κατηγορίας Βασική προώθηση των φαρμάκων για να μπουν στη θετική λίστα είναι να δεχτούν το clawback και το rebate

Ένα σημαντικό στοιχείο της πολιτικής των γενοσήμων είναι οι μειοδοτικοί διαγωνισμοί που γίνονται για την προμήθεια των γενοσήμων στα νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Όμως η Ευρωπαϊκή αγορά δεν έχει εμπειρία σε τέτοια ζητήματα αφού μόλις επτά ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόζουν τους μειοδοτικούς διαγωνισμούς για την προμήθεια και οι όποιοι γίνονται όταν κυκλοφορήσουν αρκετά γενόσημα δηλ όταν αυτά υπερβεί το 40% του συνόλου των φαρμάκων

Επίσης μια μνημονιακή υποχρέωση της κυβέρνησης για τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών, ήταν η συνταγογράφηση με βάση της δραστικής ουσίας και η υποχρεωτική αντικατάσταση στο φαρμακείο με το φθηνότερο γενόσημο ΦΕΚ 3057/2012 (Επίχειρσι. gr) Στην περίπτωση που το φθηνότερο γενόσημο δεν κυκλοφορεί στην αγορά , ή ο ασθενής δεν επιθυμεί να το προμηθευτεί αλλά επιθυμεί να αγοράσει ,άλλο ακριβότερο σκεύασμα , τότε υποχρεούται να πληρώσει τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής του φάρμακου επιλογής του , από την τιμή του φθηνότερου γενόσημου. Βέβαια υπάρχουν και εξαιρέσεις στο θεσμικό



πλαίσιο , όπου οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφούν όχι με βάση της δραστικής ουσίας αλλά της εμπορικής και αυτές είναι περιπτώσεις με επιπλοκές ή περιπτώσεις με απορρύθμιση της αγωγής Οι εξαιρέσεις όμως αυτές δεν μπορούν σε καμμία περίπτωση να υπερβούν το 15% της συνολικής συνταγογράφησης για το έτος και πρέπει πάντα να είναι αιτιολογημένες Δυστυχώς όμως μέχρι και σήμερα δεν υπάρχουν μηχανισμοί έλεγχου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όταν οι γιατροί αντικαταστούν τα γενόσημα με ακριβότερα πρωτότυπα με το ,ούτε έχει εφαρμοστεί ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος που μπορεί να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς και την αντίδραση του στα φαρμακευτικά σκευάσματα

Επίσης δεν υπάρχουν οικονομικά και μη κίνητρα προς τους γιατρούς για να προβούν σε μια αποτελεσματική συνταγογράφηση γενοσήμων (Vandoros *et al* 2013 ) παρόλο που οι περισσότεροι γιατροί εμπιστεύονται την ασφάλεια και την κλινική αποτελεσματικότητά τους ( Tsiantou *et al* 2009, Theodorou *et al* 2009) Έτσι η συνταγογράφηση τους προσανατολίζεται στα πρωτότυπα σκευάσματα αφού οι εταιρείες πολλές φορές τους δελεάζουν με παροχές Δεν πρέπει να υποτιμάται το γεγονός ότι υπάρχει μία επιφυλακτικότητα για την εγχώρια διαδικασία έγκρισης και πιστοποίησης γενοσήμων σκευασμάτων (Tsiantou *et al* 2009) Όμως η αποτυχία της συνταγογράφησης των γενοσήμων, σημαίνει και αποτυχία της πολιτικής υγείας , λόγου του μη περιορισμού των φαρμακευτικών δαπανών Άλλωστε και η ελληνική φαρμακοβιομηχανία με τη σειρά της, θεωρεί πολύ σημαντική τη συνταγογράφηση βάση δραστικής ουσίας, γιατί αυτό προάγει τον υγιή ανταγωνισμό και συμβάλει στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας μας Η πολιτική για τα γενόσημα ανήκει στη πολιτική υγείας και ασχολείται με την αδειοδότηση , την τιμολόγηση , την κατανάλωση των γενοσήμων από τους ασθενείς , αλλά και στη σχέση που των ασθενών με τα πρωτότυπα σκευάσματα

Όσο αφορά στην τιμολόγηση των γενοσήμων θα πρέπει να διακρίνουμε δυο καταστάσεις ότι (IOBE 2013) :

- α) Η τιμή τους καθορίζεται από την τιμή των πρωτότυπων , αφού τιμολογείται ως ποσοστό αυτής
- β) Η τιμή των ελληνικών γενοσήμων καθορίζεται βάση του κόστους παραγωγής , έτσι ώστε όχι μόνο να ενισχυθεί η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, αλλά και να υπάρξει επάρκεια των ελληνικών γενοσήμων στην αγορά

Στην περίπτωση που η τιμολόγηση γίνεται με βάση την τιμή των πρωτότυπων, οι χώρες είναι αυτές που θα καθορίσουν: α) την τιμή των γενοσήμων προς τα κάτω β) την μέγιστη τιμή πώλησης (*price cap*) γ) το ποσοστό αποζημίωσης που θα δώσουν στους παρόχους υγείας (Puig-Junoy 2010)

Γενικά τα μέτρα της πολιτικής υγείας που πήρε η χώρα μας μαζί με τους ευρωπαϊκούς θεσμούς για να επιτευχθεί η δημοσιονομική προσαρμογή και να διατηρηθεί το δημοσιονομικό πλεόνασμα στο 2,5% ήταν:

- Η αυστηρή τήρηση του ανώτατου ορίου που ενεργοποιούσε την αυτόματη επιστροφή χρημάτων στο κράτος από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Πολιτική του clawback και το οποίο υπολογίζεται στο 1% του ΑΕΠ
- Η τιμολόγηση φαρμάκων βάση της οποίας παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση στην τιμή της χονδρικής πώλησης
- Η προώθηση των γενοσήμων από τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με βάση της διεθνής κοινόχρηστης ονομασίας ΔΚΟ
- Το rebate που είναι η αναγκαστική επιβολή έκπτωσης από τους παρόχους υγείας στο ΕΟΠΥΥ
- Η προσπάθεια περιορισμού της κατανάλωσης στα πρωτότυπα σκευάσματα αυξάνοντας το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων σε αυτά, με ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού τους στα γενόσημα.

Το 2017 η κυβέρνηση έβαλε ως στόχο της τα γενόσημα εξωνοσοκομειακά φάρμακα να αποτελούν το 60% του συνόλου των συνταγών ΔΚΟ. Αυτό όμως δεν το υλοποίησε, αφού τα γενόσημα το 2017 ήταν 27% (αυξημένο, αφού το 2012 ήταν 18,5%) αλλά παραμένοντας το πιο χαμηλό στην ΕΕ (διάγραμμα 3.2 Ergen 2012 σελ 23 και διάγραμμα 3.3 ΟΟΣΑ 2019, σελ 19) Το 2018 η Ελλάδα έφτιαξε το μηχανισμό Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας HTA που ήταν υπεύθυνος για την αναθεώρηση του καταλόγου που περιλάμβανε τα αποζημιούμενα φάρμακα καθώς και τα νεοεισερχόμενα φάρμακα (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 2011)

### **3.6. 1 Τιμολόγηση και νομικό πλαίσιο γενοσήμων (IOBE2013)**

Σήμερα η Ελλάδα δεν έχει πετύχει το στόχο της για τα γενόσημα αφού αυτά αποτελούν μόνο το 18% της αγοράς. Έτσι η χώρα μας αναγκάστηκε να αναλάβει διάφορες πρωτοβουλίες όπως

να τα κοστολογήσει σε ένα ποσοστό 40% της τιμής των πρωτότυπων (Tsiantou et al 2013), με απώτερο στόχο να βελτιώσει τις δημοσιονομικές αδυναμίες της (ΕΟΦ2012) .

Ένας άλλος στόχος που έβαλε η Ελλάδα ήταν :

- Να αυξήσει τουλάχιστον κατά 50% τον όγκο σε γενόσημα κυρίως για τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς
- Να αυξήσει κατά 60% την αγορά γενοσήμων έως το τέλος του 2013
- Να κάνει υποχρεωτική την ηλεκτρονική συνταγογράφηση των γενοσήμων από το ιατρικό προσωπικό ( Tripsa et al 2012)

Επίσης η κυβέρνηση για να εφαρμόσει την πολιτική προώθησης των γενοσήμων στηρίζεται σε μια σειρά από νομοθετικές πρωτοβουλίες όπως ο νόμος Ν 3840/2010 άρθρο 14 όπου θα γίνει για πρώτη φορά η τιμολόγηση των γενοσήμων( Εφημερίδα της κυβέρνησης 2010, ΣΦΕΕ) Ακολουθεί η υπουργική απόφαση οικ15942(Εφημερίδα της κυβέρνησης 2014) με την οποία καθορίζονται τα όρια συνταγογράφησης τους και στις 15 Νοέμβριου του 2015 βάσει νόμου 4337/2015 άρθρου 15, 17 καθορίζονται οι τιμές τους, που πρέπει να είναι στο 65% της αντίστοιχης των πρωτότυπων.(Lawspot 2015) Αυτό θα γίνεται αμέσως μετά τη λήξη της πατέντας και ανεξάρτητα από την ημερομηνία έγκριση τους στην αγορά, ενώ και οι τιμές των πρωτότυπων που έχουν χάσει την πατέντα τους θα μειώνονται κατά 50%

Όμως παρά τις νομοθετικές αυτές πρωτοβουλίες, οι τιμές των γενοσήμων στην Ελλάδα εξακολουθούν να είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη και πλησιάζουν τις τιμές των off-patent πρωτότυπων , ενώ όσο αφορά τα πρωτότυπα φάρμακα off-patent που κυκλοφορούν στην αγορά έχουν χαμηλότερη τιμή, (IOBE 2014) με επακόλουθο να διεισδύουν ευκολότερα Ακολουθεί ο νόμος 4472 /2017 άρθρο 88 που επεξηγεί στα φαρμακεία πως πρέπει να υπολογίζουν και να συμψηφίζουν την έκπτωση που πρέπει να κάνουν στους ασφαλισμένους όταν αγοράζουν γενόσημα (Εφημερίδα της κυβέρνησης 2017) Επιπλέον με την Υπουργική Απόφαση με Αριθμό.Δ3 (α) 63585 καθιερώνεται για τα έτη 2016-2017-2018 , ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών φαρμακευτικών δαπανών claw back από τις φαρμακευτικές εταιρείες στο κράτος(Εφημερίδα της κυβέρνησης 2018)

Σύμφωνα με το Ν.4638/2019(Εφημερίδα της κυβέρνησης 2019) και την Υπουργική Απόφαση Αριθμ.οικ.82331 ΦΕΚ 4274 /2019(Εφημερίδα της κυβέρνησης 2019 ) το σύστημα τιμολόγησης αλλάζει και ο καθορισμός της τιμής των γενοσήμων γίνεται ως εξής :

- Στην πρώτη τιμολόγηση η τιμή καθορίζεται να είναι το 65% του off-patent

- Η ανατιμολόγηση τιμών γίνεται όταν :
  - 1) η τιμή είναι υψηλότερη του μέσου όρου των δύο διαφορετικών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ ή του 65%της τιμής του off-patent
  - 2) η μείωση της τιμής σε κάθε ανατιμολόγηση γίνεται σε ποσοστό έως 7% στην τιμή της προηγούμενης τιμολόγησης και με κατώτερο όριο την τιμή που σχηματίζεται από το μέσο όρο των δύο διαφορετικών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ . Εάν με τη νέα τιμή δεν προκύπτει κόστος ημερησίας νοσηλείας(θεραπείας) ΚΗΘ <0,20 €, τότε η τιμή του προϊόντος μειώνεται μέχρι να φτάσει το όριο αυτό
  - 3)Τα φάρμακα με ΚΗΘ  $\leq 0,20$  € δεν ανατιμολογούνται

Στον πίνακα 3.3 που ακολουθεί βλέπουμε τις τιμές on-patent, off-patent και γενοσήμων για το έτος 2013 στην Ελλάδα και σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες . Παρατηρούμε ότι η χώρα μας έχει την υψηλότερη τιμή στα γενόσημα 0,21€ έναντι 0,13 που έχει ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος , ενώ στα σκευάσματα on-patent έχει τη δεύτερη χαμηλότερη τιμή μετά την Ιταλία ( 0.80€ έναντι 0,75€)

**Πίνακας 3.3**

**Τιμολόγηση στις ευρωπαϊκές χώρες το 2013**

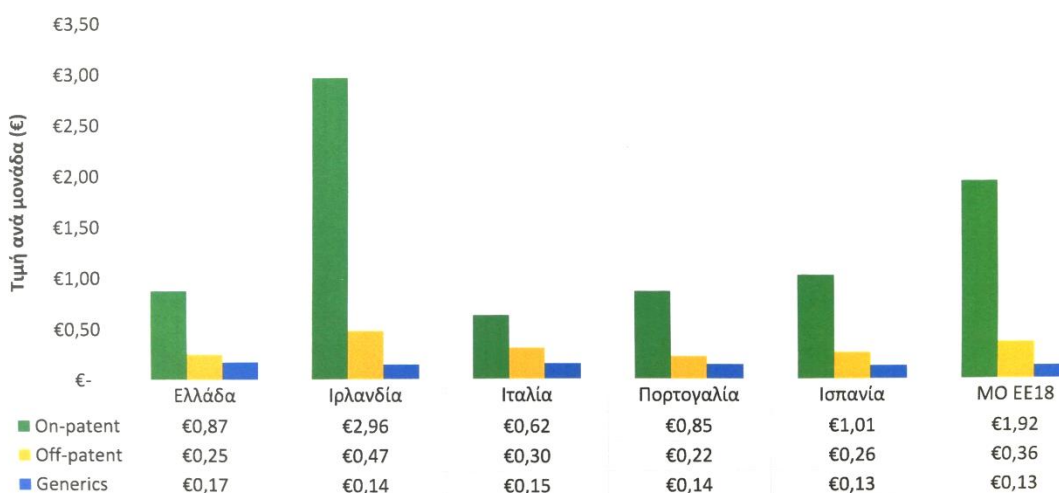
	<b>On-patent €</b>	<b>Off-patent €</b>	<b>Γενόσημα €</b>
Ελλάδα	0,80	0,31	0,21
Ιταλία	0,75	0,30	0,14
Ισπανία	1,06	0,22	0,12
Γαλλία	1,60	0,3	0,17
Γερμανία	3,13	0,57	0,14
Ηνωμένο Βασίλειο	1,01	0,24	0,09
Μέσος όρος ΕΕ	1,59	0,30	0,13

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση, On-patent: Προστατευμένα φάρμακα, Off-patent: Φάρμακα εκτός πατέντας (Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη 2016 σελ4)

Η κατάσταση αυτή δεν έχει αλλάξει για το έτος 2019 όπου τα off-patent σκευάσματα εξακολουθούν να έχουν στην Ελλάδα έχουν τη χαμηλότερη τιμή 0,25€ σε σύγκριση με το Ευρωπαϊκό μέσο όρο που είναι στα 0,36€, ενώ τα γενόσημα έχουν σχετικά αυξημένες τιμές 0,17€ έναντι των Ευρωπαϊκών χωρών ΕΕ18 με 0,13€ (διάγραμμα 3.7)

**Διάγραμμα 3.7**

**Τιμολόγηση φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2019 (€ ανά μονάδα)**

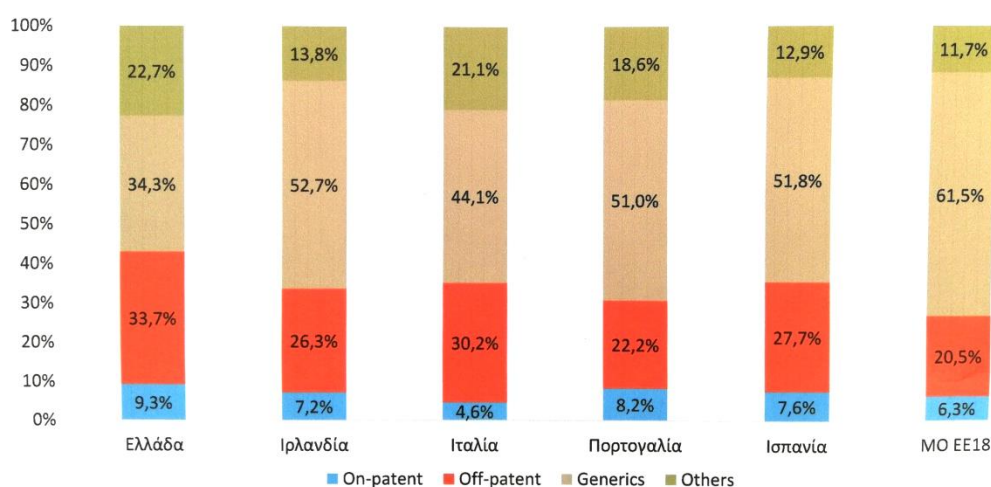


Πηγή: IQVIA, 08/2019 , IOBE 2019 σελ48

Επίσης στο παρακάτω διάγραμμα 3.8 για το έτος 2019( IOBE 219) ,με βάση στοιχεία από την IQVIA βλέπουμε ότι τα πρωτότυπα on-patent σκευάσματα στην Ελλάδα αντιστοιχούν σε 9,3% , το υψηλότερο στην ΕΕ με μέσο όρο 6.3%, και δικαιολογείται από τις μειωμένες τιμές τους 0,87€ ανά μονάδα έναντι 1.92 € που είναι ο μέσος Ευρωπαϊκός όρος ΕΕ των 18 Το ποσοστό των σκευασμάτων off-patent είναι 33,7% , αυτών των γενοσήμων 34,3%, ενώ το αντίστοιχο της ΕΕ είναι 20,5% και 61,5

### Διάγραμμα 3.8

Ποσοστό διείσδυσης γενοσήμων φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2019(σε όγκο)



ΠΗΓΗ: IQVIA, 08/2019, IOBE 2019 σελ 47

Επιπλέον η κυβέρνηση προστατεύει τα off-patent και γενόσημα σκευάσματα από περαιτέρω τιμολογιακές μειώσεις όταν η τιμή τους είναι χαμηλότερη από 12 € και 7.8 € αντίστοιχα . Ωστόσο το 2017 με βάση την υπ αριθ. Γ5(α)/88979 υπουργική απόφαση το όριο προστασίας μειώνεται στο 1€ για τα γενόσημα και για τα off-patent σκευάσματα (Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη 2016, e-νομοθεσία .gr ) Το υπουργείο υγείας θέλοντας να εκμεταλλευτεί τις ιδιότητες των γενοσήμων ως φτηνότερα φάρμακα και να περιορίσει έτσι τις δαπάνες υγείας, είχε προτείνει την αντικατάσταση των πρωτότυπων από τα γενόσημα, χωρίς όμως να την κάνει υποχρεωτική .Στην περίπτωση αυτή επαφίεται στην καλή θέληση του ασφαλισμένου που δεν επιθυμεί να αγοράσει τα πρωτότυπα σκευάσματα πληρώνοντας από την τσέπη του ένα ποσοστό μερικές φορές πολύ πάνω από το 25% της συμμετοχής και επομένως να περιοριστεί από μόνος του, στα γενόσημα που το κόστος είναι αρκετά μικρότερο .

### 3.7 Η συμβολή των γενοσήμων στην ανάπτυξη και απασχόληση

Σκοπός του κράτους είναι η συνταγογράφηση φτηνών γενοσήμων , η μη αντικατάσταση τους από ακριβότερα σκευάσματα και η προστασία της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας Γενικά η πολιτική των γενοσήμων έχει συνδεθεί με την αναπτυξιακή πολιτική των εθνικών οικονομιών, κυρίως στις Ευρωπαϊκές χώρες και αυτό γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των γενοσήμων που κυκλοφορούν στην αγορά παρασκευαζόταν από τις εθνικές φαρμακοβιομηχανίες(IOBE 2013) Το ίδιο συμβαίνει και στη χώρα μας όπου συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του ΑΕΠ, στην άνθιση της οικονομίας κάνοντας παραγωγικές επενδύσεις, συντελώντας στη μείωση της ανεργίας αφού προσφέρουν αρκετά χιλιάδες θέσεις εργασίας

Στο βαθμό αυτό, η περαιτέρω εξειδίκευση και ενσωμάτωση της φαρμακευτικής πολιτικής στο πλέγμα των πολιτικών συνιστά βασικό προαπαιτούμενο στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης, σύγχρονης και βιώσιμης πολιτικής υγείας, στην εξασφάλιση της δημόσιας υγείας και στην ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας γενικότερα.

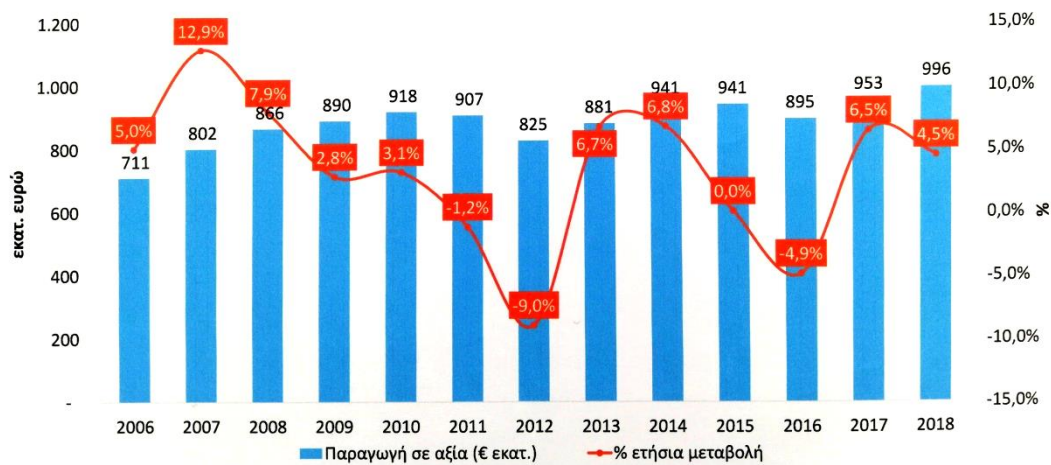
Η Ελληνική φαρμακοβιομηχανία αντιπροσωπεύεται θεσμικά από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας ΠΕΦ και έχει αναπτύξει σήμερα την απαραίτητη τεχνογνωσία για να παράγει γενόσημα με εμπορική ονομασία ( *branded generics*), αλλά και πρωτότυπα σκευάσματα .Ο έλεγχος των ελληνικών σκευασμάτων κατοχυρώνεται από τον ΕΟΦ , από το FDA ( *food and drug administration*) και από τον EMA ( *European Medicines Agency*) Η ΠΕΦ μπορεί να καλύψει > 60% των εγχώριων αναγκών σε φάρμακα. Αποτελείται από 39 μέλη και έχει 21 εργοστάσια παραγωγής ,εκ των οποίων τα 6 ασχολούνται αποκλειστικά με τις εξαγωγές . Επομένως ο ελληνικός φαρμακευτικός κλάδος συμβάλει :

- στη βιομηχανική παραγωγή φαρμάκων
- στον τομέα της απασχόλησης
- στο ΑΕΠ της χώρας μας
- στην ανάκαμψη της μεταποίησης
- στην ακαθάριστη προστιθέμενη αξία παραγωγής
- στο εξωτερικό εμπόριο

Σύμφωνα με την Eurostat η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα το 2018 άγγιξε το 1 δις ευρώ, αυξημένη κατά 4,5% για το ίδιο έτος (διάγραμμα 3.9 ) Έξαλλου το 2017 η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα αντιστοιχούσε στα 953 εκατ ευρώ αυξανόμενη κατά 1,4% σε σύγκριση με το 2006 που ήταν 895 εκατ ευρώ

### Διάγραμμα 3.9

#### Παραγωγής φαρμάκου σε εκατ €-Ελλάδα



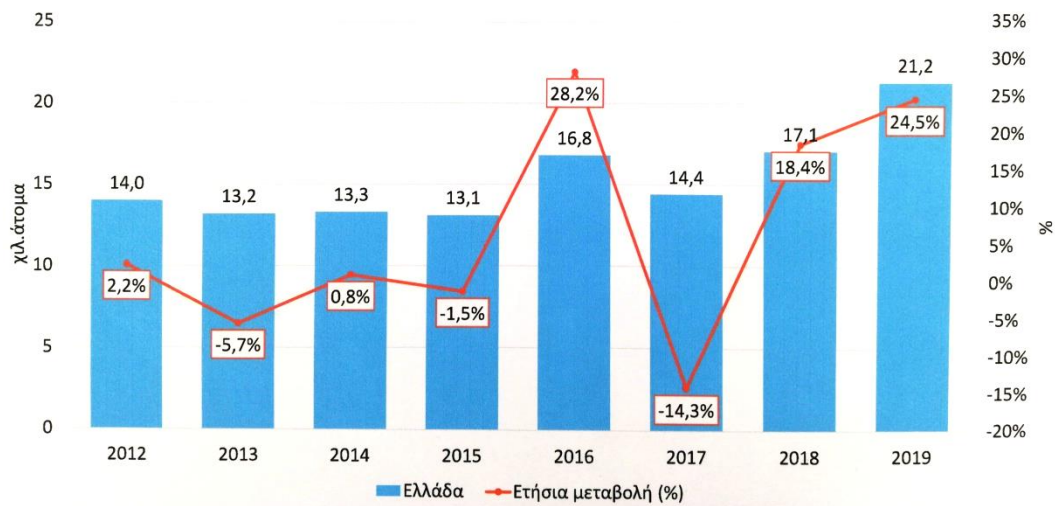
Πηγή: Eurostat, 2019, Βάση Δεδομένων PRODCOM; επεξεργασία στοιχείων IOBE 2019 σελ 39

Στην Ελλάδα το 2019 απασχολούνται άμεσα στον τομέα της παρασκευής φαρμακευτικών σκευασμάτων γύρω στα 21.200 άτομα και με ετήσια μεταβολή στο 24,5 % Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι την τελευταία τριετία 2006-2009 δημιουργήθηκαν στο φαρμακευτικό κλάδο 1200 νέες θέσεις εργασίας (διάγραμμα 3.10)



### Διάγραμμα 3.10

#### Απασχόληση στην παραγωγή φαρμάκου ( χιλ άτομα)

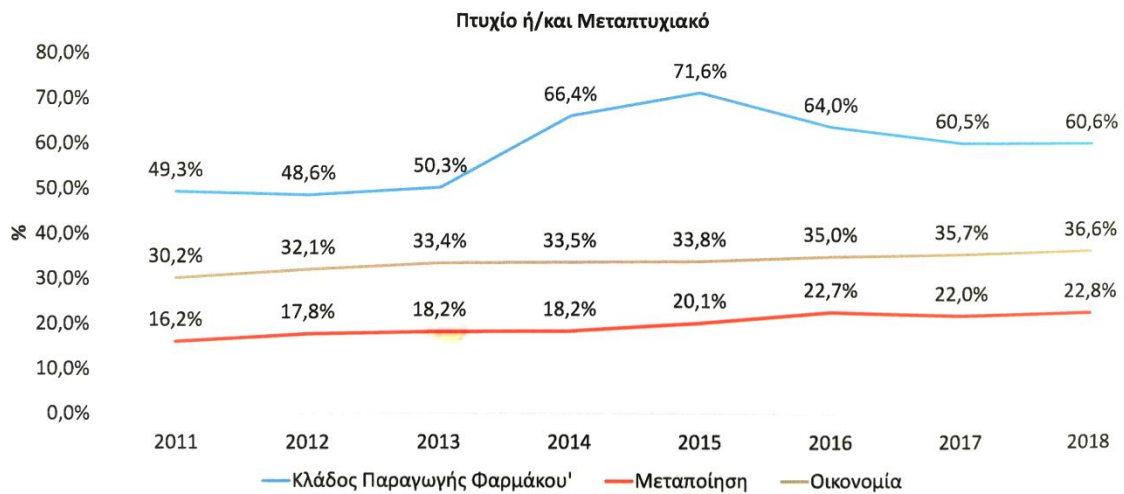


Πηγή: Eurostat, Labour Force Survey, 2018, επεξεργασία στοιχείων IOBE 2019 σελ 43

Η μόρφωση και η εξειδίκευση του επιστημονικού προσωπικού που ασχολείται με το φάρμακο είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη, ενώ παράλληλα έχει διαμορφωθεί μια υψηλή υποδομή από 800 αναγνωρισμένους επιστήμονες Σύμφωνα με την Διεθνή Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης (ISCED) για το 2018 το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων που εργάζονταν στην παραγωγή φαρμάκων ήταν πολύ υψηλό αφού το 60,6% είχαν πανεπιστημιακή μόρφωση, ενώ ο κλάδος της μεταποίησης απασχολεί 22.8% εργαζομένους . Η διαφορά αυτή φαίνεται να βάζει εμπόδια στη μετανάστευση των νέων επιστημόνων brain drain (διάγραμμα3.11),προσφέροντας μία εργασιακή οικονομική και κοινωνική ασφάλεια

### Διάγραμμα 3.11

#### Αριθμός απασχολούμενων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην παραγωγή φαρμάκου



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ. 2019 (ISCED 2011), επεξεργασία στοιχείων IOBE2019 σελ 44

Τα τελευταία χρόνια οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες έχουν επενδύσει σε σημαντικό τεχνολογικό εξοπλισμό, σε συστήματα ασφάλειας και παραγωγής με αποτέλεσμα να κάνουν αισθητή την παρουσία τους όχι μόνο στην ελληνική αλλά και στην ξένη αγορά Έτσι την περίοδο 2006-2009 ξοδεύτηκαν 300 εκατ ευρώ σε επενδύσεις και τη διετία 2010-2011 γύρω στα 55 εκατ ευρώ Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες να επεκτείνουν την εξαγωγική δραστηριότητα, διαθέτοντας τα γενόσημα φάρμακα της δικής τους παραγωγής, σε περισσότερες από 60 χώρες μεταξύ των οποίων είναι οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία, η ΕΕ. Τα μέλη της ΠΕΦ παρουσίασαν το 2011 ένα κύκλο εργασιών γύρω στα 1,194 δις ευρώ (το 2010 ήταν

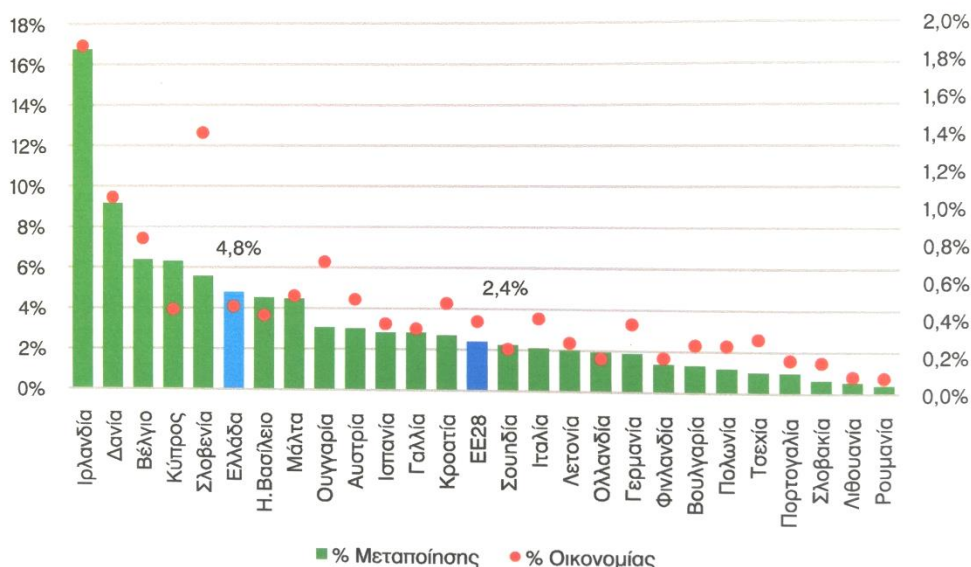
1,237δισ, ευρώ).Επίσης το 2011 οι ετήσιες εξαγωγές έφτασαν τα 275 εκατ ευρώ (για το 2010 ήταν 310εκατ € και 290εκατ € για το 2009) (IOBE 2019)

Ακόμη οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες το 2011 κατέβαλαν 74,6 εκατ € σε φόρους, 45,8 εκατ € σε εργοδοτικές εισφορές , 3,8 εκατ € για παράβολα του ΕΟΦ και 66,6 εκατ € για ΦΠΑ . Αντίστοιχα το 2010 είχαμε 90 εκατ € για φόρους, 65,8εκατ € για εργοδοτικές εισφορές, 6.2 εκατ € για παράβολα του ΕΟΦ ,87.3 εκατ € για ΦΠΑ(IOBE 2019) Το 2018 ο κλάδος της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας αντιστοιχεί :

- στο 0,4% της συνολικής απασχόλησης
- στο 4,8% της συνολικής απασχόλησης στη μεταποίηση , ποσοστό μεγαλύτερο από το Ευρωπαϊκό μέσο όρο που ήταν στο 2,4% διάγραμμα 3.12

**Διάγραμμα 3.12**

**Απασχόληση στην παραγωγή φαρμάκου (% στη μεταποίηση και οικονομία) ΕΕ 28 2018**

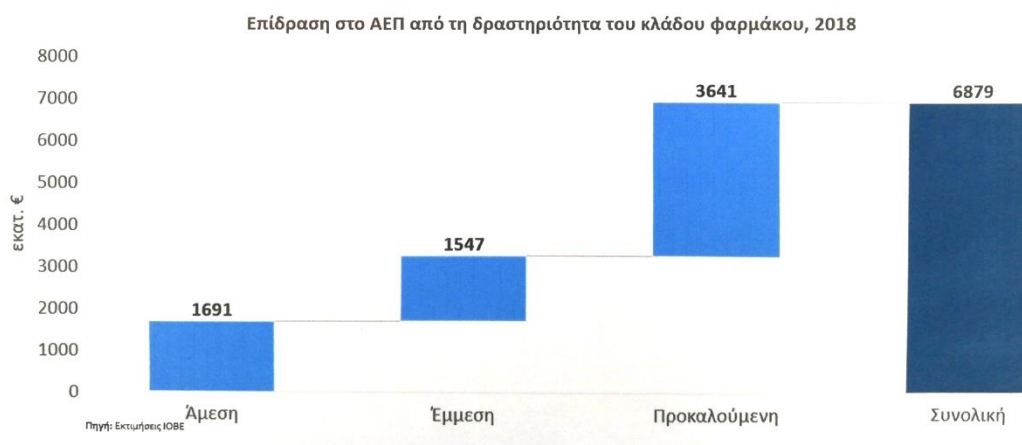


Πηγή: Eurostat, Labour Force Survey, 2019 επεξεργασία στοιχείων IOBE 2019σελ 56

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 3.13 το 2018 η συμβολή του ελληνικού φαρμάκου στο ΑΕΠ της χώρας μας εκτιμάται στα 6,9 δισεκ ευρώ ( 3,7% του ΑΕΠ ) ,και για κάθε ένα ευρώ προστιθέμενης αξίας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών , δημιουργούνται 3,1 ευρώ στο συνολικό ΑΕΠ της χώρας

### Διάγραμμα 3.13

#### Η συνολική συμβολή του ελληνικού φαρμάκου

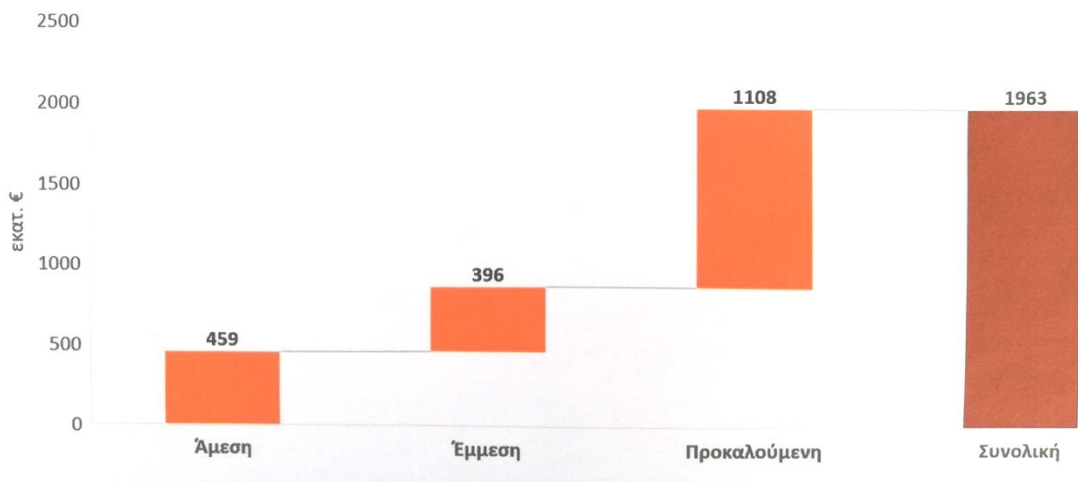


Πηγή: Εκτιμήσεις IOBE 2019 ,Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ 56

Παράλληλα η συμβολή του φαρμάκου το 2018 στα φορολογικά έσοδα ξεπερνούσε το 1.9 δισ ευρώ διάγραμμα 3.14

**Διάγραμμα 3.14 :**

**Συμβολή του φαρμάκου στα φορολογικά έσοδα ( ΦΠΑ στα προϊόντα παραγωγής και εργοδοτικές εισφορές**

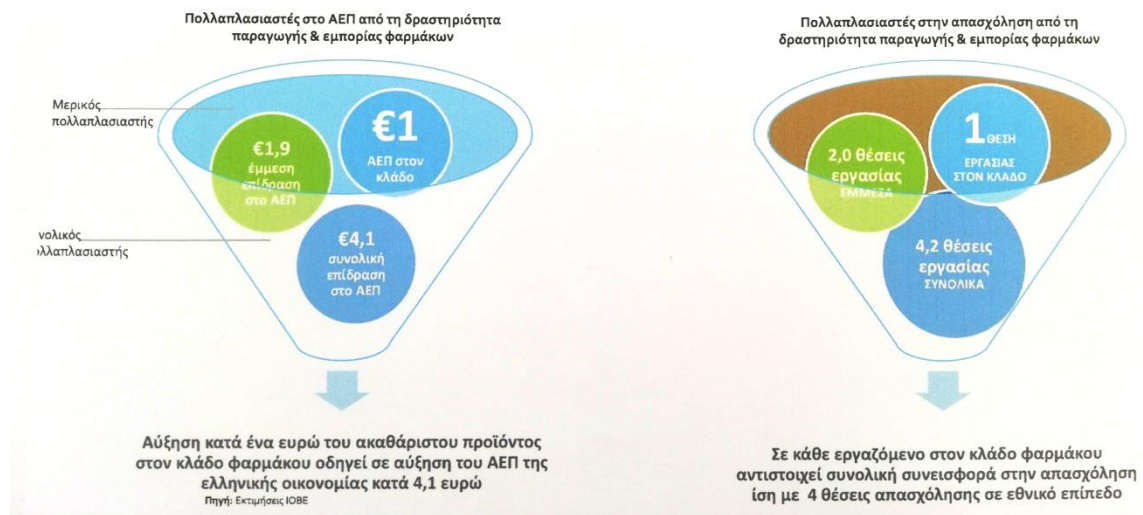


Πηγή: Εκτιμήσεις IOBE 2019 , Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ 58

Στο διάγραμμα 3.15 που ακολουθεί , περιγράφονται οι πολλαπλασιαστικές επιδράσεις στην οικονομία από τη λειτουργία της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας

### Διάγραμμα 3.15

## Πολλαπλασιαστικές επιδράσεις του φαρμάκου στην οικονομία



Πηγή: Εκτιμήσεις IOBE 2019, Βέττας και Τσακανίκας 2020 σελ 59

Το 2019 όταν έχουμε αύξηση κατά 1 ευρώ του ΑΕΠ στον φαρμακευτικό κλάδο, αυτό θα οδηγήσει σε 4,1 ευρώ αύξηση της ελληνικής οικονομίας, ενώ για κάθε εργαζόμενο που δουλεύει στον κλάδο του φαρμάκου, αντιστοιχούν 4 θέσεις απασχόλησης σε εθνικό επίπεδο

### 3.8 Ανάπτυξη της πολιτικής υγείας για τα ψυχικά νοσήματα

Συγκεκριμένα για να αναπτυχθεί μια πετυχημένη πολιτική υγείας που να στηρίζει την ψυχική υγεία ενός πληθυσμού, που βρίσκεται σε άσχημη οικονομική κατάσταση και ψυχολογική κατάσταση, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι εξής δράσεις: (ΠΟΥ 2003 Πολιτική, σχέδια

δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας(ΠΟΥ 2003 το πλαίσιο της ψυχικής υγείας ΠΟΥ 2001Εκθεση για την Παγκόσμια υγείας )

### 3.8.1 Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού

Η εκτίμηση αυτή μπορεί να γίνει είτε με α) **επιστημονική έρευνα**: απλές επιδημιολογικές έρευνες ατόμων με ψυχικά νοσήματα που επισκέπτονται τις μονάδες υγείας, είτε με β) **με ταχεία εκτίμηση** που πραγματοποιείται ύστερα από συνεντεύξεις ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα , ή των οικογενειών τους

### 3.8.2 Συλλογή των στοιχείων

Η προέλευση αυτών των στοιχείων μπορεί να γίνει από :

- α) από μια χώρα ή μια περιφέρεια
- β) από άλλες χώρες ή περιφέρειες που αντιμετωπίζουν τα ίδια κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα
- γ) από την βιβλιογραφία

### 3.8.3 Διαβούλευση και διαπραγμάτευση

Για να εφαρμοστεί μια επιτυχή πολιτική υγείας πρέπει να υπάρξει μια διαβούλευση ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς, μια διαπραγμάτευση απόψεων, μια συζήτηση και τελικά θα επικρατήσει η πολιτική υγείας που έχει την πλειοψηφία και την κυβερνητική στήριξη Η κοινότητα θα συζητήσει πάνω στις αρχές και τις αξίες της ψυχικής υγείας για να καταλήξει στις στρατηγικές εκείνες που θα αναδείξουν και θα εφαρμόσουν αυτές τις αξίες ((Driscoll, 1998).

Μερικά παραδείγματα εμπλεκόμενων φορέων που μπορεί να ασχοληθούν με τις διαπραγματεύσεις είναι οι εξής :

- Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οικογένειες τους ή άτομα που εκπροσωπούν τα συμφέροντα των ψυχικά πασχόντων
- Οι εργαζόμενοι στη ψυχική υγεία
- Διοικητικό προσωπικό που ανήκουν σε δημόσιους , ιδιωτικούς φορείς και σε ιδρύματα που ασχολούνται γενικά με τα ψυχικά νοσήματα
- Κυβερνητικοί φορείς που ανήκουν στα υπουργεία υγείας, πρόνοιας, εργασίας , δικαιοσύνης, εσωτερικών , οικονομικών , σε δήμους , ή σε κοινότητες

- Ακαδημαϊκά ιδρύματα που έχουν εκπαιδεύσει ψυχιάτρους , νοσηλευτές κοινωνικούς λειτουργούς
- Επιστημονικοί σύλλογοι όπως αυτοί των ψυχιάτρων , των γενικών ιατρών, των νοσηλευτών ,των κοινωνικών λειτουργών.
- ΜΚΟ μη κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται με την αποκατάσταση και τη θεραπεία των ψυχικά πάσχοντων
- Θρησκευτικές οργανώσεις
- Πολικά κόμματα. πολιτικοί ,συνδικαλιστές , επιχειρηματίες

**3.8.4. Ανταλλαγή πληροφοριών με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες** Η επιτυχία ή η αποτυχία των άλλων χωρών μπορεί να γίνει παράδειγμα προς μίμηση ή προς αποφυγή

### **3.8.5. Ορισμός των στόχων της πολιτικής της ψυχικής υγείας**

Όπως κάθε πολιτική έτσι και η πολιτική για την ψυχική υγεία πρέπει να υλοποιεί τρεις κύριους στόχους (who 2000a)

α)Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού Για να δούμε εάν πραγματικά βελτιώνεται η ψυχική υγεία πρέπει να εξετάσουμε δείκτες όπως η θνησιμότητα , η νοσηρότητα , η ψυχική λειτουργικότητα , η πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας σε περίοδο κρίσεως

β)Ανταπόκριση στις προσδοκίες του πληθυσμού Το σύστημα πρέπει να ικανοποιεί τις ανάγκες και να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών

γ)Οικονομική προστασία στους πάσχοντες από το κόστος της ασθένειας Οι ψυχικά ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους άλλους ασθενείς που δεν έχουν ψυχικά νοσήματα, αλλά και να υπάρχουν οι προϋποθέσεις για μια επαρκή χρηματοδότηση αυτών των υπηρεσιών που συνήθως είναι η ΠΦΥ

### **3.8.6. Πεδία δράσης της πολιτικής υγείας για την ψυχική υγεία**

#### **3.8.6. 1 Χρηματοδότηση**

Η έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001(WHO 2001a) περιγράφει τα γενικά χαρακτηριστικά μιας σωστής χρηματοδότησης η οποία αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση της πολιτικής υγείας γιατί αυτή θα βελτιώσει τις



τεχνολογικές υποδομές , θα εκπαιδεύσει κατάλληλα το προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες ψυχικής υγείας και θα βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Κάθε κράτος πρέπει να υπολογίζει τις συνέπειες των ψυχικών νοσημάτων στην παραγωγική διαδικασία και να καθορίζει τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος. Η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών είναι ιδιαίτερα ακριβή υπολογίζοντας το άμεσο κόστος για τη χρόνια ή υποτροπιάζουσα θεραπευτική αγωγή και το έμμεσο κόστος των ψυχικών νοσημάτων που προέρχεται από την μείωση των ωρών εργασίας ή την απώλεια παραγωγικότητας συνήθως των νέων ατόμων που δεν μπορούν να εργαστούν. Ωστόσο το 62% των αναπτυσσόμενων και το 16% των ανεπτυγμένων χωρών δαπανούν λιγότερο από 1% του προϋπολογισμού τους για τη ψυχική υγεία ( *world health organization 2001a*) . Στις πλούσιες χώρες η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της φορολογίας και των υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών, ενώ στις φτωχότερες χώρες , οι κυβερνήσεις για να περιορίσουν στο κόστος της ψυχικής υγείας το μετακυλούν στους χρήστες των υπηρεσιών (Έκθεση για την Παγκόσμια υγεία 2000) ή χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση για να περιορίσουν τη ζήτηση των υπηρεσιών

Εξάλλου οι ασθενέστεροι των φτωχών χωρών , οι άνεργοι, οι ευπαθείς ομάδες , οι νέοι , τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα που είναι και οι πιο ευάλωτοι, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις οικονομικές απαιτήσεις του συστήματος υγείας και να προασπίσουν την ψυχική τους υγεία. χωρίς τη βοήθεια της πολιτείας. Επίσης η χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία εξαρτάται από το μέγεθος των περιφερειών, από τον πληθυσμό και από το είδος των υπηρεσιών που έχουν προτεραιότητα (ΠΟΥ 2003 Χρηματοδότηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας) Έτσι η πολιτική υγείας κατανέμει τους πόρους ανάλογα :

α) με τις γεωγραφικές περιφέρειες οι αστικές περιφέρειες έχουν προτεραιότητα έναντι των αγροτικών περιοχών , γιατί στα αστικά κέντρα συναντάμε περισσότερες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

β)πληθυσμός: πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στους νέους , στους ανέργους, στους ηλικιωμένους , στα άτομα με αναπηρία

γ)είδος των υπηρεσιών :σε ποιες δηλαδή υπηρεσίες πρέπει να δίνεται η μεγαλύτερη χρηματοδότηση και προηγούνται έναντι των άλλων υπηρεσιών η νοσοκομειακή περίθαλψη , η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η θεραπεία αποκατάστασης

Γενικά όταν θέλουμε να υπάρχει μια καθολική, ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να τις βελτιώνουμε , να τις καθιστούμε προσβάσιμες σε όλους και να έχουμε ένα μεταρρυθμισμένο σύστημα υγείας που να αυξάνει τους διαθέσιμους πόρους για την ψυχική υγεία και να ενσωματώνει τις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Ο ασθενής όταν προσέρχεται σε αυτές τις δομές υγείας δεν στιγματίζεται , αφού αυτές οι υπηρεσίες δεν ασχολούνται αποκλειστικά με άτομα που έχουν ψυχιατρικά νοσήματα. Σε μια χώρα όπως η Ελλάδα με την έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας η πρόσβαση σε αυτές τις δομές είναι στρατηγικής σημασίας. Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται επί το πλείστον στη ΠΦΥ παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων, αφού με την εξειδίκευση που τους παρέχει η ειδικότητα τους σε γνώσεις ψυχικής υγείας μπορεί να αποσυμφορίσουν το σύστημα υγείας

### **3.8.6.2 Νομοθεσία και ανθρώπινα δικαιώματα**

Η πολιτική υγείας πρέπει να προασπίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα . Για να το πετύχει αυτό υπάρχει η νομοθεσία που κατοχυρώνει το σεβασμό , και την αξιοπρέπεια των ασθενών (Δικαιώματα του ανθρώπου 2014)

Μερικά από τα ζητήματα με τα όποια ασχολείται η νομοθεσία είναι :

α) Τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές στον τομέα της υγείας όπως το ιατρικό απόρρητο

β). Τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές σε τομείς εκτός της υγείας όπως η εργασία, η κοινωνική ασφάλιση

Κάθε κυβέρνηση πρέπει να αντιμετωπίσει παράλληλα και τους αιτιολογικούς παράγοντες που επιτείνουν την οικονομική κρίση . Ο κυριότερος όπως είδαμε είναι η ανεργία , αφού οι άνεργοι κινδυνεύουν περισσότερο από την κατάθλιψη και έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν(Patel 2001) Έτσι οι μεταρρυθμίσεις για την ψυχική υγεία ξεπερνούν την πολιτική υγείας και περιλαμβάνουν αλλαγές στη νομοθεσία ,ευνοώντας μια ευελιξία στην αγορά εργασίας όπως ενισχυτικά προγράμματα απασχόλησης για τους ανέργους αλλά και δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών εργασίας για όσους εργάζονται

γ). Η πρόληψη των ψυχικών παθήσεων και η προαγωγή της υγείας πραγματοποιείται μέσω της ΠΦΥ η οποία ασχολείται με προβλήματα βιαιάς συμπεριφοράς, κατάθλιψης, χρήση αλκοολούχων ποτών ή άλλων ουσιών

### **3.8.6.3 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας**

Γενικά η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στο βαθμό που οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε όσους τις έχουν ανάγκη. Όταν οι υπηρεσίες λειτουργούν σωστά, εφαρμόζονται και τα προγράμματα που βελτιώνουν την ψυχική υγεία. Η έκθεση για την Παγκόσμια υγεία 2001 αναφέρεται στις στρατηγικές για την οργάνωση των υπηρεσιών ( ΠΟΥ 2003 Οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας ) :

Τη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, την επωμίζεται η ΠΦΥ και λιγότερο από το 10% των ασθενών παραπέμπεται σε ψυχιάτρους. Με αυτόν τον τρόπο τα άτομα που χρήζουν βοήθειας, έρχονται σε επαφή με τους γενικούς ιατρούς που ήδη γνωρίζουν και έχουν εξειδικευτεί για να τους βοηθήσουν. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γίνεται ως εξής:

1. Οι ψυχίατροι θα επισκέπτονται τα κέντρα υγείας μια φορά τον μήνα για να εξετάζουν άτομα που δεν μπορούν να βοηθηθούν από τους γενικούς ιατρούς
2. Δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες θα βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικά προβλήματα ( Health Canada 1998)
3. Μεταφορά οικονομικών πόρων από τα ψυχιατρεία στις κοινοτικές υπηρεσίες και νοσοκομεία που ασχολούνται με την ψυχική υγεία (Alarcon et al 2000)

### **3.8.6.4. Η εκπαίδευση του ανθρωπίνου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας**

Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού είναι πολύ σημαντική γιατί από αυτή εξαρτάται η επιτυχία ή η αποτυχία του συστήματος υγείας (WHO 2000 a). Έτσι οι κυβερνήσεις πρέπει οι ίδιες να φροντίσουν για την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων που είναι όμως άμεσα συνδεδεμένη και με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους που διαθέτουν.

