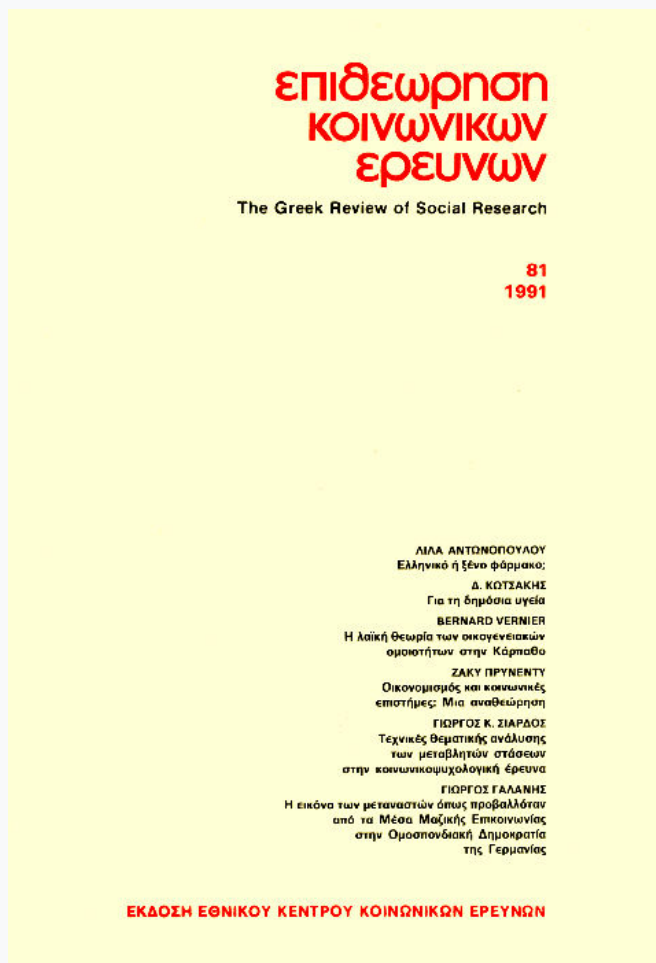


The Greek Review of Social Research

Vol 81 (1991)

81



Ελληνικό ή ξένο φάρμακο;: στατιστική διερεύνηση, με την ανάλυση των αντιστοιχιών, της επιλογής των γιατρών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης

Λίλα Αντωνοπούλου

doi: [10.12681/grsr.589](https://doi.org/10.12681/grsr.589)

Copyright © 1991, Λίλα Αντωνοπούλου



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Αντωνοπούλου Λ. (1991). Ελληνικό ή ξένο φάρμακο;: στατιστική διερεύνηση, με την ανάλυση των αντιστοιχιών, της επιλογής των γιατρών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. *The Greek Review of Social Research*, 81, 3–21.
<https://doi.org/10.12681/grsr.589>

ΔΙΟΡΘΩΣΗ

Στο εξώφυλλο, στον Πίνακα Περιεχομένων και στις κεφαλίδες του άρθρου του Δ. Κωτσάκη, ο δαίμων του τυπογραφείου τη λέξη ΠΑΙΔΕΙΑ την έκανε ΥΓΕΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΛΙΑ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ: Ελληνικό ή ξένο φάρμακο; Στατιστική διερεύνηση, με την ανάλυση των αντιστοιχιών, της επιλογής των γιατρών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης	3
Δ. ΚΩΤΣΑΚΗΣ: Για τη δημόσια υγεία	22
BERNARD VERNIER: Η λαϊκή θεωρία των οικογενειακών ομοιοτήτων στην Κάρπαθο: Πάνω στην κοινωνική γένεση των αντιλήψεων	47
ZAKY PRYNENTY: Οικονομισμός και κοινωνικές επιστήμες: Μια αναθεώρηση	63
ΓΙΩΡΓΟΣ Κ. ΣΙΑΡΔΟΣ: Τεχνικές θεματικής ανάλυσης των μεταβλητών στάσεων στην κοινωνικοψυχολογική έρευνα	81
ΓΙΩΡΓΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ: Η εικόνα των μεταναστών όπως προβαλλόταν από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας	91
ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΡ. ΙΩΑΝΝΟΥ: Βιβλιοκρισία	141

Λίλα Αντωνοπούλου

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ Ή ΞΕΝΟ ΦΑΡΜΑΚΟ;
Στατιστική διερεύνηση, με την ανάλυση
των αντιστοιχιών, της επιλογής των γιατρών
στην περιοχή της Θεσσαλονίκης**

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φαρμακευτική πολιτική που ακολουθήθηκε από την κυβέρνηση της χώρας κατά την περίοδο 1983-1989, εκτός από την παραδοσιακή πτυχή της που συνίστατο στην προστασία της δημόσιας υγείας, είχε θέσει στόχο την ανάπτυξη της βιομηχανίας στον φαρμακευτικό και τον παραφαρμακευτικό τομέα διαμέσου της ανάληψης, εκ μέρους του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), κρατικών επενδυτικών πρωτοβουλιών στο χώρο της παραγωγής και της διακίνησης φαρμακευτικών προϊόντων.

Ανάμεσα στις πρωτοβουλίες αυτές, η ίδρυση και η λειτουργία της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (ΕΦ) είχαν προβληθεί ως αξιόπιστες εγγυήσεις για την υλοποίηση των μακροχρόνιων σχεδίων της τότε κυβερνητικής πολιτικής, «με τελικό στόχο την εξέλιξη της δομής και των δυνατοτήτων της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας».¹ Στην πραγματικότητα, η ΕΦ αποτέλεσε το «πείραμα» —όπως αποκλήθηκε— της κρατικής παρέμβασης στην παραγωγή του φαρμάκου, για την επιτυχία του οποίου «η κατανόηση και η αναγνώριση του ρόλου της ΕΦ από κάθε Έλληνα υγειονομικό αποτελούν μοχλό για την ανάπτυξη του τομέα φαρμάκων και προϊόντων υγείας στην Ελλάδα».²

Η Λίλα Αντωνοπούλου είναι δρ Οικονομίας της Υγείας (Πανεπιστήμιο της Ντιζόν, Γαλλία), λέκτορας του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Α.Π.Θ.

1. Όπως δηλώνεται στο έντυπο της Εθνικής Βιομηχανίας *Φροντίδα για τον τομέα «ΥΓΕΙΑ»*. Ανάπτυξη της Εθνικής Οικονομίας, Αθήνα 1990, 18.

2. Βλ. στο ίδιο.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το μέσο για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων της κυβερνητικής πολιτικής στο φάρμακο ήταν, αναπόφευκτα, ο γιατρός με τη συνταγογραφική του λειτουργία, θεωρήσαμε σκόπιμο να διερευνηθεί κατά πόσον ο γιατρός, με τη στάση του απέναντι στο ελληνικό ή ξένο φάρμακο, εκδήλωσε την αναγνώρισή του απέναντι στο ρόλο και τα προϊόντα της ΕΦ.