Η στρατηγική που πρέπει να εφαρμοστεί είναι η εξής:

α) να υπάρχει ένα συνεχές εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τα άτομα που εργάζονται στη ΠΦΥ και είναι στην πρώτη γραμμή προσφοράς όπως οι γενικοί ιατροί, οι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχοθεραπευτές

β) να υπάρχει μια καταγραφή των σημερινών ανθρώπινων πόρων που προσφέρουν υπηρεσίες στην ψυχική υγεία και να συγκριθεί με τις ανάγκες που υπάρχουν

Με την συνεχή εκπαίδευση οι γενικοί ιατροί μπορούν να διαχειριστούν ευκολότερα την κατάθλιψη μία από τις κυριότερες ψυχικές διαταραχές που επικρατεί στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και η οποία θεραπεύεται ή με τη χρήση αντικαταθλιπτικών ή με την κατάλληλη ψυχοθεραπεία (Sriaram et al 1990) Επίσης οι αγχώδης διαταραχές, τα ψυχοσωματικά προβλήματα, η κατανάλωση αλκοόλ αντιμετωπίζονται με βραχείες θεραπείες όπως η γνωσιακή -συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία που τις μειώνει έως και 30% (Gomel et al 1995) Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των διαταραχών θα μειώσει τις ημέρες ανικανότητας, την αποχή από την εργασία και θα συμβάλει σε μια καλύτερη κατάσταση υγείας και ευεξίας

### **3.8.6.5 Προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών νοσημάτων**

Για να είναι η πολιτική ψυχικής υγείας ολοκληρωμένη πρέπει να επεκτείνεται από την προαγωγή έως την αποκατάσταση των ψυχικών νοσημάτων και να περιλαμβάνει παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο (WHO 2001a, WHO 1999)

Ενώ η προαγωγή της υγείας θέλει ένα συντονισμό ανάμεσα στα υπουργεία υγείας, εργασίας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, η πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών νοσημάτων στηρίζονται περισσότερο στο υπουργείο υγείας

Το υπουργείο υγείας είναι εκείνο που αφού εκτιμήσει τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων θα πραγματοποιήσει δράσεις και θα ακολουθήσει στρατηγικές που θα στοχεύσουν :

α) στο να υλοποιηθεί ένα πρόγραμμα αποφυγής βίαιων συμπεριφορών, λήψης τοξικών ουσιών, πρόληψης των αυτοκτονιών και θεραπεία της κατάθλιψης

β) στο να αντιμετωπιστούν οι αιτίες που συντηρούν τις ψυχικές νόσους όπως η ανεργία, η μοναξιά, η φτώχεια

γ) στις υπηρεσίες υγείας, στις οικογένειες, στον εργασιακό χώρο

δ) στις ιδιαίτερες ψυχικές διαταραχές

### **3.8.6.6. Επάρκεια με βασικά φάρμακα**

Η θέση των αντικαταθλιπτικών και αντιψυχότροπων φαρμάκων είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι αποτελεσματικά και ασφαλή (WHO 1993 a ,1993b )

Για να χρησιμοποιηθούν σωστά τα ψυχότροπα φάρμακα πρέπει να ακολουθούνται τα εξής βήματα :

- α) να υπάρχει περιορισμένος αριθμός ψυχικών διαταραχών τις οποίες θα μπορεί ο γενικός ιατρός θα διαχειριστεί με τη σωστή εκπαίδευση και εξειδίκευση
- β) να υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός φαρμάκων και να χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον τα ελληνικά γενόσημα φάρμακα που είναι και τα πιο φτηνά. Αυτό θα βοηθήσει την εγχώρια παραγωγή, με αποτέλεσμα την μείωση του φαρμακευτικού κόστους και την εξοικονόμηση πόρων
- γ) να υπάρχει ένα συνεχές εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το ιατρικό προσωπικό ώστε να ενημερώνεται διαρκώς πάνω στις καινούργιες μελέτες και δυνατότητες της ψυχιατρικής και ψυχοθεραπείας
- δ) να υπάρχει μια κεντρική επιτροπή που να ασχολείται με την βελτίωση των αποτελεσματικότερων θεραπειών

### **3.8.6.7 Συνηγορία**

Η συνηγορία πραγματοποιείται μέσα από τη συμμετοχή των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και μέσα από οργανώσεις αλληλοβοηθείας, οι οποίες βελτιώνουν την ψυχική υγείας, και δυναμώνουν τις οικογενειακές σχέσεις. Οι ομάδες συνηγορίες αγωνίζονται (Ministry of health Chile 2000):

- α) για τα δικαιώματα των ασθενών, σε μία ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- β) για να δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς μετά από άσκηση πιέσεων που θα κάνουν στην κυβέρνηση , στην τοπική κοινωνία, στα μέσα ενημέρωσης
- γ) για να γίνουν γνωστές οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικά προβλήματα
- δ) για τις κοινωνικο- οικονομικές ανάγκες, για τα εργασιακά δικαιώματα και για την ψυχοεκπαίδευση των ατόμων που πάσχουν

Γενικά το υπουργείο υγείας δίνει μεγάλη έμφαση στις ομάδες συνηγορίας και αυτό γιατί μπορεί να βελτιώσουν την ψυχική υγεία και με άμεσο και με έμμεσο τρόπο ενώ η στρατηγική που θα βοηθήσει τη δράση των ομάδων συνηγορίας είναι:

α) να υπάρξει μια επαρκή χρηματοδότηση για τις οικογένειες και για τις οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών υγείας που συνεισφέρουν στη συνηγορία

β) να υπάρχει μια επαρκή εκπαίδευση του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού

### **3.8.6.8 Βελτίωση πληροφοριακών συστημάτων**

Η πολιτική ψυχικής υγείας για να βελτιωθεί πρέπει να στηρίζεται στην πληροφόρηση , η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την οικονομική και τεχνική δυνατότητα της χώρας. Εξάλλου η πολιτική υγείας πρέπει περιοδικά να αναθεωρείται ώστε να εκσυγχρονίζονται τα πληροφοριακά της συστήματα ( WHO 2001a)

Άλλωστε ζούμε στην εποχή της τεχνολογικής επανάστασης που επιτρέπει στα πληροφοριακά συστήματα, επικοινωνώντας μεταξύ τους, να συμβάλουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας

Τα πληροφοριακά συστήματα χρησιμοποιούν διάφορους δείκτες ψυχικής υγείας για μπορέσουν να παρακολουθήσουν και να αξιολογήσουν μια πολιτική υγείας .

Οι δείκτες υγείας αυτοί είναι :

- Παράγοντες όπως η κατάθλιψη , η βίβια συμπεριφορά , η κατάχρηση αλκοόλ
- Το ποσοστό των ασθενών που προσέρχεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Η θνησιμότητα ή η ανικανότητα στην εργασία
- Το ποσοστό των ανθρωπινού δυναμικού που εργάζεται στην ΠΦΥ
- Η ποιότητα των υπηρεσιών δηλ κατά πόσο οι υπηρεσίες προσφέρουν στην βελτίωση των υπηρεσιών όπως η προθυμία συμμετοχής ασθενών σε προγράμματα θεραπευτικής αποκατάστασης
- Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών δηλ πόσοι ασθενείς βελτιώθηκαν με τα προγράμματα που ακολουθούσαν, πόσοι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι και σταμάτησαν και δεν βοηθήθηκαν από την ψυχιατρική θεραπεία, τα ποσοστά υποτροπών μετά την διακοπή της θεραπείας
- Οι δαπάνες των υπηρεσιών
- Η ποιότητα ζωής

### **3.8.6.9 Έρευνα και αξιολόγηση υπηρεσιών και πολιτικών**

Στις ημέρες γίνεται μια ενδελεχής έρευνα γύρω από τα αίτια που οδηγούν στη δημιουργία των ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα αυτή που μας οδηγεί στη γνώση της πρόληψης, και στη βελτίωση των υπηρεσιών και των θεραπειών, αν και έχει αυξηθεί κατά την τελευταία δεκαετία, υπάρχουν ακόμη άγνωστες μεταβλητές (WHO1998b,WHO 2001a)

Σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση υγείας του 2001( WHO 2001a) η έρευνα πάνω στην ψυχική υγεία γίνεται στους παρακάτω τομείς

- Μελέτη και έρευνα στα επιδημιολογικά δεδομένα για την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου δημιουργίας ψυχικών νοσημάτων, για τον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών , για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής η οποία μπορεί να γίνεται είτε με φάρμακα , είτε με συμβουλευτικές παρέμβασης λιγότερες δαπανηρές
- Έρευνα στο κατά πόσο η εκπαίδευση του ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού έχει επίδραση στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας,
- Μελέτη γύρω από τις πολιτικές αποφάσεις της κυβέρνησης και πως αυτές συμβάλουν στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Έρευνα για το κόστος των ψυχικών παθήσεων ,αλλά και για το κόστος των ψυχιατρικών θεραπειών
- Έρευνα και σύγκριση των πολιτικών υγείας και την σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες , έτσι ώστε να αξιοποιούνται οι καλές πρακτικές των χωρών στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών

### **3.8.6.10 Διατομειακή συνεργασία**

Με τον όρο διατομειακή συνεργασία αναφερόμαστε στη συνεργασία της πολιτικής ψυχικής υγείας με τομείς εκτός υγείας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Έτσι υπάρχει συνεργασία με τους χώρους εργασίας , την ασφάλεια σε αυτούς τους χώρους, τη στέγαση , την κοινωνική πρόνοια, την εκπαίδευση . Οι χώροι εκπαίδευσης και οι χώροι της εργασίας προσφέρουν μια πρόληψη στα ψυχικά νοσήματα.. Τα σχολεία

πρέπει να διδάσκουν τα παιδιά πως θα μπορούν να έχουν αξιοπρέπεια , σεβασμό και αυτοεκτίμηση .(ΠΟΥ 2003)

Τα κύρια χαρακτηριστικά της στρατηγικής στη διατομειακή συνεργασία είναι:

- Συνεργασία με το υπουργείο παιδείας για πρόληψη της κατανάλωσης ουσιών από τα παιδιά
- Συνεργασία με το υπουργείο εργασίας για την πρόληψη της εργασιακής ανασφάλειας και άγχους , προγράμματα βοήθειας , θεραπείας και επανένταξης
- Συνεργασία με το υπουργείο εργασίας για τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές
- Συνεργασία με το υπουργείο εργασίας για την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας

### **3.8.6.11 Πιλοτικά προγράμματα**

Τα πιλοτικά προγράμματα τα χρησιμοποιεί το υπουργείο υγείας για να αναδείξει εάν μια πολιτική ψυχικής υγείας είναι αποτελεσματική ή όχι .

Επίσης μπορούν να ελέγξουν αν είναι δυνατή η εφαρμογή των προγραμμάτων κάτω από δυσμενείς οικονομικές συνθήκες ώστε να μπορέσουν να εφαρμοστούν σε μεγαλύτερη κλίμακα

## **3.9 Εφαρμογή της πολιτικής για την ψυχική υγεία**

Για να εφαρμοστεί μια πολιτική ψυχικής υγείας απαιτούνται διαφορετικές δράσεις όπως :

### **3.9.1 Διασπορά της πολιτικής**

Αφού αναπτυχτεί η πολιτική ψυχικής υγείας , πρέπει το υπουργείο υγείας να διαδώσει αυτήν την πολιτική στην περιφέρεια ,και σε φορείς .Το έργο αυτό το αναλαμβάνουν οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία έχοντας ως βοήθεια (ΠΟΥ 2003) :



- Τις διάφορες συγκεντρώσεις που γίνονται στο υπουργείου υγείας , όπου η παρουσία των ΜΜΕ θα βοηθήσει στο να γίνει γνωστή η καινούργια πολιτική υγείας της κυβέρνησης
- Τις ομαδικές συγκεντρώσεις με την παρουσία των εργαζομένων και των ομάδων συνηγορίας για να ενημερωθούν οι ίδιοι για την πολιτική ψυχικής υγείας και να τη διαδώσουν
- Διάδοση του προγράμματος της κυβέρνησης μέσω φυλλαδίων

Αφού διαδοθεί η πολιτική ψυχικής υγείας με τη συμβολή των ΜΜΕ και με τους εργαζόμενους πρέπει να βρεθεί η κατάλληλη χρηματοδότηση για την εφαρμογή της .Πρέπει να βρεθούν τα κατάλληλα άτομα στις κατάλληλες θέσεις στο υπουργείο υγείας αλλά και σε άλλα υπουργεία όπως αυτά της εργασίας, των οικονομικών, της παιδείας, στην περιφέρεια , στους δήμους που να συμβάλουν στην υλοποίηση των προγραμμάτων . Όλα τα προγράμματα πρέπει να έχουν επαρκή χρηματοδότηση γιατί διαφορετικά το καλύτερο πρόγραμμα με την καλύτερη διάθεση δεν πρόκειται να υλοποιηθεί

### **3.9.2 Υποστηρικτικές οργανώσεις**

Οι υποστηρικτικές οργανώσεις που συμβάλουν στην διάδοση της πολιτικής ψυχικής υγείας είναι (ΠΟΥ 2003 Πολιτική σχέδιο δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας )

#### ➤ *Υπουργείο υγείας*

Στο υπουργείο υγείας κάθε χώρας υπάρχει μια ομάδα που ασχολείται με την εφαρμογή της πολιτικής υγείας. Αυτή η ομάδα αποτελείται από ψυχιάτρους , νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς ο αριθμός των οποίων εξαρτάται από το μέγεθος της υγειονομικής περιφέρειας ή της χώρας και κυμαίνεται από 2 έως 10 άτομα.

#### ➤ *Υγειονομική περιφέρεια*

Στην υγειονομική περιφέρεια υπάρχουν :

- Κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας

Κάθε κοινοτική ομάδα αποτελείται από 1 συντονιστή ο οποίος θα συντονίζει τις ενέργειες των διαφόρων μελών αλλά και τις διάφορες υπηρεσίες μεταξύ τους

- Ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

Αποτελούνται και αυτές από ένα συντονιστή ,ο οποίος ασχολείται με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας , συντονίζοντας τις ενέργειες των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

### **3.9.3 Οργάνωση μιας περιοχής με σκοπό την εφαρμογή μιας πολιτικής**

Η περιοχή αυτή μπορεί να είναι από μια υγειονομική περιφέρεια μέχρι μια περιοχή μιας πόλης η οποία όμως να μπορεί να συγκριθεί με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της χώρας μας. Τα πιλοτικά προγράμματα εκπαιδεύουν τους εργαζομένους στις υπηρεσίες υγείας ώστε να αποκτήσουν εμπειρία και να μπορούν να μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους σε όσους ενδιαφέρονται

### **3.9.4 Ενδυνάμωση σε όσους παρέχουν φροντίδα για την ψυχική υγεία**

Οι πάροχοι φροντίδας ψυχικής υγείας μπορεί να είναι :

- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Μεμονωμένα άτομα όπως ψυχίατροι , γενικοί ιατροί , νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί που προσπαθούν μονομερώς να αντιμετωπίσουν τα ψυχιατρικά προβλήματα των νοσούντων
- Ιδρύματα όπως νοσοκομεία τα οποία όμως είναι απρόσωπα

Οι πάροχοι έχουν τα εξής χαρακτηριστικά :

#### **➤ Πάροχοι του δημόσιου**

Στην περίπτωση που το δημόσιο είναι ο πάροχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας , τα νοσοκομεία ή τα κέντρα υγείας που ανήκουν στο δημόσιο μπορούν πιο εύκολα να εφαρμόσουν την εθνική πολιτική ψυχικής υγείας , παρόλο που τις περισσότερες φορές το δημόσιο σύστημα είναι δύσκαμπτο , μη αποδοτικό και χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών (WHO 2000a) Οι υπηρεσίες υγείας αν και είναι δωρεάν εξυπηρετούν ένα περιορισμένο αριθμό ασθενών εξαιτίας της έλλειψης πόρων Έτσι το υπουργείο υγείας

πρέπει να βοηθήσει τους παρόχους του δημοσίου ώστε να αποκτήσουν περισσότερη: (ΠΟΥ 2003 χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας)

- *Αυτονομία* : Το υπουργείο υγείας μετατρέπει την εξουσία στις υγειονομικές περιφέρειες και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- *Λογοδοσία* : Πρέπει να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ υπουργείου και υπηρεσιών μονάδες υγείας
- *Ανταγωνισμός* : Το υπουργείο υγείας προμοδοτεί την ιδέα του ανταγωνισμού μεταξύ των υπηρεσιών για τη χρηματοδότηση
- *Οικονομική ευθύνη* : Το υπουργείο υγείας αποποιείται της οικονομικής ευθύνης την οποία την αναλαμβάνουν οι υγειονομικές περιφέρειες και οι ομάδες υγείας

➤ *Πάροχοι του ιδιωτικού τομέα*

Αυτοί δεν ενδιαφέρονται άμεσα για τα προγράμματα που ανακοινώνει το υπουργείο υγείας γιατί είναι ιδιωτικές επιχειρήσεις και ενδιαφέρονται ως επί το πλείστον για το κέρδος. Ως εκ τούτου προτείνουν ακριβές θεραπείες με αποτέλεσμα να μην είναι προσιτές σε άτομα με οικονομική δυσχέρεια. Από την άλλη ο ιδιωτικός τομέας τη στιγμή που δεν ελέγχεται από το κράτος και που χρηματοδοτείται άμεσα από τους ασφαλισμένους, μπορεί να εκμεταλλεύεται την αδυναμία των ψυχικά ασθενών, προτείνοντας τους ακριβές θεραπείες (WHO 2001a). Έτσι το κράτος για να μπορέσει να εφαρμόσει την πολιτική υγείας του και στους ιδιωτικούς φορείς πρέπει να:

- Συνάψει συμβόλαια με τα ιδιωτικά κέντρα για να μπορέσει να πραγματοποιήσει πιο εύκολα την πολιτική του για την ψυχική υγεία
  - Υπάρχουν κανονισμοί. Οι ιδιωτικοί φορείς πρέπει να διέπονται από τους ίδιους κανονισμούς που ισχύουν και στους δημόσιους φορείς
  - Βελτιώσει την ποιότητα και των ιδιωτικών υπηρεσιών. Οι ιδιωτικοί φορείς πρέπει να ασχολούνται εκτός από το κέρδος και με τη βελτίωση της ποιότητας τους
- *Παραδοσιακοί θεραπευτές* οι οποίοι πρέπει να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το υπουργείο υγείας πρέπει να φροντίσει έτσι ώστε :

- να υπάρχει ενσωμάτωση τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα , να παρέχουν βοήθεια στο ζήτημα της γλώσσας , της κουλτούρας , της αντιμετώπισης ηπίων περιστατικών ψυχικών διαταραχών
- να υπάρχει εκπαίδευση των θεραπειών

➤ **Ομάδες αλληλοβοήθειας**

Είναι οι ομάδες εκείνες που συμπαραστέκονται στα άτομα με ψυχικά προβλήματα ώστε να μπορούν από μόνοι τους να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες χωρίς την βοήθεια επαγγελματιών υγείας(Goering 1997) . Η συνεργασία του υπουργείου υγείας με τις ομάδες αλληλοβοήθειας έγκειται :

- α) στην εκπαίδευση και στην ενημέρωση για τις έννοιες της αλληλοβοήθειας ,η οποία πρέπει να παρέχεται από τις ιατρικές σχολές
- β) στη συνεργασία των εργαζομένων στην ψυχική υγεία με τις ομάδες αλληλοβοήθειας

➤ **Μη κυβερνητικές εθελοντικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις** οι οποίες προσπαθούν να φροντίσουν τα άτομα με ψυχικά νοσήματα(WHO 1994) Το υπουργείο υγείας αφού πρώτα ελέγξει την δράση τους , τις εντάσσει στην κυβερνητική πολιτική ψυχικής υγείας με :

- Συμβόλαια για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ευπαθείς ομάδες όπως ανέργους, άτομα με ψυχικά νοσήματα, άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση
- Συμβόλαια που αφορούν τη χρηματοδότηση τους

➤ **Χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οικογένειες**

Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι το άτομο που θα δεχτεί την πρόληψη , τη θεραπεία και την αποκατάσταση της ψυχική του καταστάσεις από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας , ενώ οι οικογένειες συνεισφέρουν στη δημιουργία ευνοϊκού κλίματος για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων(WHO 1989)

### **3.9.5 Διατομειακός συντονισμός**

Συγκεκριμένα με το διατομειακό συντονισμό το υπουργείο υγείας πρέπει να υπάρχει:

- Συνεργασία και να επικοινωνία με άλλα υπουργεία όπως το υπουργείο παιδείας που μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού παιδιών που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα
- Συνεργασία με το υπουργείο απασχόλησης , ώστε να αντιμετωπιστεί η ανεργία βασικά αίτια των ψυχικών νοσημάτων
- Συνεργασία-συντονισμός με τους επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στους τοπικούς φορείς και στις κοινότητες και οι οποίοι είναι καλύτερα ευαισθητοποιημένοι στα ψυχικά νοσήματα που αφορούν την περιοχή τους

### **3.10 Δυσκολίες στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας**

Τα προβλήματα που συναντάμε στην εφαρμογή της πολιτικής ψυχικής υγείας είναι τα εξής:

1. Υπάρχουν εργαζόμενοι που αντιδρούν στις αλλαγές που προτείνει η νέα πολιτική ψυχικής υγείας γιατί φοβούνται ότι θα χάσουν τα κεκτημένα τους πχ ότι θα δουλέψουν περισσότερες ώρες
2. Οι υγειονομικές περιφέρειες πιστεύουν ότι οι δράσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας είναι αναποτελεσματικές
3. Η χώρα μας δεν είναι ευαισθητοποιημένη στις ψυχικές διαταραχές
4. Υπάρχουν εμπλεκόμενοι που διαφωνούν με τους στόχους της πολιτικής ψυχικής υγείας και με το πώς αυτή εφαρμόζεται
5. Υπάρχει ανεπάρκεια στους πόρους που διατίθενται για την ψυχική υγεία
6. Υπάρχει ανεπάρκεια στο ανθρώπινο προσωπικό που εκπαιδύεται στα ψυχιατρικά προβλήματα
7. Τα άτομα που δουλεύουν στη πρωτοβάθμια υγείας θεωρούν πως η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών είναι δυσκολότερη από τα σωματικά νοσήματα στα οποία δίνουν και προτεραιότητα
8. Δεν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και τα σοβαρά περιστατικά που έπρεπε να επισκεφτούν τη δευτεροβάθμια φροντίδα , αντιμετωπίζονται στις ήδη υπερφορτωμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες οι

οποίες θέτουν εμπόδια στο να δεχτούν και να αντιμετωπίσουν επαρκώς τους ψυχικά νοσούντες

9. Οι άλλοι τομείς εκτός της ψυχικής υγείας δεν συντονίζονται με το υπουργείο υγείας γιατί έχουν τα δικά τους προβλήματα που πρέπει να επιλύσουν

10. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχιάτρων δεν θέλει να δουλεύουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά σε μεγάλα νοσοκομεία

11. Οι δευτεροβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες της ψυχικής υγείας λόγω φόρτου εργασίας δεν μπορούν να συνεργαστούν με την πρωτοβάθμια φροντίδα

### **3.11 Ανακεφαλαίωση**

Τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν τα κυριότερα εργαλεία για μία επιτυχημένη πολιτική υγείας της στην περίοδο της κρίσης, αφού η αξιοποίηση τους όχι μόνο οδηγεί στην μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, στην εξοικονόμηση πόρων, αλλά και στην ανάπτυξη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, η οποία με την σειρά της συμβάλει στην αύξηση του ΑΕΠ της χώρας μας

Επιπλέον μία πολιτική ψυχικής υγείας για να μπορέσει να είναι αποτελεσματική και επιτυχής πρέπει να αναπτυχτεί, να σχεδιαστεί, να εφαρμοστεί μέσα από δράσεις, οργανώσεις πρωτοβουλίες και διαβουλεύσεις. Επίσης πρέπει να στηρίζεται σε μία επαρκή χρηματοδότηση για να μπορεί να θεραπεύει τα ψυχικά νοσήματα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση αλλά και να σέβεται το δικαίωμα τους στην εργασία στην ασφάλεια, στην ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ

#### 4.1 Μέσα συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου (παράρτημα Π22) Πιο συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια στους ασθενείς, που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου για τακτική συνταγογράφηση φαρμάκων κατά το χρονικό διάστημα 1/8/2020 έως 31/8/2020 .Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ενώ αυτή δεν ήταν παρούσα, και η επιστροφή τους έγινε σε ένα κλειστό κουτί μέχρι μιας συγκεκριμένης ημερομηνίας . Οι απαντήσεις αναλύθηκαν μετά το πέρας αυτής της ημερομηνίας . Οι ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία και η επεξεργασία του δείγματος της έρευνας μας αποτελείται από 140 άτομα από τους οποίους το 40,7% ήταν άνδρες και το 59.3% γυναίκες . Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν άμεσα σε 200 άτομα που προσήλθαν στο κέντρο υγείας Λουτρακίου, και απαντήθηκαν από 140 άτομα . Επίσης τα ερωτηματολόγια δεν είχαν ερωτήσεις που να φανερώνουν την ταυτότητα των ερωτηθέντων και η συμπλήρωση τους γινόταν με ανώνυμο τρόπο

#### 4.2 Πληθυσμός . Δείγμα

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου αναλύθηκαν με το στατιστική σύστημα SPSS. Τα ερωτήματα που τέθηκαν υπό την μορφή ερωτηματολογίου, ήταν κλειστού τύπου, απαντήθηκαν από 140 ασθενείς που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου και ήταν τα ακόλουθα :

### 4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Οι απόψεις των ερωτηθέντων για το αν η κρίση έχει αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία καθώς και τα αίτια που την επηρεάζουν
2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση
3. Οι απόψεις των ασθενών για τα αίτια της απελπισίας σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά
4. Οι απόψεις των ερωτηθέντων για την πολιτική υγείας που ακολουθεί η κυβέρνηση στην αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων καθώς και η σχέση των απόψεων τους με τα δημογραφικά τους στοιχεία
5. Οι απόψεις των ερωτηθέντων για τα γενόσημα και για το αν η χρήση τους μπορεί να μειώσει τις προσωπικές τους δαπάνες
6. Οι απόψεις των ερωτηθέντων για την πολιτική υγείας που ακολουθεί η κυβέρνηση για τα γενόσημα φάρμακα

### 4.5 Αποτελέσματα έρευνας

Τα αποτελέσματα για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής:

- Το 65% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει υποστεί μισθολογικές μειώσεις κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης **Π24**
- Το 44% έχει εργασιακή ανασφάλεια σε μεγάλο βαθμό **Π25**
- Το 41,6% έχει αρνητική ψυχολογία όταν πηγαίνει στην δουλειά του σε πολύ μεγάλο βαθμό **Π26**.
- Το 60,8% έχει αναγκαστεί να κάνει περικοπές στα προσωπικά του έξοδα σε μεγάλο βαθμό **Π27**
- Αντίθετα μόνο το 26% έχει κάνει περικοπές στα είδη πρώτης ανάγκης σε πολύ μεγάλο βαθμό **Π28** , αλλά η μείωση αυτή δεν φαίνεται να επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, αφού από αυτούς που έκοψαν τα είδη πρώτης ανάγκης σε μεγάλο βαθμό , μόνο το 8,6% έχει πρόβλημα στην ψυχική του υγεία **Π44**  
Ως αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να επηρεαστεί η ψυχική υγεία των



ερωτηθέντων 45% σε πολύ μεγάλο και 32% σε μέτριο βαθμό **Π29**  
Παρόλο όμως την ψυχική αυτή διαταραχή, η συμπεριφορά των ερωτηθέντων έχει επηρεαστεί:

- Σε μικρό βαθμό 62% απέναντι στην οικογένεια τους **Π30**. Φαίνεται ότι δεν υπάρχει αλλαγή στη συμπεριφορά απέναντι στην οικογένεια τους ακόμη και στα άτομα που φοβούνται να μην χάσουν τη δουλειά τους σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, αφού από αυτούς μόνο το 7.2% έχει αλλάξει συμπεριφορά **Π38**  
Επίσης εξακολουθούν να μην αλλάζουν συμπεριφορά και τα άτομα που έχουν κάνει περικοπές στα τρόφιμα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, αφού από αυτούς μόνο το 6,3% έχουν γίνει πιο επιθετικοί στην οικογένεια τους **Π39**  
Έτσι από τα άτομα που έχουν υποστεί αλλαγή της οικονομικής κατάσταση προς το χειρότερο μόνο το 6,8% αυτό έχουν αλλάξει τη συμπεριφορά τους σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό **Π40**
- Σε μικρό βαθμό 56 % απέναντι στους συναδέλφους τους **Π31**

Τα αποτελέσματα για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής :

Αυτοί που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση φαίνεται να είναι :

- Τα άτομα με μισθό 501-1000€ πλήγηκαν σε ποσοστό 22,6%, ακολουθούν με 15% εκείνοι με εισόδημα 1001-1500€, ενώ τα άτομα >3001 είδαν μια επιδείνωση μόνο σε ποσοστό 6,5% **Π36**
- Οι μισθωτοί ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 17,2% για να ακολουθήσουν οι συνταξιούχοι με 16,5% και με 6,4% οι ελεύθεροι επαγγελματίες **Π37**

Τα αποτελέσματα για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής:

- Το 42,4% δηλώνει ότι έχει αισθανθεί απελπισία κατά τη διάρκεια της κρίσης σε μικρό βαθμό **Π32**
- Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση εισοδήματος και αίσθημα απελπισίας, με το μεγαλύτερο ποσοστό απελπισίας 9,23% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό να το αισθάνονται τα εισοδήματα 501-1000€ **Π41**, και αυτοί που έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες μισθολογικές μειώσεις σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, νιώθουν απελπισία σε ποσοστό 11% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό **Π43**

- Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση φόβου να μη χάσουν τη δουλειά τους και απελπισίας **Π42**.

Τα αποτελέσματα για το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής :

- Παρά τις προσπάθειες της πολιτείας για τη βελτίωση της οικονομίας , το 57% σε πολύ μεγάλο βαθμό, δεν πιστεύει ότι θα δει καλύτερευση **Π33**
- Το 56,5% είναι ικανοποιημένο σε μικρό βαθμό από τις ενέργειες της πολιτείας για την αντιμετώπιση της ανεργίας **Π34** και 59% πάλι σε μικρό βαθμό όσο αφορά την προστασία των εισοδημάτων τους **Π35**
- Αυτοί που είναι οι πιο απαισιόδοξοι για την καλύτερευση της οικονομίας είναι:
  - α) σε ποσοστό 5,3% εκείνοι που φοβούνται ότι θα χάσουν τη δουλειά τους σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό **Π4**
  - β) εκείνοι που έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες μισθολογικές μειώσεις Συγκεκριμένα το 43% από αυτά τα άτομα είναι απαισιόδοξα σε πάρα πολύ και σε πολύ μεγάλο βαθμό **Π46**
  - γ) σε ποσοστό 13,7% και 9,9% εκείνοι που έχουν χρειαστεί να κάνουν περικοπές στα προσωπικά τους έξοδα σε πάρα πολύ και πολύ μεγάλο βαθμό **Π47**

Τα αποτελέσματα για το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής :

- Το 65,4% των ερωτηθέντων γνωρίζουν για τα γενόσημα , ενώ το 23,7% τα έχουν ακούσει σαν όνομα **Π48** , ενώ το 54% τα έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν **Π53**
- Από εκείνους που γνωρίζουν για τα γενόσημα το 50% πιστεύει ότι είναι πιο φτηνά **Π49**, και το 39% έχει ενημερωθεί για αυτά από το γιατρό τους **Π50** και το 41% έχει επηρεαστεί από το γιατρό **Π56** και 9,5% από το φαρμακοποιό για να τα χρησιμοποιήσουν **Π57**
- Από τους ερωτηθέντες μόνο το 12,3% συμφωνεί απόλυτα ότι είναι φάρμακα ασφαλή **Π51**, και μόνο 18% πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικά **Π52**

- Παρά την περίοδο της κρίσης το 50% απάντησε ότι δεν τα χρησιμοποιεί **Π54** γιατί το 39,4% δεν τα εμπιστεύεται **Π55**. Επίσης ένα ποσοστό 65% δεν έχει κάνει καμμία περικοπή στα φάρμακα του **Π59**, και το 40,3% ωφελείται σε μικρό βαθμό από τη χαμηλή τιμή των γενοσήμων αφού δεν τα χρησιμοποιεί **Π62** Από αυτούς που έχουν αναγκαστεί να κάνουν περικοπές στα φάρμακα τους από πάρα πολύ έως πολύ μεγάλο βαθμό η χρήση γενοσήμων είναι αντίστοιχα 1,6% και 3,2% **Π63**
- Ακόμη και τα άτομα που έχουν τα χαμηλά εισοδήματα δεν τα εμπιστεύονται για να τα χρησιμοποιήσουν . Έτσι τα εισοδήματα από 501-1000€ δεν τα χρησιμοποιεί σε ποσοστό 19% **Π58**

Τα αποτελέσματα για το έκτο ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής :

- Το 43% από τους ερωτηθέντες έχει εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση για την πολιτική των γενοσήμων που ακολουθεί σε μικρό βαθμό **Π60**
- Το 39,7% είναι ευχαριστημένο σε μικρό βαθμό από τις προσπάθειες της πολιτείας για τη μείωση του κόστους των φαρμάκων **Π61**

#### **4.6 Ανάλυση αποτελεσμάτων**

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης , είχαμε μια επιδείνωση στους κοινωνικούς δείκτες όπως της ανεργίας, της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού , αφού το κατά κεφαλήν εισόδημα το 2013 παρουσίασε μια πτώση γύρω στα 4500 € σε σύγκριση με εκείνο του 2008.

Στην έρευνα μας βλέπουμε ότι εκείνοι που είδαν τη μεγαλύτερη μείωση στο μισθό τους 22% ήταν τα άτομα με μισθό 501-1000€, για να ακολουθήσουν με 15% εκείνοι με εισόδημα 1001-1500€ . Το μεγαλύτερο πλήγμα το έχουν υποστεί οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 17%, έπονται οι συνταξιούχοι με 16% και οι ελεύθεροι επαγγελματίες με 6,4% Μέσα στο κυκλώνα των μισθολογικών μειώσεων ,οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο στο να εμφανίσουν μια σοβαρή ψυχοπαθολογία ( Ευθυμίου et al 2014)

Επίσης το 65% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι ενώ έχει υποστεί μισθολογικές μειώσεις , δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μείωσης του εισοδήματος και απελπισίας ,με το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικών προβλημάτων 9% να παρουσιάζεται στα εισοδήματα από 501-1000 €, και 11% σε αυτούς που έχουν χάσει μεγάλο μέρος από τον μισθό τους Εξάλλου από το 60% των ερωτηθέντων που έχουν αναγκαστεί να κάνουν περικοπές ακόμη και στα είδη πρώτης ανάγκης μόνο το 8,6% έχει πρόβλημα στην ψυχική του υγεία

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο του 2010 οι Έλληνες απογοητεύονται περισσότερο από όλους τους Ευρωπαίους , αφού έχουν μια αρνητική διαφορά στις -15% για την περίοδο 2006-2010 , τη στιγμή που ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 είναι στις -5 %

Η έρευνα μας έδειξε ότι η απογοήτευση , απόρροια της οικονομικής κρίσης, (45% από τους ερωτηθέντες δηλώνουν συσχέτιση ψυχικής υγείας και κρίσης) μπορεί να οδηγήσει τους Έλληνες σε μια ήπια αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια τους σε ποσοστό 62% και σε μικρό βαθμό 56% απέναντι στους συναδέλφους τους .Εξάλλου δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση απελπισίας και φόβου να μην χάσουν την εργασία τους, αλλά ούτε και συσχέτιση αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια και φόβου να μην χάσουν την εργασία τους παρόλο που οι ερωτηθέντες σε μεγάλο βαθμό 44% αισθάνονται εργασιακή ανασφάλεια και 41% έχει αρνητική ψυχολογία όταν πηγαίνει στην εργασία του

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι ασθενέστεροι των φτωχών χωρών , οι άνεργοι, τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, που είναι και οι πιο ευάλωτοι , δεν μπορούν να προασπίσουν την ψυχική τους υγεία χωρίς την βοήθεια της πολιτείας η οποία θα οργανώσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, θα εκπαιδεύσει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και θα συντονίσει μία διατομειακή συνεργασία μεταξύ των διαφόρων υπουργείων

Σύμφωνα με την έρευνα μας το 56.5% είναι σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο από τις ενέργειες της πολιτείας για την αντιμετώπιση της ανεργίας, 59% πάλι σε μικρό βαθμό όσο αφορά την προστασία των εισοδημάτων τους , ενώ το 57% είναι σε μεγάλο βαθμό απαισιόδοξο ότι δεν θα υπάρχει καλύτερευση στην οικονομία της χώρας Οι πιο απαισιόδοξοι είναι και οι πιο ευάλωτοι και συγκεκριμένα το 43% των ατόμων που έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες μισθολογικές μειώσεις και το 23.7% που έχουν αναγκαστεί να κάνουν περικοπές στα προσωπικά τους έξοδα

Για να μπορέσει να εφαρμοστεί μια πετυχημένη πολιτική υγείας στη χώρα μας , πρέπει το υπουργείο υγείας , να δώσει οικονομικά κίνητρα και κίνητρα εκπαίδευσης στο υγειονομικό προσωπικό που ανήκει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ώστε να μπορεί να φροντίζει, να θεραπεύει, να βοηθάει , τα ευάλωτα εκείνα άτομα που δεν έχουν την δυνατότητα να προσφύγουν σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Επίσης πρέπει το υπουργείο υγείας να συνεργάζεται με το υπουργείο εργασίας για την πρόληψη της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας , του άγχους , της κατάθλιψης , της βίαιας συμπεριφοράς. Έτσι με την σωστή βοήθεια και θεραπεία θα μπορέσουν τα άτομα να είναι πιο αισιόδοξα , ικανοποιημένα, και ψυχικά υγιή

Όσο αφορά τα γενόσημα φάρμακα από την παραπάνω έρευνα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς 65,4% γνωρίζουν το τι είναι σε αντίθεση με παρόμοιες μελέτες που έχουν γίνει στο Ισραήλ (Hassali et al 2009) Άρα η ελληνική κοινωνία αρχίζει σιγά-σιγά να αλλάζει και να ενημερώνεται για την μειωμένη τιμή των γενοσήμων όπως άλλωστε γίνεται σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες .

Στην Ελλάδα η ενημέρωση των ασθενών γίνεται κυρίως από το γιατρό , για να ακολουθήσει ο φαρμακοποιός , τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο .Όμως παρόλη την ενημέρωση που δέχονται σήμερα , οι ασθενείς δεν έχουν σαφή γνώση για τα γενόσημα αφού το 50% απάντησε ότι δεν τα χρησιμοποιεί και δεν τα εμπιστεύεται . Η άποψη αυτή συμβαδίζει την πολιτική υγείας που ακολουθούσε επί χρόνια η χώρα μας, αφού παρά την οικονομική κρίση , το 2012 όχι μόνο δεν μείωσε τις φαρμακευτικές της δαπάνες αλλά κατείχε την τρίτη υψηλότερη θέση κατανάλωσης ακριβών συνταγογραφούμενων πρωτότυπων φαρμάκων μετά την Ελβετία και την Γαλλία(Bjornber 2014), και σε αρκετές περιπτώσεις τα γενόσημα της ήταν από τα ακριβότερα της Ευρώπης , με το πιο χαμηλό ποσοστό διείσδυσης στην αγορά από όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες

Εξάλλου η πολιτική υγείας που ακολούθησε η κυβέρνηση δεν κατάφερε να πείσει τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς και κατά επέκταση τους ασθενείς για την αναγκαιότητα της χρήσης γενοσήμων στην εξοικονόμηση πόρων Η χαμηλή τιμή των γενοσήμων δεν φαίνεται να επηρεάζει τους Έλληνες ασθενείς, σε σύγκριση με άλλες μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία και έδειξαν ότι η σημαντικότερη αίτια αντικατάστασης γενοσήμων είναι η εξοικονόμηση χρημάτων ( Hassali et al 2009) Έτσι μόνο το 16% από τα άτομα που είχαν εισόδημα από 501-1000 € τα εμπιστεύτηκαν και τα χρησιμοποιούσαν, ενώ οι περισσότεροι 65% δεν είχαν κάνει καμμία περικοπή στα πρωτότυπα φάρμακα που χρησιμοποιούσαν παρά τις οικονομικές τους αδυναμίες

Επίσης από τους ερωτηθέντες το 43% δεν έχει εμπιστοσύνη στην πολιτική υγείας που ακολουθεί η κυβέρνηση για τα γενόσημα και το 39% είναι σε μικρό βαθμό ευχαριστημένο από τις προσπάθειες της πολιτείας, αφού ποτέ δεν υπήρξε μια ολοκληρωμένη πολιτική αλλά περισσότερο περιστασιακή και ιδιαίτερα στα χρόνια των μνημονίων. Οι πολιτικές υγείας άργησαν να εφαρμοστούν, αλλά και στην περίπτωση που εφαρμόστηκαν δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Tsiantou *et al* 2009) καθώς οι ασθενείς αντιστέκονται στο να χρησιμοποιήσουν τα γενόσημα, αφού δεν έχουν πειστεί για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους. Προτιμούν να αγοράσουν ένα πρωτότυπο φάρμακο που το έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν και ξέρουν ότι είναι ασφαλές και χωρίς παρενέργειες, παρά ένα φάρμακο που δεν το έχουν ξαναχρησιμοποιήσει ακόμη και εάν αυτό είναι το πιο φτηνό.

Ακόμη οι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι μόνο το 39% έχει ενημερωθεί από το γιατρό τους για τα γενόσημα και μόνο το 9,5% από τον φαρμακοποιό τους, ενώ υποστηρίζουν ότι εάν η πρόταση προερχόταν από αυτούς, το 41% θα δεχόταν την αλλαγή.

Φαίνεται λοιπόν πως καθοριστικό ρόλο στην αντικατάσταση των γενοσήμων αποτελεί η κατανόηση των ασθενών για το τι είναι γενόσημο και για το ότι τα γενόσημα είναι φάρμακα ασφαλή και αποτελεσματικά (Palagyi & Iassanova 2008).

Άρα για να εφαρμοστεί μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας στα γενόσημα πρέπει πρώτα η πολιτεία να ενημερώσει και να πείσει τους επαγγελματίες υγείας ότι ο ΕΟΦ διενεργεί αυστηρούς ελέγχους βιοϊσοδυναμίας, ότι τα γενόσημα δεν έχουν παρενέργειες, ότι εάν χρησιμοποιήσουν τα ασφαλή αυτά σκευάσματα βοηθούν την ελληνική φαρμακοβιομηχανία, τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και γενικότερα συμβάλουν στην οικονομική ανάκαμψη της χώρας μας. Εξάλλου η κυβέρνηση πρέπει να δώσει οδηγίες συνταγογράφησης στους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς για την προώθηση των γενοσήμων και επιβολή προστίμων εάν δεν πετύχουν το στόχο συνταγογράφησης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία μέσα από μια βιβλιογραφική αναφορά και εξετάζοντας τις απόψεις των ατόμων που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου προσπάθησε να αναδείξει την πολιτική του υπουργείου υγείας για τα γενόσημα και για τα ψυχικά νοσήματα καθώς και τη σημασία της εφαρμογής της στην περίοδο της οικονομικής κρίσης

Συγκεκριμένα είδαμε ότι εάν μία πολιτική υγείας στηριχθεί στα γενόσημα φάρμακα , που είναι σκευάσματα πιο φθηνά αλλά εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα , θα πετύχει μία μείωση στις φαρμακευτικές δαπάνες, μία συγκράτηση του κόστους υγείας και μία οικονομική εξυγίανση. Παράλληλα τα γενόσημα συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του ΑΕΠ, στην άνθιση της οικονομίας, κάνοντας παραγωγικές επενδύσεις και μειώνοντας την ανεργία

Η χώρα μας όμως, παρά τα οφέλη των γενοσήμων και παρά την οικονομική κρίση , δεν κατάφερε να πετύχει το στόχο του 60%, με επακόλουθο το ποσοστό της σε γενόσημα να είναι από τα χαμηλότερα της ΕΕ ( European Commission 2019)

Αποτέλεσμα ήταν οι πολιτικές υγείας να αργήσουν να εφαρμοστούν και όπως βλέπουμε στην έρευνα μας, οι ερωτηθέντες παρά τις δυσμενείς συνθήκες επιβίωσης τους , δεν χρησιμοποιούν τα γενόσημα αφού δεν έχουν πειστεί από την πολιτεία, για την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και τη σημασία της προσφοράς τους στην ανάπτυξη και την ανάκαμψη της οικονομίας

Από την άλλη πλευρά η πολιτική υγεία για τα ψυχικά νοσήματα κρίνεται απαραίτητη στην περίοδο της κρίσης καθώς η ανεργία και οι μισθολογικές μειώσεις διπλασίασαν τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής ψυχοπαθολογίας ( Ευθυμίου et al 2014).Έτσι οι Έλληνες ενώ την περίοδο 2010-2006 παρουσίασαν μια αύξηση της καταθλιπτικής συνδρομής κατά 15%, δεν υπήρξε αύξηση της θνησιμότητας εξαιτίας των ψυχιατρικών προβλημάτων . Απεναντίας η χώρα μας σύμφωνα με τους Ευρωπαϊκούς δείκτες υγείας είχε το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας 0-9,02/100.000 κατοίκους

Στην έρευνα μας παρόλο που το 60% από τους ερωτηθέντες δηλώνει ότι έχει αναγκαστεί να κάνει περικοπές στα είδη πρώτης ανάγκης εντούτοις μόνο το 8,6% παρουσίασε πρόβλημα στην ψυχική του υγεία που έπρεπε να αντιμετωπιστεί

Επιπλέον παρόλο που η πολιτική ψυχικής υγείας έχει διατυπωθεί από το 2003, εντούτοις σύμφωνα με την έρευνα μας δεν κατάφερε να πείσει τους πολίτες για την αποτελεσματικότητα της αφού οι πιο απαισιόδοξοι για την καλυτέρευση της οικονομίας είναι οι πιο ευάλωτοι δηλ εκείνοι που έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες μισθολογικές μειώσεις και που έχουν ανάγκη την πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Για να μπορέσουμε να έχουμε μια επιτυχή πολιτική υγείας τόσο στη χρήση γενοσήμων όσο και στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων που αυξήθηκαν στην περίοδο της κρίσης πρέπει :

1. Οι υγειονομικές περιφέρειες να δείξουν στους εργαζόμενους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ότι η θεραπεία των ασθενών αποτελεί μέρος της εργασίας τους και ότι η καλή διαχείριση των περιστατικών θα οδηγήσει σε μείωση του φόρτου εργασίας Για να το πετύχουμε αυτό πρέπει να δώσουμε κίνητρα στους εργαζομένους που είναι η δυνατότητα εξέλιξης, μέσω συνεχής εκπαίδευσης, αλλά και bonus όταν υλοποιηθεί ο στόχος αύξησης του όγκου των γενοσήμων
2. Οι υγειονομικές υπηρεσίες να κάνουν πιλοτικά προγράμματα ,τα όποια θα αναδείξουν τα προβλήματα που θα προσπαθήσουν να τα αντιμετωπίσουν
3. Να γίνουν μελέτες επιπολασμού των ψυχικών νοσημάτων των ατόμων που προσέρχονται στη ΠΦΥ , να καταγράφονται οι ανάγκες τους και το οικονομικό τους όφελος από τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων
4. Για να βοηθήσουν οι ενδιαφερόμενοι που βρίσκονται σε θέσεις κλειδιά στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας πρέπει να πειστούν για τις αρχές , την πρόθεση , τους στόχους και τις δράσεις της πολιτικής υγείας της κυβέρνησης
5. Για να υπάρξει ένα επαρκές ανθρώπινο εκπαιδευμένο προσωπικό πρέπει :
  - να δοθούν οικονομικά κίνητρα στους ψυχιάτρους ώστε να θέλουν να δουλέψουν στην ΠΦΥ και να μην καταφεύγουν στο εξωτερικό
  - το υπουργείο υγείας να δώσει οικονομικά κίνητρα και τεχνολογική υποστήριξη στα άτομα που είναι στην πρώτη γραμμή της ΠΦΥ
  - με τη σωστή εκπαίδευση οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ , θα μάθουν να αντιμετωπίσουν τις ήπιες διαταραχές στη συμπεριφορά , την κατάθλιψη αποσυμφορίζοντας έτσι το σύστημα υγείας



- να δίνεται η δυνατότητα υποτροφίας στο εξωτερικό , με την υποχρέωση ότι θα γυρίζουν πίσω στην πατρίδα τους για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους
- 6 Για να αποδειχθεί η σοβαρότητα των ψυχικών νοσημάτων και όχι μόνο των σωματικών πρέπει να πραγματοποιηθούν σεμινάρια , συνέδρια όπου σε αυτά οι ψυχίατροι να διδάσκουν στους εργαζόμενους της ΠΦΥ Επίσης οι ψυχίατροι πρέπει να επισκέπτονται τα κέντρα υγείας μια ή δυο φορές τον μήνα, να συζητούν τα περιστατικά με τους γιατρούς της ΠΦΥ και από κοινού να λαμβάνουν αποφάσεις για τη θεραπεία
  - 7 Να υπάρχει μία επικοινωνία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδα υγείας Έτσι τα νοσοκομεία αποφορτίζονται από τα ήπια ψυχιατρικά περιστατικά και μειώνουν το χρόνο αναμονής για τις σοβαρότερες παθήσεις . Για αυτόν τον λόγο η πολιτική υγείας πρέπει να ευνοεί μια τέτοια επικοινωνία και να ρυθμίζει το συντονισμό τους
  - 8 .Για να υπάρχει συντονισμός μεταξύ του υπουργείου υγείας και άλλων υπουργείων όπως αυτό της παιδείας, της εργασίας, των οικονομικών πρέπει να υπάρχουν συναντήσεις μεταξύ τους και κοινά θέματα συζητήσεων
  - 9 .Για να δελεαστούν οι ψυχίατροι και να θέλουν να δουλέψουν στην ΠΦΥ θα πρέπει η πολιτική υγείας να τους εξασφαλίσει οικονομικά κίνητρα , να χρηματοδοτήσει προγράμματα έρευνας για αυτούς Ακόμη το κράτος μπορεί να εφαρμόσει πιλοτικά προγράμματα φέρνοντας εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό στα ζητήματα ψυχικής υγείας από άλλες χώρες και οι οποίοι θα δουλέψουν στην ΠΦΥ
  - 10 Για να μπορέσουν οι επαγγελματίες της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας να βρουν χρόνο για να συνεργαστούν με τους γιατρούς της ΠΦΥ θα πρέπει το κράτος να προσλάβει ειδικούς υγείας όπως ψυχιάτρους, ψυχοθεραπευτές ή κοινωνικούς λειτουργούς
  - 11 Να γίνουν νομοθετικές ρυθμίσεις που να αφαιρούν την οικονομική επιβάρυνση όταν ο ασφαλισμένος επιλέγει οποιοδήποτε γενόσημο φάρμακο
  - 12 Να δοθούν οδηγίες συνταγογράφησης στους γιατρούς και στους φαρμακοποιούς για την προώθηση των γενοσήμων και επιβολή προστίμων αν δεν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι

- 13 Να γίνονται ενημερώσεις στο κοινό από τα ΜΜΕ, από το υπουργείο υγείας μέσω ανακοινώσεων ή διαφημίσεων για το τι είναι γενόσημα , για το ότι τα γενόσημα είναι ασφαλή φάρμακα και να μην φοβούνται να τα χρησιμοποιήσουν
- 14 Να υπάρχει στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών και φαρμακευτικών σχολών μαθήματα που να αναδεικνύουν τη χρησιμότητα των γενοσήμων. Επίσης πρέπει να γίνεται μία συνεχή ενημέρωση μέσω της ηλεκτρονικής πληροφόρησης
- 15 Να αλλάξει η τιμολογιακή πολιτική ώστε όλα τα γενόσημα να εισάγονται στην θετική λίστα αποζημιούμενων φαρμάκων.
- 16 Να γίνει διαπραγμάτευση με τους θεσμούς , έτσι ώστε να μην αρθεί το κατώτατο όριο προστασίας των γενοσήμων και το off-patent σκευασμάτων
- 17 Να διευθετηθούν τα χρέη των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων προς τις φαρμακευτικές εταιρείες
- 18 Να καταργηθεί ο θεσμός του clawback για τις ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, οι οποίες συνεισφέρουν όπως είδαμε στον τομέα της απασχόλησης , στην αύξηση του ΑΕΠ της χώρας μας, στην ανάκαμψη της μεταποίησης και στο εξωτερικό εμπόριο
- 19 Να αυξηθεί η αξιοπιστία των γενοσήμων με το να καθιερωθεί η κίτρινη κάρτα των παρενεργειών , καθώς και ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας που καταγράφει φάρμακα και παρενέργειες
- 20 Να γίνονται αυστηροί έλεγχοι από τον ΕΟΦ για τη βιοϊσοδυναμία των γενοσήμων

Σύμφωνα με τα παραπάνω το Ελληνικό κράτος πρέπει να διαμορφώσει τέτοιες πολιτικές υγείας που να έχουν στο επίκεντρο τον άνθρωπο και να μπορούν να προστατέψουν την αξιοπρέπεια, τον αυτοσεβασμό, την εργασιακή ασφάλεια, την οικονομική ευμάρεια, την ψυχική υγεία κυρίως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων με έναν ισότιμο καθολικό και αποτελεσματικό τρόπο

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Π1

Πίνακας Π.1

Πολιτικές γενοσήμων σε επιλεγμένα κράτη- μέλη της ΕΕ 2010

	ΕΣΩΤΕΡΙΚ ΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑ Σ	ΔΙΑΓΩΝΙΣΜ ΟΙ ΥΦΙΣΤΑΜΕ ΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΤΥΠΟΙ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤ ΩΝ ΠΟΥ ΑΓΟΡΑΖΟΝΤ ΑΙ ΣΕ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟ ΥΣ	ΜΕΓΙΣΤ Ο ΟΡΙΟ ΤΙΜΩΝ *	ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΡΩΤΩΤΥΠΑ
ΑΥΣΤΡΙΑ		✓	Εμβόλια – πανδημία σκευάσματα για στρατιώτες και φυλακισμένους	✓	
ΒΕΛΓΙΟ	✓			✓	✓
ΚΥΠΡΟΣ		✓		✓	✓
ΤΣΕΧΙΑ	✓			✓	✓
ΔΑΝΙΑ	✓	✓	Εμβόλια σκευάσματα για μεταδιδόμενες νόσους , πανδημίες		✓
ΕΣΘΟΝΙΑ	✓			✓	✓
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	✓	✓		✓	✓
ΓΑΛΛΙΑ	✓	✓		✓	✓
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	✓	✓	Πρωτοβάθμια φροντίδα	✓	✓
ΕΛΛΑΔΑ	✓	✓		✓	✓
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	✓			✓	✓
ΙΤΑΛΙΑ	✓	✓		✓	✓

ΛΕΤΟΝΙΑ	✓			✓	
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	✓			✓	✓
ΜΑΛΤΑ	✓	✓			
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	✓	✓	33 δραστικές → επέκταση	✓	✓
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	✓	✓		✓**	✓
ΙΣΠΑΝΙΑ	✓	✓		✓	✓
ΣΟΥΗΔΙΑ		✓		✓	
ΗΝ ΒΑΣΙΛΕΙΟ		✓	Εμβόλια πανδημία σκευάσματα για μεταδιδόμενη νόσος	✓	

Πηγή: Εσωτερικές τιμές αναφοράς, ανώτατες τιμές και επιστροφή PPRI 2007 Διαγωνισμοί Kanavos et al 2009, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2011

\* Μέγιστη τιμή γενοσήμων ως ποσοστό επί της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς.

\*\*Πορτογαλία Έλεγχος τιμής επιβάλλεται μόνο στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και κατ' επέκταση στα συνταγογραφούμενα γενόσημα

Πίνακας Π 2 :

Φαρμακευτική νομοθεσία στην Ευρώπη

ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ	ΚΡΑΤΗ-ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ : ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΙΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	
Έλεγχοι τιμών με διοικητική ή θεσμοθετημένη τιμολόγηση	Όλα τα κράτη μέλη εκτός από τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και σε κάποιο βαθμό, τη Σουηδία
Εξωτερικές τιμές αναφοράς	Όλα τα κράτη μέλη εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία, τη Σουηδία
Ρύθμιση συντελεστή απόδοσης	Ηνωμένο Βασίλειο
Διαπραγμάτευσης και συμφωνίες τιμής-όγκου	Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
Άμεσοι έλεγχοι δαπανών : επιστροφή	Γαλλία, Πορτογαλία, Αυστρία
Άμεσοι έλεγχοι δαπανών : συμφωνίες τιμής-όγκου	Γαλλία
Τιμολόγηση κόστους συν περιθώριο κέρδους	Στοιχεία χρησιμοποιούνται έμμεσα στην Ισπανία
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ : ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΤΙΜΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	
Προκήρυξη διαγωνισμών για γενόσημα σκευάσματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Κάτω Χώρες, Γερμανία
Καθορισμός ανώτατης τιμής για γενόσημα και σύνδεση τους με την τιμή του αρχετύπου φάρμακου	Ιταλία, Ελλάδα, Γαλλία
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ : ΜΕΘΟΔΟ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ	
Θετικοί και αρνητικοί κατάλογοι	Όλα τα κράτη μέλη
Εσωτερικές τιμές αναφοράς	Γερμανία, Κάτω Χώρες, Τσεχική Δημοκρατία, Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία,

	Ουγγαρία
Αξιολογήσεις της τεχνολογίας υγείας ΗΤΑ	Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Κάτω Χώρες, Ουγγαρία, Πολωνία, Φινλανδία, Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία. Στη Γαλλία μόνο αξιολόγηση κλινικού οφέλους
Καινοτόμα συστήματα τιμολόγησης και επιστροφής	Ιταλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Φινλανδία
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ	
Κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής	Όλα τα κράτη μέλη
Υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων	Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Εσθονία
Οικονομικά κίνητρα	Ορισμένα στοιχεία σε Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο
Παρακολούθηση και έλεγχος συνταγών	Βέλγιο, Ηνωμένο Βασίλειο, Κάτω Χώρες, Γαλλία, Δανία, Σουηδία, Εσθονία
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥΣ	
Έλεγχος αμοιβής (π.χ. περιθώριο κέρδους, αμοιβές) συμπεριλαμβανομένων συμβατικών ρυθμίσεων	Όλα τα κράτη μέλη
Υποκατάστατα με γενόσημα	Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία
ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	
Επιμερισμός κόστους	Όλα τα κράτη μέλη
Ενθάρρυνση της χρήσης φαρμάκων που χορηγούνται χωρίς συνταγή	Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία, Κάτω Χώρες

Πηγή : Συντάχτες από τη βιβλιογραφία , Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2011

### Π.3

**Πολιτικές υγείας που απευθύνονται στους γιατρούς που συνταγογραφούν γενόσημα σε  
επιλεγμένα κράτη –μέλη της ΕΕ 2010**

	ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΘΕΣΗ				ΟΙΚΟΝΟΜΙ ΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ	ΜΗ ΚΙΝΗΤΡΑ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ
	ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗ ΣΗ ΒΑΣΕΙ ΔΚΟ		ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΓΕΝΟΣΗΜΑ				
	ΕΠΙΤΡ ΕΠΤΗ	ΥΠΟΧΡΕ ΩΤΙΚΗ	ΕΠΙΤΡ ΕΠΤΗ	ΥΠΟΧΡΕ ΩΤΙΚΗ			
ΑΥΣΤΡΙ Α	✓		x			✓	✓
ΒΕΛΓΙΟ	✓		x			✓	✓
ΚΥΠΡΟ Σ	✓		✓**				
ΤΣΕΧΙΑ	✓		✓**		✓	✓	✓
ΔΑΝΙΑ	✓		✓**	✓			✓
ΕΣΘΟΝΙ Α	✓	✓	✓**			✓	✓
ΦΙΝΛΑ ΝΔΙΑ	✓		✓**	✓		✓	✓
ΓΑΛΛΙΑ	✓		✓**		✓	✓	✓
ΓΕΡΜΑ ΝΙΑ	✓		✓	✓	✓	✓	✓
ΕΛΛΑΔ Α							✓
ΟΥΓΓΑ ΡΙΑ	✓		✓**			✓	✓
ΙΤΑΛΙΑ	✓		✓**	✓	✓	✓	✓
ΛΕΤΟΝΙ	✓		✓**	✓	✓	✓	✓

A							
ΛΙΘΟΥ ΑΝΙΑ	✓	✓	✓**	✓	✓	✓	✓
ΜΑΛΤΑ	✓		✓**				
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ			✓**		✓	✓	✓
ΠΟΡΤΟ ΓΑΛΙΑ	✓	✓	✓**	✓			
ΙΣΠΑΝΙ Α	✓		✓**		✓	✓	✓
ΣΟΥΗΔΙ Α	✓		✓	✓	✓	✓	✓
ΗΝΩΜΕ ΝΟ ΒΑΣΙΛΕ ΙΟ	✓				✓	✓	✓

Όπου ΔΚΟ είναι η διεθνής κοινόχρηστη ονομασία κατά τη συνταγογράφηση

\*\* οι γιατροί μπορούν να αντιταχτούν στην υποκατάσταση με γενόσημα x η υποκατάσταση με γενόσημα δεν επιτρέπεται στην Αυστρία και στο Βέλγιο

Πηγή : βάσει των PPRI 2008 , OBIG 2006 και πληροφοριών των συντακτών

## Ορισμός ψυχικής υγείας(Ψυχιατρική 2012)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ψυχική υγεία δεν είναι η απουσία μιας διαταραχής ,αλλά μια υγιή κατάσταση κατά την οποία το άτομο μπορεί να ανταποκριθεί στο άγχος της καθημερινότητας και παράλληλα να είναι παραγωγικό για το κοινωνικό σύνολο Η ψυχική υγεία του κάθε ατόμου είναι συνάρτηση από διάφορους παράγοντες όπως :

1. από τη σωματική του υγεία
- 2.από τη δυνατότητα απασχόλησης του



3. από την αυτοεκτίμηση που τρέφει για τον εαυτό του

4. από την ύπαρξη στενού οικογενειακού κύκλου

5. από το κοινωνικό του περιβάλλον γενικότερα

Έτσι η εμφάνιση ψυχικών νόσων εξαρτάται από σωματικά , οικονομικά, κοινωνικά προβλήματα καθώς και παράγοντες συμπεριφοράς που επηρεάζουν την ψυχοσύνθεση του ατόμου (WHO 2011 Animacare .gr )

### **Διάγνωση των ψυχικών διαταραχών**

Υπάρχουν δυο συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς ( Αλεξόπουλος )

Με το σύστημα **ICD-10** ( *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει μια κωδικοποίηση των νοσημάτων για μια καλύτερη επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων

**Το DSM -5** ( *Diagnostic and Statical Manyel of Mental Disorders Fith Editon* ) δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία σαν εργαλείο διάγνωσης και ταξινόμησης των ψυχιατρικών νοσημάτων

### **Μορφές ψυχικών διαταραχών**

Σύμφωνα με τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής ο παρακάτω πίνακας Π4 μας περιγράφει τις ψυχικές διαταραχές για τα έτη 2000-2010 και παρατηρούμε ότι υπάρχει άνοδος των γεροντικών ψυχωτικών καταστάσεων κατά 77%, των συναισθηματικών ψυχώσεων κατά 51% και της φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33% ( διαΝέοσις 2016)

Π4 :

Είδη ψυχικών διαταραχών

ΝΟΣΗΜΑ	ΕΤΟΣ	
	2000	2010
ΣΥΝΟΛΟ	35.789	39.113
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.796	3.140
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.729
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.455
Άλλες ψυχώσεις	14.143	14.101
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2.680	2.445
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.509	2.293
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	2.293
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114
Πνευματική καθυστέρηση	645	419
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5.029	4.154

## Π 5

### Κατηγορίες ψυχικών νοσημάτων( Hogan 2006)

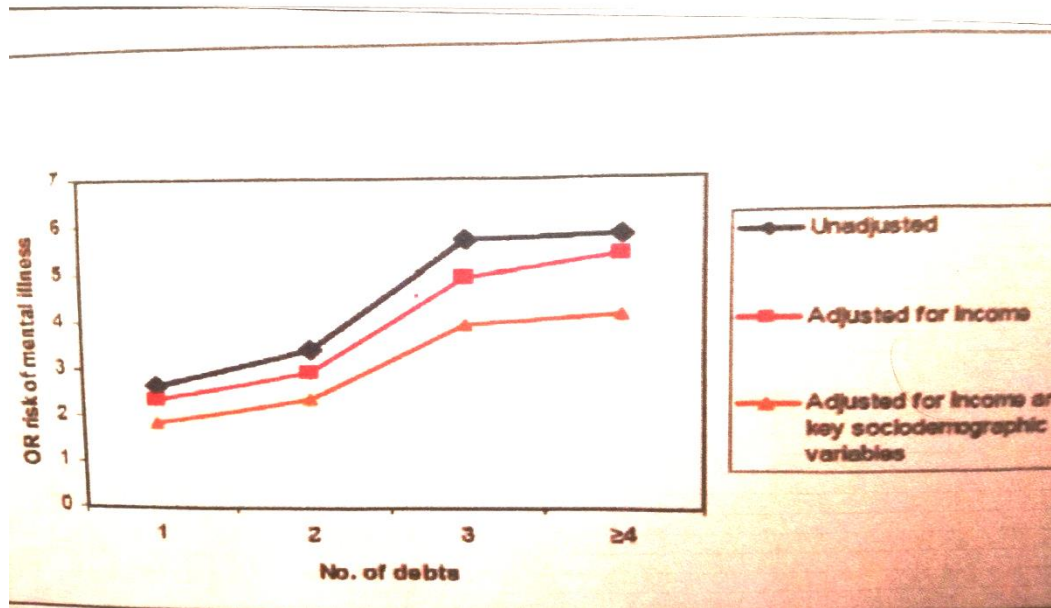
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Φοβίες (αγοραφοβία, κλειστοφοβία, αρρωστοφοβία ) Άγχος Διαταραχή πανικού Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Μείζων καταθλιπτική συνδρομή Δυσθυμία διαταραχή Κυκλοθυμική διαταραχή Διπολική διαταραχή
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας Αντικοινωνική διαταραχή Εξαρτημένη διαταραχή Ναρκισσιστική διαταραχή Παρανοειδής διαταραχή Σχιζοειδής διαταραχή
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΩ ΟΥΣΙΩΝ	Εξάρτηση Κατάχρηση ουσιών Στερητικό σύνδρομο
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Άνοια Ντελίριο
ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Ψύχωση

	Σχιζοφρένεια Παραλυτικές ιδέες Παραίσθηση Ψευδαίσθηση
ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Διαταραχές πόνου Υποχονδρίαση
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Νευρική ανορεξία- Βουλμία Ενούρηση Τικ Αυτισμός

Σύμφωνα με τις μελέτες (Jenkins et al 2008) όταν υπάρχουν χρέη από δανεισμό , τότε αυξάνονται τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών( πίνακας 6 ) . Συγκεκριμένα τα άτομα που χρωστάνε έχουν 23% περισσότερες πιθανότητες για κάποιο ψυχικό νόσημα , σε σχέση με τα άτομα που δεν χρωστάνε και με ένα ποσοστό 8% για ψυχικές διαταραχές (Κυριόπουλος)

## Π6

### Εμφάνιση ψυχικών διαταραχών μετά από δανεισμό



Πηγή: Jenkins R et al. Debt, income and mental disorder in the general population, *Psychological Medicine*, 2008, 38: 1485-1493

Ακόμη κάθε χρόνο 165 εκατομμύρια ευρωπαίοι εμφανίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα (Gustavsson et al 2011) : όπως αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 14% , αϋπνία 7%, μείζονα κατάθλιψη 6,9%, ψυχοσωματικά προβλήματα 6,3%, εθισμό στο αλκοόλ ή άλλες εξάρτησης >4%, άνοια σε ηλικιωμένα άνω των 85 έτη 30% , έλλειψης προσοχής στα παιδιά 5%

## Κόστος ψυχικής υγείας

Τα ψυχικά νοσήματα επιβαρύνουν σημαντικά τις δαπάνες υγείας . Σύμφωνα λοιπόν με την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας οι ψυχικές παθήσεις ,μπορεί να προκαλέσουν απώλεια κατά 3-4% του Ευρωπαϊκού ΑΕΠ και ότι τα ψυχικά νοσήματα αποτελούν το 9% της συνολικής δαπάνης για την υγεία . Η δαπάνη αυτή υπολογίζεται ως εξής: 27% για την θεραπεία των ασθενών,22% για τις πληρωμές των θεραπόντων ιατρών, 19% για τις πληρωμές των χορηγούμενων φαρμακευτών σκευασμάτων, και τέλος 12% για δαπάνες σε ψυχιατρικές κλινικές . Η μείωση της παραγωγικότητας που ακολουθεί τα ψυχικά νοσήματα είναι 2.5 φορές μεγαλύτερη από την απώλεια λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων στην ΕΕ . Το 2007 το κόστος από την απώλεια ωρών εργασίας για τις ευρωπαϊκές χώρες των 25 ανερχόταν στα 136.3 δισεκατομμύρια ευρώ εκ των οποίων τα 99.3 δις ευρώ είχαν σχέση με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές

## Άγχος

Η λέξη άγχος προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα *ἄγχω* που σημαίνει σφίγγω. Αποτελεί μια φυσιολογική φυσική και ψυχική αντίδραση του οργανισμού μετά από μια στρεσογόνα κατάσταση . Οι παράγοντες που δημιουργούν ένα στρεσογόνα περιβάλλον είναι οι εξής :

- Ηλικία
- Φύλο
- Οικονομική κατάσταση –φτώχεια
- Ποιότητα ζωής –ανεργία
- Μοναξιά
- Παιδική προστασία

Το άγχος συνδέεται με διαταραχές όπως:

- Ταχυκαρδία
- Ταχύπνοια
- Εφίδρωση δέρματος
- Όξυνση των αισθήσεων

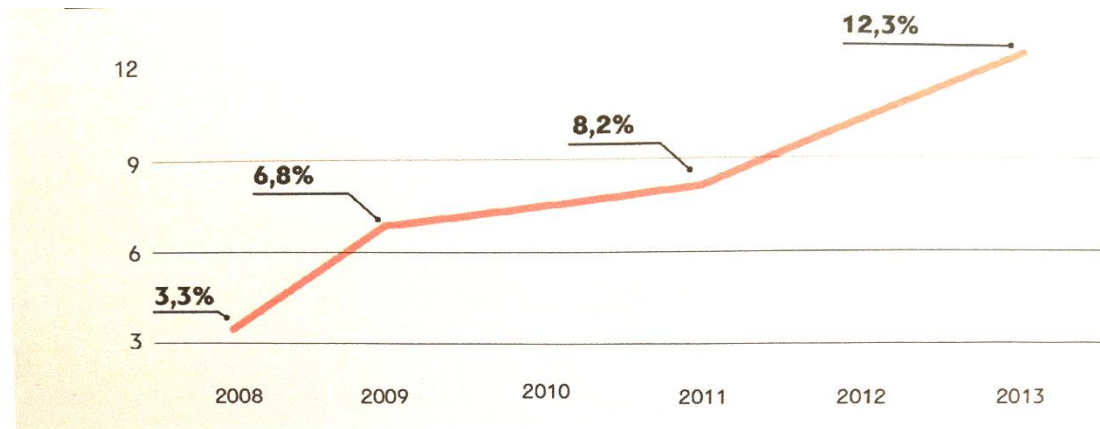
- Αύξηση της χοληστερόλης
- Αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και παράλληλα απελευθέρωσης ινσουλίνης
- Αϋπνία

## **Κατάθλιψη**

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία διακρίνονται σε προσωπική , κοινωνική και συστηματική νοσηρότητα ( Christodoulou 2013) Η προσωπική νοσηρότητα αφορά κυρίως την κατάθλιψη ,την αγχώδη διαταραχή την αυτοκτονικότητα, την αυτοκτονία, την κατάχρηση ουσιών και το θυμό Η κατάθλιψη από μόνη της είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα , απόρροια της οικονομικής κρίσης ( Jenkins et al 2008, Lee et al 2010, Wang et al 2010) Η κοινωνική νοσηρότητα αναφέρεται στη μείωση του εισοδήματος , στην αύξηση της ανεργίας( Catalano et al 2000, Paul et al 2009, Gili et al 2013) ,στην εργασιακή ανασφάλεια(Jenkins et al 2008, Catalano 1991)Σύμφωνα με μια πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008 2009 και το 2011 ο επιπολασμός του μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου είχε μια ανοδική τάση Πίνακας 7( διαΝΕΟσις 2016)

## Π7 :

### Επιπολασμός μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου ΜΚΕ για τα έτη 2008-2013



Πηγή :ΔιαΝΕΟσις 2016

Στο πίνακα 7 φαίνεται ότι το 2008 ήταν 3,3 % , το 2009 αυξήθηκε στα 6,8% , το 2011 στα 8,2% δηλ έχουμε μια πιθανότητα εμφάνισης του ΜΚΕ 2,6 φορές μεγαλύτερη από το 2008(Economouet al 2013)

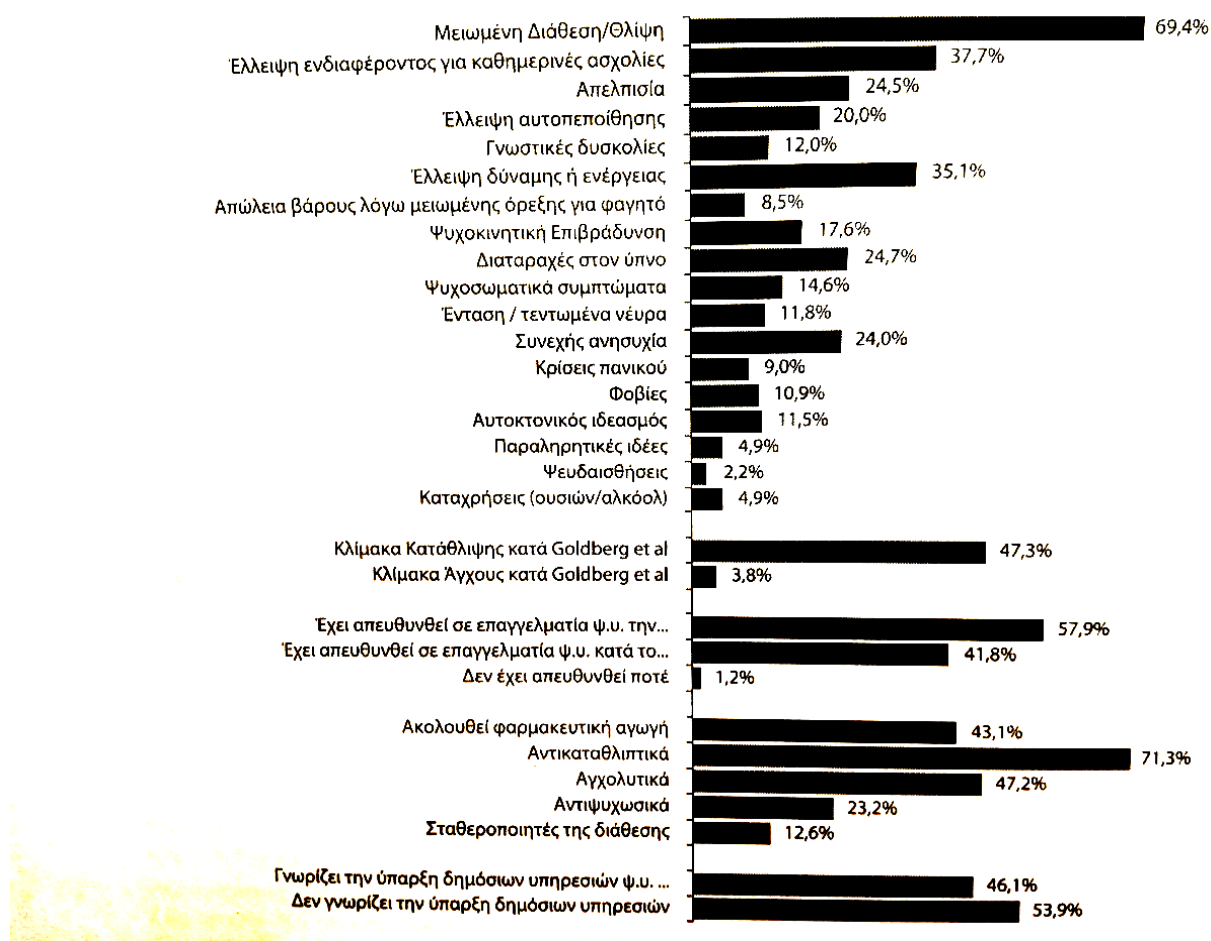
Επίσης στην τηλεφωνική αυτή έρευνα για το 2008 και το 2009 βρέθηκε ότι :α) οι γυναίκες β) οι ηλικιωμένοι, γ) οι διαζευγμένοι ,δ) οι χήροι ε).τα άτομα με χαμηλό κοινωνικό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο ζ) οι άνεργοι η) αυτοί που ζουν στην Αθήνα έχουν περισσότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη( Madianoset al 2011) Συγκρίνοντας τον επιπολασμό του 2011 και του 2009 παρατηρούμε ότι ΜΚΕ έχουν περισσότερο α) τα άτομα > 45 έτη , β) που είναι άνεργοι γ) που έχουν χαμηλή μόρφωση , ενώ την διαταραχή γενικευμένου άγχους τη βλέπουμε περισσότερο α) σε ηλικίες 24-44 έτη με β) σε άτομα με υψηλή μόρφωση γ)σε



εργαζόμενοι ( Οικονόμου et al 2013) Οι έγγαμοι έχουν την ίδια πιθανότητα να παρουσιάσουν και τι δυο ψυχολογικές διαταραχές ( Οικονόμου et al 2013) Οι τηλεφωνικές αυτές κλήσεις που έγιναν από τον Μάιο του 2008 έως και τον Ιούνιο του 2019 επεξεργαστήκαν από το ΕΠΨΥ(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής)οι 7526 κλήσεις όπου διαπιστώθηκαν ότι το 84,7% είχαν ένα ψυχοπαθολογικό πρόβλημα. το 3,8% παρουσιάζει άγχος ,το 98,8 % έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας( Οικονόμου et al 2013) Συγκεκριμένα ένας στους δυο έχει μειωμένη διάθεση, θλίψη, ενώ σημαντικά ποσοστά εμφανίζονται στις άτυπες μορφές κατάθλιψης όπως η έλλειψη ενδιαφέροντος και ενέργειας, η απώλεια ύπνου, ή τα ψυχοσωματικά προβλήματα Αντίθετα ένα μικρό ποσοστό έχει ψυχωτικές παθήσεις, με παραλυτικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αυτοκτονικό ιδεασμό ή κατάχρηση ουσιών

Π8

### Τα κλινικά συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή



Πηγή Οικονόμου και συνεργάτες 2012 σελ 12

Σύμφωνα με τα δεδομένα που φαίνονται στο παρακάτω πίνακα Π9 όσοι αναφέρονται τηλεφωνικά στην οικονομική κρίση έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από την κατάθλιψη . Στην αντίθετη περίπτωση εκείνοι που δεν ασχολούνται με την οικονομική κρίση έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι νευρικοί , ή οξύθυμοι

## Π9:

### Επιπολασμού παθολογιών συγκρινόμενες με την ύπαρξη οικονομικής κρίσης ή στη μη παρουσία της

	Αναφορά σε ζητήματα σχετικά με την οικονομική κρίση	Μη αναφορά σε ζητήματα οικονομικής κρίσης
<b>Συμπτώματα</b>		
Μειωμένη διάθεση/Θλίψη	89,4%	73,2%
Έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες*	59,0%	46,0%
Απελπισία	36,0%	34,9%
Έλλειψη αυτοπεποίθησης*	41,4%	28,6%
Γνωστικές δυσκολίες	25,6%	17,1%
Έλλειψη δύναμης ή ενέργειας	46,5%	41,3%
Απώλεια βάρους λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό	8,1%	9,1%
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	26,7%	26,2%
Διαταραχές στον ύπνο	32,6%	28,6%
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	17,4%	15,9%
Ένταση/τεντωμένα νεύρα**	7,1%	17,7%
Συνεχής ανησυχία	38,4%	26,6%
Κρίσεις πανικού	7,0%	6,0%
Φοβίες	10,5%	8,3%
Αυτοκτονικός ιδεασμός	15,1%	13,9%
Παραληρητικές ιδέες	2,3%	5,2%
Ψευδαισθήσεις	1,2%	0,8%
Καταχρήσεις (ουσιών/αλκοόλ)**	2,3%	10,3%
	<i>MO (t.a.)</i>	<i>MO (t.a.)</i>
Κλίμακα Κατάθλιψης* κατά Goldberg et al	3,76 (1,45)	3,09 (1,69)
Κλίμακα Άγχους κατά Goldberg et al	3,33 (1,2)	3,33 (1,23)
<b>Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας</b>		
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας την παρούσα στιγμή	56,9%	56,1%
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν/Δεν έχει απευθυνθεί	43,1%	43,9%
<b>Φάρμακα</b>		
Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή	33,7%	37,7%
Αντικαταθλιπτικά	75,0%	81,4%
Αγχολυτικά	65,0%	47,8%
Αντιψυχωσικά	12,5%	23,0%
Σταθεροποιητές της διάθεσης	12,5%	10,6%
Γνωρίζει την ύπαρξη δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοντά στην περιοχή κατοικίας του/της	43,9%	43,2%

Πηγή : Οικονόμου και συν 2012 σελ 14

Επίσης οι άνεργοι συγκρινόμενοι με τους εργαζόμενους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν έλλειψη ενδιαφέροντος ενώ οι εργαζόμενοι έχουν περισσότερο γνωστικές δυσκολίες (πίνακας Π10)

## Π10

### Σύγκριση παθολογιών μεταξύ ανέργων και εργαζομένων

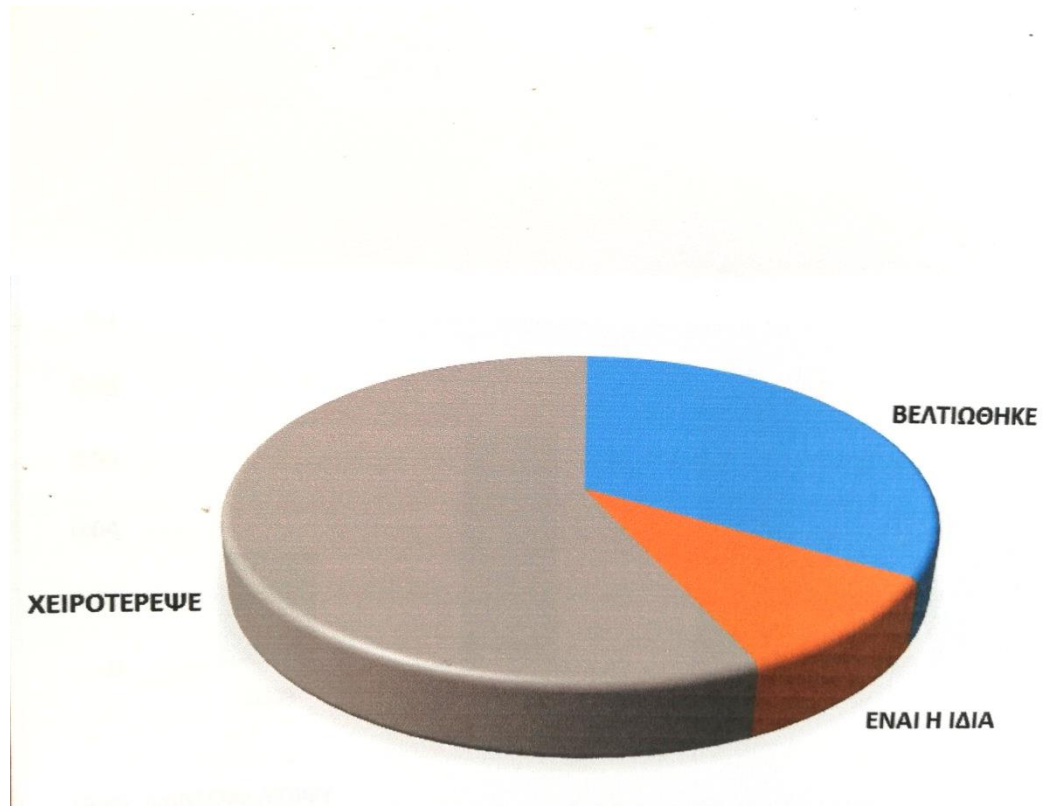
	Εργαζόμενοι	Άνεργοι
<b>Συμπτώματα</b>		
Μειωμένη διάθεση/Θλίψη	65,9%	77,7%
Έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες**	35,4%	42,4%
Απελπισία	23,7%	24,1%
Έλλειψη αυτοπεποίθησης	22,2%	18,9%
Γνωστικές δυσκολίες**	13,6%	8,1%
Έλλειψη δύναμης ή ενέργειας	36,5%	32,4%
Απώλεια βάρους λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό	9,8%	7,6%
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	17,5%	15,9%
Διαταραχές στον ύπνο	28,3%	24,9%
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	8,0%	4,1%
Ένταση/τεντωμένα νεύρα**	13,1%	9,5%
Συνεχής ανησυχία	27,1%	17,8%
Κρίσεις πανικού	11,5%	8,9%
Φοβίες	11,0%	11,6%
Αυτοκτονικός ιδεασμός	10,3%	11,9%
Παραληρητικές ιδέες	3,1%	5,4%
Ψευδαισθήσεις	1,4%	2,2%
Καταχρήσεις (ουσιών/αλκοόλ)**	5,9%	4,6%
	MO (τ.α.)	MO (τ.α.)
Κλίμακα κατάθλιψης* κατά Goldberg et al	2,53 (1,28)	2,76 (1,45)
Κλίμακα άγχους** κατά Goldberg et al	3,44 (1,28)	2,93 (0,88)
<b>Επαγγελματίες ψυχικής υγείας</b>		
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας την παρούσα στιγμή	55,5%	53,6%
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν/Δεν έχει απευθυνθεί	44,5%	46,4%
<b>Φάρμακα</b>		
Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή	69,9%	70,0%
Αντικαταθλιπτικά	73,0%	76,7%
Αγχολυτικά	48,5%	39,6%
Αντιψυχωσικά	20,3%	21,4%
Σταθεροποιητές της διάθεσης	13,9%	8,2%
Γνωρίζει την ύπαρξη δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοντά στην περιοχή κατοικίας του/της	43,2%	46,0%

\*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του  $p < 0,05$ , \*\*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του  $p < 0,01$

Πηγή : Οικονόμου και συν 2012 σελ 15

Στην ερώτηση που τέθηκε στους Έλληνες για τον αν χειροτέρευσε η ψυχική τους διάθεση την περίοδο της κρίσης , η απάντηση φαίνεται στο παρακάτω πίνακα Π11 , όπου σε ποσοστό 55% δηλώνουν ότι παρατηρούν μια χειροτέρευση . Εξάλλου κλινικές έρευνες σύμφωνα με τη διανεοσις /ΕΠΙΨΥ , επισημαίνουν ότι το 2008 το ποσοστό κατάθλιψης από 3,3% που ήταν το 2008, το 2013 αυξήθηκε στο 12,3% (πίνακας Π12) Άλλωστε παρατηρούμε και μια άνοδο των αντικαταθλιπτικών θεραπειών , αφού η διαφορά μεταξύ 2018 και 2011 αυξήθηκε κατά 35%

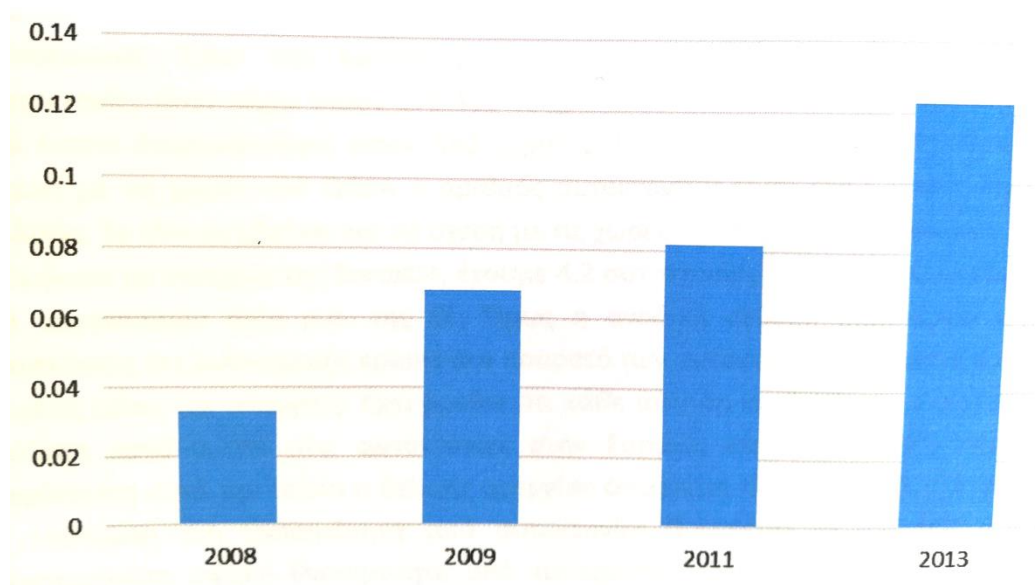
Σχέση της ψυχικής διάθεσης με την οικονομική κρίση



Πηγή : διαΝΕΟσις/ΕΠΙΨΥ, Λιαργκοβας 2020 σελ157

## Π12

### Ποσοστό πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη

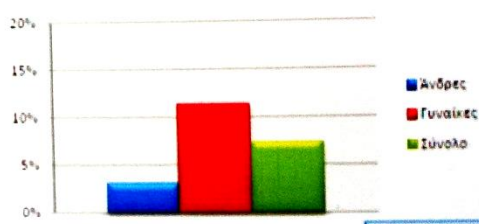


Πηγή : διαΝΕΟσις /ΕΠΙΨΥ, Λιαρκοβας 2020 σελ158

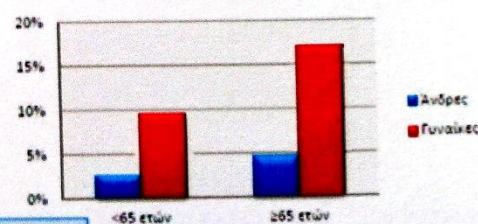
Το 2014 η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου ΕΜΕΝΟ σε συνεργασία με τα ιατρικές σχολές , επιβεβαίωσε την σχέση άγχους , κατάθλιψης και ανεργίας( ΕΚΠΑ 2015) Ακόμη την περίοδο 2013-2014 το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ ( Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας) σε συνεργασία με το ΕΙΥ ( Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας), έτρεξε ένα πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ για την υγεία και την διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού. Από το δείγμα που ήταν 4011 άτομα άνω των 18 ετών , διαπιστώθηκε 1 στις 10 γυναίκες έπασχε από κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό των γυναικών ήταν 4 φορές μεγαλύτερο από εκείνη των αντρών . Τέλος βρέθηκε ότι υπήρξε αναλογία του επιπολασμού της κατάθλιψης με την ανεργία(ΥΔΡΙΑ ) πίνακας Π13

Επιπολασμός χρόνιας κατάθλιψης ανά φύλο και ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα

Κατά δήλωση επιπολασμός (%) χρόνιας κατάθλιψης ανά φύλο



Κατά δήλωση επιπολασμός (%) χρόνιας κατάθλιψης ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα



Πηγή: Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ 2014, διαΝΕΟσις 2016

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού φαίνεται από την έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το 2014 (πίνακας Π14)

## Π14

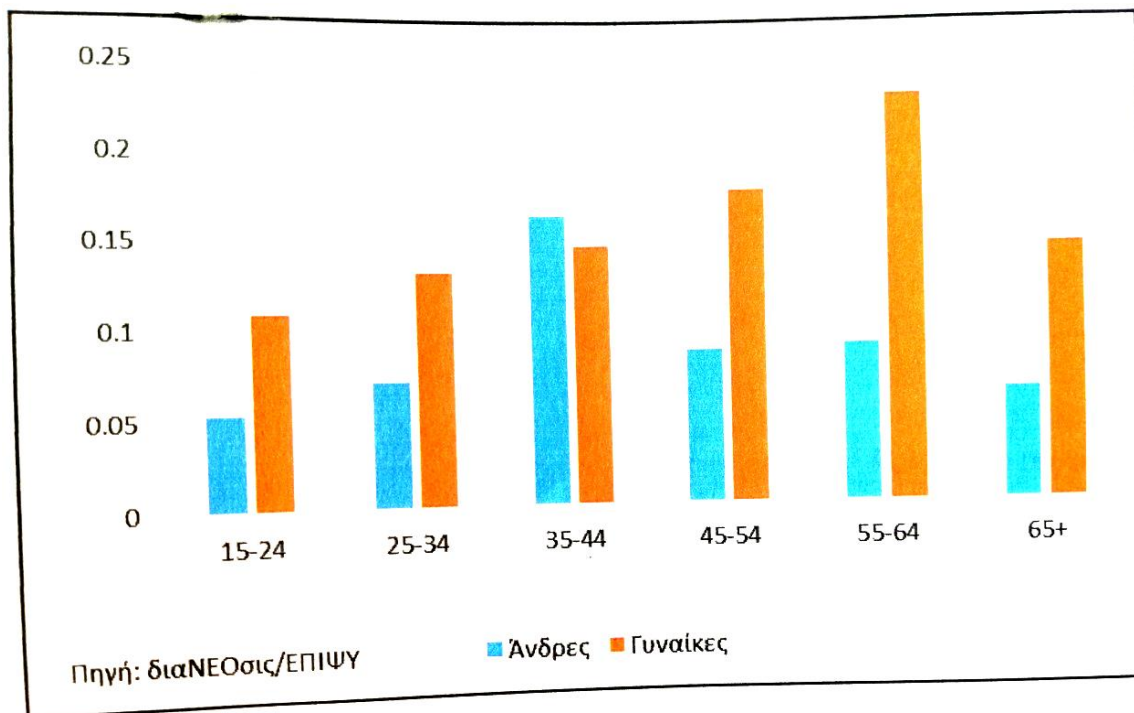
### Επιπολασμός της κατάθλιψης

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
15-24έτη	25-34έτη	35-44έτη	45-54έτη	55-64έτη	64-74έτη	>75έτη
1,2	2,0	3,4	3,8	5,2	8,1	10,2

Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης εμφανίζεται στις γυναίκες ηλικίας 45-54 και άνω των 55 , ενώ οι άνδρες προπορεύονται των γυναικών στην ηλικία των 35-44 Αυτό συμβαίνει γιατί οι άνδρες μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις οικογενειακές τους υποχρεώσεις , η ψυχική τους υγεία επηρεάζεται περισσότερο( πίνακας Π15)

## Π15

### Κατάθλιψη ανά φύλο και ηλικία στον πληθυσμό



Πηγή : διαΝΕΟσις /ΕΠΙΨΥ,Λιαργκοβας 2020 σελ158



## Εθιστικές ουσίες

Εθιστικές ουσίες είναι οι χημικές ουσίες που μιμούνται τη χημική δομή ενός φυσικού νευροδιαβιβαστή με αποτέλεσμα να επηρεάζουν το σύστημα επικοινωνίας του εγκεφάλου με τους νευρώνες του. Όταν κάποιος κάνει μακροχρόνια χρήση ναρκωτικών, τότε οι εθιστικές ουσίες αλλάζουν την δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου.