Σκοπός λοιπόν αυτής της έρευνας —η οποία πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Θεσσαλονίκης— είναι η διερεύνηση των προτιμήσεων του γιατρού για φάρμακα της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας (των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών και της ΕΦ) ή της ξένης, στις περιπτώσεις ομοειδών ιδιοσκευασμάτων.³ Η στάση αυτή του γιατρού κατά τη συνταγογραφική του λειτουργία θα εξεταστεί σε σχέση με ορισμένα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, με την πηγή της ενημέρωσής του για τα προϊόντα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά, καθώς και σε σχέση με τις ιδιαίτερες απόψεις του για την κρατική παρέμβαση στον ευαίσθητο χώρο του φαρμάκου.

Ένας άλλος σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσον η συμπεριφορά του γιατρού, κατά τη συνταγογραφική του λειτουργία, ειδικά απέναντι στο ελληνικό φάρμακο, επηρεάστηκε από τη φαρμακευτική πολιτική που ασκήθηκε κατά την περίοδο 1983-1989.

2. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το φάρμακο προκαλεί αλληλοσυγκρουόμενες αντιδράσεις, ανάλογα με τα πλέγματα συμφερόντων —ιδιωτικών ή δημοσίων— τα οποία η εμπορευματοποίησή του θίγει ή αμφισβητεί.

Οι αντιδράσεις αυτές απορρέουν από την αμφισημία του φαρμακευτικού

3. Στα φάρμακα της ξένης φαρμακοβιομηχανίας ανήκουν εκείνα που κυκλοφορούν με την επωνυμία της ξένης επιχείρησης (εισαγόμενα φάρμακα των εγκατεστημένων στην Ελλάδα θυγατρικών εταιρειών), καθώς κι εκείνα των ξένων εταιρειών που συσκευάζονται στην Ελλάδα σε εγχώριες βιομηχανικές μονάδες αλλά κυκλοφορούν με την επωνυμία της ξένης επιχείρησης. Στα φάρμακα της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας συγκαταλέγονται: οι αντιγραφές ξένων φαρμάκων που διατίθενται στην αγορά ως generics (φαρμακευτικά προϊόντα που δεν καλύπτονται με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας), τα φάρμακα που παράγονται από ελληνικές εταιρείες κατόπιν παραχώρησης του δικαιώματος παραγωγής και κυκλοφορίας από ξένες εταιρείες έναντι αμοιβής, τα φάρμακα των ελληνικών εταιρειών οι οποίες έχουν παραχωρήσει μέρος του μετοχικού τους κεφαλαίου σε ξένες επιχειρήσεις (βλ. τη μελέτη μου *Η κρατική πολιτική για το φάρμακο στις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου. Αναφορά στις απαρχές της ελληνικής εμπειρίας*. Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1987, 84).

προϊόντος — κοινό βιομηχανικό προϊόν αλλά και κοινωνικό αγαθό, το κόστος του οποίου κοινωνικοποιείται σε μεγάλο βαθμό μέσω των οργανισμών της κοινωνικής ασφάλειας. Ο αμφίσημος χαρακτήρας του φαρμάκου επηρεάζει τις δημόσιες αρχές, οι οποίες άλλοτε μεν επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικονομική και δημοσιονομική όψη του προϊόντος, άλλοτε στην κοινωνική του όψη, άλλοτε δε εκφράζουν τη βούληση για μια ισόρροπη αντιμετώπιση των δύο όψεων του φαρμάκου.⁴

Η συγκρουσιακή διάσταση των ζητημάτων που σχετίζονται με το φάρμακο χαρακτηρίζει και το ζήτημα της συμπεριφοράς του γιατρού ως συνταγογράφου. Πράγματι, ως αποκλειστικός φορέας αυτής της δραστηριότητας, ο γιατρός προσελκύει από τη μια μεριά το ενδιαφέρον των φαρμακευτικών εταιρειών (αποτελεί, στην ουσία, τον πραγματικό τους πελάτη, αυτόν που αποφασίζει για την εμπορική αποτυχία ή επιτυχία των προϊόντων τους) και, από την άλλη μεριά, το ενδιαφέρον των δημοσίων αρχών. Για τις δημόσιες αρχές, ο γιατρός συνιστά έναν από τους κύριους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, θα τον προτιμούσαν δε πιο προσεκτικό στον υπολογισμό των πλεονεκτημάτων και του κόστους των προϊόντων που αναγράφει με το να λαμβάνει περισσότερο υπόψη του το συλλογικό συμφέρον.⁵

Αυτή η μέριμνα των δημοσίων αρχών για περιορισμό της δαπάνης του δημοσίου εκδηλώνεται σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες με την εφαρμογή συστημάτων ελέγχου της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων (Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ιταλία), ενώ σε άλλες —όπου κυριαρχεί πλήρης ελευθερία στη διαμόρφωση των τιμών— εκδηλώνεται κυρίως με τον έλεγχο της συνταγογραφίας των γιατρών.⁶ Το παράδειγμα της Γερμανίας και της Ολλανδίας είναι το αντιπροσωπευτικότερο για τη δεύτερη αυτή κατηγορία, αφορά δε την επιβολή ανώτατων ορίων στη συνταγογραφία του κάθε γιατρού σε

4. F. Massart, *L' Europe du médicament en 1992*, Editions Academia, Louvain-la-Neuve, 1988, 11.

5. Για μια διεξοδικότερη παρουσίαση αυτής της θεματικής, βλ. στο *AGORA - Ethique médecine société*, Μάιος-Ιούνιος 1989, στο κεφάλαιο «Prescription: Le Médicament et son ombre» (σ. 188 επ.).

6. Είναι εξάλλου χαρακτηριστικό ότι στο πλαίσιο της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς του 1993, η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα δεν κατόρθωσε να ελέγξει τα εθνικά συστήματα ελέγχου των δημοσίων δαπανών για το φάρμακο (συστήματα τα οποία συνιστούν εμπόδια στην ελεύθερη κυκλοφορία των φαρμακευτικών προϊόντων στην κοινοτική αγορά), με τελικό αποτέλεσμα η κοινοτική ρυθμιστική παρέμβαση (η οποία θα κατέβαινε, μέσω του περιορισμού της ρυθμιστικής εμβέλειας των εθνικών καθεστώτων ελέγχου των δημοσίων δαπανών, στην ελευθέρωση της κυκλοφορίας των φαρμάκων στην Κοινότητα), να περιοριστεί στην καθιέρωση της υποχρέωσης «διαφάνειας» (transparence) κατά τη λειτουργία των εθνικών καθεστώτων ελέγχου των δημοσίων δαπανών για το φάρμακο: βλ. εκτενέστερα D. Bégué-Aboulker, F. Courcelle, G. Duru, «Une nouveauté en matière de médicament. La directive transparence», *Journal d' Economie Médicale*, τ. 8, αρ. 1 (1990), 15 επ.

συνάρτηση με την εξέλιξη των τιμών των φαρμάκων, τον αριθμό των ατόμων που περιθάλπονται, κλπ.⁷

Στην Ελλάδα, επίσης, στόχους ορθολογικοποίησης των πόρων που διατίθενται για την περίθαλψη επικαλέστηκε η κυβέρνηση της περιόδου 1983-1989 όταν ίδρυε τον ΕΟΦ και τις εξαρτημένες από αυτόν επιχειρήσεις (την ΕΦ και την Κρατική Φαρμακαποθήκη). Όμως, με τη δημιουργία αυτών των δημοσίων οργανισμών επιχειρήθηκε άμεση κρατική παρέμβαση στον τομέα της παραγωγής και της εμπορίας φαρμάκων, με αποτέλεσμα να μας ενδιαφέρει η στάση του γιατρού ως «καταναλωτή» του κρατικής παραγωγής φαρμάκου, με όλα τα φυσιογνωμικά γνωρίσματα που η στάση αυτή διαθέτει.

Προς το σκοπό αυτό, λοιπόν, διερευνήθηκαν, καταρχήν, με τα ερωτήματα που υποβλήθηκαν στους γιατρούς του δείγματός μας, ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του γιατρού, όπως είναι το επίπεδο της μετεκπαίδευσής του, η κατοχή ή όχι ακαδημαϊκού τίτλου, το είδος της εργασιακής του σχέσης, καθώς και η επαγγελματική του εμπειρία με κριτήριο τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματός του.

Στη συνέχεια, έγινε προσπάθεια διερεύνησης των προτιμήσεων του γιατρού κατά τη συνταγογραφία. Ειδικότερα, σε περίπτωση ομοειδών ιδιοσκευασμάτων, ο γιατρός επιλέγει το ιδιοσκεύασμα των ξένων φαρμακοβιομηχανιών, της ΕΦ, των ιδιωτικών ελληνικών εταιρειών, ή μήπως δεν είχε ιδιαίτερη προτίμηση;

Ακολούθως, με ένα άλλο ερώτημα που τέθηκε στους γιατρούς του δείγματος προσπαθήσαμε να ανιχνεύσουμε την πιθανότητα που έχει το ελληνικό ιδιοσκεύασμα να αναγραφεί από το γιατρό. Για το σκοπό αυτό επιλέξαμε 15 κατηγορίες φαρμάκων ως τις πιο αντιπροσωπευτικές – αυτές δηλαδή που περιλαμβάνουν τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα, θέτοντας το ερώτημα σε ποια από αυτές τις κατηγορίες ο γιατρός δίνει σήμερα και ελληνικό φάρμακο «συχνά», «πολύ συχνά», «σπάνια» ή «ποτέ».

Επίσης, επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε την πιθανή μεταβολή της συμπεριφοράς του γιατρού απέναντι στο ελληνικό φάρμακο, με το ερώτημα αν αναγράφει τα ελληνικά φάρμακα κατά τα τελευταία χρόνια συχνότερα ή σπανιότερα απ' ό,τι στο παρελθόν, ή αν δεν μετέβαλε καθόλου τη στάση του. Στο ζήτημα αυτό, το ενδιαφέρον μας επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της θετικής ή αρνητικής επίδρασης που είχε, για το ελληνικό φάρμακο, η κυβερνητική πολιτική της περιόδου 1983-1989.

Με άλλες ομάδες ερωτήσεων προς τους γιατρούς του δείγματός μας επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η πηγή της ενημέρωσης την οποία χρησιμοποιεί ο

7. Βλ. και F. Massart, *L' Europe de la santé. Hasard et/ou nécessité?*, Louvain-la-Neuve, Academia, 1988, 202.

γιατρός σχετικά με τα νέα ιδιοσκευάσματα που κυκλοφορούν στην αγορά, καθώς και κατά πόσον επαρκούν οι γνώσεις της φαρμακολογίας που απέκτησε κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών του σπουδών.

Σχετικά με την ενημέρωση, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή αναπτύχθηκε, καταρχήν, ως δραστηριότητα της ίδιας της φαρμακευτικής βιομηχανίας ήδη από την εποχή που τα φαρμακευτικά προϊόντα άρχισαν να διατίθενται στην αγορά ως ιδιοσκευάσματα (με εμπορική δηλαδή επωνυμία). Η μαζική τους παραγωγή απαιτούσε τη μαζική τους χρησιμοποίηση, με αποτέλεσμα, μέσα σ' ένα κλίμα έντονου ανταγωνισμού που βαθμιαία διαμορφώθηκε, η κατάσταση της ιατρικής συνταγογραφίας—μέσω της ιατρικής ενημέρωσης— από την κάθε εταιρεία να έχει μέγιστη σπουδαιότητα για την προώθηση των πωλησέων της.⁸ Οι φαρμακευτικές εταιρείες στις βιομηχανικές χώρες, καθιστώντας την πρακτική των ιατρικών επισκεπτών ως την κυριότερη πρακτική ιατρικής ενημέρωσης, διαθέτουν για το σκοπό αυτό—όπως έχει εκτιμηθεί από σχετικές μελέτες⁹— πάνω από το 50% των εξόδων προώθησης των προϊόντων τους. Σε ό,τι δε αφορά τη μελέτη μας, αξίζει να τονιστεί ότι ο ΕΟΦ, το 1985, με υπουργική απόφαση κατέστη «θεματοφύλακας» των ηθικών και επιστημονικών προδιαγραφών που πρέπει απαραίτητα να χαρακτηρίζουν την επιστημονική ενημέρωση που διεξάγεται από τις εταιρείες γύρω από το φάρμακο και, επιπρόσθετα, καθιέρωσε τον δικό του μηχανισμό ενημέρωσης των γιατρών τόσο με έντυπο υλικό όσο και με ιατρικούς επισκέπτες.¹⁰

Έτσι, στους γιατρούς του δείγματός μας υποβλήθηκε το ερώτημα αν επηρεάζονται, κατά τη συνταγογραφική τους λειτουργία, κυρίως από τις δραστηριότητες ενημέρωσης της φαρμακευτικής βιομηχανίας (μέσω των ιατρικών τους επισκεπτών) ή από εκείνες του ΕΟΦ, όπως επίσης τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν άλλες πηγές ενημέρωσης που πιθανόν χρησιμοποιούν (επιστημονική ενημέρωση σχετικά με τη δραστική ουσία, διασταύρωση πληροφοριών με συναδέλφους, κλπ.).

Τέλος, στους γιατρούς του δείγματος υποβλήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψη που έχουν διαμορφώσει για το περιεχόμενο και την πορεία της κυβερνητικής φαρμακευτικής πολιτικής. Ειδικότερα, διατυπώθηκαν τα ερωτήματα για τον τομέα στον οποίο μια εθνική φαρμακευτική πολιτική πρέπει να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς και σε ποιον τομέα θεωρούν ότι ήταν επιτυχής η κυβερνητική πολιτική της περιόδου 1983-1989.

8. Για μια κλασική και λεπτομερειακή επισκόπηση των πρακτικών της φαρμακοβιομηχανίας, βλ. Ch. Louis, *Les médicaments et l'industrie pharmaceutique*, Editions vie ouvrière, Βρυξέλλες 1973, 70.

9. J. Lexchin, «Doctors and detailers: Therapeutic education or pharmaceutical promotion?», *Int. J. Health Serv.* 19 (4), 1989, 663 επ.