Γενικά τα άτομα που κάνουν χρήση των εθιστικών ουσιών αναζητούν :

- *Αίσθηση χαράς* Πολλές φορές τα άτομα κάνουν χρήση ναρκωτικών για να απομακρύνουν το άγχος, την θλίψη, το στρες, την κατάθλιψη ή την επαγγελματική ανασφάλεια .
- *Αίσθηση ευεξίας* .Υπάρχουν διεγερτικές ουσίες που προκαλούν αίσθηση αυτοπεποίθησης και άλλες όπως τα οπιούχα σκευάσματα που προκαλούν ηρεμία και χαλάρωση
- *Καλύτερες επιδόσεις*
- *Περίεργια* Οι έφηβοι είναι εκείνοι που ευάλωτοι σε τέτοιους είδους συμπεριφορές. Χρειάζεται παιδεία, δυνατή θέληση και δημιουργία στόχων για να απομακρυνθούν από την πιθανή χρήση ουσιών

Οι κυρίαρχες εθιστικές ουσίες είναι οι εξής

- Η νικοτίνη  
Ο καρκίνος του πνεύμονα, οι πνευμονοπάθειες, τα εμφράγματα είναι μερικές από τις παθήσεις που προκαλούνται από τη χρήση του καπνού. Υπολογίζεται η θνησιμότητα από την νικοτίνη μπορεί να φτάσει τον 21 αιώνα στο ένα δισεκατομμύριο
- Το αλκοόλ  
Το αλκοόλ προκαλεί σοβαρή επίδραση στον εγκέφαλο είτε στη περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού, όπου πραγματοποιούνται οι ανώτερες λειτουργίες, στον ιππόκαμπο υπεύθυνο για την μνήμη και την παρεγκεφαλίδα υπεύθυνη για τον συντονισμό των κινήσεων
- *Οι Βενζοδιαζεπίνες* Φάρμακα που συνταγογραφούνται από τους γιατρούς για να αντιμετωπιστεί το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία

- *Η ηρωίνη* Ισχυρό οπιοειδές που μπορεί να προκαλέσει ανακοπή όταν χορηγείται ενδοφλεβίως
- Ουσία όπως η *κοκαΐνη* που είναι διεγερτικό βραχείας δράσης , και συνδέεται με ανακοπή ή νευρολογικά προβλήματα
- *Μαριχουάνα* που είναι μια διεγερτική ουσία και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην ψύχωση όταν υπάρχει υποκείμενο υπόστρωμα
- *LSD* που είναι ισχυρό παραισθησιογόνο και μπορεί και αυτό να οδηγήσει στην ψύχωση
- *Αμφεταμίνες* διεγερτικές ουσίες που προκαλούν επιληπτικές κρίσεις και ανακοπή
- *Στεροειδή* που χρησιμοποιούνται για την αύξηση της μυϊκής μάζας οδηγούν σε σοβαρές δερματολογικές, καρδιολογικές παθήσεις , κατάθλιψη μέχρι και αυτοκτονία
- Εισπνεόμενες ουσίες όπως βενζίνη , αεροζόλ
- Συνδυασμό φαρμάκων που μπορεί να είναι θανατηφόρος

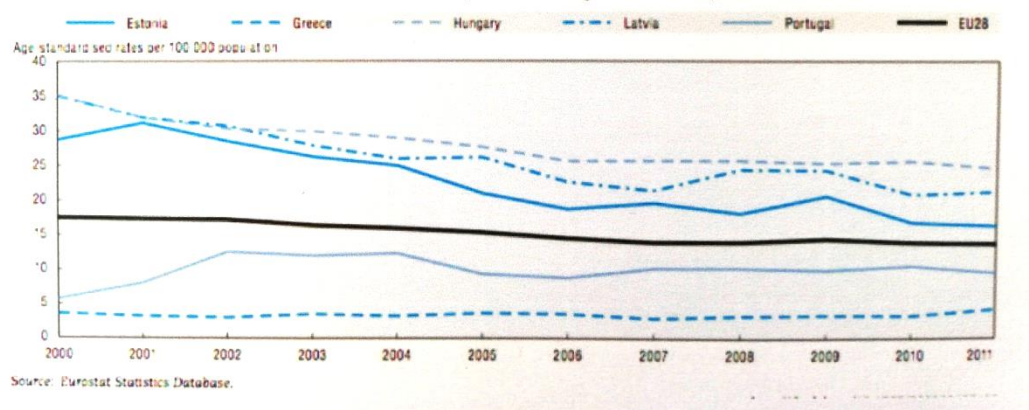
Τα άτομα που κάνουν χρήση των ερεθιστικών αυτών ουσιών ανάλογα με την ψυχική τους κατάσταση και ανάλογα με τις υποκείμενες προδιαθέσεις μπορεί να έχουν από θετικά αποτελέσματα , αίσθημα ευεξίας μέχρι ψύχωση και αυτοκτονικό ιδεασμό. Είναι γεγονός ότι οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες που βιώνουμε οδηγούν τους νέους στη χρήση ερεθιστικών ουσιών . Οι παράγοντες που θα προστατεύσουν τα άτομα εξαρτώνται είτε από το οικογενειακό περιβάλλον ,είτε από το σχολείο που θα του παρέχει τις αρχές και της αξίες της γνώσης και του αυτοσεβασμού , είτε από το στάδιο ανάπτυξης του, είτε από το φύλο του ή την εθνικότητα του

## **Αυτοκτονίες**

Πριν την αρχή της οικονομικής κρίσης το ποσοστό των αυτοκτονιών στην Ελλάδα ήταν 2,9/100.000 κατοίκους (Liaporoulos2012) . Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα 5.7 έχουμε μια αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά 27% για την περίοδο 2008-2011, γεγονός που μπορεί να ταυτιστεί με την οικονομική κρίση. Επίσης βλέπουμε ότι η χώρα μας έχει το μικρότερο ποσοστό αυτοκτονιών από τις χώρες της ΕΕ των 28 (πίνακας Π16)

## Π16

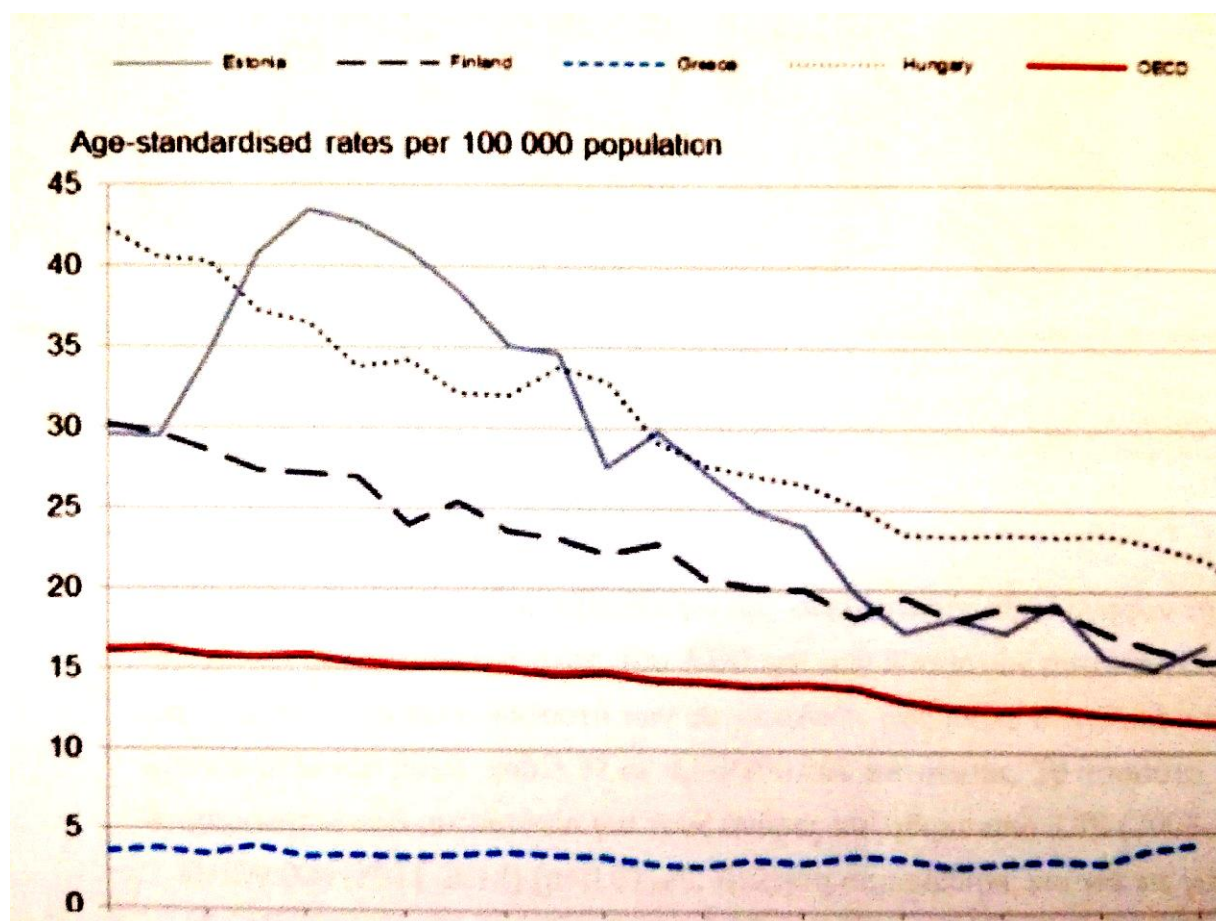
### Ποσοστό αυτοκτονιών τροποποιούμενων κατά ηλικία (2000-2011)



Πηγή : OECD 2014, διαNEOσις 2016

Στον πίνακα Π17 φαίνεται ότι , το χαμηλό ποσοστό αυτοκτονιών κατά ηλικία και ανά 100.000 ελληνικού πληθυσμού διατηρείται και από το 1990 μέχρι 2012. Η Ελλάδα έχει από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών συγκρινόμενη με χώρες όπως η Εσθονία, η Φιλανδία, η Ουγγαρία αλλά και με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD 2015)

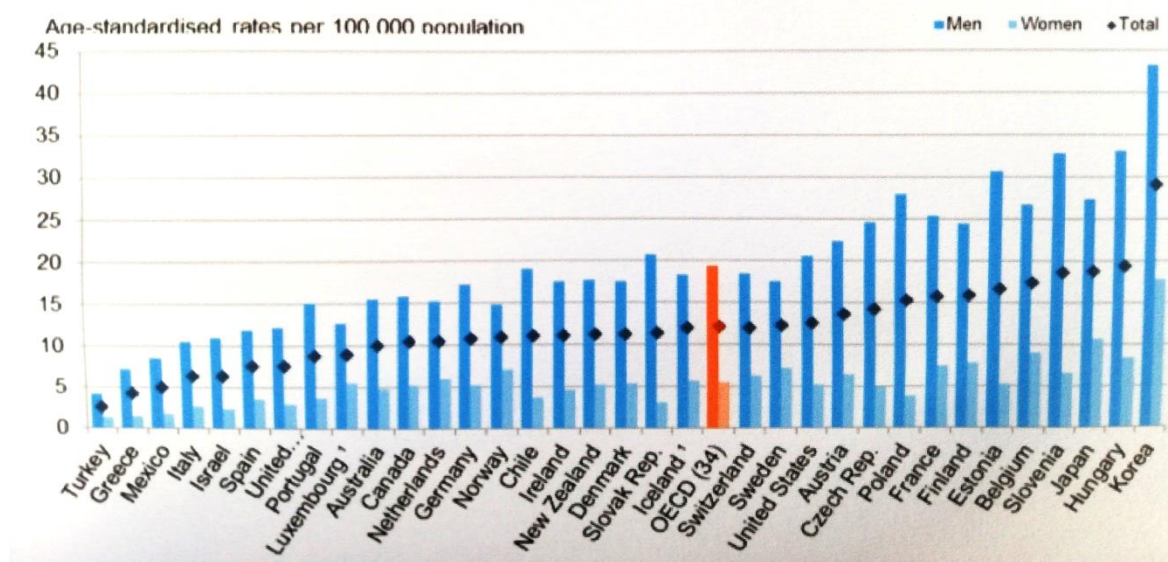
## Ποσοστά αυτοκτονιών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή : ΟΟΣΑ 2015, διαΝΕΟσις 2016

Το χαμηλό ποσοστό αυτοκτονιών στη χώρα μας διαπιστώνεται και με την έκθεση Health at a glance του 2015 όπου η Ελλάδα για το έτος 2013 έχει κατά ηλικία 4,2% ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 12% (πίνακας 18) OECD 2015

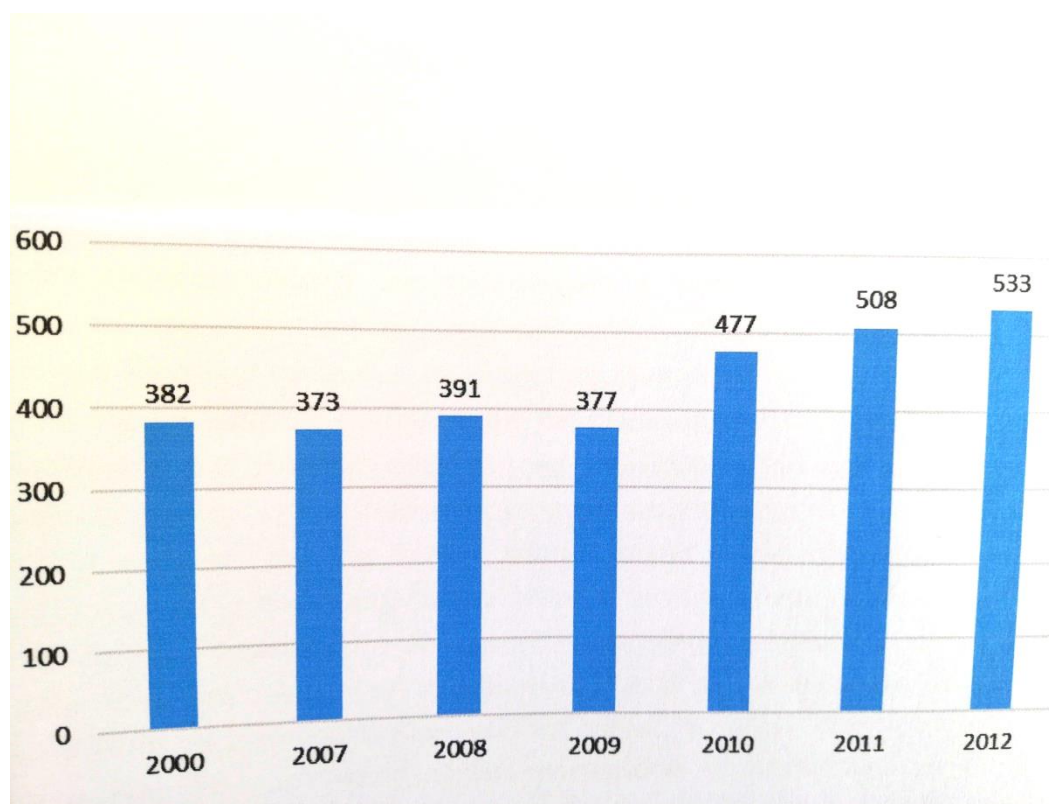
## Ποσοστό αυτοκτονιών τροποποιημένα κατά ηλικία στις χώρες του ΟΟΣΑ 2013



Πηγή : OECD 2015, διαΝΕΟσις 2016

Έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τις αυτοκτονίες στην διάρκεια της οικονομικής κρίσης έδειξαν ότι έχουμε μια συσχέτιση της ανεργίας με το ποσοστό των αυτοκτονιών βάση φύλο και ηλικίας (Rachiotis et al 2015). Συγκεκριμένα μελετήθηκε η περίοδος 2003-2010 προ της κρίσης και η περίοδος 2011-2012 κατά την διάρκεια της κρίσης, όπου βλέπουμε ότι για το διάστημα 2010-2012 οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 35% (πίνακας 19).

## Ποσοστό αυτοκτονιών στην κρίση



Πηγή : διαΝΕΟσις /ΕΛΣΤΑΤ,Λιαργκοβας 2020 σελ 159

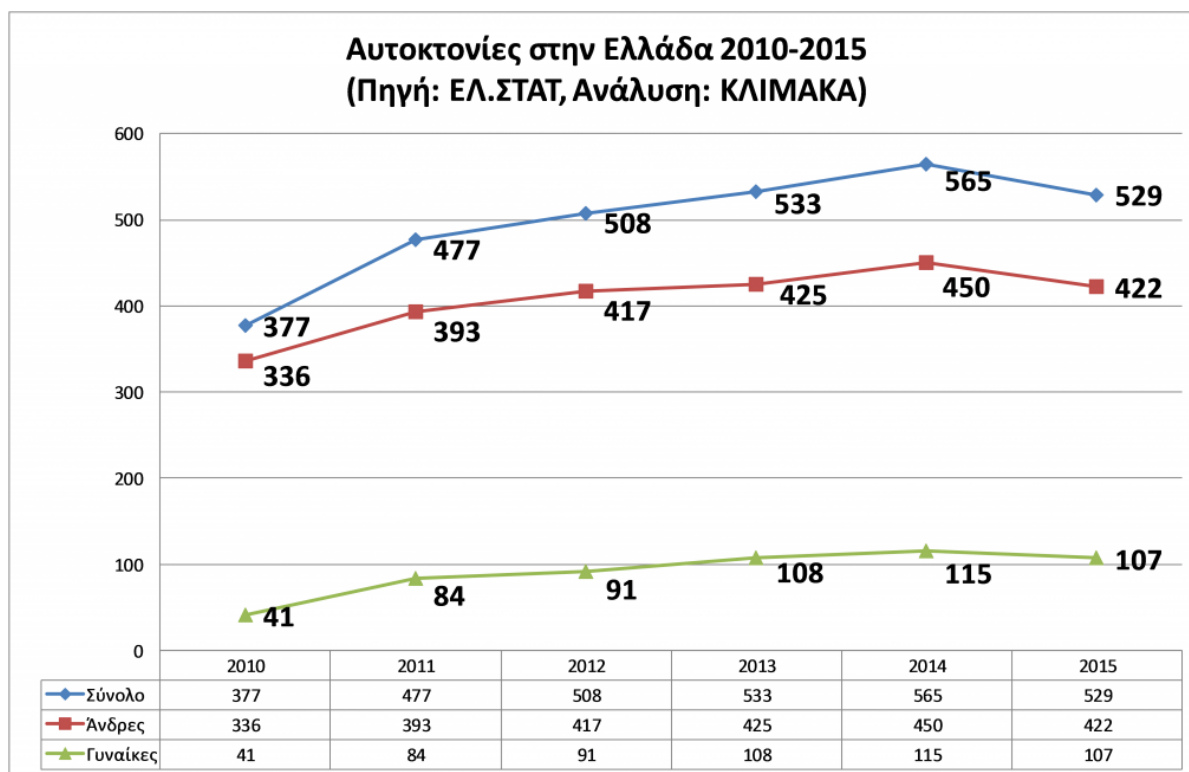
Τα στοιχεία για το 2015 ,σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, παρουσιάζουν μια μείωση των αυτοκτονιών συγκρινόμενα με το 2014(πίνακας 20) Επίσης ο δείκτης αυτοκτονιών για τους άνδρες είναι μεγαλύτερος από αυτών των γυναικών δηλ 8.1 ανά 100.000 για τους άντρες , έναντι 1.91 ανά 100.000 για τις γυναίκες(πίνακας 21 ). Ιδιαίτερα για τους άνδρες το ποσοστό θνησιμότητας προ και μετά κρίσεως αυξήθηκε από 5,75/ 100.000 (2003-2010) σε 7,45/100.000 (2011-2012) , ενώ η αύξηση των αυτοκτονιών για τις γυναίκες δεν ήταν αξιοσημείωτες από 1,17 σε 1,55 (Rachiotis et al 2015)

Επιπλέον η μελέτη έδειξε ότι για κάθε ποσοστιαία αύξηση της ανεργίας , έχουμε άνοδο κατά 0,19/100.000 κατοίκους στις αυτοκτονίες για τους άνδρες σε παραγωγική ηλικία στην Ελλάδα 0.79% αύξηση των αυτοκτονιών στην Ευρώπη, και κατά 0,99% στις ΗΠΑ.(Rachiotis et al 2015)Στην περίπτωση που ο δείκτης αυξηθεί στα 3% , η θνησιμότητα λόγω αυτοκτονιών

ανέρχεται σε 4%-4,5% Επίσης η κατάχρηση του οινοπνεύματος , εξαιτίας της ανεργίας και των ψυχικών προβλημάτων , οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της θνησιμότητας

## Π20

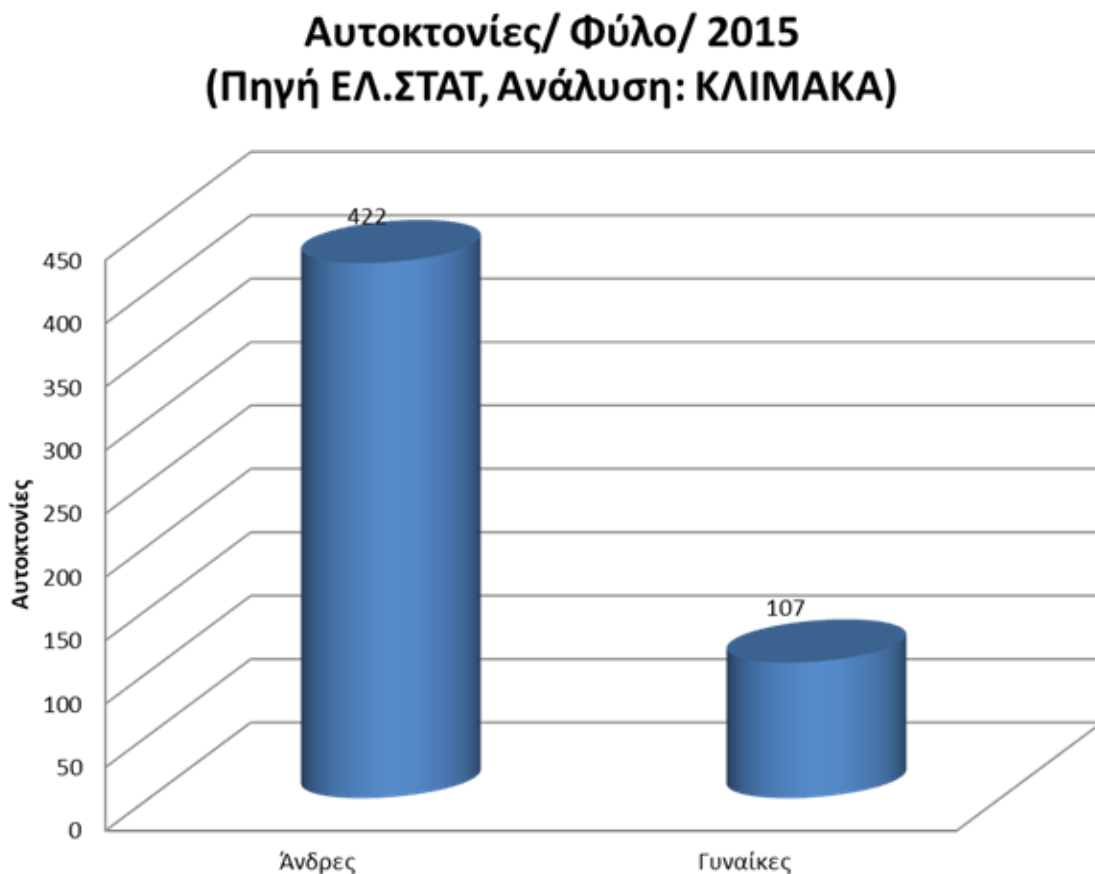
### Αυτοκτονίες στην Ελλάδα 2010-2015



Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ 2015

## Π21

### Αυτοκτονίες / φύλο /2015

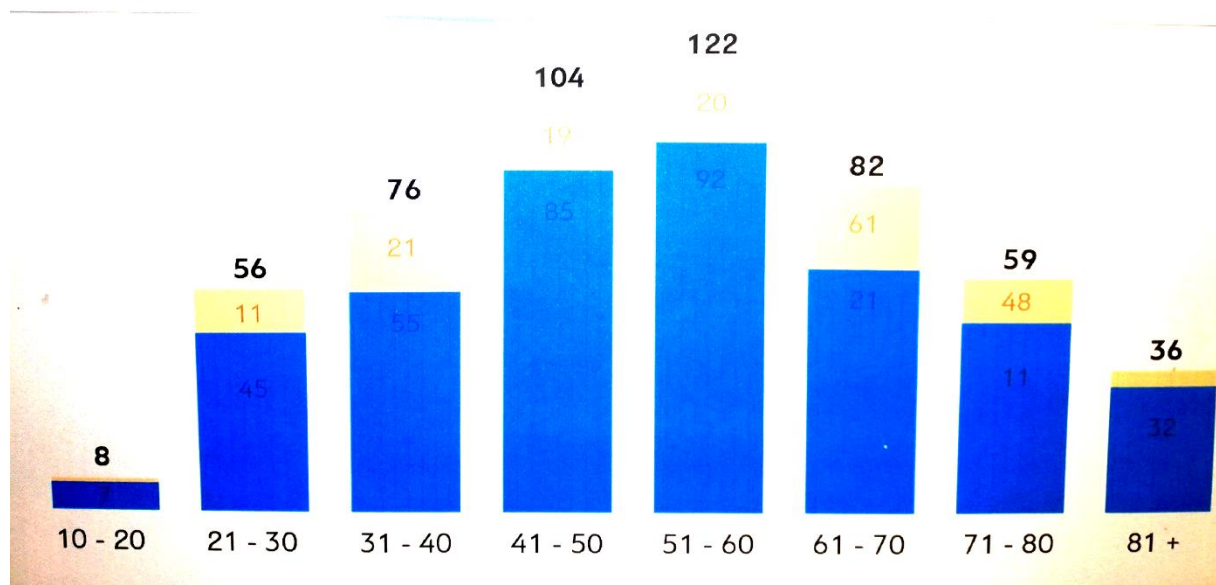


Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ 2015

Ο παρακάτω πίνακας 22 μας δείχνει την ηλικία των αυτόχειρων ανδρών και γυναικών Έτσι το μεγαλύτερο ποσοστό για τους άνδρες το συναντάμε από 41-60 ετών , ενώ για τις γυναίκες από 61-80 έτη



### Ηλικία αυτόχειρων



Πηγή : διαNEOσις 2016/ΕΛΣΤΑΤ

Μία αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Α΄ ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 2001-2011 καταγράφει συνολικά 4.133 αυτοκτονίες στη Ελλάδα (Kontaxakis et al 2013 )Οι άνδρες εξακολουθούν να είναι περισσότεροι 82,8% από τις γυναίκες 17,2% ενώ οι θάνατοι από αυτοκτονίες αποτελούν το 0.35% του συνόλου των θανάτων εκείνη την περίοδο

Μια άλλη αναδρομική μελέτη από τον Ιανουάριο 1983- Δεκέμβριο 2012 διαπίστωσε ότι το 2012 είχαμε το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών και για αυτό γιατί βρέθηκε συσχέτιση των αυτοκτονιών με τα μέτρα λιτότητας του 2011 , την αύξηση της ανεργίας ή τα δημοσιονομικά ελλείμματα(Branas et al 2015) Πολλές φορές όμως τα άτομα αυτοκτονούν αφού περάσουν κάποια χρόνια από την αρχή της οικονομικής κρίσης(Fountoulakis et al 2013) Άλλοι

μελετητές αναφέρουν(Fountoulakis et al 2012) ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας εξαρτάται περισσότερο από τα ψυχιατρικά προβλήματα που έχουν οι ασθενείς παρά από τις δευτερογενείς αιτίες ( ανεργία φτώχεια ) και τους τριτογενείς παράγοντες (δημογραφικοί , άρρεν φύλο, και μεγαλύτερη ηλικία ) Οι δευτερογενής και τριτογενής αιτίες αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονιών όταν υπάρχουν οι πρωτογενής παράγοντες Για να περιοριστούν οι αυτοκτονίες πρέπει να υπάρχουν οι δημόσιες δομές ψυχικής υγείας καθώς και ένας επαρκής αριθμός ειδικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που να ακούν να συμβουλεύουν, και να θεραπεύουν όσους έχουν ανάγκη ( Γιωτάκος et al 2915)Επίσης υπάρχει μια γραμμή επικοινωνίας για την πρόληψη των αυτοκτονιών το 1018

## Π23

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΦΥΛΟ	
ΑΝΔΡΑΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑ	

ΗΛΙΚΙΑ	
18-24	
25-31	
32-38	
39-45	
46-52	
53-59	
>60	

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	
Α'βάθμια- στοιχειώδης εκπαίδευση	
Β' βάθμια- μέση εκπαίδευση	
Γ'βάθμια- ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	
Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Ελεύθερος/η	
Παντρεμένος/η	
Διαζευγμένος/η	
Χήρος/α	
Άλλο	

ΕΙΣΟΔΗΜΑ	
Καθόλου εισοδήματα	
0-500 €	
501-1000€	
1001-1500€	
1501-2000€	
2001-3000€	
>3001€	

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	
Ελεύθερος Επαγγελματίας	
Μισθωτός/ Ημερομίσθιος ιδιωτικός τομέας	
Μισθωτός δημοσίου τομέα	
Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή σε οικογενειακή επιχείρηση	
Αγρότης/κτηνοτρόφος	
Συνταξιούχος	
Νοικοκυρά	
Φοιτητής/Μαθητής	
Σπουδαστής/Φαντάρος	
Άνεργος	

	15%	15-20%	25-30%	>30%
Ποσοστό εισοδήματος που δαπανούσατε πριν το 2010				

	Βελτίωση	Ουδέτερα	χειροτέρευση
Έγινε αλλαγή μετά το 2010			

	Οικογενειακή κατάσταση	Εισοδηματικοί λόγοι	Διαφορετικές παρέες / φίλοι	Αλλαγή αναγκών	Επαγγελματικοί λόγοι
Αίτια αλλαγών					

	Σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μικρό βαθμό
Σε προσωπικό επίπεδο σε τι βαθμό φοβάστε να μην χάσετε την δουλειά σας				
Σε τι βαθμό έχει επηρεαστεί η ψυχολογία σας όταν πηγαίνετε για δουλειά				
Σε τι βαθμό έχετε αναγκαστεί να κάνετε περικοπές στα προσωπικά σας έξοδα				

Έχει χρειαστεί να κάνετε περικοπές στη διασκέδαση /ψυχαγωγία λόγου της κρίσης				
Έχει χρειαστεί να κάνετε περικοπές στα τρόφιμα και άλλα είδη πρώτης ανάγκης				
Έχει χειροτερεύσει η οικονομική σας κατάσταση σε σύγκριση με πέρυσι				
Σε τι βαθμό έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική σας υγεία				
Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά απέναντι στη οικογένεια σας ή σε κοντινά σας πρόσωπα				
Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά				

απέναντι στους συναδέλφους σας				
Κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους υπήρξαν φορές που αισθανθήκατε απελπισία				
Υπήρχαν φορές που αισθανθήκατε ότι δεν υπάρχει ελπίδα για καλύτερευση στην οικονομία της χώρας				
	Σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μικρό βαθμό
Είστε ευχαριστημένος από τις ενέργειες της πολιτείας για την αντιμετώπιση της ανεργίας-απασχόληση απόρροιας της οικονομικής κρίσης				
Είστε ευχαριστημένος από τους χειρισμούς τη πολιτείας για να προστατεύει τα εισοδήματά σας				
Έχετε αναγκαστεί να κάνετε				

περικοπές στα φάρμακα σας				
Έχετε εμπιστοσύνη στους χειρισμούς που κάνει η κυβέρνηση για τον περιορισμό των δαπανών με την χρήση γενοσήμων				
Είστε ευχαριστημένος από τις προσπάθειες της πολιτείας να μειώσει την τιμή των φαρμάκων με τα γενόσημα				
Έχει αντίκτυπο η μείωση των τιμών των φαρμάκων με την χρήση γενοσήμων στην αγοραστική σας δύναμη				

#### ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

	Έχω ακούσει άλλα δεν γνωρίζω τι ακριβώς είναι	Ναι γνωρίζω	Δεν γνωρίζω κάτι
Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα			



	Εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα	Πιο φτηνά από το πρωτότυπα	Πιο φτηνά από το πρωτότυπα και εξίσου αποτελεσματικά με αυτά	Πιο φτηνά από το πρωτότυπα άλλα λιγότερο αποτελεσματικά από αυτά	Λιγότερο αποτελεσματικά από το πρωτότυπα	Φτιαγμένα από φυσικά συστατικά	Υποκατάστατα του πρωτότυπου	Αντίγραφα όχι γνήσια φάρμακα	Εναλλακτικά του πρωτότυπου	Δεν ξέρω
Τα γενόσημα φάρμακα είναι										

	Από τον ΕΟΦ	Από το υπουργείο υγείας	Από το γιατρό μου	Από το φαρμακοποιό μου	Από φίλους	Από τα ΜΜΕ	Από το διαδίκτυο	Άλλο
Από πού έχετε ενημερωθεί για τα γενόσημα φάρμακα								

	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω
Τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή χωρίς παρενέργειες						
Τα γενόσημα μπορεί να έχουν παρενέργειες						
Τα γενόσημα φάρμακα είναι αποτελεσματικά όσο και τα πρωτότυπα						
Τα γενόσημα είναι πιο φθηνά από τα πρωτότυπα φάρμακα						

	ναι	όχι	Δεν ξέρω
Έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν γενόσημα φάρμακα			
Χρησιμοποιείτε σήμερα γενόσημα			

	Δεν τα γνωρίζω δεν τα έχω δοκιμάσει ξανά	Δεν τα γνωρίζει ο γιατρός μου	Δεν τα γνωρίζει ο φαρμακοποιός μου	Δεν εμπιστεύομαι την αποτελεσματικότητά τους	Είχα άσχημη εμπειρία στο παρελθόν με παρενέργειες	Δεν τα βρίσκω εύκολα στα φαρμακεία
Αν όχι για ποιους λόγους δεν θα χρησιμοποιούσατε γενόσημα						

Αν ναι για ποιους λόγους θα χρησιμοποιούσατε γενόσημα αντί για πρωτότυπα φάρμακα ;

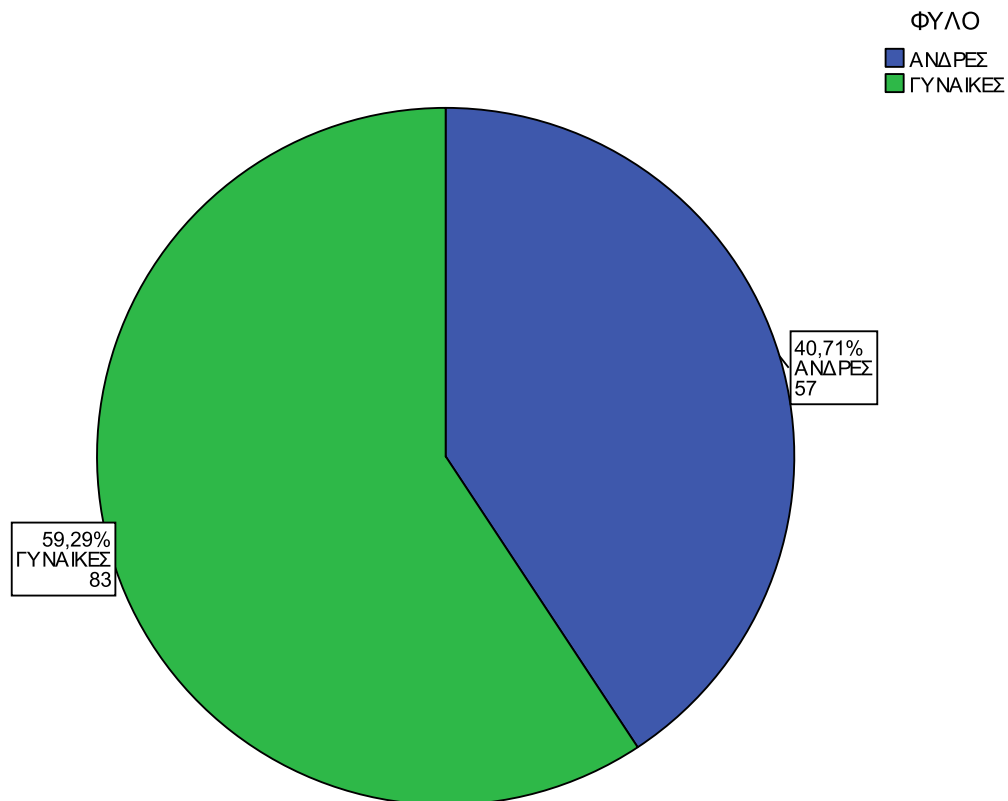
	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω
Αν μου το σύστηνε ο γιατρός μου						
Αν μου το σύστηνε ο φαρμακοποιός μου						
Γιατί τα γενόσημα κοστίζουν λιγότερο						

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

### Α / Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίου που αφορά τους ασθενείς

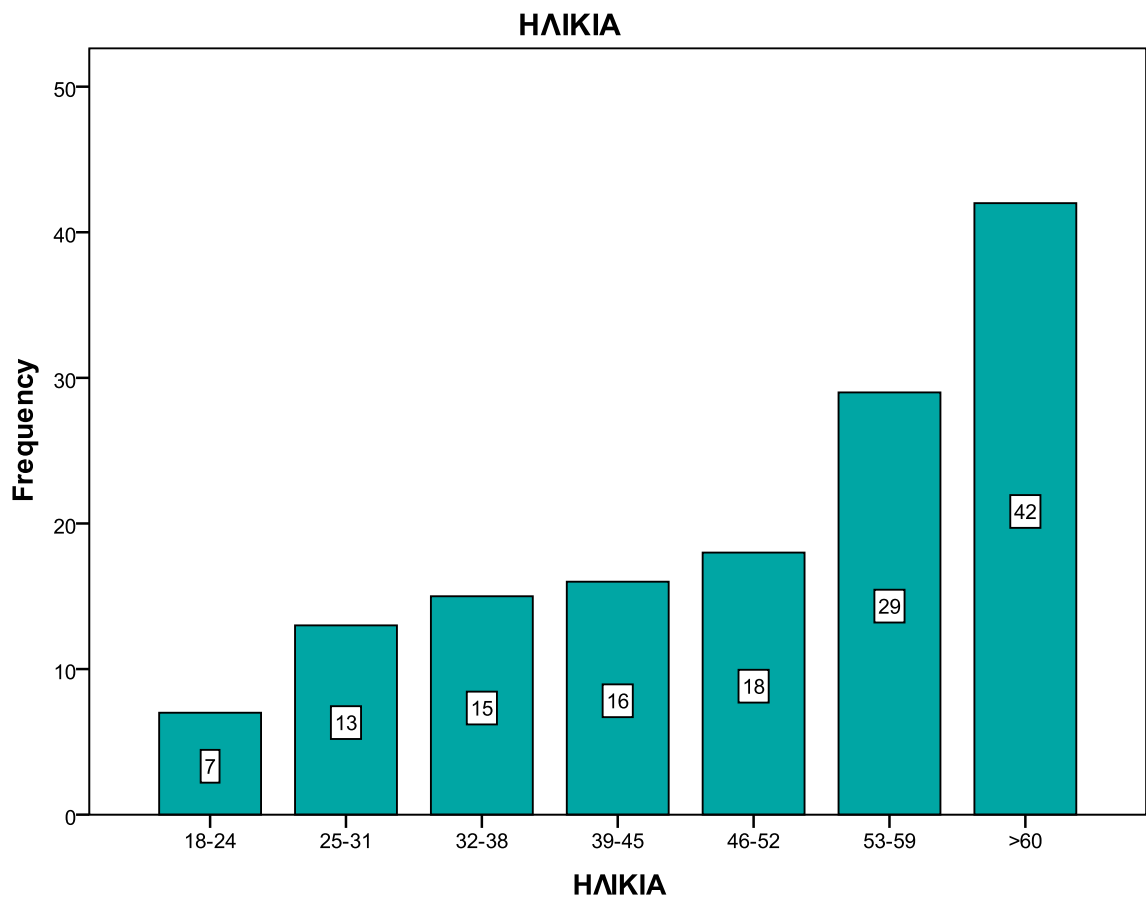
#### Φύλο

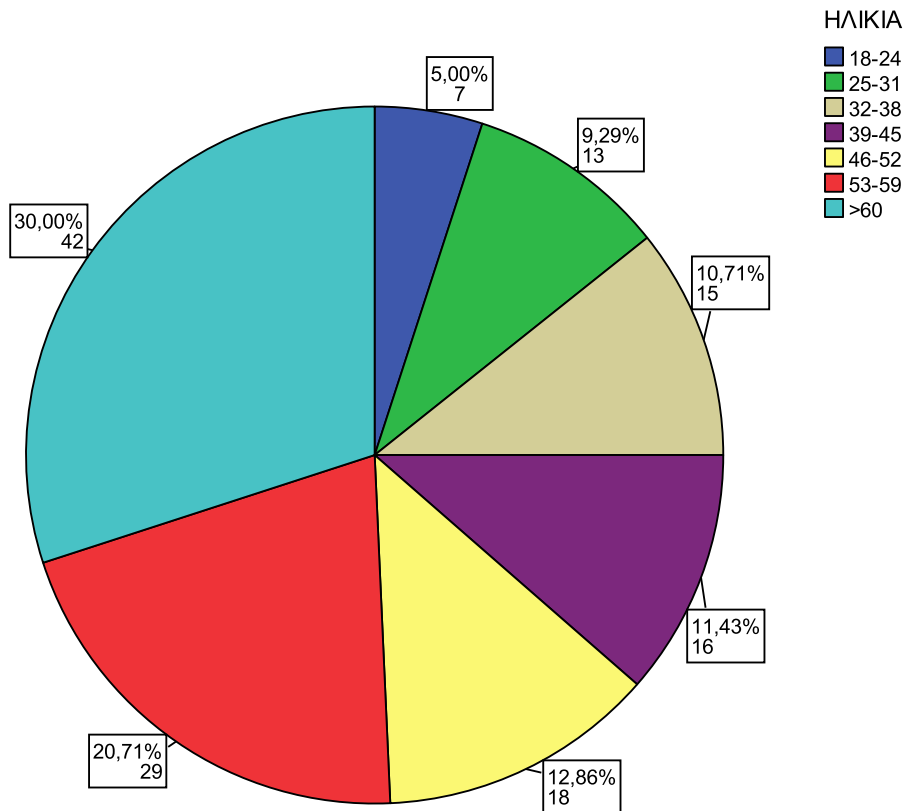
Το 40.7% των ερωτηθέντων είναι άνδρες και το 59.3% είναι γυναίκες



## Ηλικία

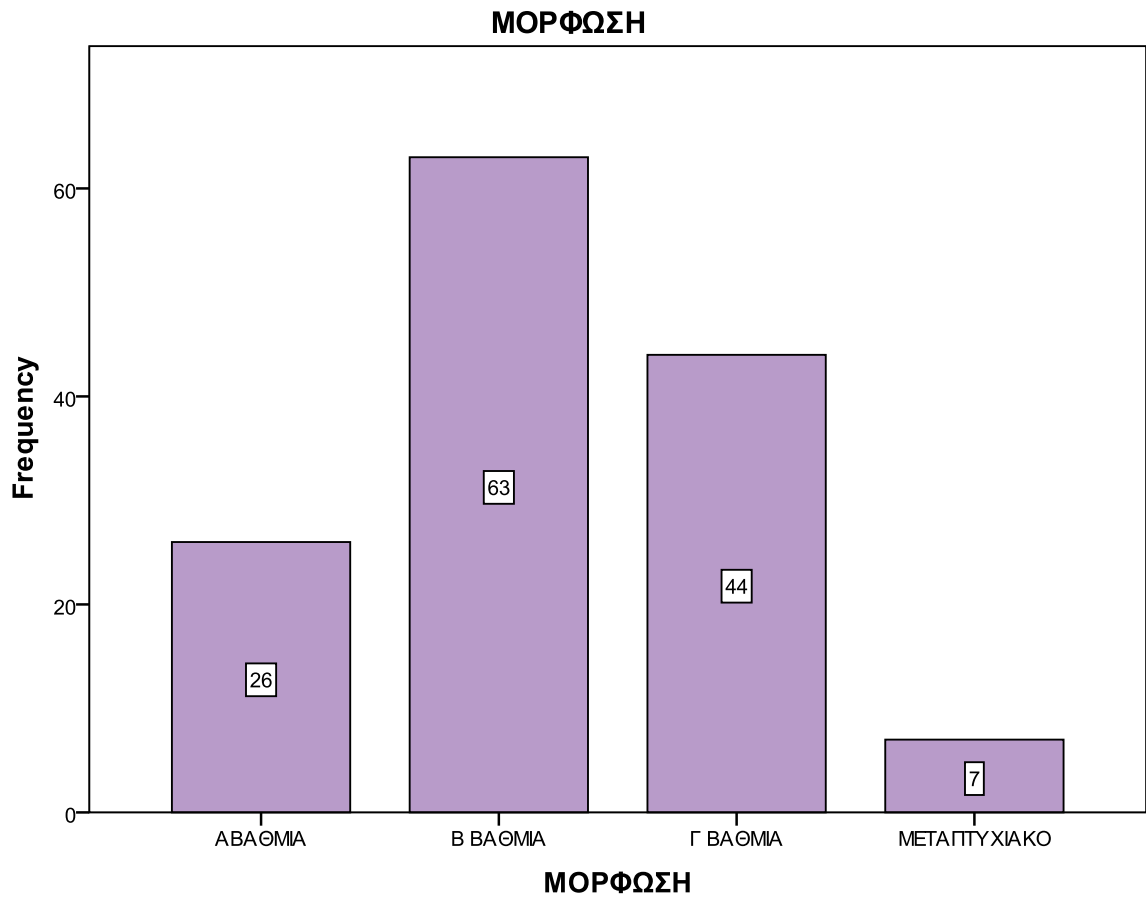
Το 30% των ερωτηθέντων ήταν > 60 ετών , το 20,7% ήταν από 53-59 , το 12,8% από 46-52, το 11,4% από 39-45 ,το 10,7% από 32-28 το 9,3% από 25-31 και το 5% ήταν από 18-24 ετών

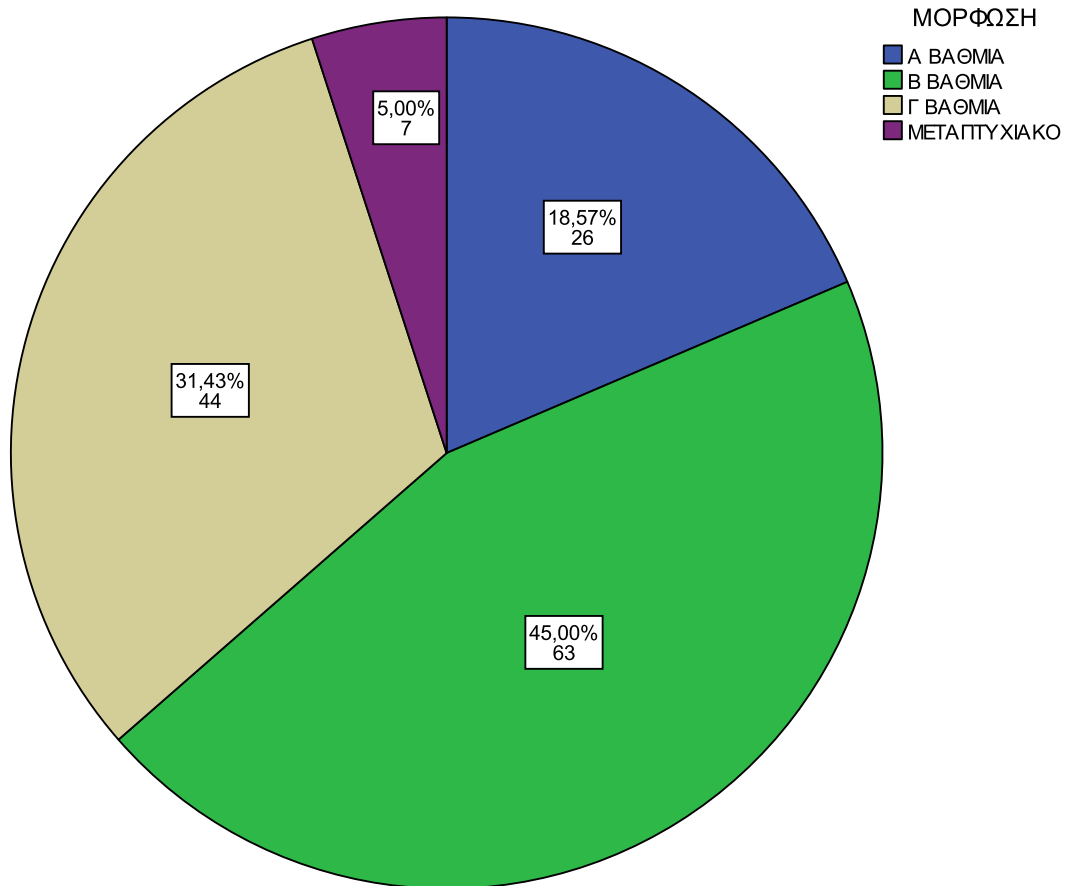




## Μόρφωση

Το 5% των ερωτηθέντων είχαν μεταπτυχιακό , το 18,6% είχαν Α βάρθια εκπαίδευση , το 31,4% είχαν Γ βάρθια και το 45% είχαν Β βάρθια

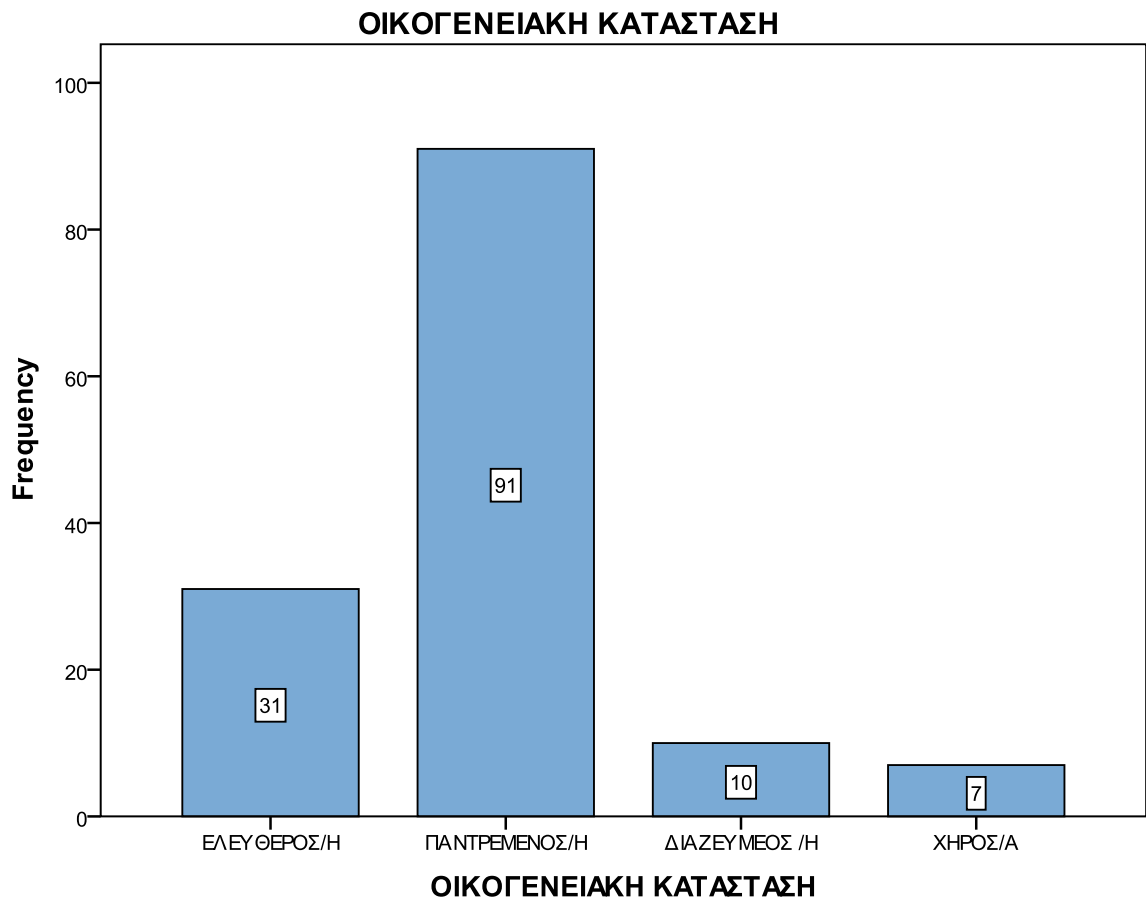






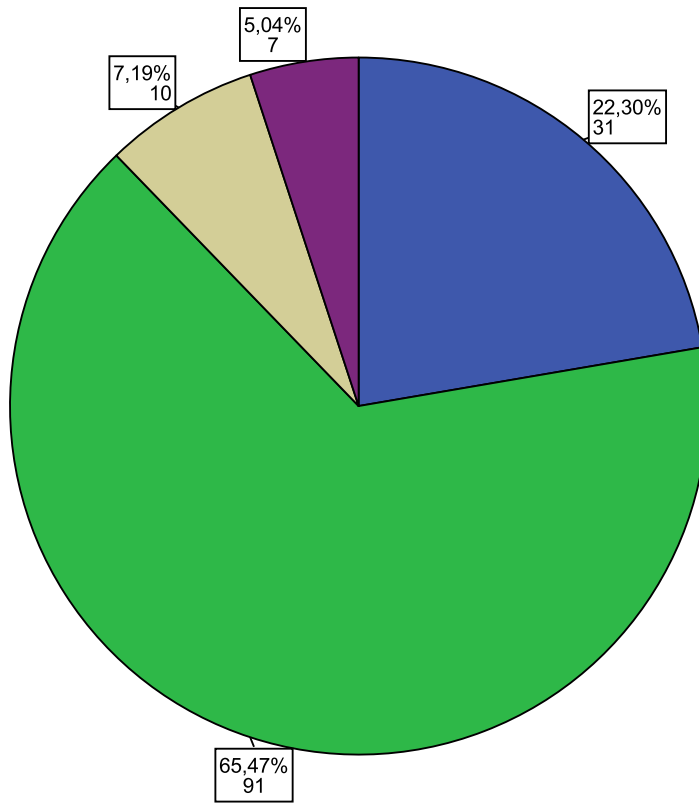
### Οικογενειακή κατάσταση

Από τους ερωτηθέντες το 65,4% ήταν παντρεμένοι , το 22,3% ελεύθεροι, το 7,2% διαζευγμένοι και το 5,04% σε χηρεία



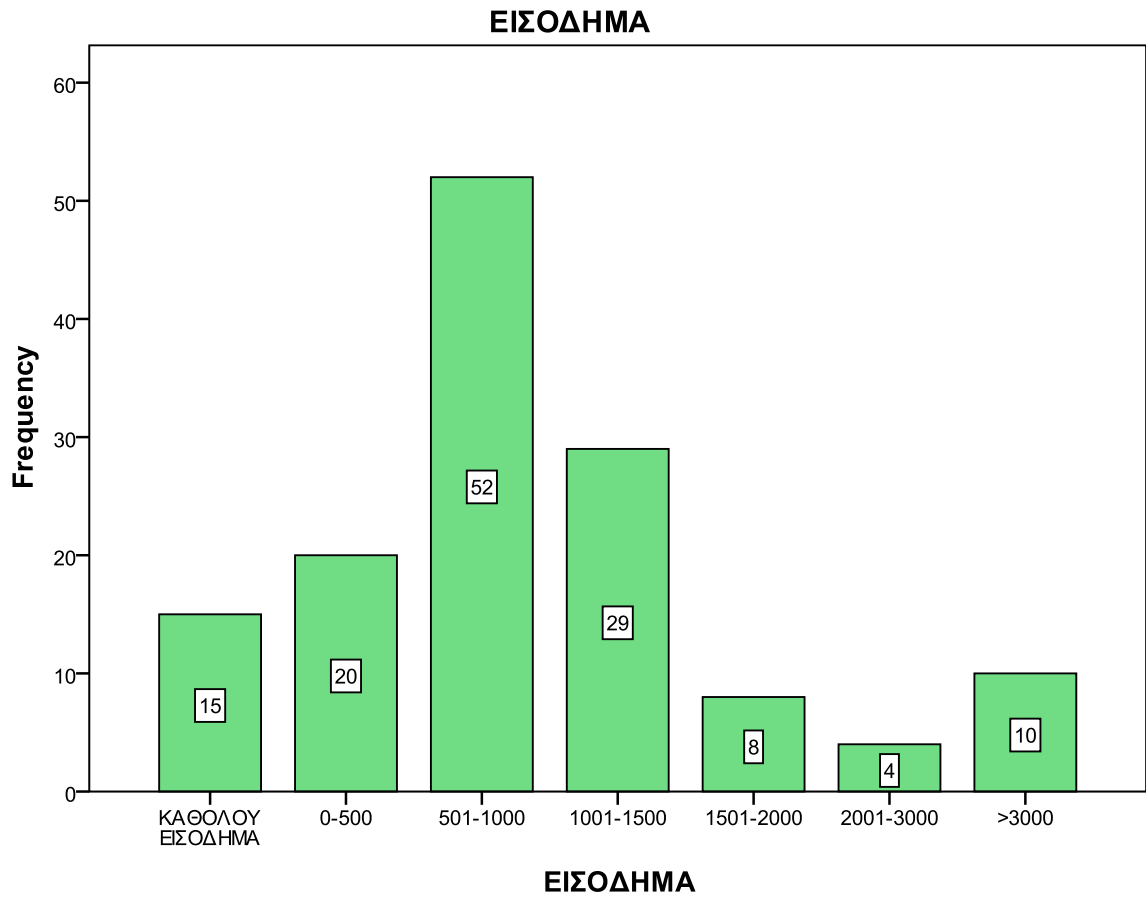
ΟΙΚΟΓΕΝ

- ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η
- ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ
- ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ/Η
- ΧΗΡΟΣ/Α

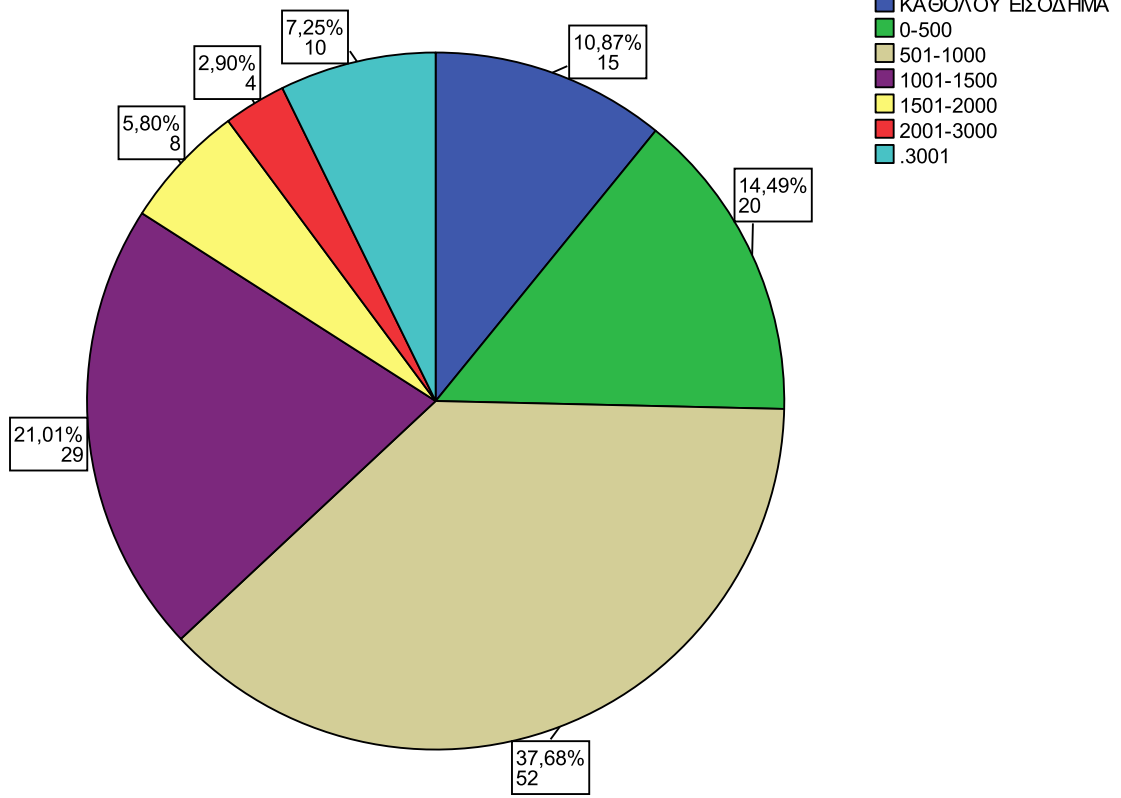


## Μηνιαίο εισόδημα

Το 37,6% των ερωτηθέντων έχει μηνιαίο εισόδημα 501-1000, το 21% από 1001-1500, το 14,5% από 0-500, το 10,87% δεν είχαν καθόλου εισόδημα, το 5,8% με 1501-2000 και το 2.9% από 2001-3000

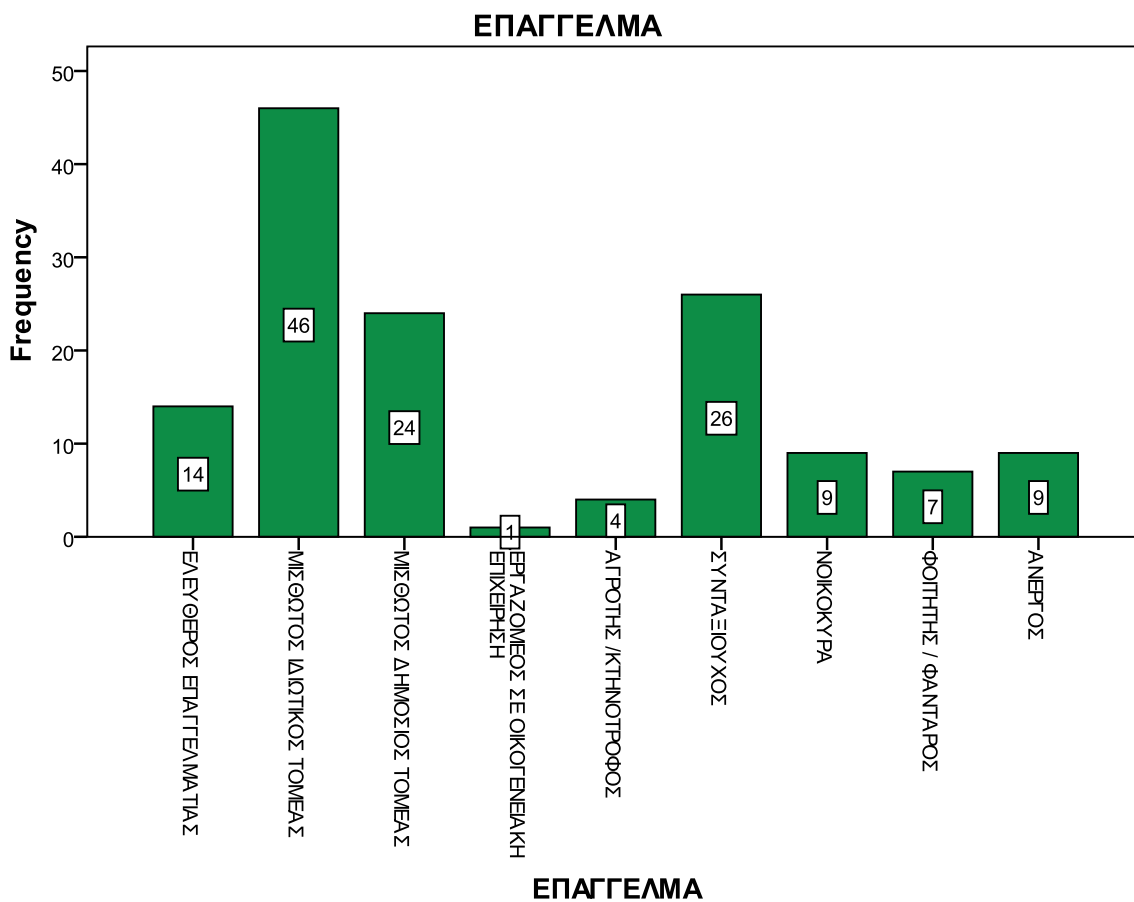


### ΕΙΣΟΔΗΜΑ



## Επάγγελμα

Το 10% των ερωτηθέντων ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 33% μισθωτοί στον ιδιωτικό τομέα, το 17% μισθωτός στον δημόσιο τομέα , το 0,7% σε οικογενειακή επιχείρηση , το 3% ήταν αγρότες , το 18,6% συνταξιούχοι , το 6,4% νοικοκυρές και άνεργοι και το 5% φοιτητές

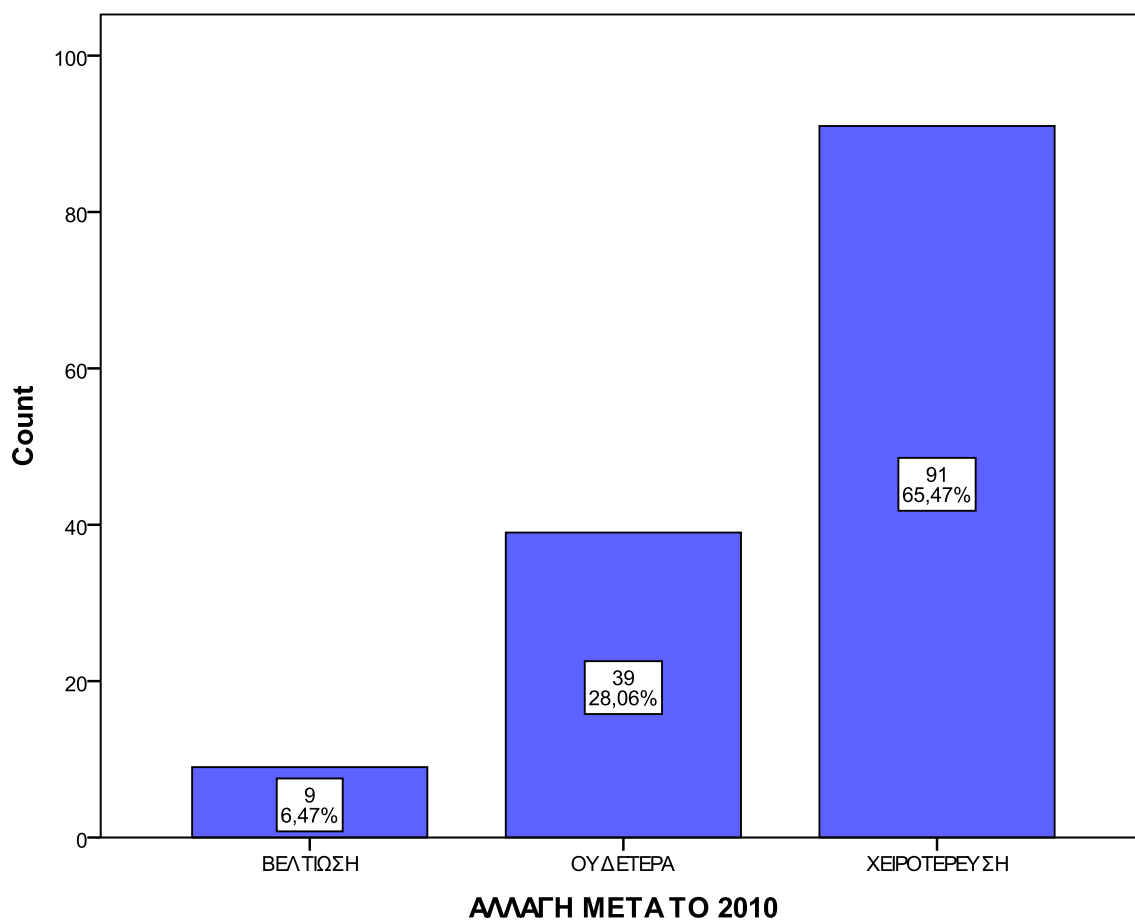


## **B/ Κύριες ερωτήσεις έρευνας για τα ψυχικά νοσήματα στην οικονομική κρίση**

**Π24**

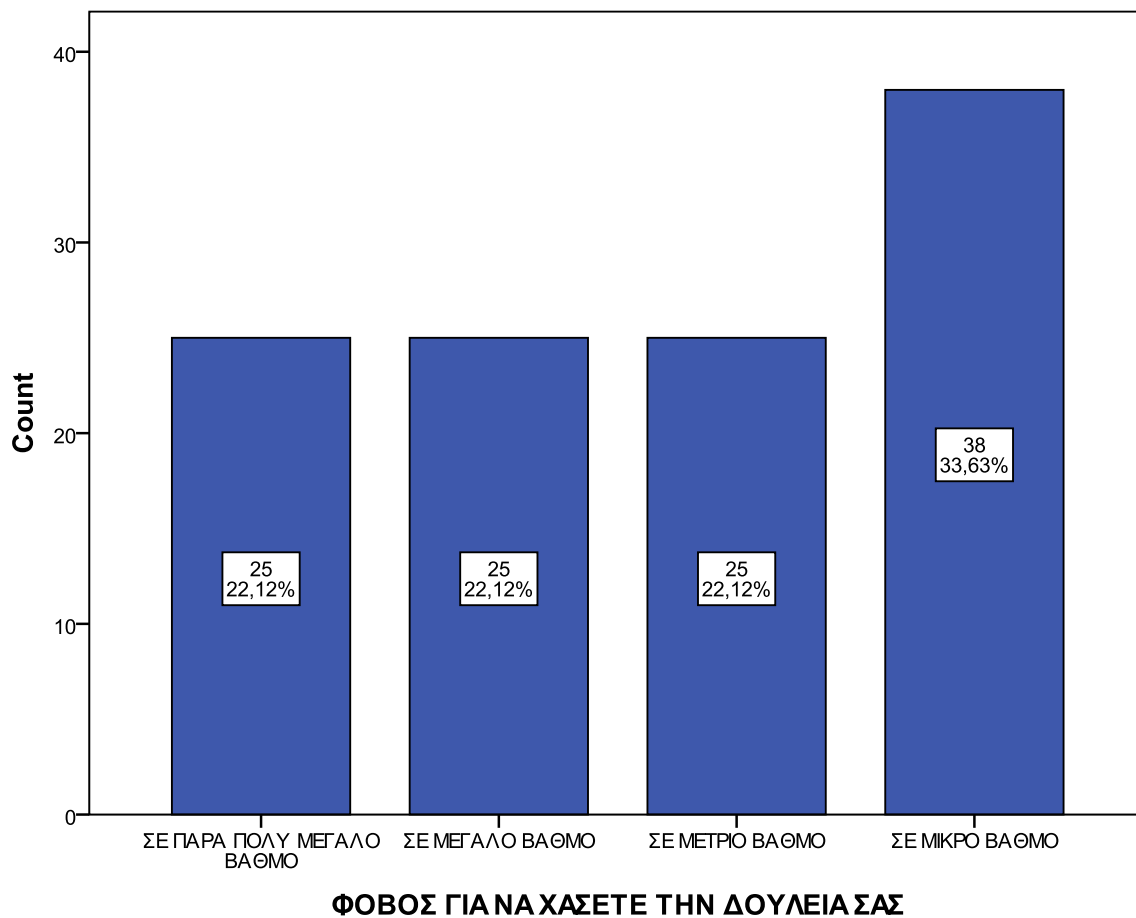
**Έγινε αλλαγή στα εισοδήματά σας μετά το 2010;**

Το 65% των ερωτηθέντων παρουσίασαν χειροτέρευση στα εισοδήματά τους, το 28% ήταν ουδέτεροι και το μόνο 6,47% παρουσίασαν βελτίωση



**Εργασιακή ανασφάλεια**

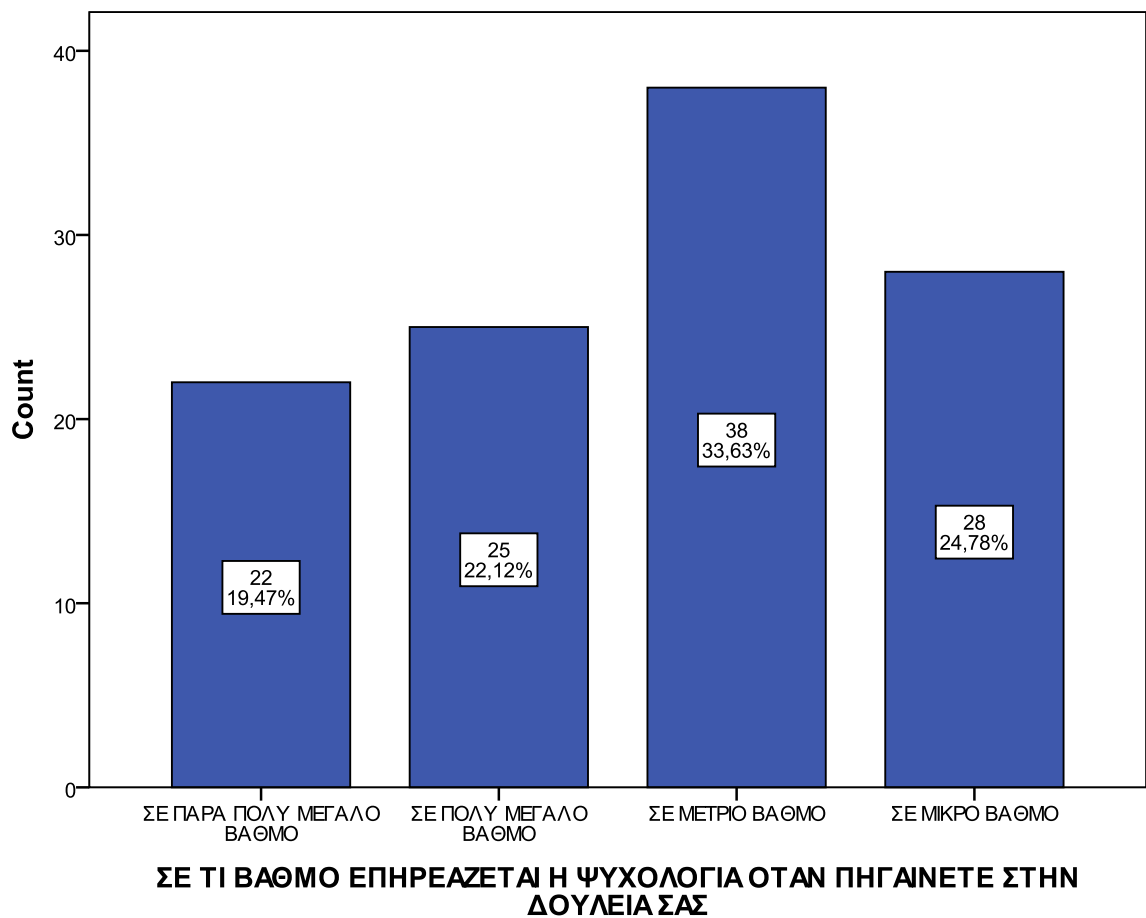
Οι ερωτηθέντες είχαν φόβο να μην χάσουν την δουλειά τους σε 22% σε παρα πολύ μεγάλο βαθμό, 22% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 22% σε μέτριο βαθμό , και 33% σε μικρό βαθμό



## Π26

**Σε τι βαθμό έχει επηρεαστεί η ψυχολογία σας όταν πηγαίνετε για δουλειά;**

Οι ερωτηθέντες όταν πηγαίνουν για δουλειά έχουν φόβο να μην τη χάσουν 19,4% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 22% σε μεγάλο βαθμό , 33,6% σε μέτριο βαθμό και 24,7% σε μικρό βαθμό

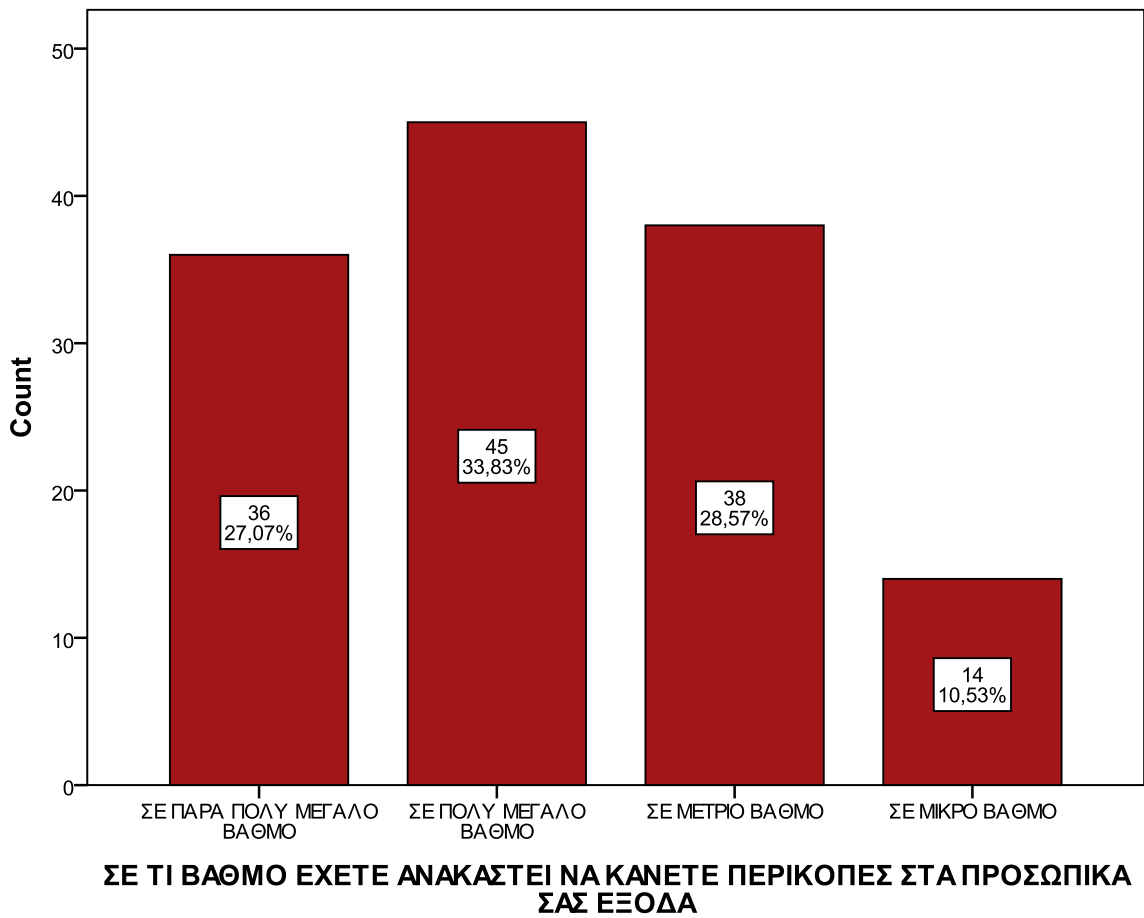




## Π27

**Σε τι βαθμό έχετε αναγκαστεί να κάνετε περικοπές στα προσωπικά σας έξοδα;**

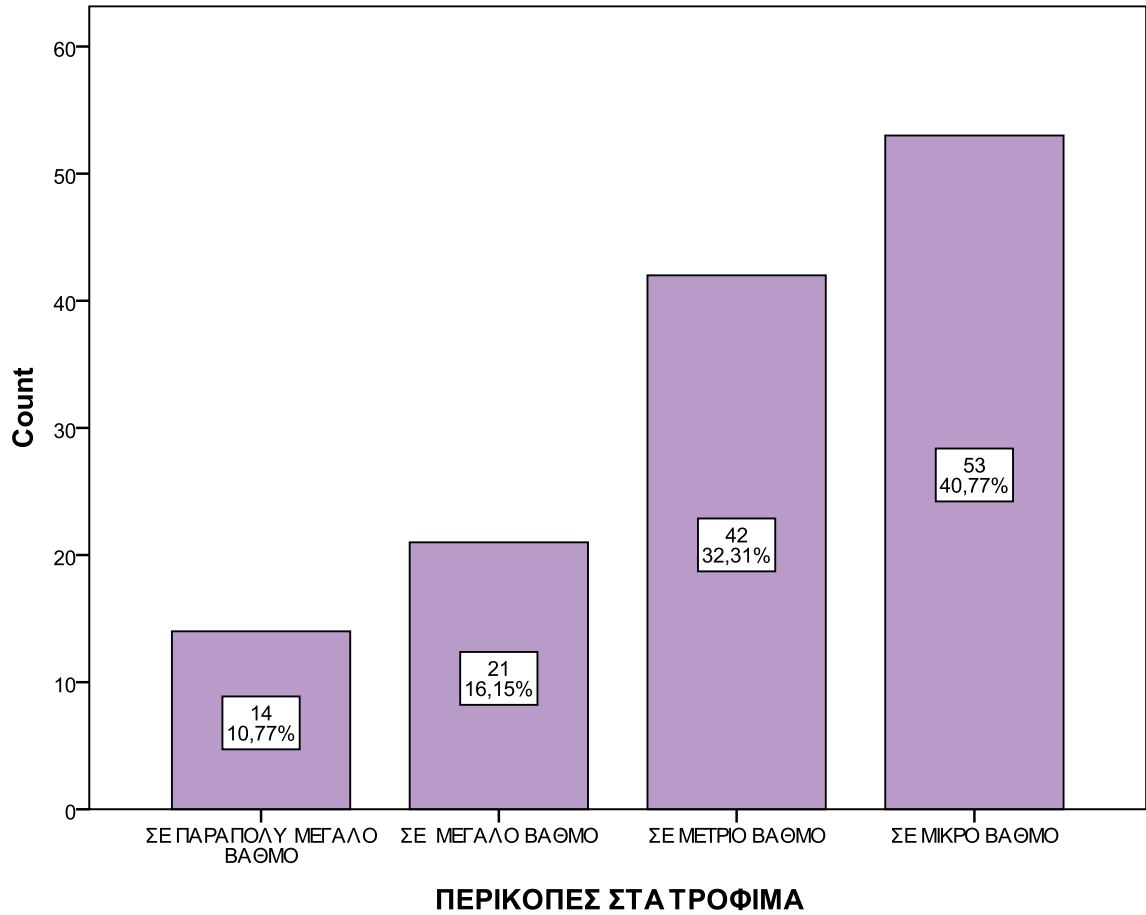
Οι ερωτηθέντες λόγω της οικονομικής κατάστασης έχουν αναγκαστεί να κάνουν περικοπές 27% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 33% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 28% σε μέτριο βαθμό , 10% σε μικρό βαθμό



## Π28

Σε τι βαθμό έχει χρηστεί να κάνετε περικοπές στα είδη πρώτης ανάγκης;

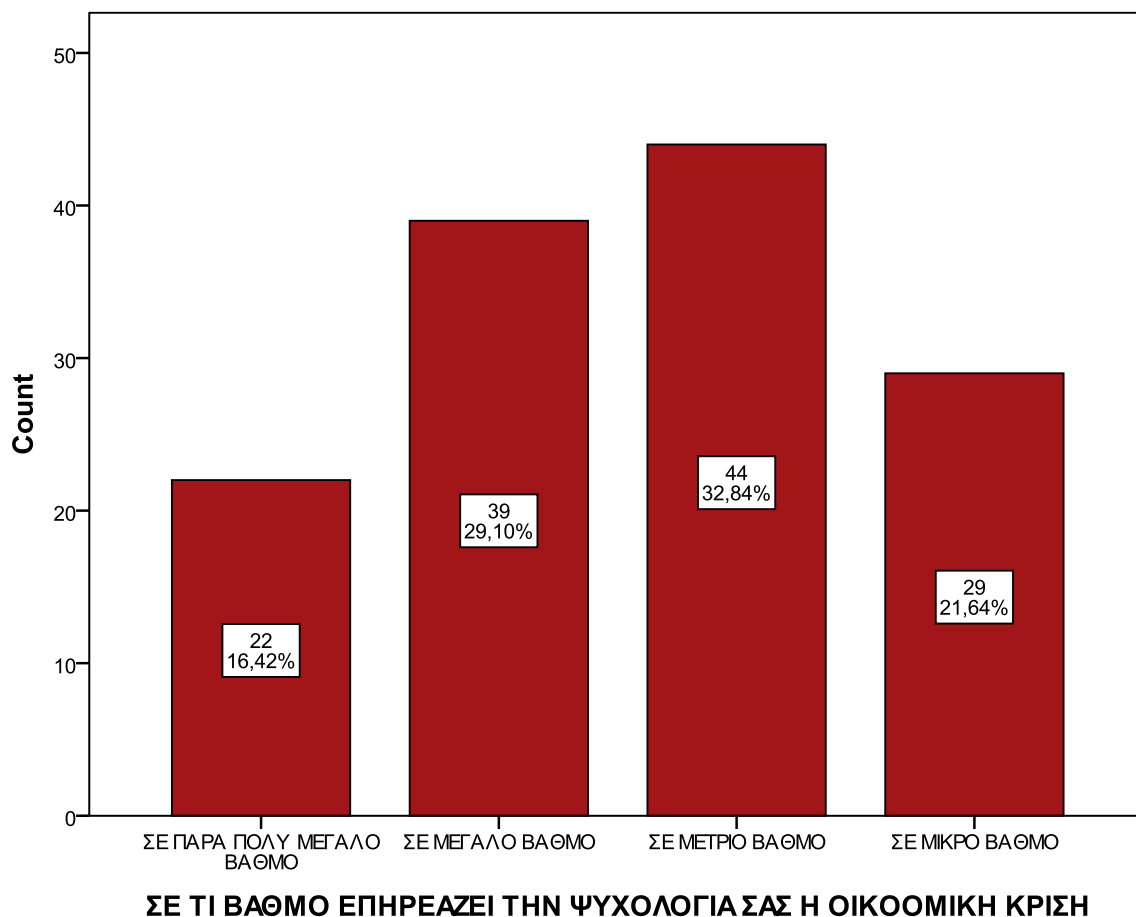
Οι ερωτηθέντες έχουν κάνει περικοπές στα είδη πρώτης ανάγκης 10% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 16% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 32,3% σε μέτριο βαθμό , 40,7% σε μικρό βαθμό



## Π29

**Σε τι βαθμό έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική σας υγεία;**

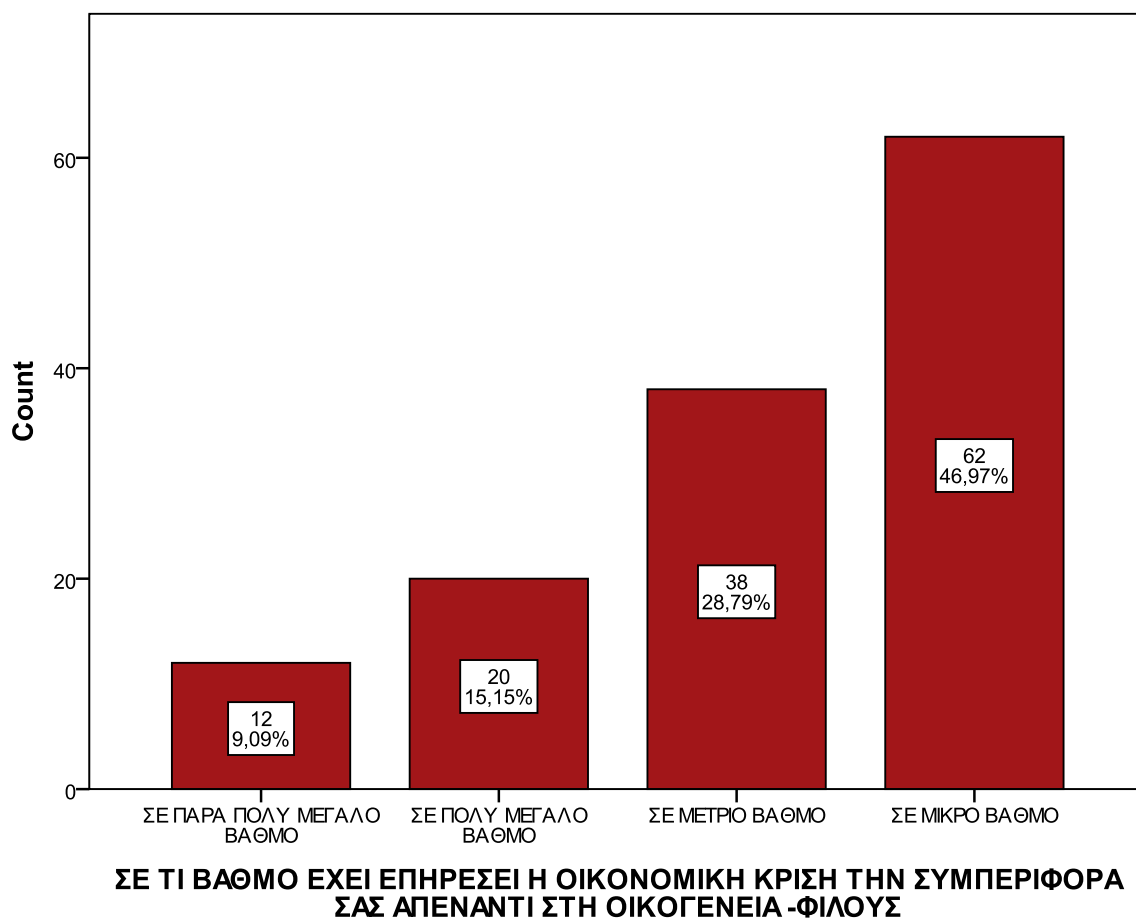
Οι ερωτηθέντες έχουν επηρεαστεί ψυχικά από την οικονομική κρίση 16,4% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 29% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 32 % σε μέτριο βαθμό , 21,6% σε μικρό βαθμό



### Π30

**Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά  
απέναντι στην οικογένεια σας ;**

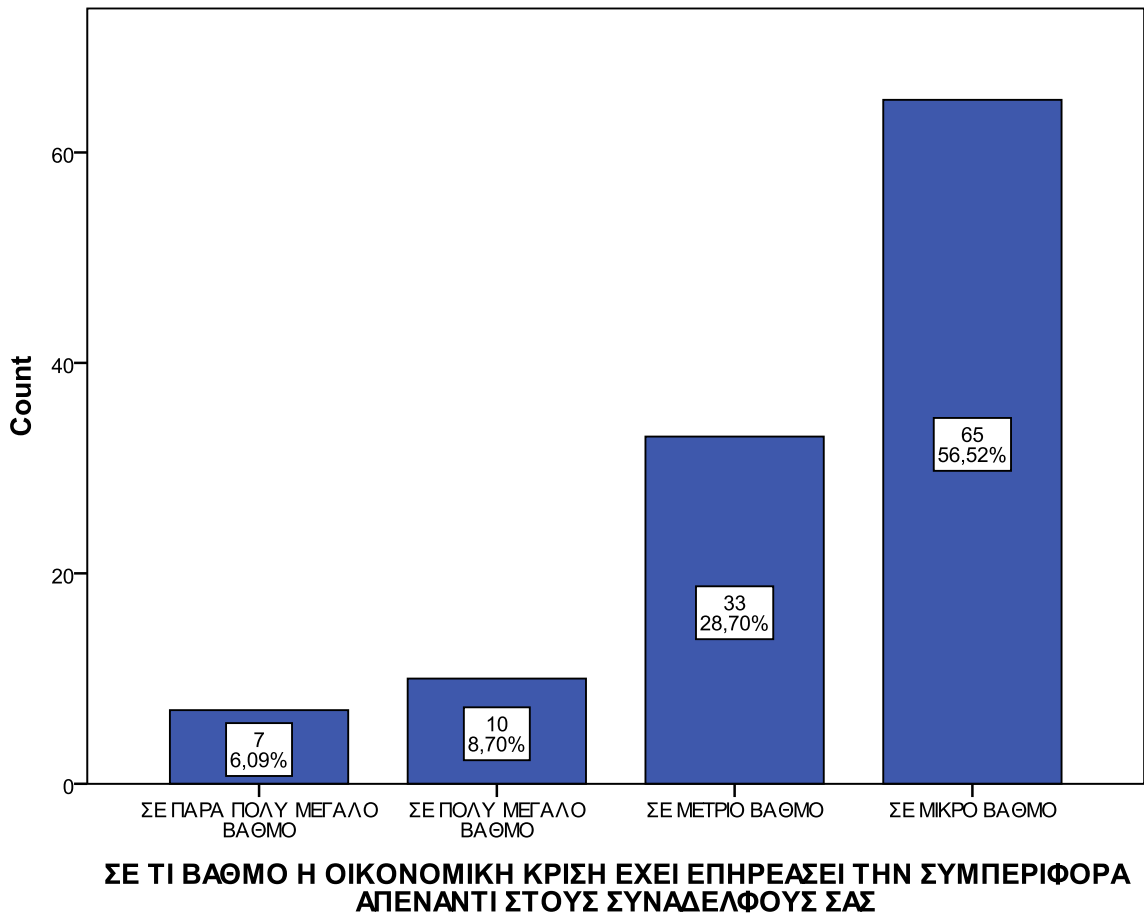
Οι ερωτηθέντες έχουν αλλάξει συμπεριφορά στην οικογένεια 9% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό  
15% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 28,8% σε μέτριο βαθμό , 47% σε μικρό βαθμό