10. Βλ. το κείμενο της υπουργικής απόφασης «Ιατρική ενημέρωση για τα φάρμακα από φαρμακευτικές επιχειρήσεις», στο *ΦΕΚ* 37 Β, 24.1.1985.

3. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, που συμπληρώθηκε από δείγμα 284 γιατρών, εγγεγραμμένων στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης.

Το δείγμα αυτό συγκροτήθηκε με τυχαία επιλογή από τους καταλόγους του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, οι οποίοι απαριθμούν 3.487 μέλη (Μάρτιος 1990). Το δείγμα απαριθμεί 284 άτομα, αντιπροσωπεύοντας έτσι το 8% περίπου του συνόλου των μελών του ΙΣΘ.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε 40 ερωτήματα, χωρισμένα σε τέσσερις ενότητες: στην ενότητα Α' «στοιχεία του γιατρού», στην ενότητα Β' «προτιμήσεις του γιατρού κατά τη συνταγογραφία», στην ενότητα Γ' «ενημέρωση του γιατρού σχετικά με τα ιδιοσκευάσματα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά» και στην ενότητα Δ' με ερωτήσεις γενικού χαρακτήρα με τις οποίες ο γιατρός καλείται να εκφράσει τη γνώμη του για το πού πρέπει να δώσει βάρος μια εθνική φαρμακευτική πολιτική και πού θεωρεί ότι πέτυχε η πολιτική η οποία ασκήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1983-1989.

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με τη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης αντιστοιχιών, με σκοπό τον εντοπισμό των ομαδοποιήσεων των χαρακτηριστικών που ερμηνεύουν —και ερμηνεύονται από— την επιλογή του γιατρού κατά τη συνταγογραφία. Για την εφαρμογή της ανάλυσης αντιστοιχιών, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή CHADOC V.S. (version 3) του τμήματος πληροφορικής του Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Τεχνολογίας της Νίκαιας. Η εισαγωγή των ερωτηματολογίων στα αρχεία του συγκεκριμένου προγράμματος έγινε σύμφωνα με τους κανόνες και τις διαδικασίες που το πρόγραμμα αυτό επιβάλλει. Δημιουργήθηκε έτσι ένας πίνακας αρχείο, με 284 σειρές που αντιστοιχούν στο σύνολο των ερωτηθέντων γιατρών και με 40 στήλες — όσες είναι οι μεταβλητές του ερωτηματολογίου. Κατόπιν, από αυτό τον πίνακα βάσεως δεδομένων δημιουργήθηκε ένας πίνακας διπλής εισόδου απολύτων συχνοτήτων. Από τον εν λόγω πίνακα διαλέξαμε δύο υποπίνακες, όπου στήλες, και για τον πρώτο υποπίνακα και για τον δεύτερο, είναι οι απαντήσεις στη μεταβλητή «προτίμηση» (ανάμεσα στα ομοειδή ιδιοσκευάσματα των εγχωρίων ή ξένων εταιρειών) και γραμμές είναι στον μεν πρώτο πίνακα όλες οι δυνατές απαντήσεις των 40 μεταβλητών (πλην των 15 κατηγοριών φαρμάκων), στον δε δεύτερο όλες οι δυνατές απαντήσεις στις 15 κατηγορίες φαρμάκων. Έτσι δημιουργήθηκαν οι δύο πίνακες, ο πρώτος διαστάσεων 5×118 και ο δεύτερος 5×135 , στους οποίους βασίστηκαν οι αναλύσεις και τα συμπεράσματά μας.

3.1. Περιγραφική ανάλυση

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των γιατρών του δείγματός μας, όπως αυτά προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια, συνίστανται, καταρχάς, στο ότι αρκετοί γιατροί (36,6%) δήλωσαν ότι κατέχουν διδακτορικό δίπλωμα, που η συντριπτική πλειονότητα τους το απέκτησε σε ελληνικό ΑΕΙ. Ακαδημαϊκό τίτλο έχει, ή είχε στο παρελθόν, μία μειονότητα των γιατρών (34,1%), από τους οποίους η συντριπτική πλειονότητα είναι λέκτορες (48 άτομα). Οι επίκουροι και οι αναπληρωτές καθηγητές αντιπροσωπεύονται στο δείγμα μας με 35 και 14 άτομα αντίστοιχα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών του δείγματός μας εργάζεται στο ΕΣΥ (32,75%). Οι πανεπιστημιακοί αποτελούν 23,5% του συνόλου, ενώ στο ΙΚΑ και σε ιδιωτικά ιατρεία απασχολείται 15,8% και 20% αντίστοιχα. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι το 20% των γιατρών που ιδιωτεύουν είναι πολύ μεγαλύτερο αν συνυπολογιστεί, στο ποσοστό αυτό, μέρος των πανεπιστημιακών και των γιατρών του ΙΚΑ που διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο. Για την ανίχνευση της ακρίβειας αυτού του ποσοστού θέσαμε το ερώτημα «αν έχετε ιδιωτικό ιατρείο, συμπληρώστε τον ταχυδρομικό κώδικα». Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι 153 από τους 284 γιατρούς διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, γεγονός που κάνει το ποσοστό του 20% του ιδιωτικού τομέα να ανέρχεται, τελικά, σε 53,8% του συνόλου. Ωστόσο, στην ανάλυσή μας διατηρήσαμε το ποσοστό αυτών που αποκλειστικά ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, μια που, μετά από συζητήσεις τις οποίες είχαμε με ορισμένο αριθμό γιατρών, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι ο παράγοντας της κύριας απασχόλησης έχει μεγαλύτερη επίδραση στην απόφαση του γιατρού για τα φάρμακα που συνταγογράφει.

Μελετώντας τις προτιμήσεις των γιατρών κατά τη συνταγογραφία (προτιμήσεις ανάμεσα σε ομοειδή ιδιοσκευάσματα της ΕΦ, των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών και των ξένων), παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών του δείγματός μας (39,44%) δεν έχει ιδιαίτερη προτίμηση ανάμεσα στις παραπάνω επιλογές. Από τους υπόλοιπους, 31,69% δήλωσε ότι προτιμά τα προϊόντα των ξένων εταιρειών, 18,3% της ΕΦ και 4,23% τα προϊόντα των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών. Το γεγονός ότι από αυτούς που επιλέγουν το εγχώριο φάρμακο οι περισσότεροι κλίνουν προς τα προϊόντα της ΕΦ, αποδεικνύει τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη που εμπνέει, στην κατηγορία αυτή, η κρατική παρέμβαση.

Ως προς την ενημέρωση των γιατρών, αντήσαμε τις εξής πληροφορίες: οι περισσότεροι από τους γιατρούς του δείγματός μας (132 άτομα) θεωρούν ως σημαντικότερη πηγή ενημέρωσης τους ιατρικούς επισκέπτες. Η ενημέρωση από επιστημονικά έντυπα και από τον ΕΟΦ θεωρείται ως σημαντικότερη πηγή ενημέρωσης από 110 και 42 γιατρούς αντίστοιχα. Ως δεύτερη σε σπου-

δαιότητα πηγή ενημέρωσης θεωρήθηκε, από την πλειονότητα των γιατρών του δείγματος, ο ΕΟΦ (110 άτομα).