### Π31

**Σε τι βαθμό η οικονομική κρίση σας έχει κάνει να αλλάξετε συμπεριφορά  
απέναντι στους συναδέλφους σας ;**

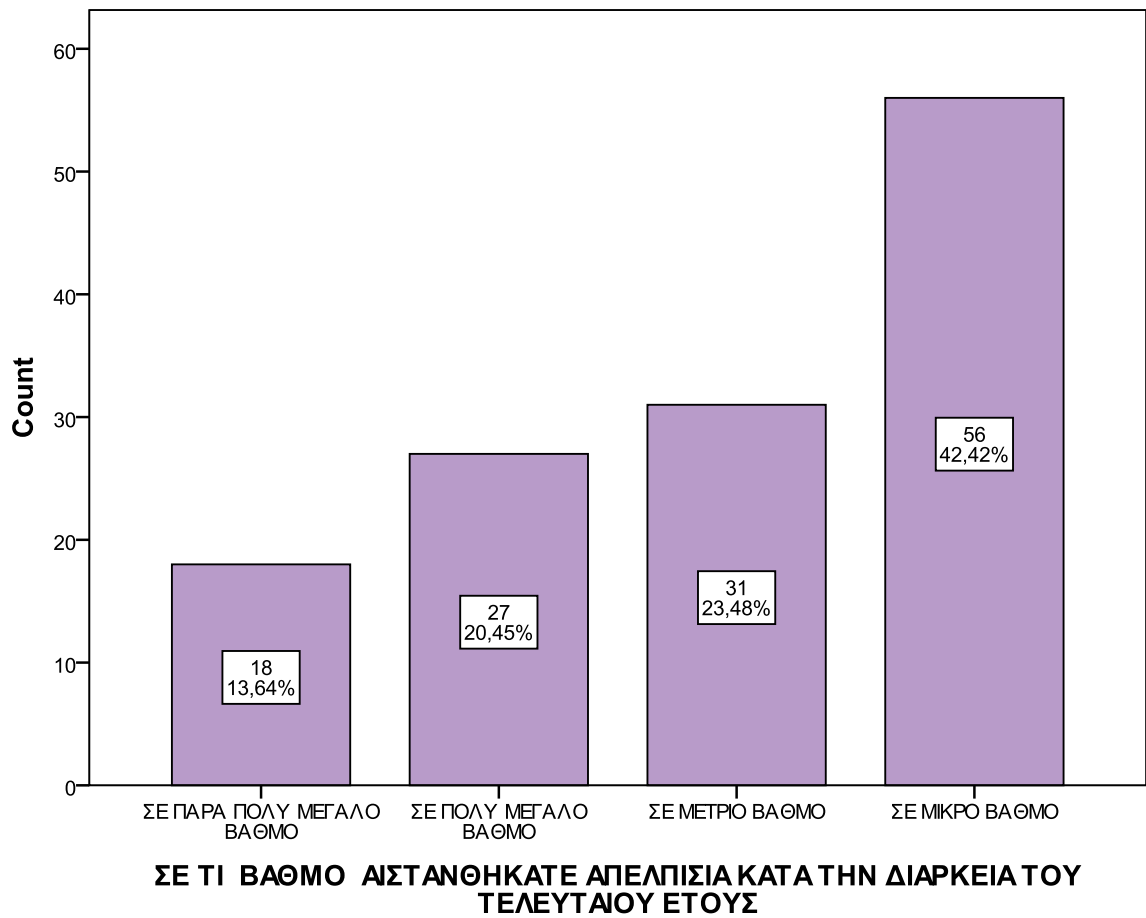
Οι ερωτηθέντες λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν αλλάξει συμπεριφορά απέναντι στους συναδέλφους 6% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό . 8% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 28,7% σε μέτρο βαθμό , 56,5% σε μικρό βαθμό



### Π32

#### Σε τι βαθμό στη διάρκεια του τελευταίου έτους αισθανθήκατε απελπισία;

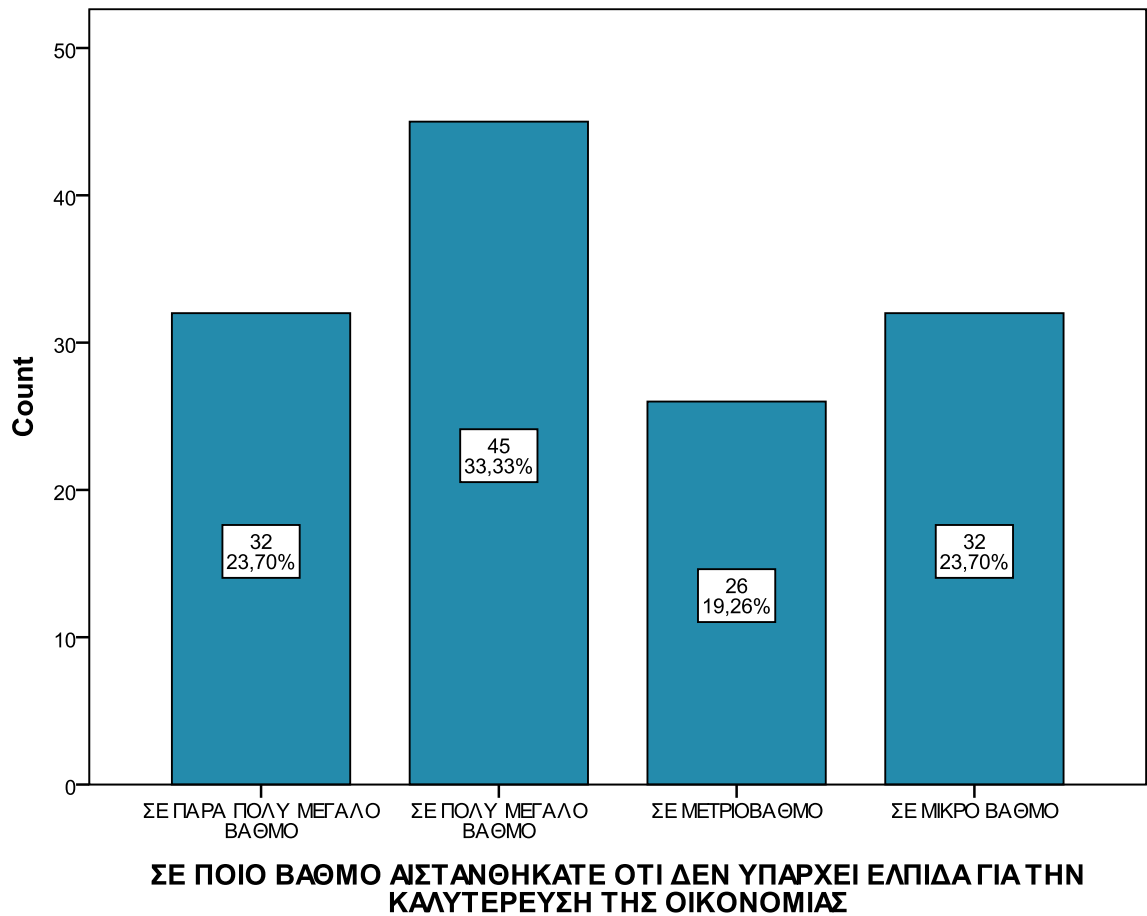
Οι ερωτηθέντες ένιωσαν απελπισία το τελευταίο έτος της κρίσης 13,6% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 20,5 σε πολύ μεγάλο βαθμό , 23,5 σε μέτριο βαθμό και 42,4% σε μικρό βαθμό



### Π33

**Σε τι βαθμό αισθανθήκατε ότι δεν υπάρχει ελπίδα για την καλυτέρευση της οικονομίας ;**

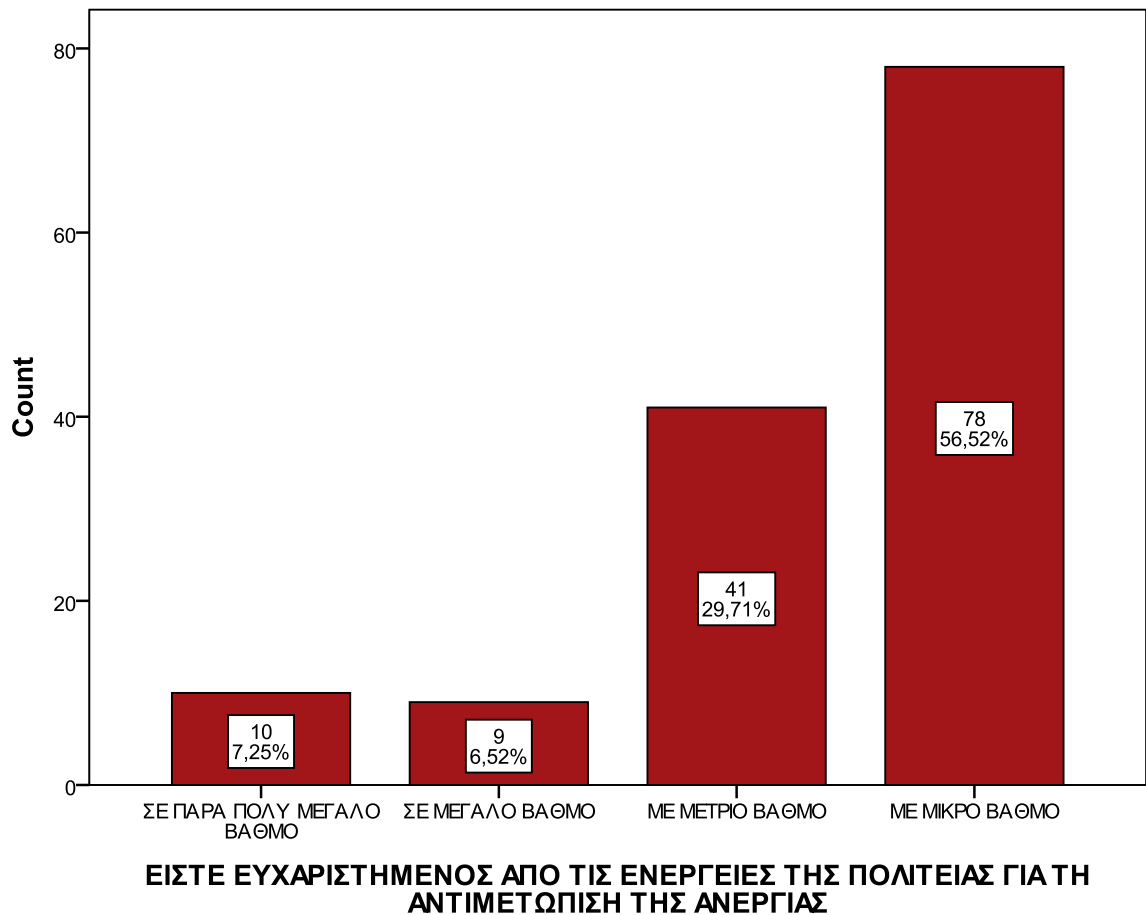
Οι ερωτηθέντες έχουν απελπισία για την καλυτέρευση των οικονομικών συνθηκών 23% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 33,3 % σε πολύ μεγάλο βαθμό , 19% σε μέτριο βαθμό , και 23,7% σε μικρό βαθμό



### Π34

**Σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι για την αντιμετώπιση της ανεργίας από την πολιτεία ;**

Οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι για την αντιμετώπιση της ανεργίας από την κυβέρνηση 7,2% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , 8,5% σε πολύ μεγάλο βαθμό , 29,7% σε μέτριο βαθμό και 56,5% σε μικρό βαθμό

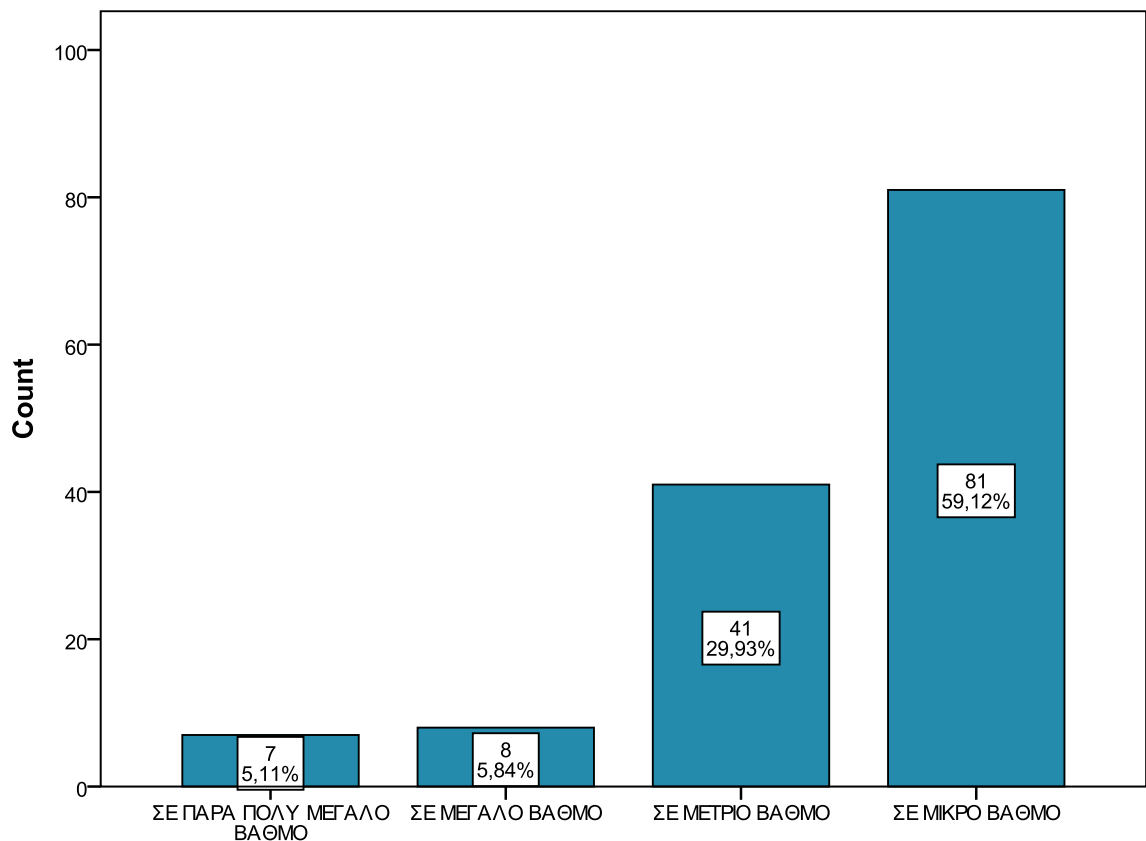




### Π35

#### Σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τους χειρισμούς της πολιτείας να προστατεύσει τα εισοδήματά σας;

Οι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι για την προστασία του εισοδήματός τους σε 5% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, 5,8% σε πολύ μεγάλο βαθμό, 30% σε μέτριο βαθμό και 59% σε μικρό βαθμό.

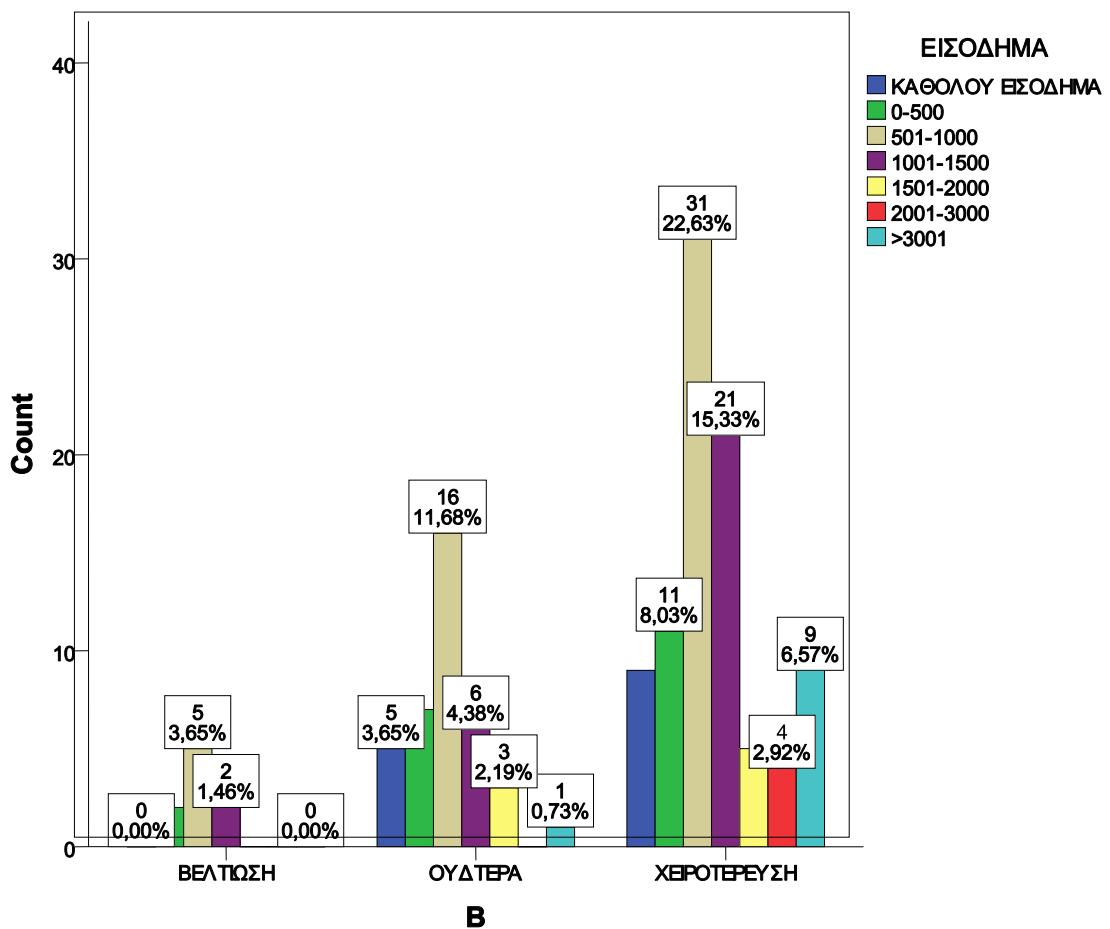


**ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΙ ΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΣΑΣ**

### Π36

**Ποιοι έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες απώλειες στο εισόδημα τους (εισοδηματικά κριτήρια) ;**

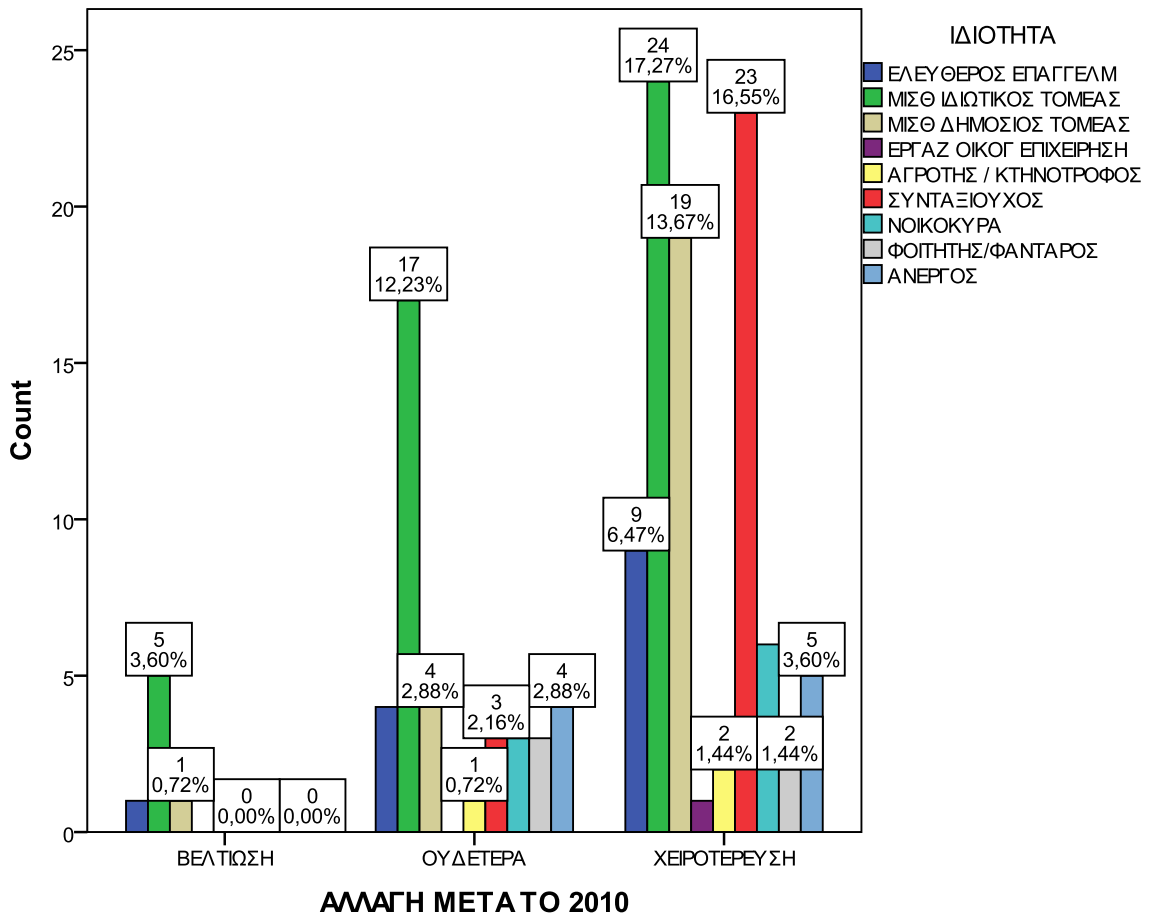
Την μεγαλύτερη επιδείνωση στα εισοδήματός τους με 22,6% ήταν αυτοί που έπαιρναν 501-1000€, ακολουθούν με 15% αυτοί με εισόδημα 1001-1500 ενώ τα άτομα >3001 είδαν μια επιδείνωση μόνο 6,5%



### Π37

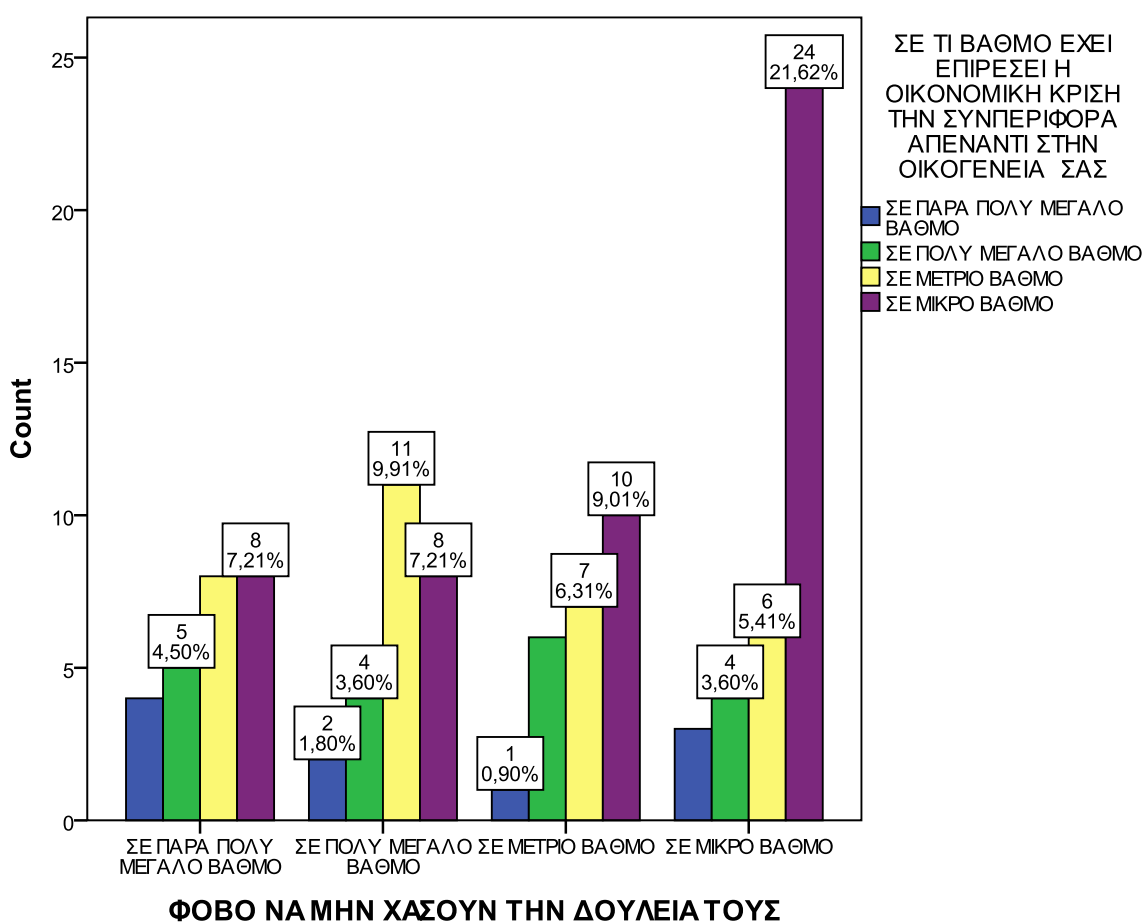
**Ποιοι έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες απώλειες στο εισόδημα τους (επάγγελμα) ;**

Την μεγαλύτερη επιδείνωση στα εισοδήματα την είχαν με 17,2% οι μισθωτοί ιδιωτικοί υπάλληλοι , 16,5% οι συνταξιούχοι, 6,4% οι ελεύθεροι επαγγελματίες ,ενώ την μικρότερη την είχαν με 1,4% οι αγρότες και οι φοιτητές Π37



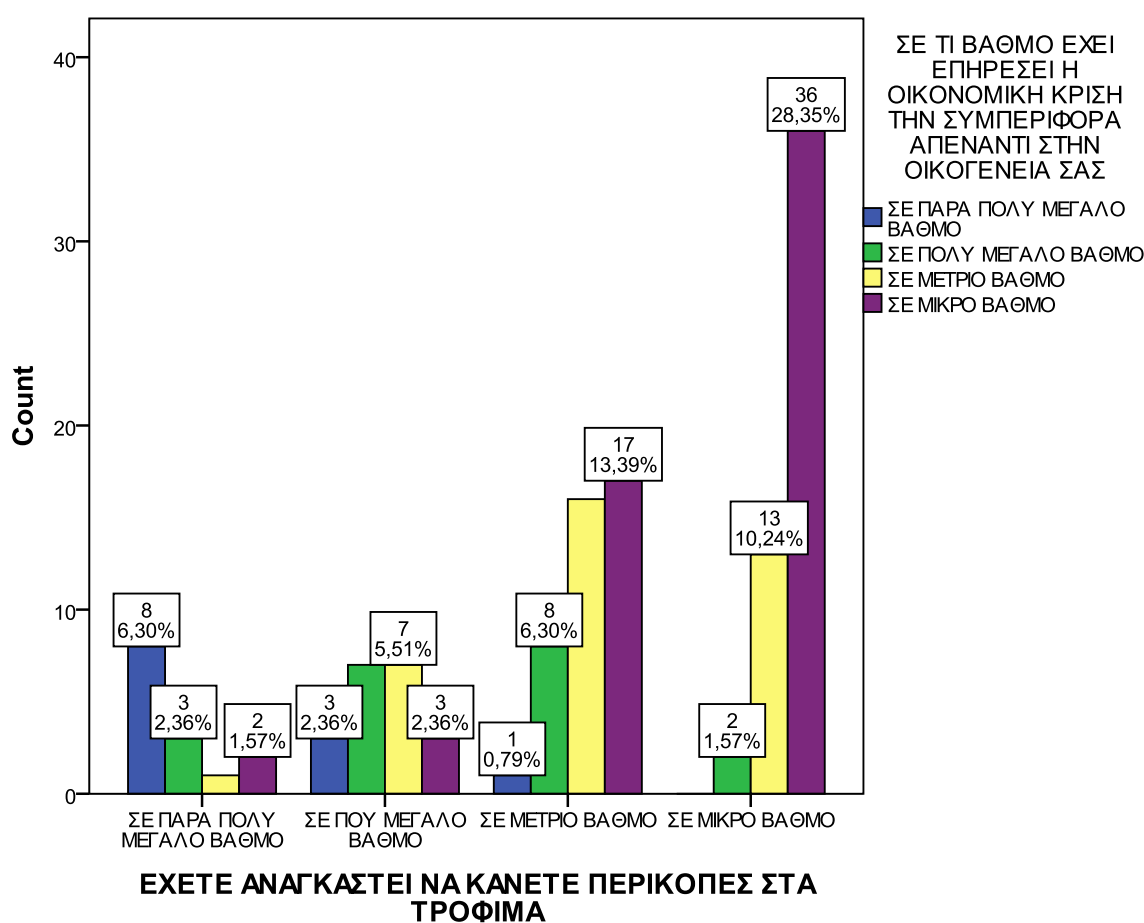
**Σχέση φόβου που υπάρχει για να μην χάσουν την εργασία τους και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια**

Οι ερωτηθέντες δεν δείχνουν να αλλάζουν συμπεριφορά απέναντι στην οικογένεια τους σε σχέση με τον φόβο που έχουν να μην χάσουν την δουλειά τους . Έτσι αυτοί που φοβούνται πάρα πολύ να μην χάσουν την εργασία τους έχουν αλλάξει συμπεριφορά 7,2% σε μέτριο και μικρό βαθμό . Εκείνοι που φοβούνται πολύ έχουν αλλάξει συμπεριφορά σε 9,9% σε μέτριο βαθμό και 7,2% σε μικρό βαθμό



### Σχέση περικοπών τροφίμων και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια

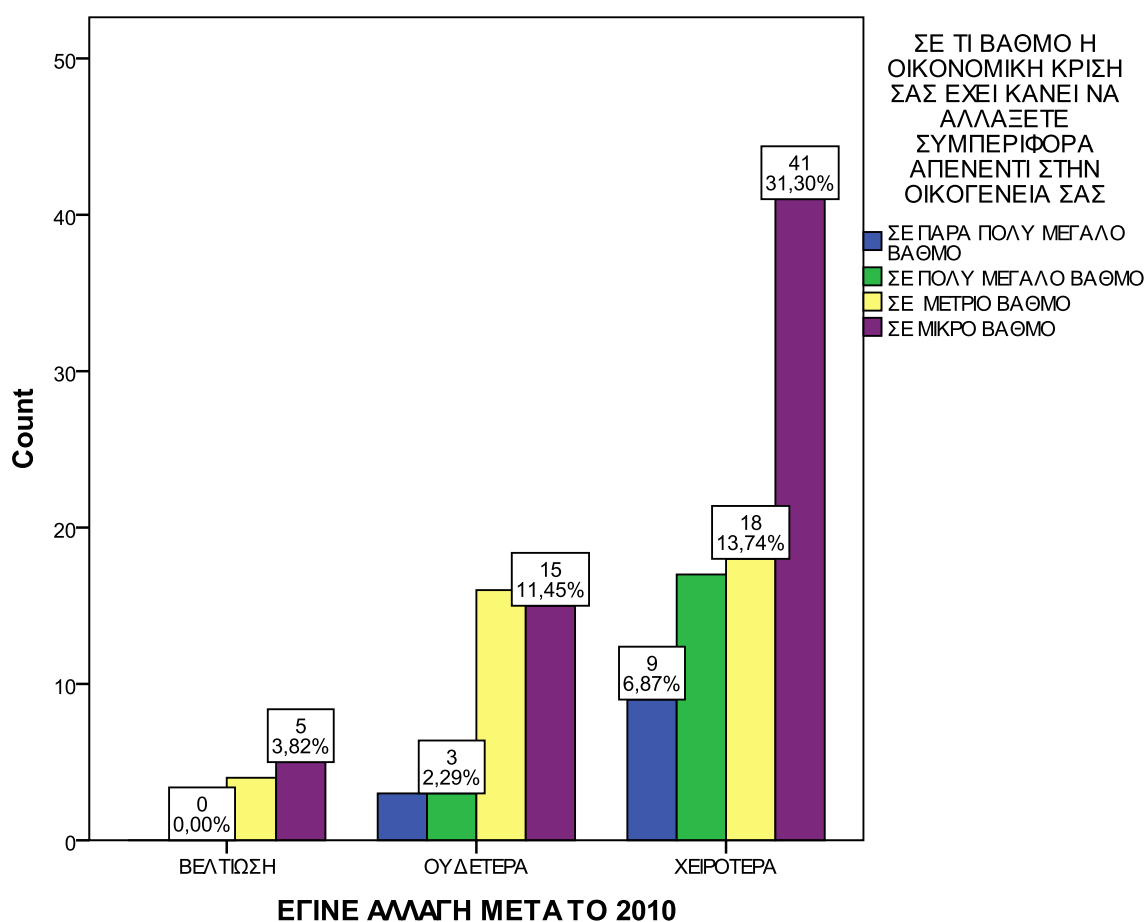
Στους ερωτηθέντες δεν φαίνεται η περικοπή στα τρόφιμα να έχει αλλάξει την συμπεριφορά απέναντι στην οικογένεια. Έτσι αυτοί που έχουν κόψει τα τρόφιμα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό μόνο το 6,3% έχει αλλάξει συμπεριφορά σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Εκείνοι που έχουν κόψει τα τρόφιμα σε μεγάλο βαθμό έχουν αλλάξει συμπεριφορά σε ποσοστό 5,5% σε πολύ μεγάλο και μέτριο βαθμό



## Π40

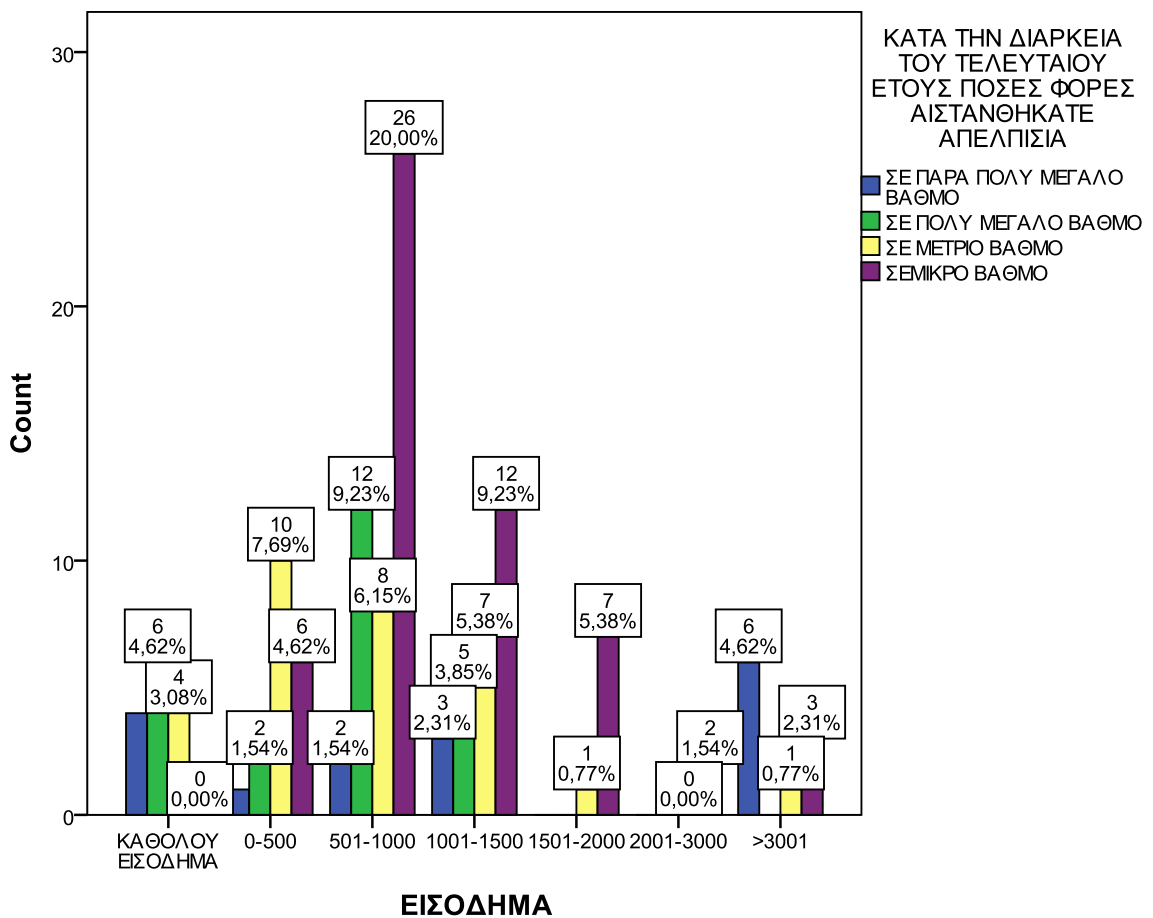
### Σχέση αλλαγής οικονομικής κατάστασης και αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην οικογένεια

Στους ερωτηθέντες παρόλο που έγινε αλλαγή στην οικονομική τους κατάσταση προς το χειρότερο, σε 31.3% έχουν αλλάξει συμπεριφορά απέναντι στην οικογένεια τους σε μικρό βαθμό, 13,7% σε μέτριο βαθμό, 12,9% σε πολύ μεγάλο βαθμό και 6.8% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό



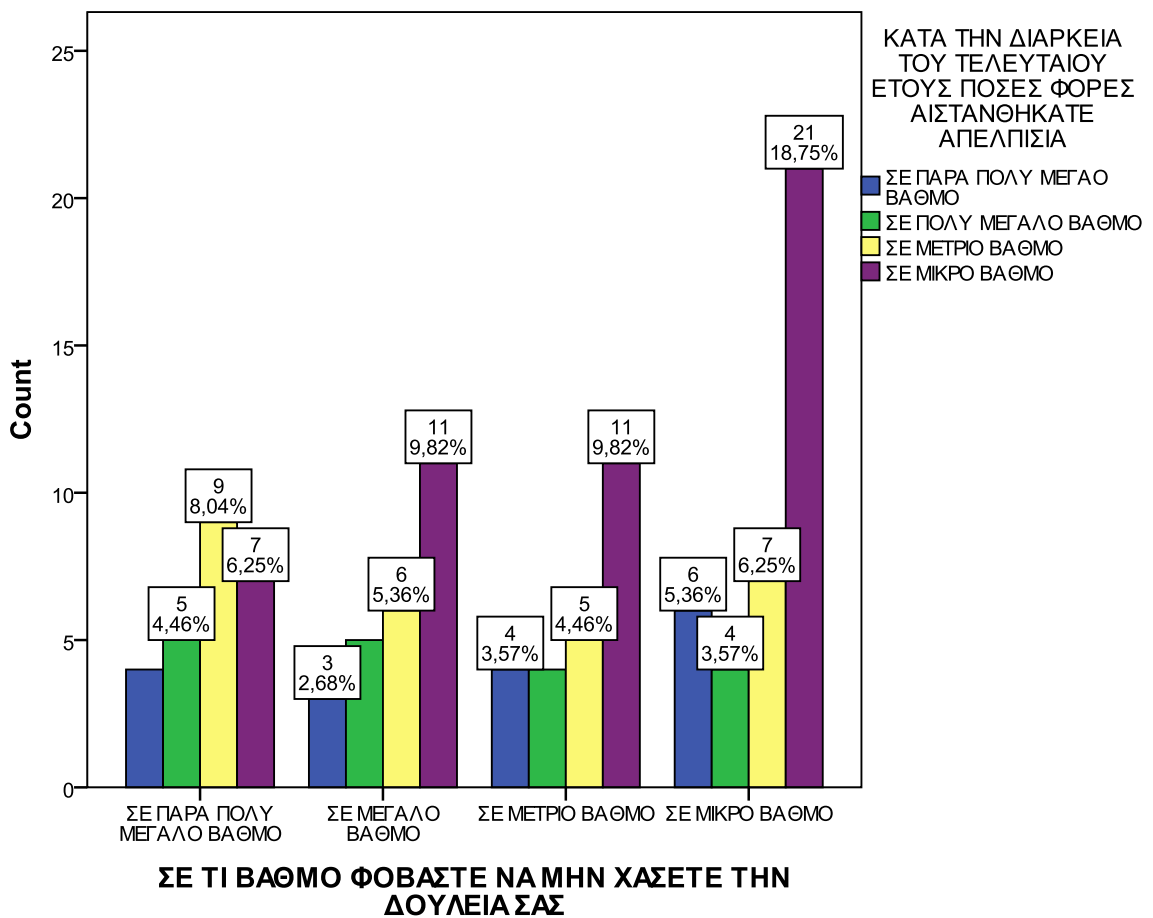
Σχέση απελπισίας και εισοδήματος

Από τους ερωτηθέντες δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ εισοδήματος και απελπισίας . Άτομα με εισόδημα από 501-1000 € αισθάνθηκαν απελπισία κατά 20% σε μικρό βαθμό , εκείνοι με εισόδημα 0-500 € αισθάνονται απελπισία κατά 7,7% σε μέτριο βαθμό και εκείνοι με εισόδημα 1001-1500 αισθάνονται απελπισία 9,2% σε μικρό βαθμό



**Σχέση απελπισίας και φόβου να μην χάσουν την εργασία τους**

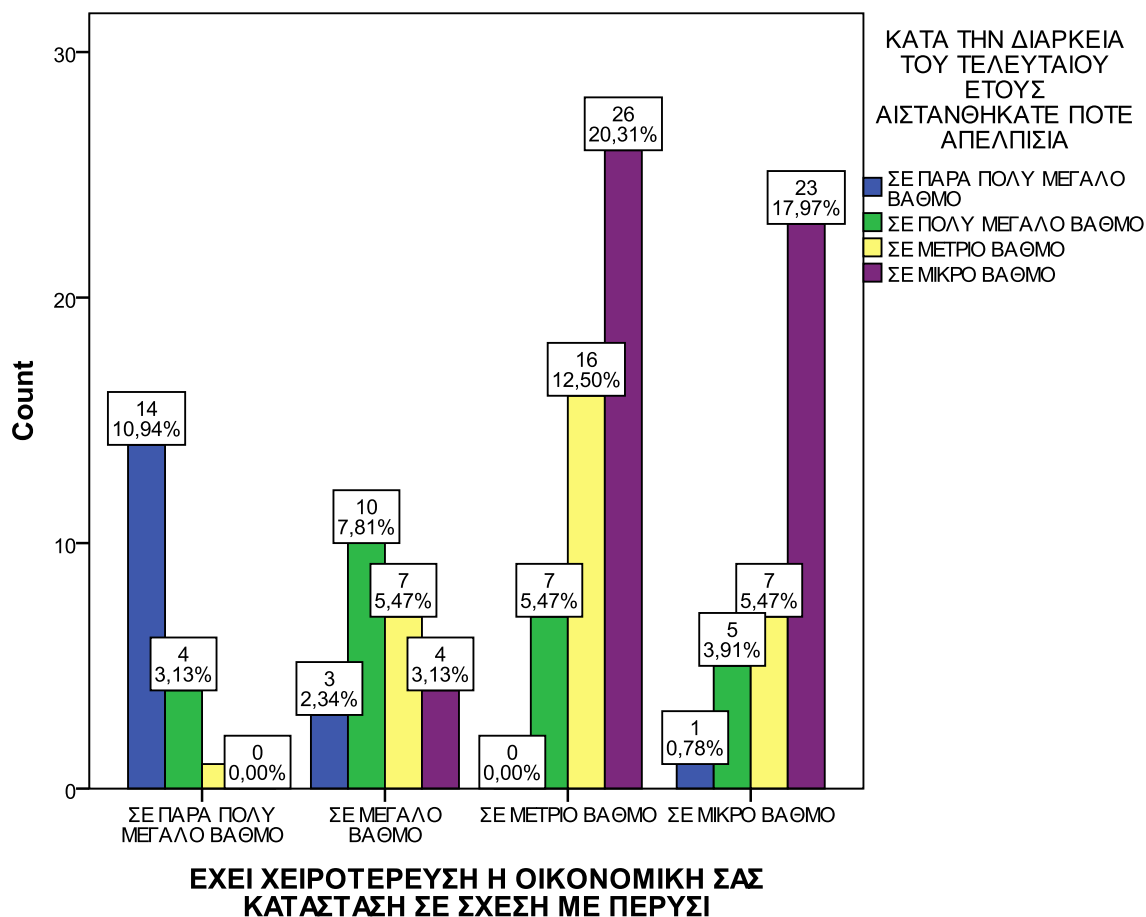
Οι ερωτηθέντες γενικά δεν αισθάνονται απελπισία στο φόβο να μην χάσουν την εργασία τους. Συγκεκριμένα αυτοί που φοβούνται πάρα πολύ να μην χάσουν την εργασία τους, αισθάνονται απελπισία 8<sup>η</sup> σε μέτριο βαθμό, 6,2% σε μικρό βαθμό. Εκείνοι που φοβούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό έχουν απελπισία 9,8% σε μικρό βαθμό.





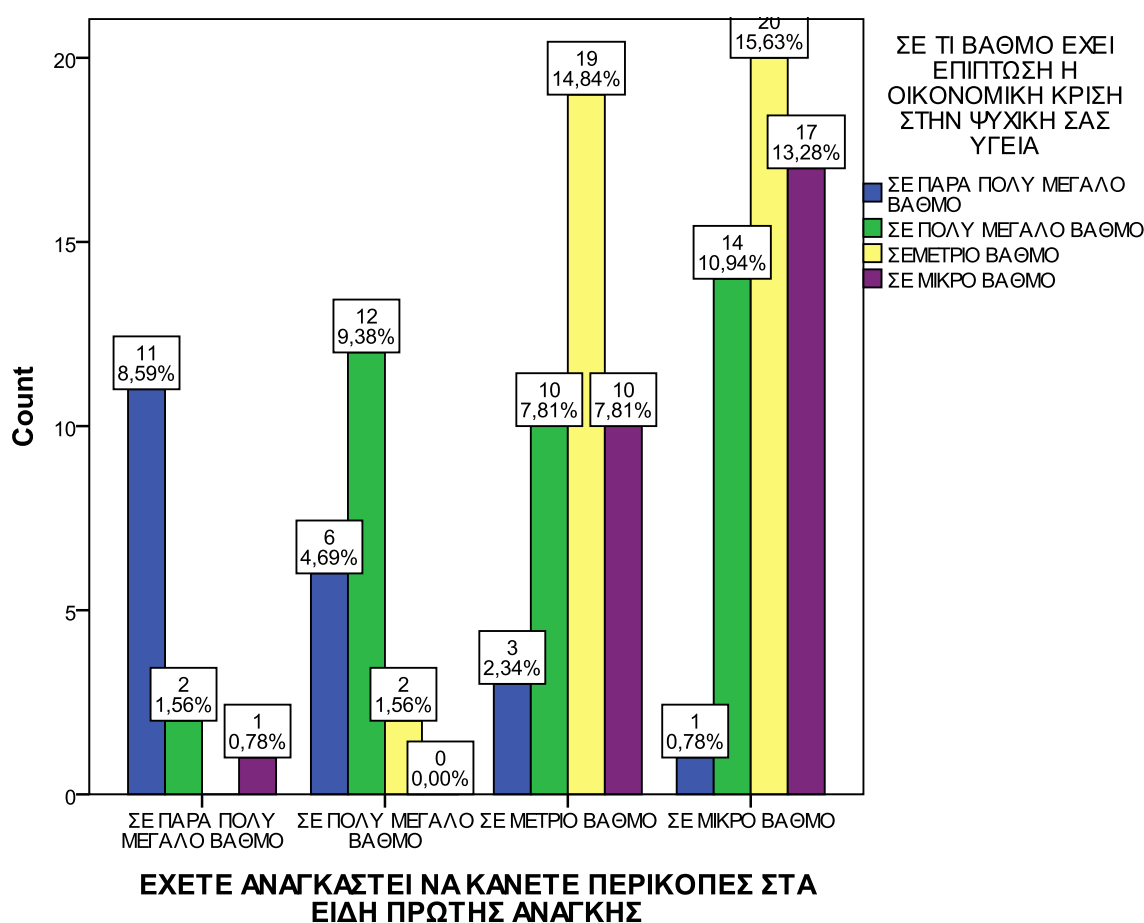
### Σχέση απελπισίας και χειροτέρευση της οικονομικής κατάστασης

Αυτοί που εμφανίζουν απελπισία 11% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό είναι εκείνοι που έχουν υποστεί πάρα πολύ μεγάλη χειροτέρευση του εισοδήματος σε σχέση με πέρυσι. Αντίθετα εκείνοι που παρουσιάζουν μια χειροτέρευση σε πολύ μεγάλο βαθμό, βρίσκονται σε απελπισία μόνο 7,8% σε πολύ μεγάλο βαθμό.