Σχετικά με τις γνώσεις φαρμακολογίας που αποκτώνται στη διάρκεια των πανεπιστημιακών σπουδών, η συντριπτική πλειονότητα των γιατρών (73,9%) απάντησε ότι οι γνώσεις αυτές δεν επαρκούν.

Από τις ερωτήσεις της Δ' ενότητας του ερωτηματολογίου με τις οποίες οι γιατροί καλούνται να εκφέρουν γνώμη για την εθνική πολιτική στον τομέα του φαρμάκου, παρατηρούμε ότι: η πλειονότητα των γιατρών του δείγματός μας (188 άτομα) θεώρησε ότι το σημαντικότερο βάρος μιας εθνικής πολιτικής πρέπει να δοθεί στον έλεγχο και την έγκριση της ποιότητας του φαρμάκου, ενώ ένα μικρότερο μέρος (116 άτομα) θεώρησε ότι το σημαντικότερο βάρος πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση για το φάρμακο.

Όσον αφορά την άποψη των γιατρών για τη φαρμακευτική πολιτική που ασκήθηκε από το 1983 μέχρι το 1989, 35,92% έκρινε ότι η όλη προσπάθεια ήταν επιτυχής *κυρίως* στην παραγωγή φαρμάκων από την ΕΦ, 7,04% έκρινε ότι πέτυχε *κυρίως* στην εμπορία και διακίνηση των φαρμακευτικών προϊόντων, 23,24% *κυρίως* στην έγκριση και τον έλεγχο και 20,42% *κυρίως* στην ενημέρωση και την πληροφόρηση. Πρέπει να σημειώσουμε ότι η μεγάλη αποχή στο ερώτημα αυτό, όπως και η οξύτατη αντίδραση εκ μέρους μικρού αριθμού γιατρών (22 άτομα) που συνίστατο στο ότι αντί να αξιολογήσουν την κυβερνητική πολιτική στους επιμέρους τομείς της προτίμησαν να αναγράψουν τη λέξη «πουθενά» (δεν πέτυχε αυτή η πολιτική), δείχνουν την εντελώς αρνητική στάση, όλων αυτών, απέναντι στην πολιτική της τότε κυβέρνησης.

3.2. Παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών

3.2.1. Η ανάλυση αντιστοιχιών του πίνακα συνάφειας, με στήλες τις απαντήσεις στην ερώτηση «προτίμηση» και με γραμμές τις απαντήσεις σε όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές (μεταβλητές που εκφράζουν τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του γιατρού, τις πηγές της ενημέρωσής του και τις αντιλήψεις του για τη φαρμακευτική πολιτική, εκτός από τις μεταβλητές που χαρακτηρίζουν τις 15 κατηγορίες φαρμάκων), μας δίνει στους δύο πρώτους άξονες το 63% περίπου της συνολικής αδράνειας.

Στον *πρώτο άξονα*, αντιτίθεται η μεταβλητή που εκφράζει την προτίμηση των γιατρών στα ιδιοσκευάσματα της ΕΦ προς όλες τις υπόλοιπες, εκτός από τη μεταβλητή που χαρακτηρίζει την προτίμηση στα ιδιοσκευάσματα των ελληνικών ιδιωτικών φαρμακοβιομηχανιών, η οποία βρίσκεται στο κέντρο — πράγμα που σημαίνει ότι έχει ομοίμορφο προφίλ σε όλες τις γραμμές.

Στην περιοχή της προτίμησης των προϊόντων της ΕΦ, βρίσκονται όλες οι απαντήσεις που δηλώνουν αποδοχή στο θεσμό του ΕΟΦ. Αυτές είναι: «βάρος στην παραγωγή - (1)», «επιτυχία στην παραγωγή - (1)», «βάρος στην εμπορία - (1)», «ενημέρωση από ΕΟΦ - (1)», «ενημέρωση από ιατρικό επισκέπτη - (2)», «βάρος στην ενημέρωση και πληροφόρηση - (1)».¹¹

Εκτός από αυτές τις μεταβλητές, υπάρχουν σ' αυτό το χώρο και οι μεταβλητές με χαμηλή βαθμολόγηση όπως: «ενημέρωση από διασταύρωση πληροφοριών με συναδέλφους - (3)», «επιτυχία στην ενημέρωση και πληροφόρηση - (4)», «επιτυχία άλλου - (3)», «βάρος στην έγκριση και τον έλεγχο - (4)». Υπάρχει επίσης στον ίδιο χώρο και η μεταβλητή «βάρος στην ενημέρωση και την πληροφόρηση - (5)», η οποία βρίσκεται όμως στο κάτω αριστερό μέρος του επιπέδου, πράγμα που σημαίνει ότι επηρεάζεται ελαφρά και από την προτίμηση στα ιδιοσκευάσματα της ξένης φαρμακοβιομηχανίας.

Στο επάνω αριστερά μέρος του επιπέδου, υπάρχουν τρεις μεταβλητές που δηλώνουν μία συγκεκριμένη ομάδα γιατρών: όσους κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο αποκτημένο από ξένο ίδρυμα και δήλωσαν σαν κύρια πηγή ενημέρωσης τη διασταύρωση πληροφοριών με συναδέλφους, απορρίπτοντας (μια που βαθμολόγησαν με 5) την παραδοσιακή ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες. Μεταξύ αυτών υπάρχουν και άλλες σημαντικές μεταβλητές που δηλώνουν κάποια ιδιότητα, όπως είναι: «εργάζεται στο ΕΣΥ», «έχει μετεκπαίδευση σε ξένο ίδρυμα», «έχει μεταπτυχιακό σε ξένο ίδρυμα», «δεν διατηρεί ιδιωτικό ιατρείο» και «δεν κατέχει ακαδημαϊκό τίτλο».

Από την άλλη πλευρά του άξονα, βρίσκεται η μεταβλητή που εκφράζει όσους δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα περί προτιμήσεως ανάμεσα στα ομοειδή ιδιοσκευάσματα των διαφόρων εταιρειών. Η μεταβλητή αυτή συσσωρεύει και άλλες μεταβλητές, που εκφράζουν όσους δεν απάντησαν σε ικανό αριθμό από τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Στην ίδια πλευρά του άξονα, από τις μεταβλητές των γραμμών επικρατούν κυρίως αυτές που δηλώνουν ακαδημαϊκή καριέρα. Επιστημαίνουμε ότι στον ίδιο χώρο βρίσκεται και η μεταβλητή που εκφράζει όσους δεν έχουν ιδιαίτερη προτίμηση ανάμεσα στα ομοειδή ιδιοσκευάσματα των διαφόρων εταιρειών (είτε αυτές είναι ιδιωτικές ελληνικές εταιρείες είτε ξένες είτε πρόκειται για την ίδια την ΕΦ). Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι από αυτούς που ακολουθούν ακαδημαϊκή καριέρα, άλλοι δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα και άλλοι δήλωσαν ότι δεν έχουν ιδιαίτερη προτίμηση.