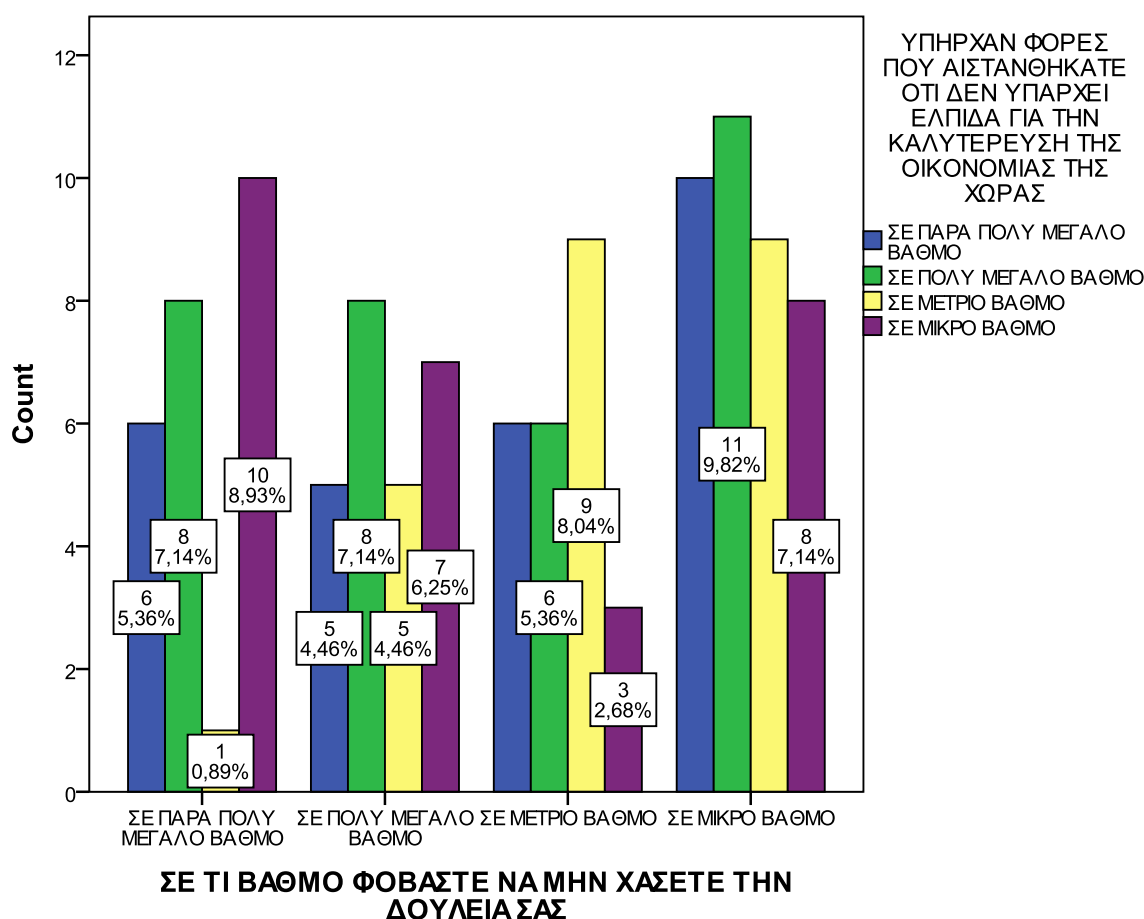
### Σχέση περικοπής στα είδη πρώτης ανάγκης και επιδείνωση της ψυχικής υγείας

Από τους ερωτηθέντες φαίνεται ότι η μείωση των ειδών πρώτης ανάγκης δεν επηρεάζει την ψυχική υγεία. Έτσι από τα άτομα που αναγκάστηκαν να περικόψουν τα είδη πρώτης ανάγκης σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό το 8,6% είχε ψυχικά προβλήματα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.



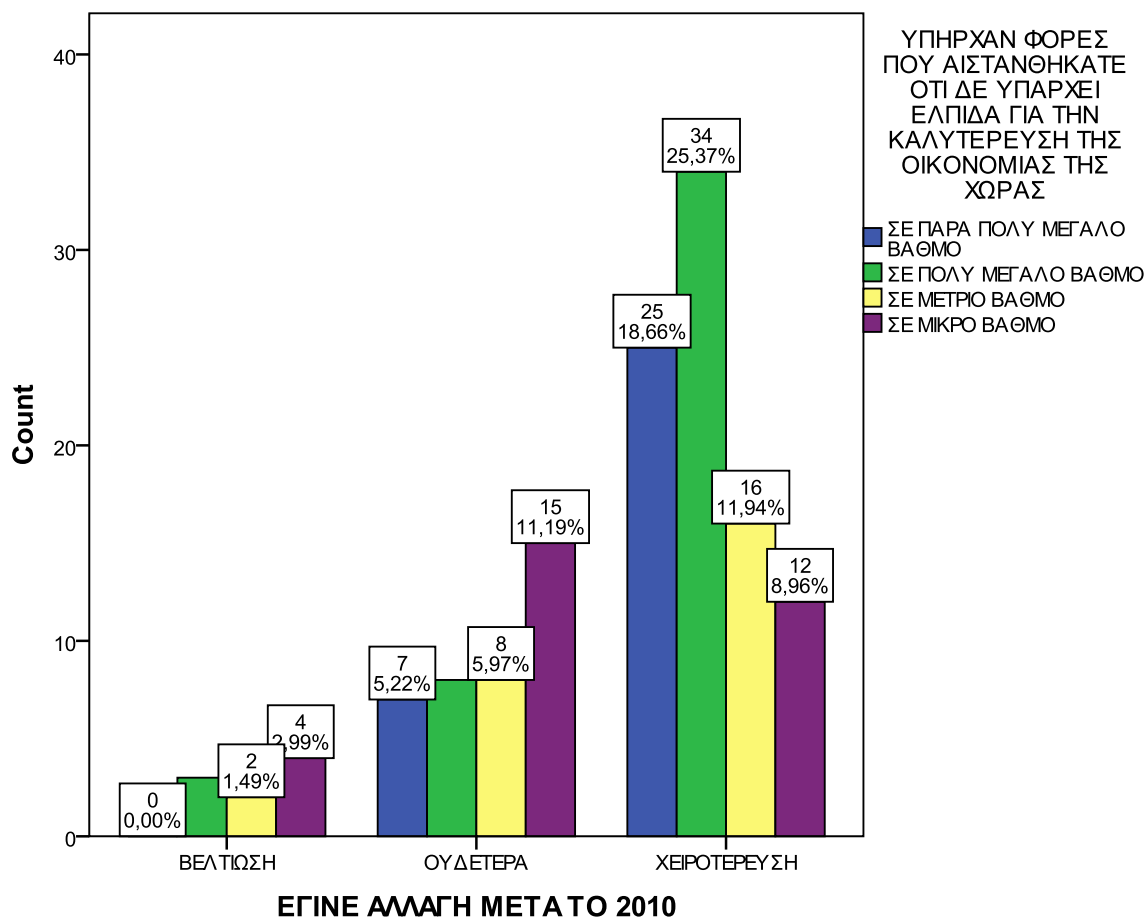
### Σχέση φόβου να μην χάσουν την εργασία τους και απελπισία για την καλυτέρευση της οικονομίας

Τα άτομα που φοβούνται πάρα πολύ για να μην χάσουν την δουλειά τους δεν είναι αισιόδοξα για την καλυτέρευση της οικονομίας, αφού σε ποσοστό 5,3% είναι αρνητικοί σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και 7,1% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ακόμη και εκείνοι που δεν κινδυνεύουν να χάσουν την δουλειά τους, δεν έχουν ελπίδα σε ποσοστά 9,2% σε πάρα πολύ μεγάλο και σε μεγάλο βαθμό.



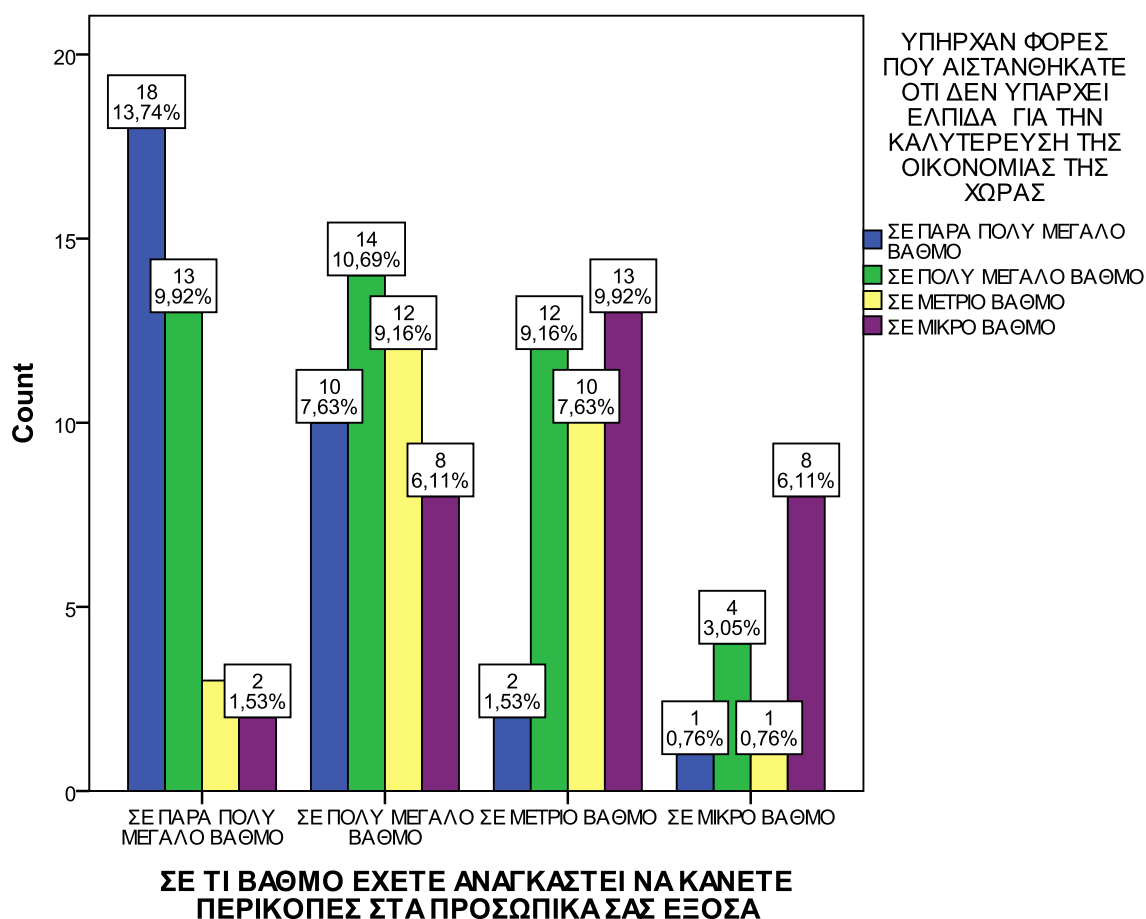
**Σχέση αλλαγής της οικονομικής κατάστασης μετά το 2010 και αίσθημα απελπισίας για την καλύτερευση της οικονομίας**

Αυτοί που δεν έχουν ελπίδα για την καλύτερευση της οικονομίας είναι αυτοί που έχουν υποστεί και τις μεγαλύτερες απώλειες .Συγκεκριμένα το 18% δεν βλέπει βελτίωση σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό , το 25,3% σε πολύ μεγάλο βαθμό , και το 11,9% σε μέτριο βαθμό



### Σχέση περικοπών στα προσωπικά έξοδα και απελπισίας για την καλύτερευση της οικονομίας

Τα άτομα που έχουν χρειαστεί να κάνουν περικοπές στα προσωπικά τους έξοδα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, δεν έχουν ελπίδα για καλύτερευση της οικονομίας κατά 13,7% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και 9.9% σε πολύ μεγάλο βαθμό .Εκείνοι δε που έχουν υποστεί περικοπές σε πολύ μεγάλο βαθμό , εξακολουθούν να μην έχουν ελπίδα σε ποσοστό 7,6% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ,10,7 % σε πολύ μεγάλο βαθμό και 9% σε μέτριο βαθμό

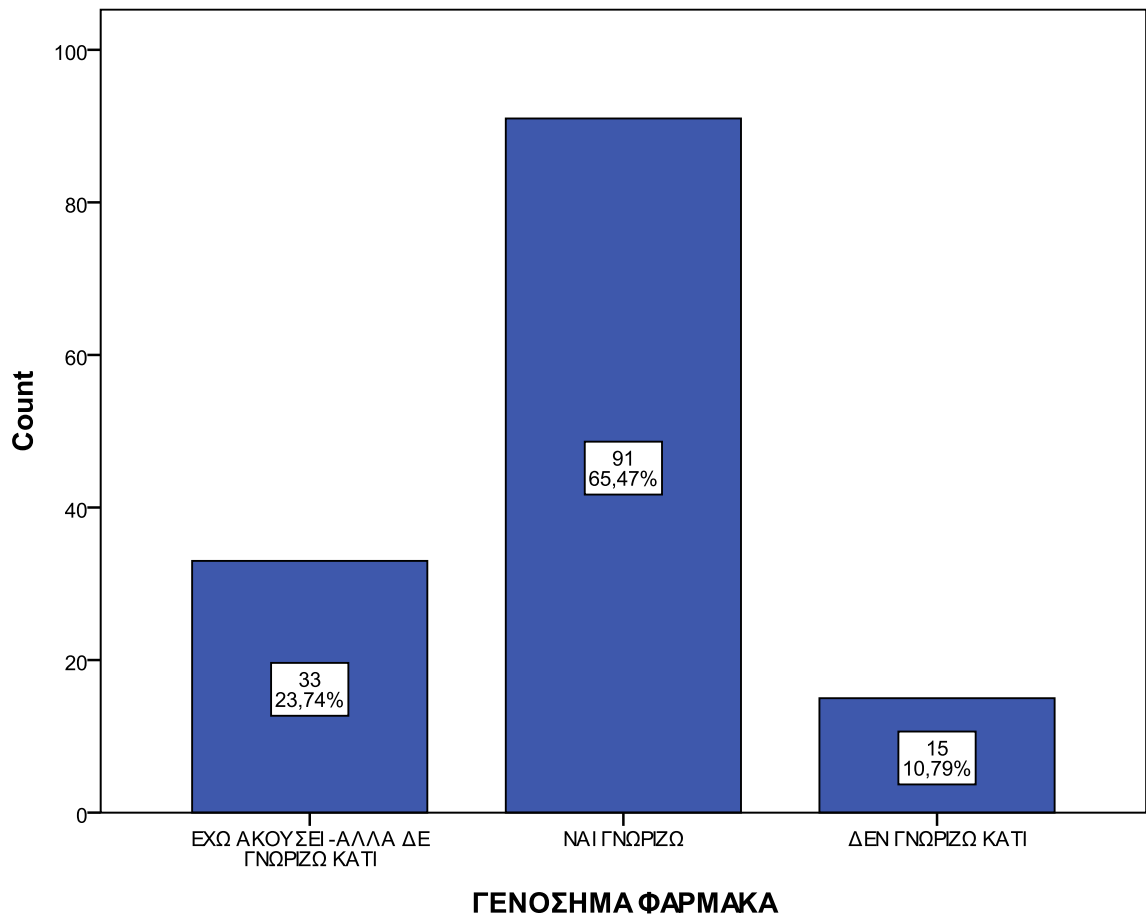


## Γ./ Κύριες ερωτήσεις έρευνας για τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων

Π48

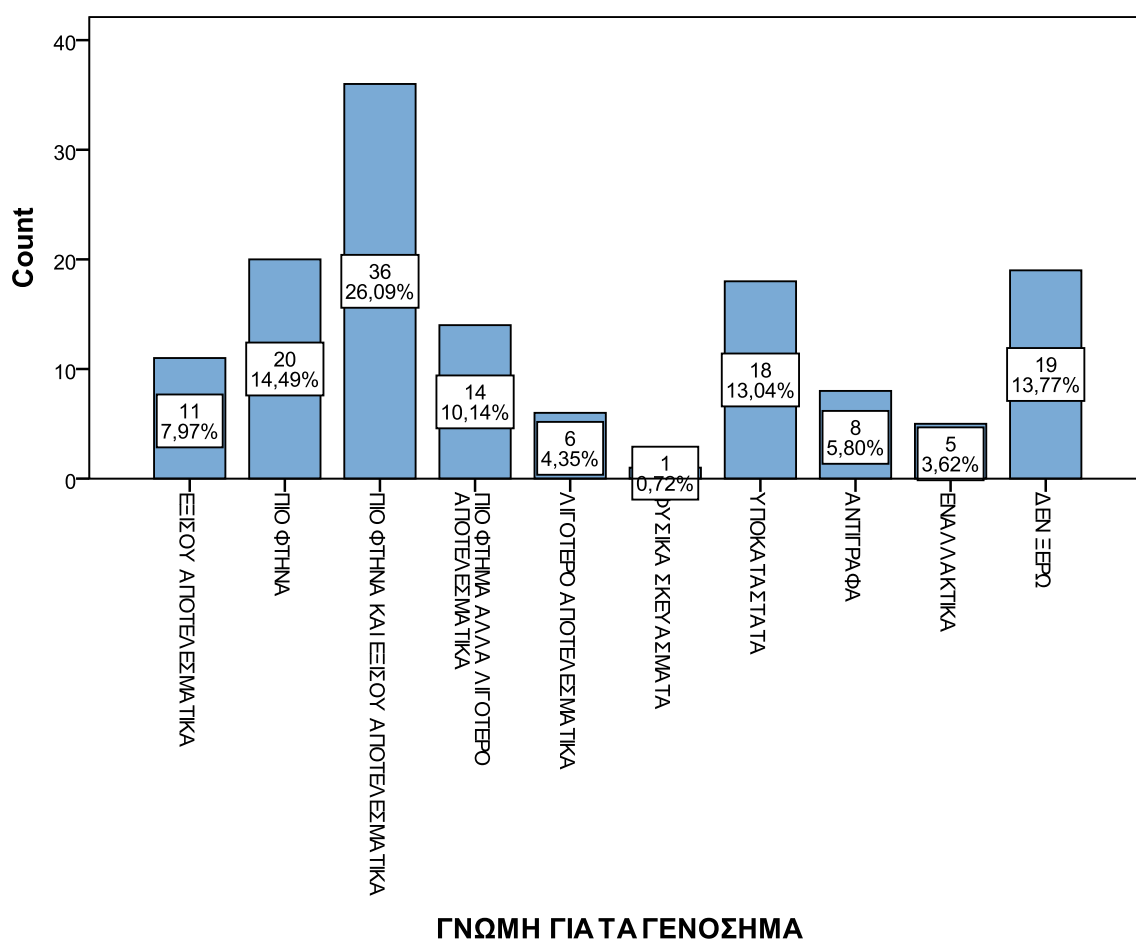
### Γνώση για τα γενόσημα

Το 65.4% γνωρίζουν για τα γενόσημα , ενώ το 23,7\$ δεν τα γνωρίζουν αλλά τα έχουν ακούσει σαν όνομα



### Ποια η γνώμη σας για τα γενόσημα

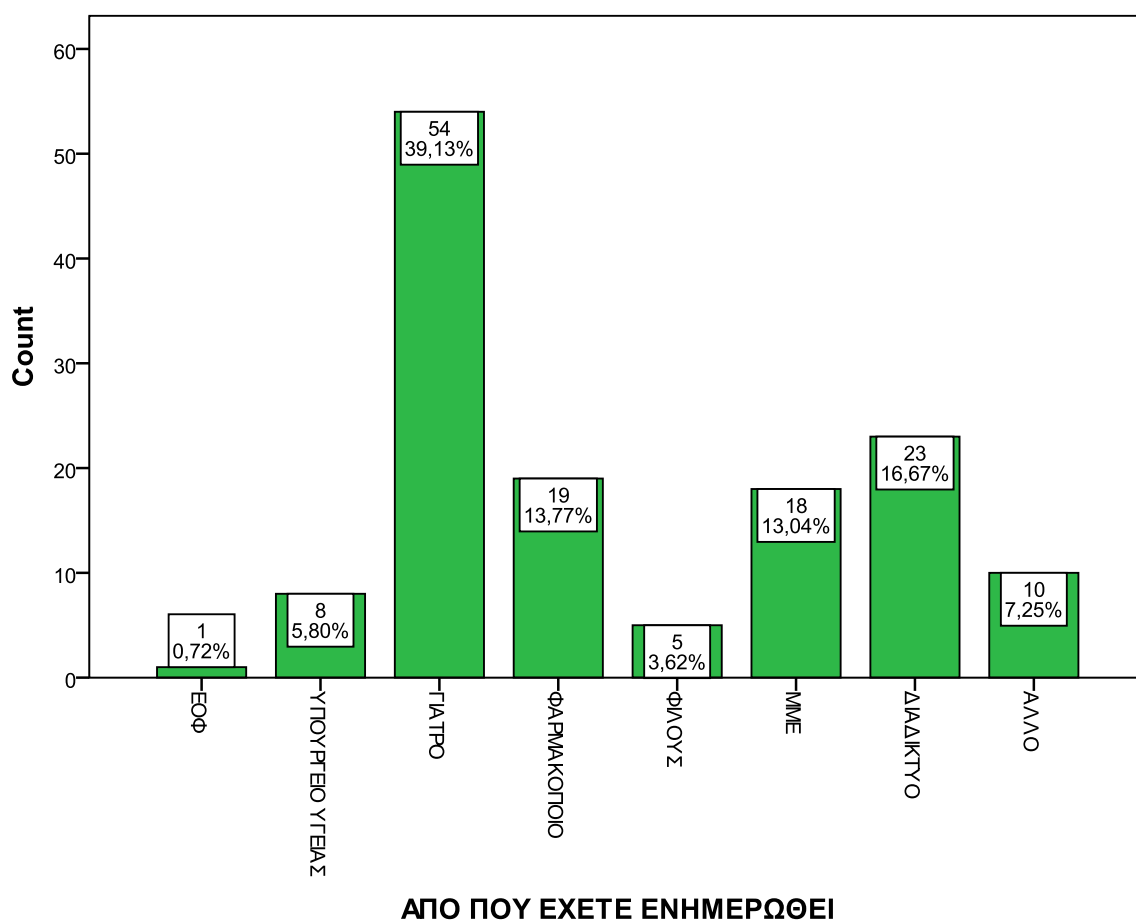
Από εκείνους που γνωρίζουν για τα γενόσημα το 26% πιστεύει ότι είναι πιο φτηνά και εξίσου αποτελεσματικά ,το 14,5% πιο φτηνά ,το 10,1% πιο φτηνά και λιγότερα αποτελεσματικά και το 13,7% απαντάει ότι δεν ξέρει



## Π50

### Από πού έχετε ενημερωθεί για τα γενόσημα

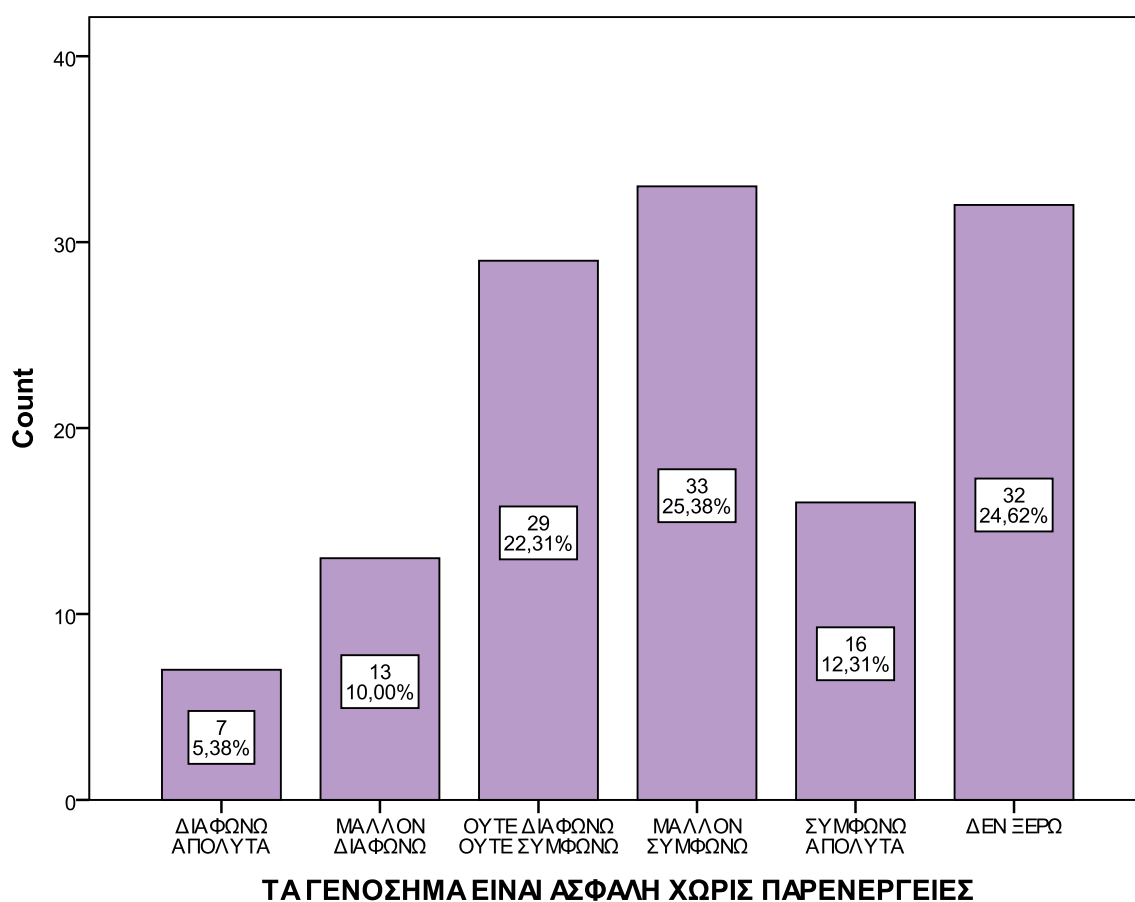
Οι ερωτηθέντες έχουν ενημερωθεί σε ποσοστό 39% από τον γιατρό τους , 16,6% από το διαδίκτυο , 13,7% από τον φαρμακοποιό, 13,4% από τα ΜΜΕ, 5,8 % από το υπουργείο υγείας





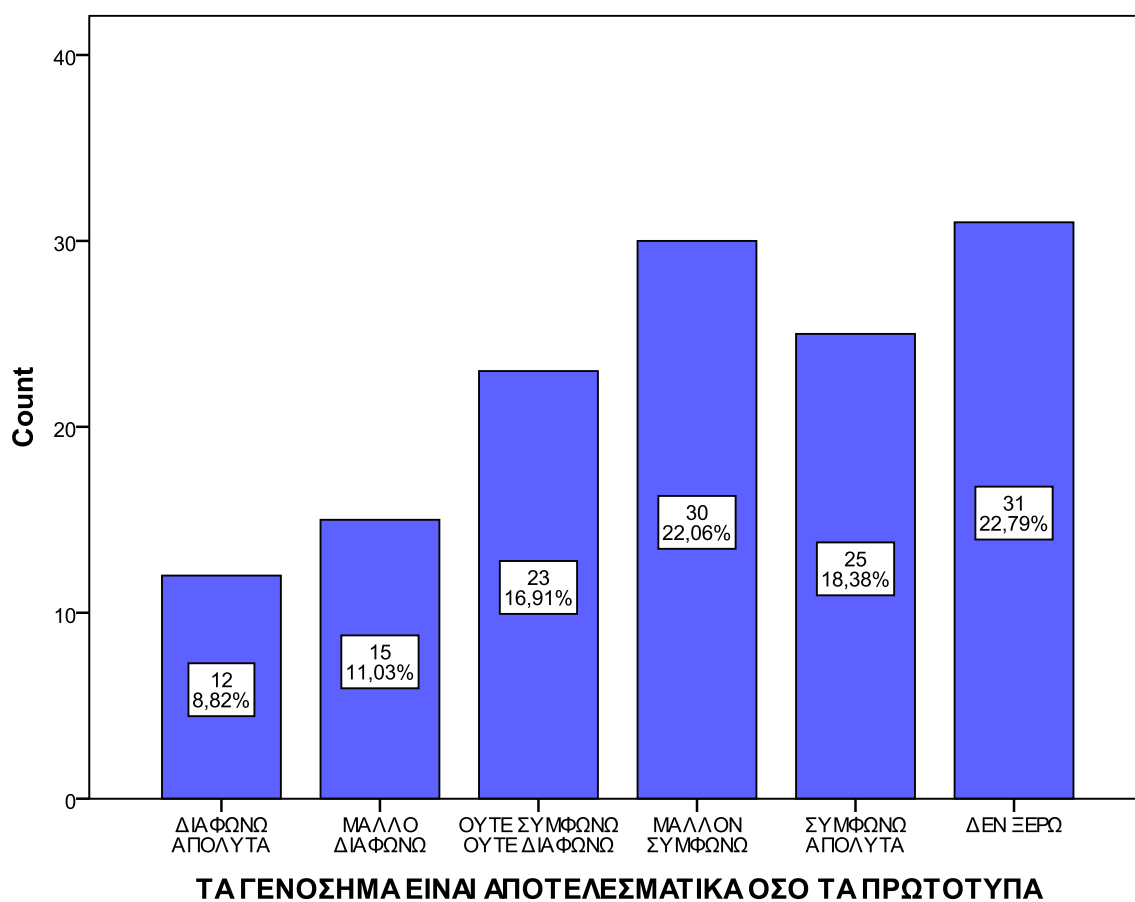
### Ποια η γνώμη σας για την ασφάλεια των γενοσήμων

Από τους ερωτηθέντες για την γνώμη που έχουν για τα γενόσημα μόνο σε ποσοστό 12,3% συμφωνούν απόλυτα ότι τα φάρμακα είναι ασφαλή . Οι υπόλοιποι δεν ξέρουν 24,6% και 22,3% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν



### Ποια η γνώμη σας για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων

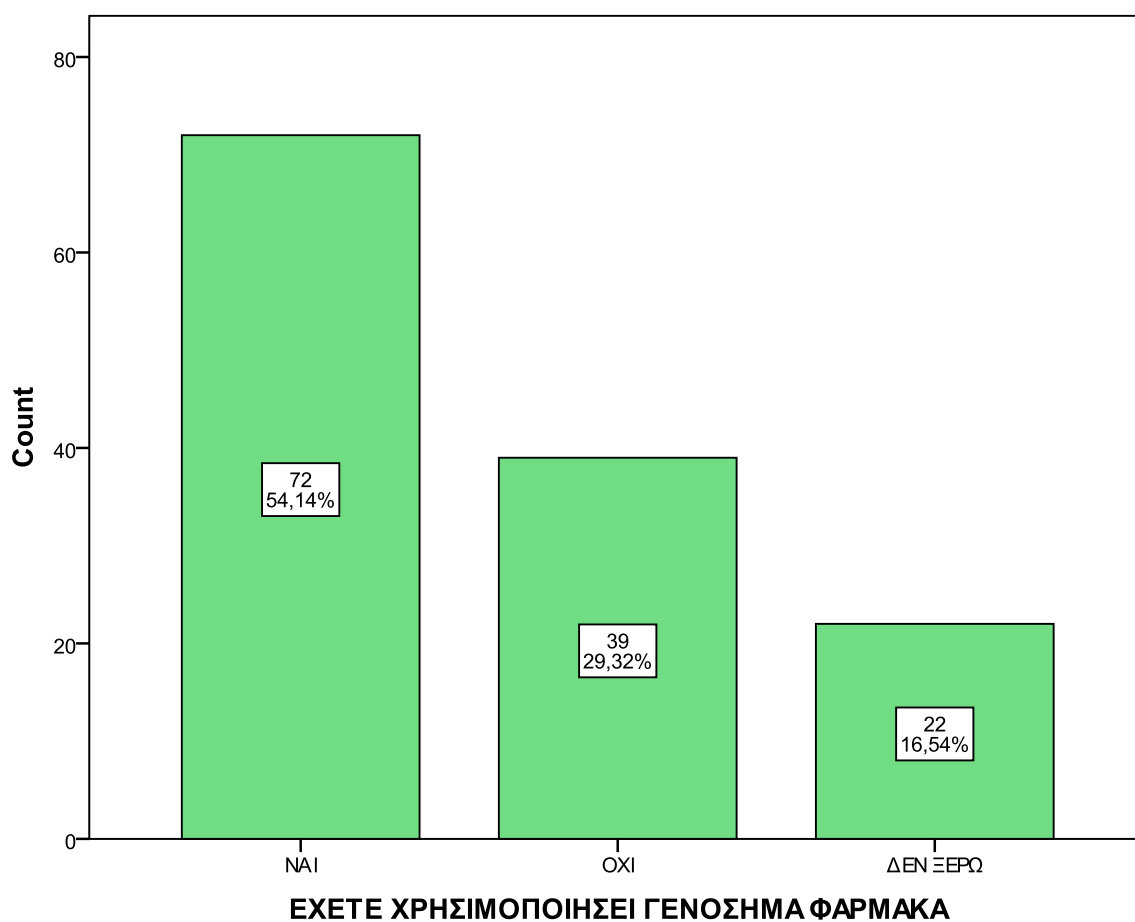
Αν ρωτήσουμε για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων μόνο το 18% συμφωνεί ότι υπάρχει ,ενώ το 22% δεν ξέρει και το 16% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί



## Π53

**Έχετε χρησιμοποιήσει τα γενόσημα στο παρελθόν;**

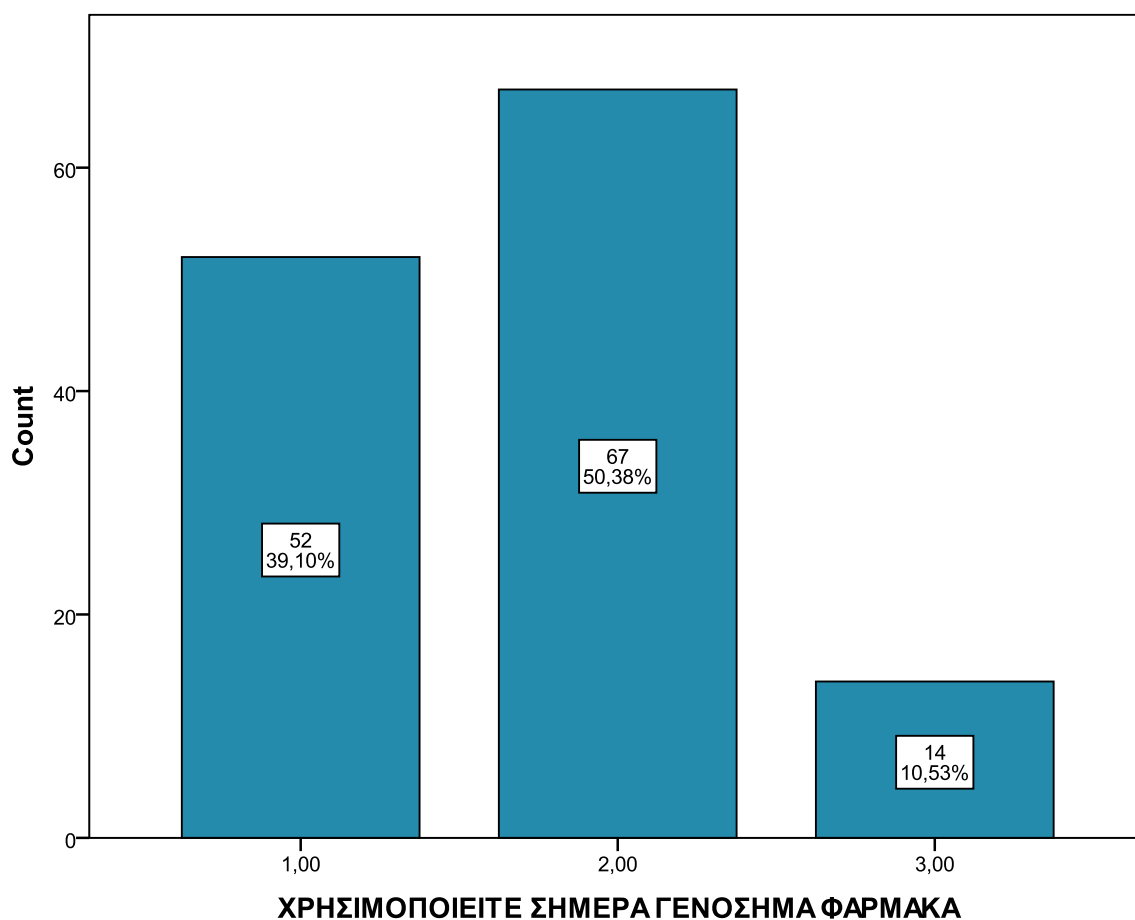
Οι περισσότεροι έχουν χρησιμοποιήσει γενόσημα φάρμακα στο παρελθόν σε ποσοστό 54% , ενώ το 29,3% δεν τα έχει χρησιμοποιήσει



## Π54

### Χρησιμοποιείτε σήμερα γενόσημα φάρμακα ;

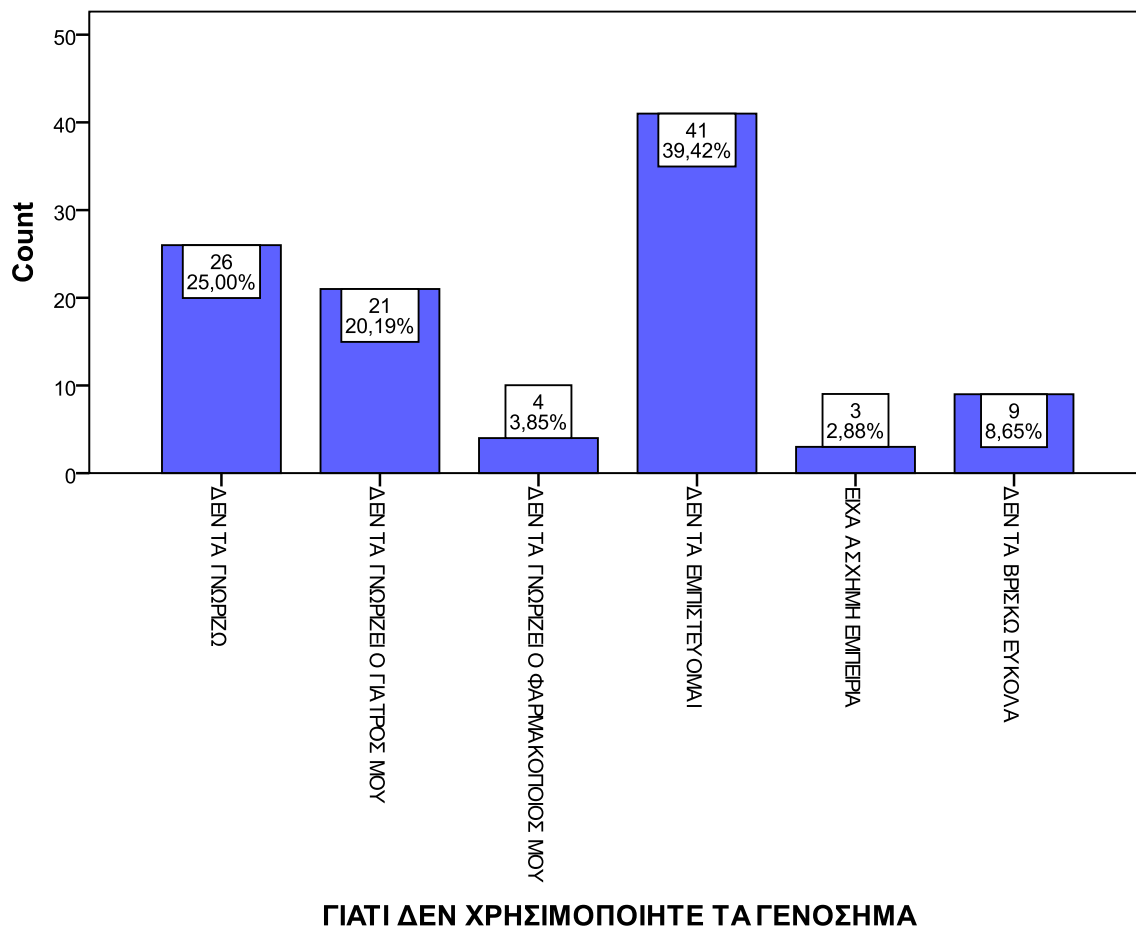
Στην ερώτηση εάν στην περίοδο της οικονομικής κρίσης χρησιμοποιούνται γενόσημα φάρμακα το 50,3% απάντησε πως δεν χρησιμοποιεί , ενώ το 39% απάντησε καταφατικά και το 10% ότι δεν γνωρίζει



## Π55

### Γιατί δεν χρησιμοποιούνται τα γενόσημα φάρμακα ;

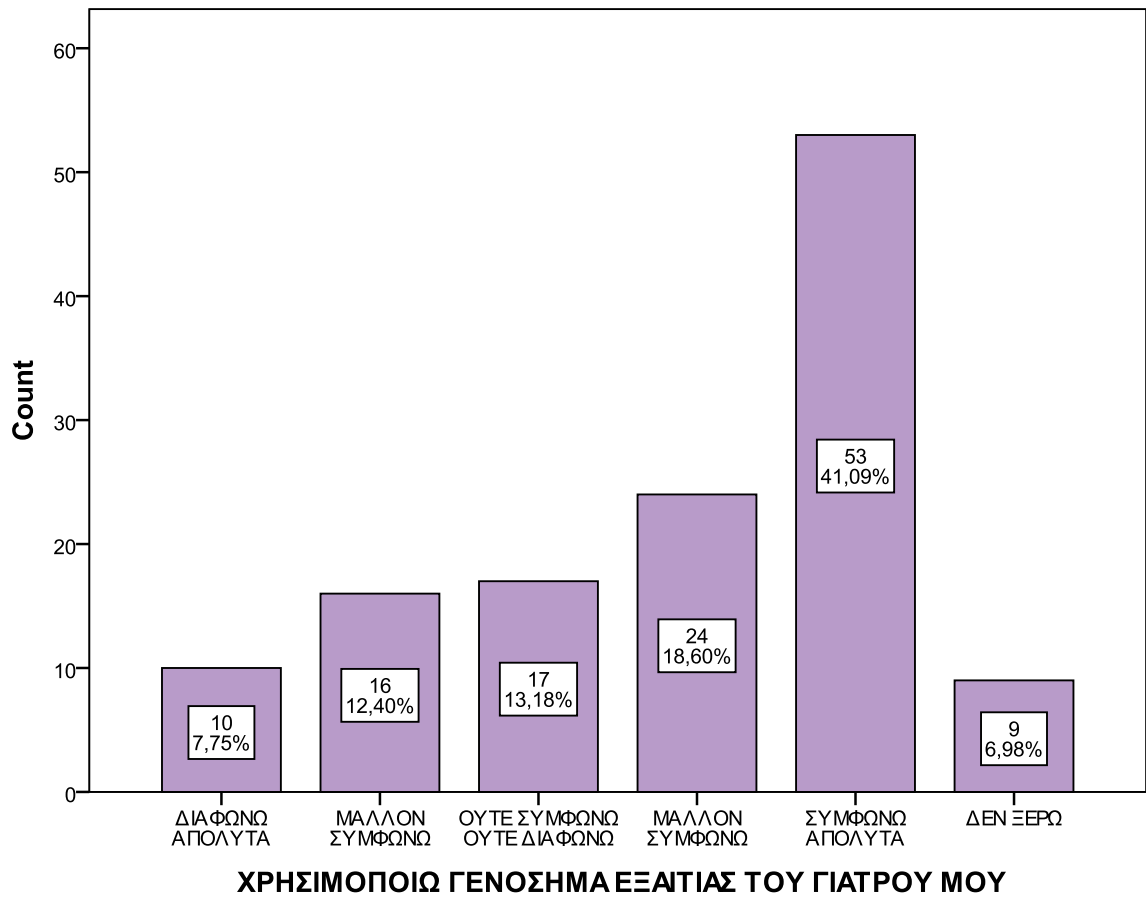
Οι περισσότεροι 39,4% δεν τα εμπιστεύονται , το 25% δεν τα γνωρίζουν , το 20% δεν τα γνωρίζει ο γιατρός τους , ενώ το 8% ισχυρίζεται ότι δεν τα βρίσκει Π55



## Π56

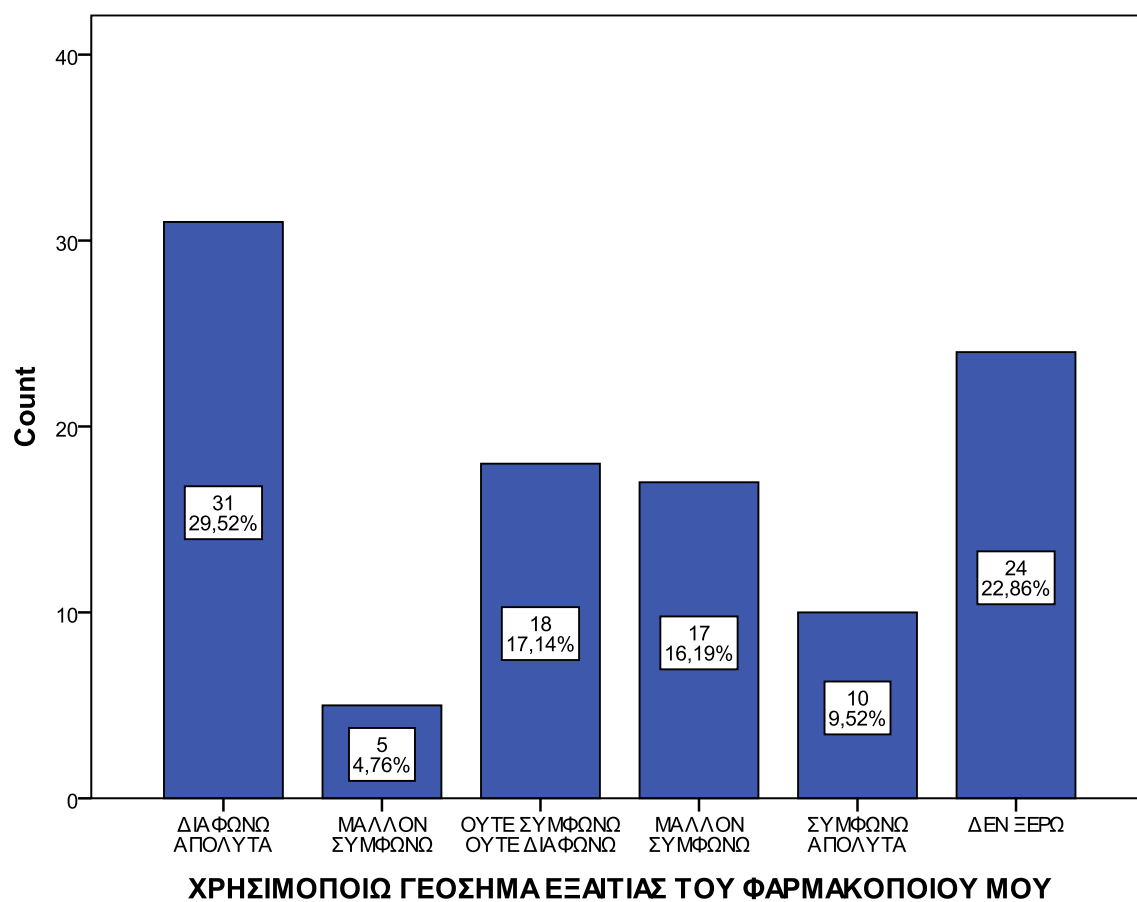
### Χρήση γενοσήμων εξαιτίας του γιατρού μου