11. Οι αριθμοί που βρίσκονται στο τέλος της κάθε μεταβλητής (είτε είναι στο Σχήμα είτε είναι στο κείμενο), δηλώνουν την αξιολόγηση της μεταβλητής αυτής στην πενταβάθμια κλίμακα. Επί παραδείγματι, «βάρος στην παραγωγή - (1)», εκφράζει την άποψη σύμφωνα με την οποία μια εθνική προσάθεια στον τομέα του φαρμάκου πρέπει να δώσει βάρος κατά κύριο λόγο (1) στην παραγωγή.

Στον *δεύτερο άξονα*, αντιτίθενται όσοι προτιμούν το ξένο φάρμακο προς τους υπόλοιπους. Σ' αυτή την περιοχή παρατηρούνται οι μεταβλητές που δηλώνουν αμφισβήτηση στην πολιτική του ΕΟΦ. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής: «βάρος στην έγκριση και τον έλεγχο της ποιότητας - (1)», «βάρος στην ενημέρωση και πληροφόρηση - (2)», «ενημέρωση από ιατρικούς επισκέπτες - (1)», «επιτυχία στην εμπορία - (5) και (0)», «επιτυχία στην έγκριση και τον έλεγχο της ποιότητας - (4)», «ενημέρωση από ιατρικούς επισκέπτες - (4)», «ενημέρωση από επιστημονικά έντυπα - (2)», «ενημέρωση από διασταύρωση πληροφοριών - (5)», «βάρος στην εμπορία - (5)».

Εκτός από αυτές τις μεταβλητές, υπάρχουν στην ίδια περιοχή και οι μεταβλητές που δηλώνουν την ιδιότητα, όπως κατά κύριο λόγο πρόκειται γ' αυτούς που διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, αυτούς που δουλεύουν στο ΙΚΑ, αυτούς που έχουν το ιατρείο τους σε κεντρικό σημείο της πόλης.

Μια ειδική κατηγορία μεταβλητών που βρίσκεται στο κάτω δεξιά άκρο αυτού του άξονα, επηρεασμένη από το ξένο φάρμακο και τις συναφείς μεταβλητές, είναι αυτή που κατά κύριο λόγο υποδηλώνει άρνηση στην πολιτική του ΕΟΦ. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής: «βάρος στην εμπορία - (5)», «βάρος στην παραγωγή - (5)», «επιτυχία στην παραγωγή - (5)», «επιτυχία στην ενημέρωση και πληροφόρηση - (5)», «ενημέρωση από ΕΟΦ - (5)». Μέσα σ' αυτή την κατηγορία — η οποία αξιολόγησε με την καλύτερη βαθμολογία τις παρεμβατικές δραστηριότητες του ΕΟΦ στην παραγωγή και τη διακίνηση των φαρμακευτικών προϊόντων— εντάσσονται και οι στρατιωτικοί γιατροί.

Μία σημαντική παρατήρηση μπορεί να γίνει στη μεταβλητή που εκφράζει τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος: η πρώτη κλάση (από 3-10 χρόνια άσκησης επαγγέλματος) βρίσκεται στην περιοχή της ΕΦ. Η δεύτερη κλάση (από 10-16 χρόνια) βρίσκεται στην περιοχή των ελληνικών ιδιωτικών φαρμακοβιομηχανιών. Η τρίτη κλάση (από 16-21 χρόνια) βρίσκεται στην περιοχή που κυριαρχείται από αυτούς που δεν έχουν ιδιαίτερη προτίμηση. Η τέταρτη κλάση (από 22-26 χρόνια) τείνει προς την περιοχή των ξένων φαρμακοβιομηχανιών και μόνο από 27 χρόνια και πάνω η μεταβλητή αυτή τείνει να κατευθυνθεί στην περιοχή του κέντρου μάζας.

3.2.2. Η δεύτερη ανάλυση των αντιστοιχιών έγινε στον πίνακα συνάφειας, όπου στήλες είναι οι απαντήσεις της μεταβλητής που χαρακτηρίζει την προτίμηση και γραμμές οι απαντήσεις των μεταβλητών που δηλώνουν τις 15 κατηγορίες των φαρμάκων (βλ. Σχήματα 2 και 3).

Η αδράνεια των τριών πρώτων αξόνων που χρησιμοποιούμε είναι 90,31%, παρατηρούμε δε ότι στον *πρώτο άξονα* η κύρια αντίθεση είναι μεταξύ των μεταβλητών «δεν απάντησαν» από τη μια μεριά και, από την άλλη,

προτίμηση στα φάρμακα των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών και της ΕΦ. Παρατηρούμε ότι η μεταβλητή που χαρακτηρίζει όσους δεν απάντησαν στο σχετικό περί προτιμήσεως ερώτημα έχει έναν μεγάλο συντελεστή αδράνειας, συσσωρεύει όλες τις μεταβλητές «δεν απάντησε» σε όλες τις κατηγορίες των φαρμάκων, πράγμα που σημαίνει ότι ένα μεγάλο μέρος της πληροφορίας αναλίσκεται με τις μεταβλητές αυτές. Για το λόγο αυτό, μπορούμε να αγνοήσουμε τον πρώτο άξονα και να ανατρέξουμε στους δύο επόμενους, αφού προηγουμένως επιστημόνουμε ότι στην αριστερή πλευρά του άξονα —και συγκεκριμένα στην πιο ακραία θέση του— υπάρχει κατά κύριο λόγο η μεταβλητή «προτίμηση στα ιδιοσκεύασμα των ελληνικών εταιρειών».

Σχετικά με την τελευταία αυτή επισήμανσή μας, διαπιστώνουμε ότι κοντά στην προηγούμενη μεταβλητή βρίσκονται κάποιες κατηγορίες μεταβλητών που συνιστούν μία συμπαγή ομάδα. Επίσης, στην ίδια πλευρά του άξονα αλλά με μικρότερη συμμετοχή στην κατασκευή του βρίσκεται η μεταβλητή που εκφράζει την προτίμηση στα προϊόντα της ΕΦ, όπου και γύρω από αυτή περιστρέφεται μία ομάδα μεταβλητών. Αυτό σημαίνει ότι η προτίμηση στα φάρμακα των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών συσχετίζεται έντονα με τις κατηγορίες φαρμάκων που αναγράφονται *πολύ συχνά* στις συντάγες των γιατρών. Τα φάρμακα αυτά είναι τα αντιδιαβητικά, τα εμβόλια, τα αντιβηχικά-αποχρεμπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα ασθενή ηρεμιστικά, οι βιταμίνες και τα συμπλέγματα, τα αντιρευματικά και τα αναλγητικά-αντιπυρετικά, καθώς επίσης και άλλες κατηγορίες φαρμάκων που αναγράφονται συχνά, όπως τα αντιρευματικά, τα ορμονούχα και τα εμβόλια.