Το ποσοστό που χρησιμοποιεί τα γενόσημα εξαιτίας του γιατρού του είναι 41%



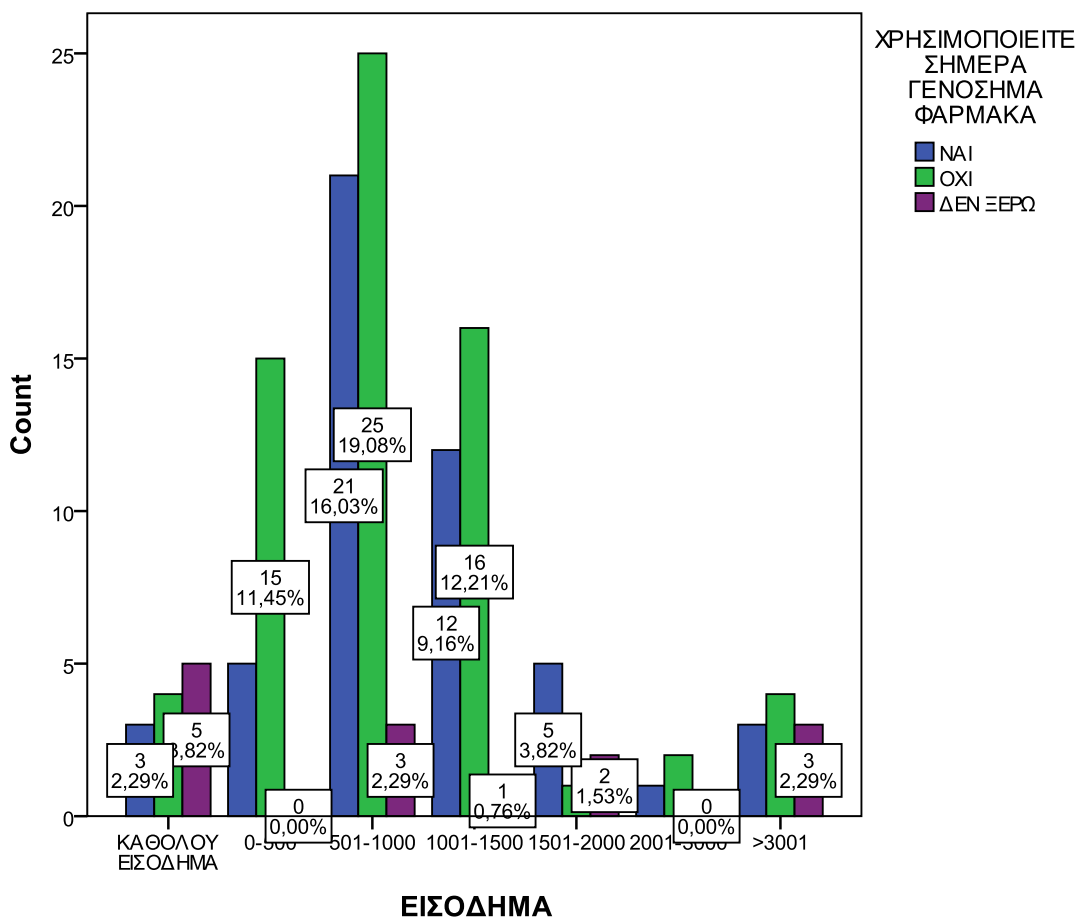
**Χρήση γενοσήμων εξαιτίας του φαρμακοποιού μου**

Το ποσοστό που εμπιστεύεται το φαρμακοποιό του είναι 9,5% που συμφωνούν απόλυτα και 16% που μάλλον συμφωνούν



**Σχέση εισοδήματος και χρήση γενοσήμων**

.Αν συγκρίνουμε τώρα το εισόδημα με τη χρήση ενσήμων βλέπουμε ότι και τα χαμηλά εισοδήματα δεν προτιμούν την χρήση τους. Έτσι στα εισοδήματα 501 -1000 € έχουμε 19% όχι και 16% ναι ,ενώ στα εισόδημα από 1001-1500 € έχουμε 12% όχι στην χρήση και 9,6% ναι

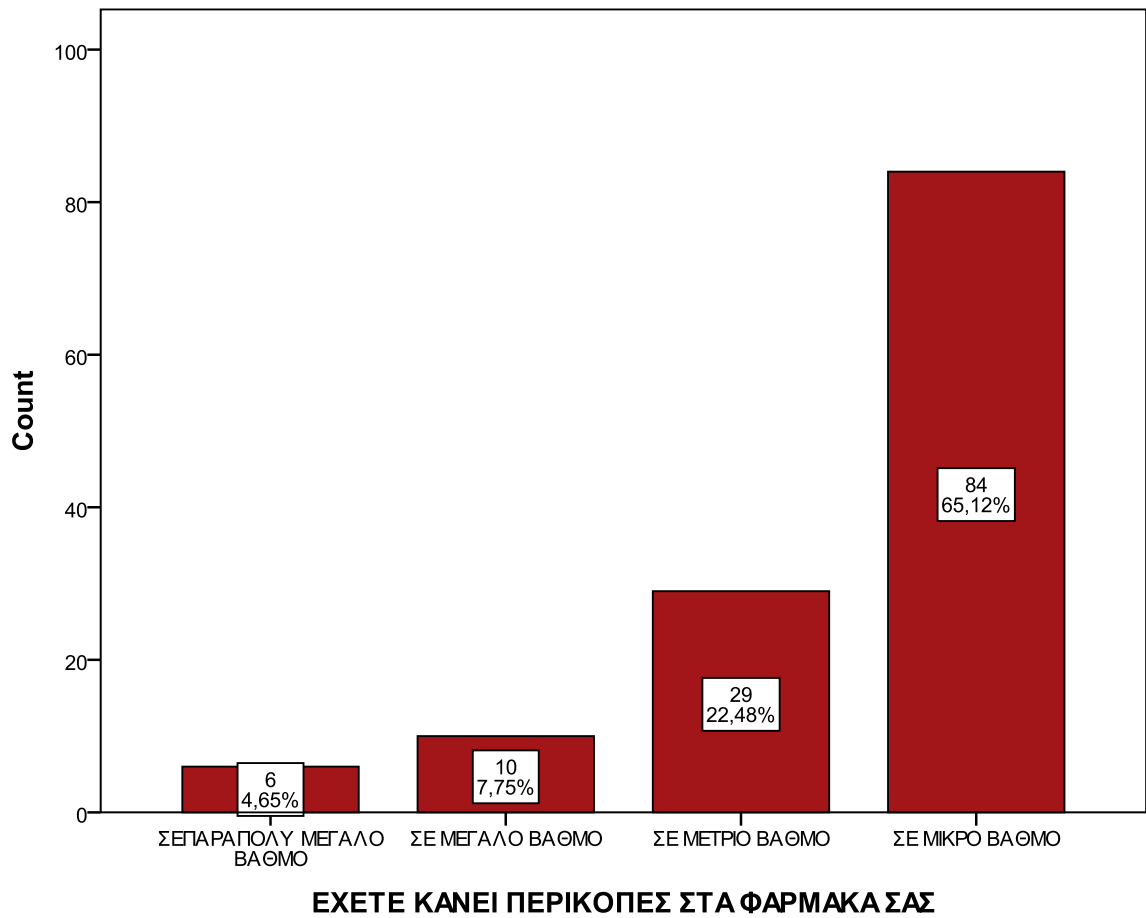




## Π59

### Έχετε κάνει περικοπές στα φάρμακα;

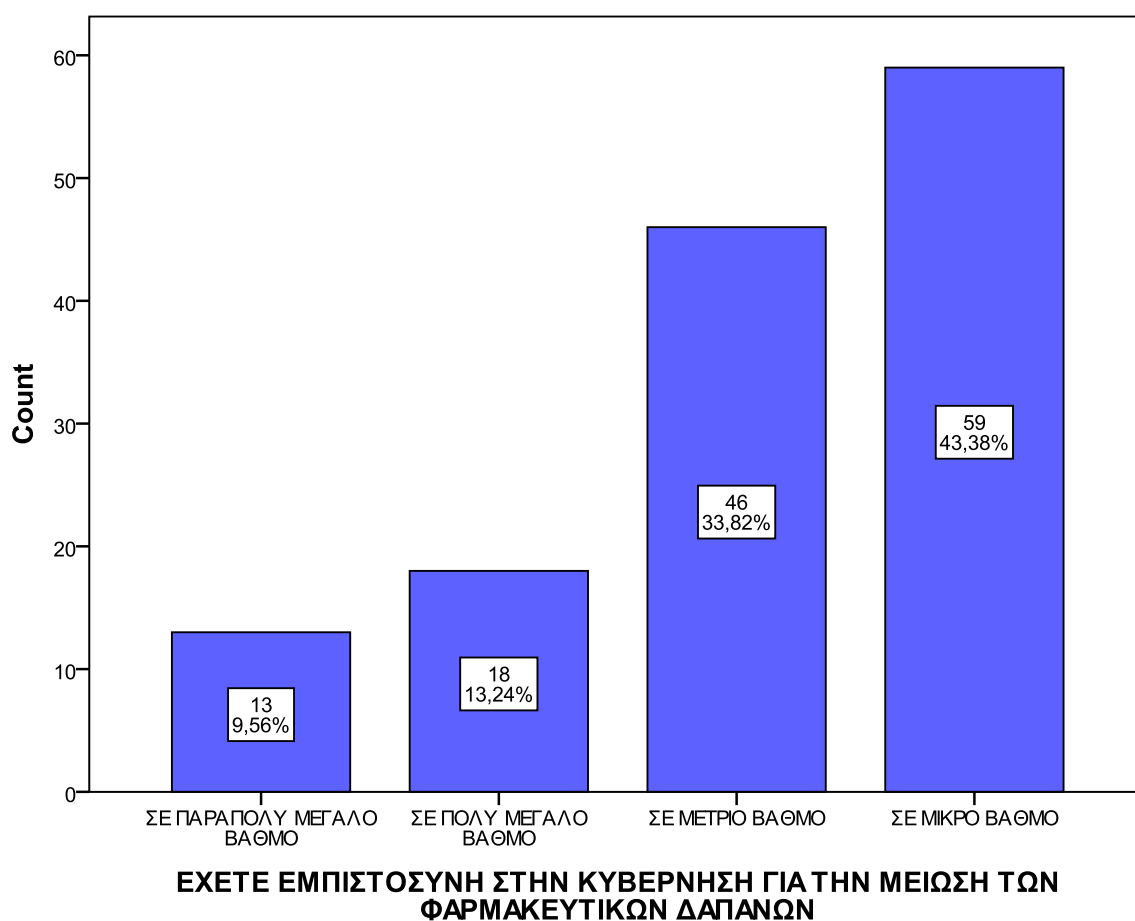
Στην ερώτηση αυτή το 65% απαντάει ότι έχει κάνει περικοπές σε μικρό ποσοστό πάρα την οικονομική κρίση . Το 22% έχει κάνει περικοπές σε μέτριο βαθμό , ενώ το 4,6% σε πολύ μεγάλο βαθμό



## Π60

### Έχετε εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών;

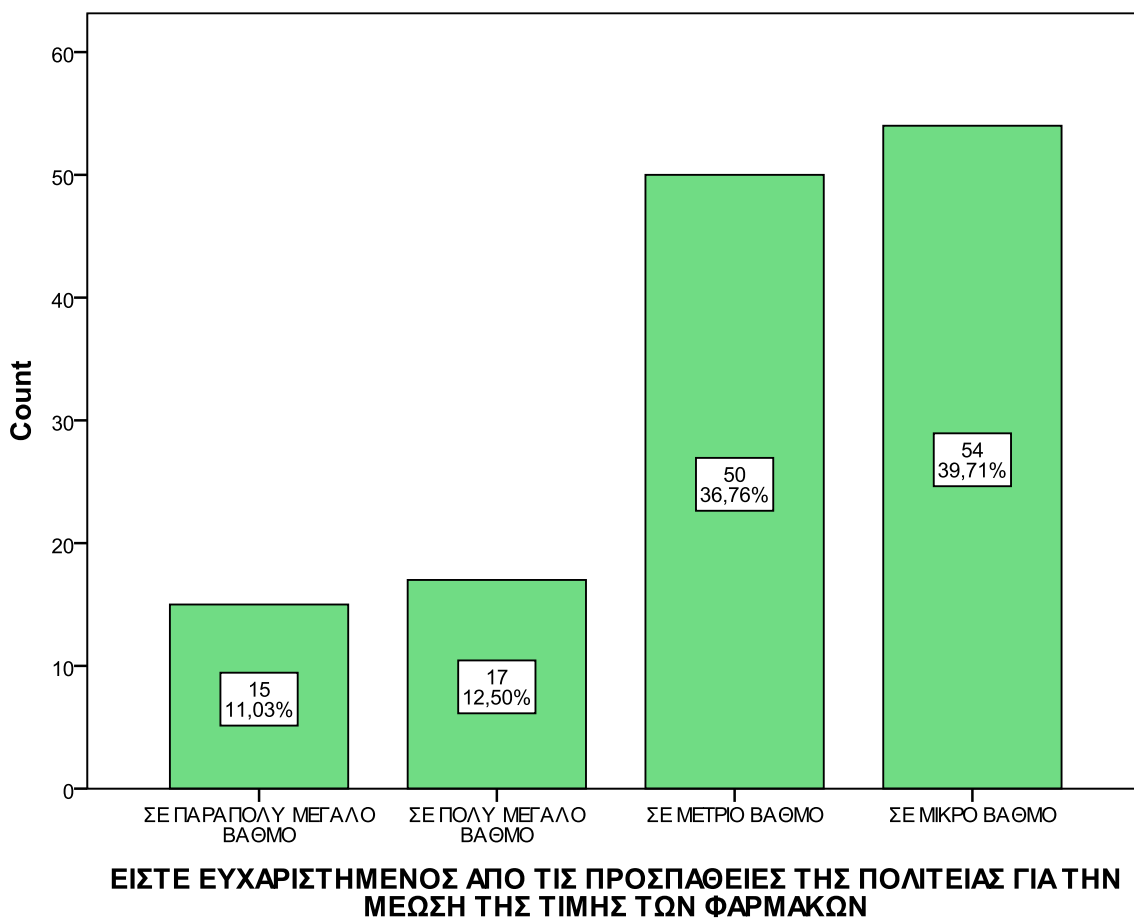
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Έτσι το 43% έχει εμπιστοσύνη σε μικρό βαθμό, το 33,8 σε μέτριο βαθμό, το 13,2 σε πολύ μεγάλο βαθμό και μόνο το 9% έχει εμπιστοσύνη σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.



## Π61.

### **Είστε ευχαριστημένος από τις προσπάθειες της πολιτείας για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών;**

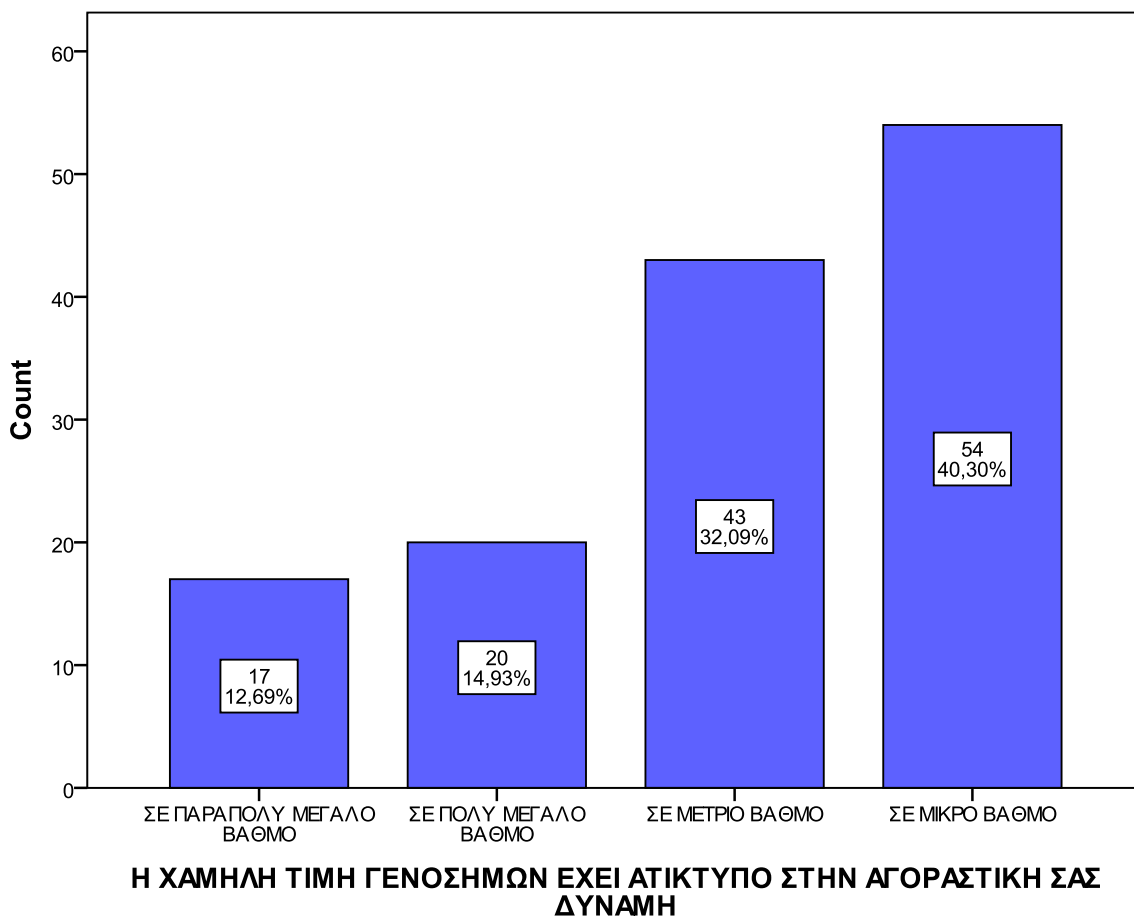
Οι ερωτηθέντες δεν είναι ευχαριστημένοι Από τις προσπάθειες της πολιτείας για να μειώσει το κόστος φαρμάκων Έτσι το 39% είναι σε μικρό βαθμό ευχαριστημένο , το 36% σε μέτριο βαθμό , το 12% σε πολύ μεγάλο βαθμό και μόνο το 11% είναι σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ευχαριστημένο



## Π62

### Η χαμηλή τιμή των γενοσήμων έχει αντίκτυπο στην αγορά των γενοσήμων από τους ασθενείς

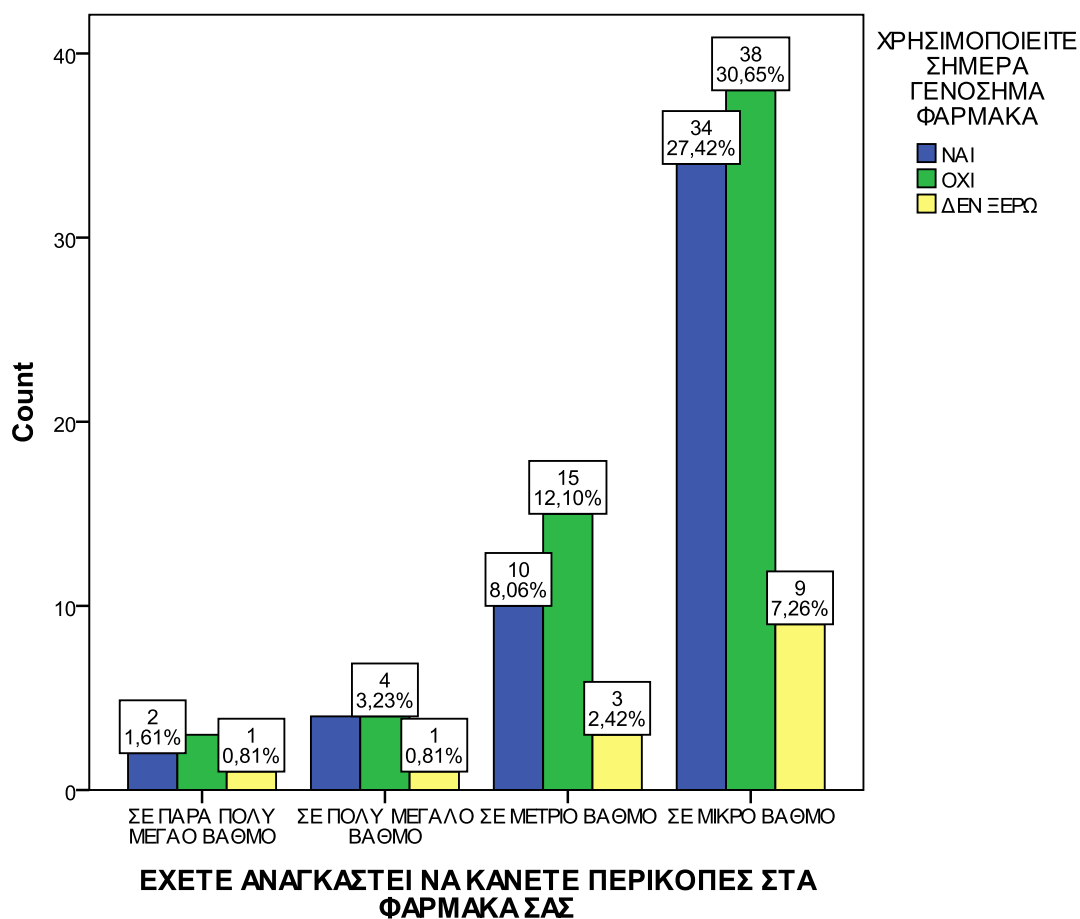
Αν και τα γενόσημα είναι φτηνά , αυτό δεν έχει καθοριστικό ρόλο στην αγοραστική δύναμη των ερωτηθέντων γιατί το 40,3% ωφελείται σε μικρό βαθμό από την μείωση των τιμών , το 32% ωφελείται σε μέτριο βαθμό, ενώ το 14% και το 12% ωφελείται σε πολύ μεγάλο και πάρα πολύ μεγάλο βαθμό αντίστοιχα



## Π63

### Σχέση περικοπής φαρμάκων και χρήση γενοσήμων

Αν και έχουν γίνει περικοπές στα φάρμακα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό εντούτοις η χρήση γενοσήμων είναι στο 1.6%. Αντίθετα εκείνοι που έκαναν περικοπές στα φάρμακα τους , σε μικρό βαθμό ,το ποσοστό των γενοσήμων είναι 27,4% ενώ της μη χρήσης τους είναι 30%



## ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alarcon, RD.,Aguilar-Gaxiola. SA.(2000), *Mental health policy developments in Latin America*, Bulletin of the World Health Organization ,78(4), 483-91

Animacare.gr, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.animacare.gr/mental-health/ti-einai-i-psyxiki-ygeia>

Anis, M., Harvard, S., Marra, C.(2011) ,*Ontario's plunging price-caps on generics: deeper dives may drown some drugs* ,Open Med 5(3),e149-e153.

Bjornber,A.(2014), Health Consumer Powerhouse: Euro health

Bloor, K., N. Freemantle. (1996), *Lessons From International Experience. In Controlling Pharmaceutical Expenditure II: Influencing Doctors, British Medical Journal*, 312 (7045) : 1525-1527.

Bradley, C. (1992),*Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners*, Br J Gen Pract. , 42,454-458.

Branas, CC., Kastanaki, AE., Michalodimitrakis, M., Tzougas. J., Kranioti. EF., Theodorakis. PN., Carr, BG., Wiebe, DJ. (2015),*The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis*, BJM,5(1),e005619.

Brekke, K., Konigbauer, I., Straume, O. (2007), *Reference pricing of pharmaceuticals.*• Journal of Health Economics, 26(3), 613-642

Brussels, 2015.: Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.healthpowerhouse>.

Bulfone, L.(2009), *High prices for generics in Australia - more competition might help*, May,33(2),200-14

Catalano ,R .(1991), *The health effects of economic insecurity*, Am JPublic Health , 8,1148–1152

Catalano, R. , Aldrete, E., Vega, W., Kolody, B., Ajuilsr-Gaxiola, S .(2000),*Job loss and major depression among Mexican Americans*.Soc Sci Quart ,81,477–487

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly D, Durieux P.(2000), *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issue*, International Journal for Quality in Health Care, Apr,12(2),133-42

Christodoulou ,NG. , Christodoulou, GN. (2013),*Financial Crises: Imoact on mental health and syggested responses*, Editorial,Psychother pstchosom ( in press)

Chu, C., Rudant, E., Bonvalet, M., Agostini, H., Cavalié, P., Bonhomme-Faivre, L., Frenkiel, J., Taillandier, J., Boissonnas, A., Vittecoq, D., Wyplosz, B.(2011), *Generic drug prescriptions following hospital discharge: a prospective study in France*, Eur J Intern Med. 2011 Oct;22(5),e45-9.[ Epub 2011 Mar 15] com/files/ EHCI\_2014/EHCI\_2014\_report.pdf

Delnoij, D. and Brenner ,G. (2000), *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding?* , Health Policy, 52(3),157-169

Driscoll L (1998) , *Mental health promotion, a policy framework*, Ottawa: Policy Research International Inc.

Drydakis ,N.(2015), *The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis*, Social Science & Medicine, 128,43–51.

Dylst ,P., Vulto, A., Simoens, S.(2011), *Tendering for outpatient prescription pharmaceuticals: what can be learned from current practices in Europe?*, Health Policy,101(2),146-52.[ Epub 2011 Apr 21.]

Economou, M., Madianos, M., Peppou, LE., Patelakis, A., Stefanis, CN.(2013), *Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece*, J Affect Disord,145(3),308-314.

Epixeirisi.gr ΦΕΚ Β 3057/18.11.2012, Διαθέσιμο στη δ/ση  
<http://epixeirisi.gr/%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%9A%CE%91%CE%99%CE%A1%CE>

%97%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91/17002/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%92-3057%7C18%5E11%5E2012

Ergen, E. (2012), *Health policy and economics: The adoption of generic drugs in Greek healthcare system*, Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.ergen.gr/files/HealthPolicyEconomicsTheAdoptionOfGenericDrugsInGreekHealthcareSystem.pdf>

Espin, J., Rovira, J. (2009), *Risk sharing for pharmaceuticals: terminology, classification and experiences*, EMINet Report.

European Commission *Η κατάσταση της υγείας στην ΕΕ Ελλάδα προφίλ υγείας 2019*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)

European Commission *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο Ευρωπαϊκού εξαμήνου Συστήματα υγείας*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/european-semester-thematic-factsheet\\_health-systems\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester-thematic-factsheet_health-systems_el.pdf)

European Commission. (2009), *Pharmaceutical Sector Inquiry* Accessed 28 October 2010, Διαθέσιμο στη δ/νση <http://ec.europa.eu/>

European Commission. *Special Eurobarometer 345/Wave 73.2-TNS Opinion & Social Mental Health. Part 1: Report. European Commission; 2010* Oct. 64 p, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_345\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf)

European Core health Indicators. 2011, Διαθέσιμο στη δ/νση , [https://ec.europa.eu/health/indicators\\_data/indicators\\_el](https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_el)

European Commission *Special Eurobarometer 248 /Wave 64.4-TNS opinion & Social. Mental Well-being May 2006*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_248\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf)

Fountoulakis, KN., Grammatikopoulos, IA., Koupidis, SA., Siamouli, M., Theodorakis, PN.(2012), *Health and the financial crisis in Greece*. The Lancet,379(9820),1001-1002



Fountoulakis, KN., Savopoulos, C., Siamouli, M., Zaggelidou, E., Mageiria, S., Iacovides ,A., Hatzitolios, A.(2013), *Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 263(5),441-444.

Geitona M, Zavras D, Hatzikou M,Kyriopoulos J( 2006), *Generics market in Greece: The pharmaceutical industry's beliefs*, Health Policy 79:35–48

Gili M, Roca M, Basu S , Mckee M , Stuckler D (2013), *The mental healthrisks of economic crisis in Spain: evidence from primary carecenters, 2006 and 2010*, Eur J Public Health, 23,103–108

Goering P et al. (1997) , *Review of the best practices in mental health reform*, Ottawa: Health Canada

Gomel, MK. et al .(1995) ,*Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use*, Social Science and Medicine, 47,203-11.

Gustavsson, A., et al.(2011), *Cost of disorders of the brain in Europe 2010*, Eur. Neuropsychopharmacol, doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008

Hassali, M.A., Alrasheedy, A.A., McLachlan, A., Nguyen, T.A., Al-Tamimi, S.K., Ibrahim, M.I., & Aljadhey, H.(2014), *The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: a review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use*, Saudi Pharm J. 22(6):491- 503

Hassali, M. A., Shafie, A. A., Jamshed, S., Ibrahim, M. I., & Awaisu, A. (2009), *Consumers views on generic medicines: a review of the literature. International Journal of Pharmacy Practice*, 17(2), 79-88.

Health Canada(1998), *Review of best practicesin mental health reform*, Ottawa: Clarke Institute of Psychiatry and Health Canada

Hogan, M .(2006), *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*, Ευθυμίου, Κ. , Μαυροείδη .Α., Παυλάτου, Ε ., Καλαντζά – Αζιζί

- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbinton, P. , Bugha, T., Farrell, M., Coid, J. et al. (2008), *Debt income and mental disorder in the general population*, *Psychol Med* , 38,1485–1493
- Kanavos, P. L., Seeley, E., Vandonos, S. (2009b), *Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium*, European Commission.
- Kanavos, P., Casson, M. (2011), *Evaluating generic pharmaceutical policies in Europe*, European Observatory, forthcoming.
- Kanavos, P., Costa-Font, J., Seeley, E. (2008), *Competition in off-patent drug markets: Issues, regulation and evidence. Economic Policy* ,23(55), 599-544.
- Kanavos, P., Vandonos, S .(2011), *Determinants of price differences in OECD countries*, Health Economics Policy and Law, forthcoming.
- Kanavos, P., Vandonos, S. (2010), *Competition in Prescription Drug Markets: Is Parallel Trade the Answer? Managerial and Decision* ,Economics 31(5) ,3265-338.
- Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN. *Suicide in Greece: 2001-2011*, *Psychiatriki*. 2013;24(3):170-174.
- Lawspot *Νόμος 4337(2015)*, Διαθέσιμο στη δ/ση <https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/nomos-4337-2015>
- Lee ,S ., Guo, W .,Tsang , A., Mak, AD.et al. (2010), *Evidence forthe 2008 economic crisis exacerbating depression in HongKong*. *J Affect Disorders* , 126,125–133
- Iaropoulos,L.(2012), *Greek economic crisis: not a tragedy for health*, *BMJ*, 345,e7988.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C.(2011), *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,46(10),943-952.
- McGuire, A., Drummond, M., Rutten, F. (2002), *Regulating pharmaceuticals in the European Union. In Funding health care: options for Europe*, ed. E. Mossialos, A., Dixon, J., Figueras, J., Kutzin, 130-143. Buckingham, Open University Press.

Ministry of Health, Mental Health Unit Chile (2000), *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatria / National Mental Health and Psychiatry Plan*

Moon, J., Flett, A., Godman, B., Grosso, A., Wierzbicki, A. (2010), *Getting better value from the NHS drugs budget*, The BMJ Journal, Vol.341

Mrazek, M. and E. Mossialos. (2004), *Regulating pharmaceutical prices in the European Union. In Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, Ed. Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T., Geneva, World Health Organization.

Mylona, K., Tsiantou, V., Zavras, D., Pavi, E., Kyriopoulos, J. (2014), *Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis*, Public Health., 128(8), 752-754.

OBIG. 2006, *Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States*, [http://ec.europa.eu/competition/mergers/studies\\_reports/oebig.pdf](http://ec.europa.eu/competition/mergers/studies_reports/oebig.pdf) [Accessed 29 October 2010]

OECD. *Health at a glance 2014*, OECD Indicators, OECD, 2014.

OECD. *Health at a Glance 2015*, OECD Indicators, Paris, OECD Publishing, 2015.

Palagyi, M., & Iassanova, M. (2008), *Patients attitudes towards experiences with use of generics in Slovakia, performance of generic substitution*, Bratisl Lek Listy, 109 (7), pp. 324-328.

Patel, V. (2001), *Poverty, inequality, and mental health in developing countries*. In: Leon, D., Walt, G., eds, *Poverty, inequality and health: an international perspective*,. Oxford: Oxford University Press Inc, p. 247-61.

Paul, K., Moser, K. (2009), *Unemployment impairs mental health: Meta-analysis*, J Vocat Behav, 74, 264–282

PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement) *Pharma Profile: Sweden, 2007* OBIG (Osterreichisches Bundesinstitut fur Gesundheitswesen [https://www.researchgate.net/publication/261103849\\_Pharmaceutical\\_Pricing\\_and\\_Reimbursement\\_Information\\_Report](https://www.researchgate.net/publication/261103849_Pharmaceutical_Pricing_and_Reimbursement_Information_Report)

PPRI 2008 (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement*) *Pharma Profile: France, OBIG* (Osterreichisches Bundesinstitut fur Gesundheitswesen, (2008)

PPRS 2009 (*The pharmaceutical price regulation schema 2009*) Διαθέσιμο στη δ/νση : [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/207462/dh\\_098498.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207462/dh_098498.pdf)

Puig-Junoy, J. (2010), *Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review*, *Pharmoeconomics*, 28(8), 649-663.

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., Hadjichristodoulou, C. (2015), *What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012)*, *BMJ*, 5(3),e007295.

Sriram, TG. et al. (1990), *Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81,414-7

Theodorou M et al., *Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey*, *BMC Health Services Research* 2009, 9:150 doi:10.1186/1472-6963-9-150, 2009.

Tripsa ,T., Kalpaxoglou, M., Papamanoli, A., Saridi, M., Rekleiti, M. , Souliotis, K.(2012), *Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece*, *Hellen J Nurs Sci* , 5,27–39

Tsiantou ,V. et al.(2009), *Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices*, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34, pp. 547–554

Tsiantou ,V., Shea, S., Martinez, L. et al . (2013), *Eliciting general practitioners' salient beliefs towards prescribing:A qualitative study based on the Theory of Planned Behaviour in Greece*, *J Clin Pharm Ther*, 38,109–114

Vandoros ,S., Stargardt, T.(2013), *Reforms in the Greek pharmaceuticalmarket during the financial crisis*, *Health Policy* ,109,1–6

Vandoros, Sotiris. and Stargardt ,Tom.(2013), *Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis*, *Health Policy*, 109 (1). pp. 1-6. ISSN 0168- 8510

Wang ,JL., Smailes, E., Sareen, J ., Fick ,GH . et al (2010), *The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis*. Can J Psychiatry, 55,598–605

World Health Organization (1989), *Consumer Involvement in Mental Health and Rehabilitation Services*, Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

World Health Organization(1993a), *Essential treatments in psychiatry*, Geneva: World health Organization, *Division of Mental Health*

World Health Organization(1993b), *Essential drugs in psychiatry*, Geneva: World health Organization, *Division of Mental Health*

World Health Organization (1994), *Quality assurance in mental health care: check lists and glossaries*, Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health

World Health Organization (1998b), *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1999), *Setting the WHO agenda for mental health*,. Geneva: *World Health Organization, Department of Mental Health, Social Change and Mental Health*.

World Health Organization(2000a) ,World health report 2000 ,*Health system: improving performance*,Geneva: World health Organization

World Health Organization(2001a), World health report 2001, *Mental health new understanding , new hope*,. Geneva: World health Organization

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αλεξόπουλος , *Η ψυχιατρική διάγνωση και τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα* , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED987/03-DSM\\_ICD.pdf](https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED987/03-DSM_ICD.pdf)

Ανθρώπινης χρήσης, *Γενόσημα προϊόντα*., Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.eof.gr>

Βέττας ,N ., Τσακανίκας, Α.(2020), *Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα : Γεγονότα και στοιχεία 2019 & η συμβολή του κλάδου φαρμάκου στην οικονομία*, Διαθέσιμο στη δ/νση 202/RES\_05\_A\_22062020\_PRE\_GR.pdf

Γεωργάρακης Μ (2010), *In vivo αξιολόγηση των γενοσήμων Μελέτη Βιοισοδυναμίας* , Διαθέσιμο στη δ/ση [http://www.medicalrecords.gr/debe\\_2010/slides/Day%201/016.Georgarakis.pdf](http://www.medicalrecords.gr/debe_2010/slides/Day%201/016.Georgarakis.pdf)

Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας, Γ., Κονταξάκης, Β.(2012), *Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα*, Ψυχιατρική,23(1),29-38.

Δασκαλόπουλος , *Η έννοια της ψυχικής ασθένειας στην ψυχιατρική*, Διαθέσιμο στη δ/ση [http://psi-gr.tripod.com/psychiatric\\_disease.html](http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html)

διαNEOσις (2016), *Η ψυχική υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης*, Διαθέσιμο στη δ/ση [https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)

*Δικαιώματα του Ανθρώπου Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2014)* .Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων Διαθέσιμο στη δ/ση: [https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/11/Greece\\_National-action-plan-on-human-rights.pdf](https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/11/Greece_National-action-plan-on-human-rights.pdf)

ΕΚ 2001/83 οδηγία άρθρο 10, παράγραφος 2 Διαθέσιμο στη δ/ση : <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=210765&pageIndex=0&doclang=EL&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=620932>

*Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου-Έρευνα Υγείας: Έτος( 2014.) Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015.*

Ε-Νομοθεσία.gr *Υπουργική από Γ5 (α) οικ 889791 ΦΕΚ 2577/Β/30-11-2015*, Διαθέσιμο στη δ/ση <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/farmakeia/ya-g5-a-oik-88979-2015.html>

ΕΟΦ Δελτίου τύπου , Διαθέσιμο στη δ/ση [http://www.eof.gr/web/guest/press;jsessionid=2e058284552a707514317186a5ba?p\\_p\\_id=62\\_INSTANCE\\_WZt6&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_articles%2Fview&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_groupId=12225&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_articleId=88476&\\_62\\_INSTANCE\\_WZt6\\_version=1.0](http://www.eof.gr/web/guest/press;jsessionid=2e058284552a707514317186a5ba?p_p_id=62_INSTANCE_WZt6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_WZt6_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_WZt6_groupId=12225&_62_INSTANCE_WZt6_articleId=88476&_62_INSTANCE_WZt6_version=1.0)

ΕΟΦ Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.. (Αθήνα, 2012), *Δελτία τύπου προϊόντων*

Επίσημη εφημερίδα ευρωπαϊκών κοινοτήτων οδηγία 89/105/ΕΟΚ ,Διαθέσιμο στη δ/νση <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=OJ%3AL%3A1989%3A040%3ATOC>

Ευθυμίου, Κ., Αργαλία, Ε., Κασκαμπά, Ε., Μακρή, Α.(2013), *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα*. Εγκέφαλος, 50, 22-30

Ευρωπαϊκή Ένωση ΕΣΠΑ 2014-2020, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.espa.gr/el/pages/staticEurope2020.aspx>

Ευρωπαϊκή Ένωση 2006/C 146/01, *Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης* ,Διαθέσιμο στη δ/νση [.http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2019 ), *Επιβολή των κανόνων ανταγωνισμού στον φαρμακευτικό κλάδο 2009-2017* ) , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/report2019/report\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/report2019/report_el.pdf)

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2011) *Περιβάλλον Δημόσια υγεία και ασφάλεια τροφίμων Διάφορες στο κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων και στην πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα στην ΕΕ* , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI\\_ET\(2011\)451481\\_EL.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481_EL.pdf)

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2014-2019, *Προώθηση της ισότητας των φύλων στην ψυχική υγεία και την κλινική έρευνα* , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028\\_EL.pdf?redirect](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028_EL.pdf?redirect)

Εφημερίδα της κυβέρνησης(2010) *Νόμος Υπ αριθ 3840/201053/Α31.03.2010* άρθρο 14 Αρ φύλου 53 σελ 1165 , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/fek\\_53.%CE%91.31.3.2010.pdf](https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/fek_53.%CE%91.31.3.2010.pdf)

Εφημερίδα της κυβέρνησης(2012) *Αρ φύλου 3047 σελ45967*, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2015/01/285.pdf>

Εφημερίδα της κυβέρνησης(2014) *Αρ οικ 15942 Αρ φυλου1186/B/09.05.2014 σελ16847*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/06/Genosima\\_oria\\_sintagografisis\\_1186\\_%CE%92\\_9.5.2014.pdf](https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/06/Genosima_oria_sintagografisis_1186_%CE%92_9.5.2014.pdf)

Εφημερίδα της κυβέρνησης(2017) *Νόμος Υπ αριθ 4472 Αρ φύλου 74 /Α/19.05.2017 άρθρο 88 σελ993*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.kodiko.gr/nomologia/document\\_navigation/264636/nomos-4472-2017](https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/264636/nomos-4472-2017)

Εφημερίδα της κυβέρνησης (2018) *ΦΕΚ 4065 /2018 σελ 50553 Τροποποίηση της υπ' αριθμ. οικ Γ5/63587/2015*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2018/09/fek4065b17092018\\_Exemption-of-GX-and-vaccines-from-clawback.pdf](https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2018/09/fek4065b17092018_Exemption-of-GX-and-vaccines-from-clawback.pdf)

Εφημερίδα της κυβέρνησης (2019) *Αρ Δ3(α) οικ 82331 ΦΕΚ Αρ φυλου 4274 Β' /22.11.2019 σελ48551*, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2020/01/1574504146302700.pdf>

Εφημερίδα της κυβέρνησης(2019) *Νόμος Υπ αριθμ4638 /2019 ΦΕΚ Αρ φυλου181 Α' /18.11.2019 σελ 4933*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.e-forosimv.gr/docs/fek\\_a\\_181\\_2019.pdf](https://www.e-forosimv.gr/docs/fek_a_181_2019.pdf)

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Δελτίο Τύπου.(2015), *Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα – Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας- Πρόληψη*. Αποτελέσματα της μελέτης EMENO. Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

IOBE (2012), *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Διαθέσιμο στη δ/νση* : [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_03022013REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_03022013REP_GR.pdf)

IOBE (2013) Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών(2013), *Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας*. IOBE, Αθήνα, 2013, Διαθέσιμο στη δ/νση [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_01022013REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01022013REP_GR.pdf)

IOBE (2014) Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2013*. IOBE, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα,2014, Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.iobe.gr/docs/research>



IOBE (2018 ), *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & στοιχεία*, Διαθέσιμο στη δ/νση [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_22042019\\_REP\\_GR.PDF](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22042019_REP_GR.PDF)  
202/RES\_05\_A\_22062020\_PRE\_GR.pdf

IOBE (2019), *Η φαρμακευτική αγωγή στην Ελλάδα Γεγονότα και Στοιχεία* , Διαθέσιμο στη δ/νση [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_22062020\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf)

Κολίσης Φ(2011) , *Διαλύοντας τον μύθο του γενετικού προκαθορισμού* Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών Ψυχική Υγεία Σύγχρονες προσεγγίσεις –προβληματισμοί .Εκδόσεις Ελένη Γραμματικοπούλου Διαθέσιμο στη δ/νση <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8701/1/m010550.pdf>

Κυριακόπουλος Ι (2014), *Φάρμακο, Υγείας και Οικονομία Τομέας Οικονομικών της Υγείας* , Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας , Διαθέσιμο στη δ/νση <https://docplayer.gr/474495-Farmako-ygeia-kai-oikonomia.html>

Λιαργκόβας ,Π.(2020), *Η Ελληνική οικονομία ανάμεσα σε κρίσεις . Η διεθνής οικονομική κρίση , τα μνημόνια και ο κορωνοϊός. Δέκα χρόνια κρίσης , τρία μνημόνια και ένας κορωνοϊός*, Εκδόσεις Πατάκη

Λογιστικός Ασφαλιστικός Φοροτεχνικός & Νομικός Σύμβουλος Αριθ οικ 110708/ΦΕΚ3047/16.11.2012, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.e-forosimv.gr/details.asp?ID=15329&cat=58>

Ν. 4025/2011 (228 Α'/2012) άρθρο 38 Διαθέσιμο στη δ/νση : <https://www.isathens.gr/images/nomoi/4025-2011.pdf>

Ν. 4337/2015. *Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων*, ΦΕΚ 129/Α/17.10.2015

Ν 2071/1992 ΦΕΚ123/15.05.1992, *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας*, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>

Ξανθοπούλου, Σ., Κατσαλιάκη, Κ .(2016), *Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης* ,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(5), 583-595

Οικονόμου, Μ., και συν (2012), *Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη : Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης* , Ψυχιατρική23(1) , 17-28

Οικονόμου, Μ., Πέππου, ΛΕ., Φουσκετάκη, Σ., Θελερίτης, Χ., Πατελάκης, Α., Αλεξίου, Τ., Μαδιανός, Μ., Στεφανής, Κ.(2013), *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών*, Ψυχιατρική,24(4),247-261.

Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών *Τα φάρμακα μας γενόσημα*, Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.pef.gr/farmaka/genosima/>

ΠΕΦ (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών ) – *βιοϊσοδυναμία* , Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.pef.gr/farmaka/bioisodynamia/>

Ποντίκη Ε (2013) , *Η πολιτική των γενοσήμων φαρμάκων (generics) σε Ευρωπαϊκό επίπεδο . Η ιδιαιτερότητα της Ελλάδας*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.pharm.auth.gr/sites/default/files/dialexeis\\_praktikis\\_ear-2013.pdf](https://www.pharm.auth.gr/sites/default/files/dialexeis_praktikis_ear-2013.pdf)

ΠΟΥ (2001), *Έκθεση για την Παγκόσμια υγεία Ψυχική Υγεία : Νέα αντίληψη , Νέα Ελπίδα*, Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.who.int/mental\\_health/resources/worldhealth\\_report2001\\_greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/resources/worldhealth_report2001_greek.pdf)

ΠΟΥ (2003), *Πολιτική –Σχέδια Δράσης και Προγράμματος ψυχικής υγείας* , Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.who.int/mental\\_health/policy/mhpolicy\\_module\\_Greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_module_Greek.pdf)

ΠΟΥ (2003), *Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας* ,Διαθέσιμο στη δ/νση [https://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_context\\_greek.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf)

ΠΟΥ 2003 *Χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας* Μετάφραση Πασαντώπουλος 2005 Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας – Διεύθυνση ψυχικής υγείας 2005 . Διαθέσιμο στη [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q29eNgY4L\\_4J:https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/1098-paketo-odhgiwn-pagkosmioy-organismoy-ygeias-gia-thn-psyikh-ygeia%3Ffdl%3D3609+&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q29eNgY4L_4J:https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/1098-paketo-odhgiwn-pagkosmioy-organismoy-ygeias-gia-thn-psyikh-ygeia%3Ffdl%3D3609+&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr)

ΣΦΕΕ ( Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος), Διαθέσιμο στη δ/νση <https://www.sfee.gr/dite-ti-schetiki-nomothesia-se-morfi-pinaka-genosima/>

ΥΔΡΙΑ,(2014), *Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και Αποτύπωση*, Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.hydria-nhns.gr/>

Υπουργική Απόφαση Γ5(α)/οικ. 88979. *Διατάξεις τιμολόγησης-φαρμάκων*. ΦΕΚ 2577/Β/30.11.2015

Ψυχιατρική 23(1) 2012 σελ 12 , Διαθέσιμο στη δ/νση <http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012.pdf>