Γύρω από την προτίμηση στα προϊόντα της ΕΦ, συσσωρεύονται οι μεταβλητές που δηλώνουν ότι για μια σωρεία ελληνικών φαρμάκων οι γιατροί απάντησαν ότι, μετά το 1983, είτε τα αναγράφουν συχνότερα σε σχέση με το παρελθόν είτε ότι δεν μετέβαλαν τη στάση τους. Όσα αναγράφονται συχνότερα είναι τα εμβόλια, τα αντιρευματικά, τα ασθενή ηρεμιστικά, τα ισχυρά ηρεμιστικά και τα κορτικοστεροειδή μετ' αντιβιοτικών, καθώς επίσης και οι ηλεκτρολύτες και τα ρυθμιστικά διαλύματα, τα αντιβηχικά, τα αντιβιοτικά και τα αντιυπερτασικά.

Στον *δεύτερο άξονα*, η αντίθεση είναι μεταξύ της προτίμησης στο ξένο ιδιοσκεύασμα και όλων των υπολοίπων, ενώ στον *τρίτο άξονα* αντιτίθενται οι μεταβλητές που χαρακτηρίζουν την προτίμηση στα προϊόντα της ΕΦ και των άλλων ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών.

Καταρχάς, γύρω από την προτίμηση στο ξένο ιδιοσκεύασμα βρίσκονται οι μεταβλητές που δηλώνουν ότι *ποτέ* δεν αναγράφει ο γιατρός και ελληνικό φάρμακο στη συνταγή του ή ότι το αναγράφει *σπανίως* και, σε σχέση με το παρελθόν, ότι το αναγράφει *σπανιότερα*.

Στον *τρίτο άξονα*, παρατηρούμε ότι στο ερώτημα αν αναγράφουν και το

ελληνικό φάρμακο στις συνταγές τους προκειμένου για ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, στις απαντήσεις τους «πολύ συχνά» ή «συχνά» οι γιατροί που προτιμούν τα ιδιοσκευάσματα της ΕΦ δεν διαφοροποιούνται από αυτούς που προτιμούν τα φάρμακα των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών, εκτός —και κυρίως— εάν πρόκειται για τα προϊόντα των κατηγοριών «αντικαταθλιπτικά» και «αντιρευματικά», τα οποία προτιμώνται έντονα από τη δεύτερη ομάδα των γιατρών που μόλις αναφέραμε.

Από την άλλη πλευρά, όσοι προτιμούν τα προϊόντα της ΕΦ διαχωρίζονται από αυτούς που προτιμούν τα προϊόντα των ελληνικών ιδιωτικών εταιρειών εξαιτίας του γεγονότος ότι οι πρώτοι, στο ερώτημα σχετικά με την τυχήν αλλαγή της συμπεριφοράς τους απέναντι στο ελληνικό φάρμακο μετά το 1983, απαντούν ότι αναγράφουν *συχνότερα* τα φάρμακα των κατηγοριών «αναλγητικά», «αντιπυρετικά», «αντιδιαβητικά» και «ορμονούχα», ενώ αναγράφουν *σπανιότερα* τα φάρμακα των κατηγοριών «αντιβηχικά-αποχρεμπτικά», «αντιρευματικά», «ηλεκτρολύτες και ρυθμιστικά διαλύματα».

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Από την πρώτη ανάλυση των αντιστοιχιών που έγινε στο προηγούμενο κεφάλαιο, καθώς και από το Σχήμα 1, εντοπίζουμε τρεις χαρακτηριστικές περιοχές: η πρώτη περιοχή είναι αυτή που εκτείνεται γύρω από τους γιατρούς που προτιμούν τα ιδιοσκευάσματα της ΕΦ, η δεύτερη είναι εκείνη που εκτείνεται γύρω από τους γιατρούς που προτιμούν τα ξένα ιδιοσκευάσματα, ενώ η τρίτη εκτείνεται γύρω από όσους δήλωσαν ότι δεν έχουν ιδιαίτερη προτίμηση ανάμεσα στα ομοειδή ιδιοσκευάσματα των διαφόρων εταιρειών καθώς και από αυτούς που δεν απάντησαν στο σχετικό περί προτιμήσεως ερώτημα.

Γύρω από αυτούς που προτιμούν τα ιδιοσκευάσματα της ΕΦ —την πρώτη περιοχή της μελέτης μας— παρατηρούμε ότι υπάρχουν οι γιατροί που εργάζονται στο ΕΣΥ και δεν διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο. Ανάμεσά τους συναντάμε γιατρούς που έχουν κάνει μετεκπαίδευση στο εξωτερικό, καθώς και γιατρούς που κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα αποκτημένο σε αλλοδαπό ΑΕΙ, χωρίς όμως κανένας από αυτούς να κατέχει ακαδημαϊκό τίτλο. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι γιατροί που συγκεντρώνονται στο χώρο αυτό, χαρακτηρίζονται από εκείνα τα γνωρίσματα της συμπεριφοράς τους που δηλώνουν αποδοχή της κυβερνητικής φαρμακευτικής πολιτικής κατά την υπό εξέταση περίοδο. Για παράδειγμα, όπως φαίνεται και από το προηγούμενο τμήμα της μελέτης μας, οι γιατροί αυτοί θεωρούν ότι η εν λόγω φαρμακευτική πολιτική

είχε πλήρη επιτυχία τόσο στην παραγωγή (μέσω της ΕΦ) και στην εμπορία και διακίνηση των προϊόντων (μέσω της ΚΦ), όσο και στην ενημέρωση μέσω των δραστηριοτήτων πληροφόρησης του ΕΟΦ.

Η συμπεριφορά αυτή των γιατρών του συγκεκριμένου χώρου αιτιολογείται από το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Αποτέλεσμα, ειδικότερα, τα θεσμικά δημιουργήματα της ίδιας κυβερνητικής πολιτικής, σύμφωνα με την οποία «η κρατική παρέμβαση στον τομέα της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών περίθαλψης αποσκοπεί στον περιορισμό της ασυδοσίας των μονοπωλίων». ¹² Ο στόχος του ΕΟΦ για «καλό και φθινό φάρμακο» διαμέσου της ανάπτυξης των δραστηριοτήτων της ΕΦ συνδυάστηκε με το στόχο του ΕΣΥ για τον περιορισμό της εκμεταλλευτικής δράσης του ιδιωτικού κεφαλαίου στο χώρο της περίθαλψης. Εξάλλου, το ΕΣΥ πλαισιώθηκε κυρίως από νοσοκομειακούς γιατρούς οι οποίοι, αναπτύσσοντας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 έντονη συνδικαλιστική δράση, επεσήμαιναν, μεταξύ άλλων, ως αιτία «αποσύνθεσης» του συστήματος της υγείας και την «υπερ-εκμεταλλευτική δράση του ιδιωτικού κεφαλαίου στο χώρο αυτό». ¹³ Όπως είναι φυσικό, σε όλους αυτούς μια κρατική παρέμβαση με στόχο την εξογύγιση του τομέα του φαρμάκου δεν θα μπορούσε παρά να έχει θετική απήχηση.

Τέλος, πρέπει να σημειώσουμε ότι, όπως προκύπτει και από το Σχήμα 1, η επαγγελματική θητεία των γιατρών του εν λόγω χώρου είναι μικρή (3-10 χρόνια άσκησης του επαγγέλματος): οι νεαρής ηλικίας γιατροί του ΕΣΥ, στελεχώνοντας το νέο θεσμό του συστήματος υγείας (το θεσμό του γιατρού πλήρους ή και αποκλειστικής απασχόλησης), με την προτίμησή τους στο φάρμακο της ΕΦ δήλωναν την εμπιστοσύνη τους προς έναν εξίσου νέο θεσμό. ¹⁴

Στην περιοχή της προτίμησης στα ιδιοσκεύσματα των ξένων εταιρειών βρίσκονται οι γιατροί που διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, που το ιατρείο τους βρίσκεται στο κέντρο της πόλης. Μέσα σ' αυτή την περιοχή συναντάμε και τους γιατρούς του ΙΚΑ καθώς και τους στρατιωτικούς γιατρούς — αμφότερες οι κατηγορίες διατηρούν παράλληλα και ιδιωτικό ιατρείο. Η ομαδοποίηση αυτή υποδηλώνει ότι οι γιατροί του εν λόγω χώρου δεν αντιτίθενται μεταξύ τους στη βάση της παραδοσιακής αντίθεσης μισθωτή εργασία-ελεύθερη ια-

12. Βλ. *Πρακτικά Βουλής (ολομέλεια)*, Συνεδρίαση ΚΒ', 15.11.1982, 6973. Πρβλ. και τη μελέτη μου, αν. σημ. 3, 102.

13. *Δελτίο της Ε.Ι.Ν.Α.Π.*, αρ. 12, Δεκέμβριος 1978, 2.

14. Για μια διασταύρωση αυτού του φαινομένου από τη διεθνή εμπειρία, βλ. M. Bunge-ner, *Le corps médical dans la croissance des dépenses de santé*, LEGOS, Université Paris-IX Dauphine, 1977, 18, όπου διαπιστώνεται ότι οι πιο νέες κατηγορίες ηλικιών συσχετίζονται με νέους θεσμούς άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

τρική. Στο χώρο αυτό παρατηρούμε ότι πολλοί γιατροί έχουν κάνει μετεκπαίδευση σε ελληνικό ίδρυμα. Στον ίδιο επίσης χώρο συναντάμε τους γιατρούς που έχουν μακρόχρονη θητεία στο επάγγελμα (δηλαδή, από 22 έως 26 χρόνια). Πρέπει να σημειώσουμε πάντως ότι ο κύριος όγκος των χαρακτηριστικών των γιατρών οι οποίοι καταλαμβάνουν αυτόν το χώρο συνίσταται στα χαρακτηριστικά εκείνα που δηλώνουν μη αποδοχή της πολιτικής του ΕΟΦ και κυρίως των δραστηριοτήτων εκείνων που θεωρείται ότι εισήγαγαν ριζικές μεταρρυθμίσεις στις δομές της κρατικής παρέμβασης όπως είναι η άμεση παρέμβαση στον τομέα της παραγωγής και εμπορίας των φαρμάκων, η ανάπτυξη της ενημέρωσης των γιατρών από το ίδιο το Κράτος (παράλληλα, βέβαια, με την ενημέρωση των εταιριών). Η μη αποδοχή μπορεί να ερμηνευθεί ως δυσπιστία απέναντι στην κρατική παρέμβαση, η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί μεν να ασκείται στο χώρο του φαρμάκου, αποτελεί όμως ευθεία προέκταση της ευρύτερης εποπτείας του Δημοσίου επάνω στις ιδιωτικές δραστηριότητες (π.χ. έλεγχος των κερδών), η οποία εποπτεία γι' αυτές τις ομάδες του ιατρικού πληθυσμού είναι απεχθής.¹⁵ Οι δραστηριότητες όμως εκείνες που περιορίζουν την κρατική παρέμβαση στην έγκριση και τον έλεγχο της ποιότητας του φαρμάκου είναι αυτές που θεωρούνται και οι σπουδαιότερες από τους γιατρούς του εν λόγω χώρου.

Ως προς την ενημέρωσή τους, οι γιατροί αυτοί χαρακτηρίζονται από δύο αξιοσημείωτα γνωρίσματα. Πρώτον, από την αξία που δίνουν στην ενημέρωσή τους από τους ιατρικούς επισκέπτες και δεύτερον, από την άρνησή τους να ενημερωθούν από τις πηγές και τα μέσα του ΕΟΦ. Σε ό,τι αφορά το πρώτο σημείο, η σημασία που οι γιατροί δίνουν σ' αυτή την πηγή ενημέρωσης δεν αποτελεί παράδοξο φαινόμενο, αν σκεφτούμε ότι —όπως απέδειξαν οι έρευνες σε αρκετές βιομηχανικές χώρες— το 90% των γιατρών θεωρούν τους ιατρικούς επισκέπτες ως τη σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης για τη θεραπευτική αγωγή. Εδώ πρέπει βέβαια να επισημανθεί ότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία δείχνει ότι όσο περισσότερο οι γιατροί εμπιστεύονται τις εμπορικές πηγές πληροφόρησης τόσο λιγότερο έγκυρη είναι η συνταγογραφία τους.¹⁶

Στον τρίτο χώρο, όπως παρατηρούμε στο Σχήμα 1, βρίσκονται οι πανεπιστημιακοί όλων των βαθμίδων. Όπως είναι ευνόητο, αυτοί είναι κατά πλειοψηφία οι κατέχοντες διδακτορικά διπλώματα, οι δε μεσαίες ηλικίες έ-

15. Βλ. για παράδειγμα την έντονη αντίθεση του ιατρικού σώματος σε πρόσφατη πρωτοβουλία της κυβέρνησης να καθιερώσει, νομοθετικά, αυστηρό έλεγχο στα εισοδήματα των γιατρών με σκοπό τη φορολόγησή τους — αντίδραση που είχε λάβει τη μορφή της επίκλησης (από τους εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της χώρας) της αρχής του σεβασμού του ιατρικού απορρήτου (*Ta Néa*, 1.2.1991, 10).

16. Β. Lexchin, ό.π., σμ. 9, 669.

χουν σημαντική εκπροσώπηση, το ίδιο και όσοι έχουν ασκήσει το επάγγελμα πάνω από είκοσι επτά χρόνια. Από αυτούς, όπως ήδη επισημάναμε, άλλοι δεν απάντησαν καθόλου στο σχετικό ερώτημα και άλλοι δήλωσαν ότι δεν έχουν ιδιαίτερη προτίμηση ανάμεσα στα διάφορα ομοειδή ιδιοσκευάσματα των φαρμακευτικών εταιρειών. Η τάση τους αυτή μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι, μη έχοντας θιγεί από τους μεταρρυθμιστικούς περιορισμούς του ΕΣΥ, που αφορούν τη διατήρηση των ιδιωτικών τους ιατρείων και την κυριαρχία τους στο χώρο του νοσοκομείου, αυτοθεωρούνται —και λόγω του γοήτρου που αναπόφευκτα τους περιβάλλει— ως μια επίλεκτη ομάδα του ιατρικού πληθυσμού που έχει τη δυνατότητα να δείχνει ότι αποστασιοποιείται από παρόμοια διλήμματα.

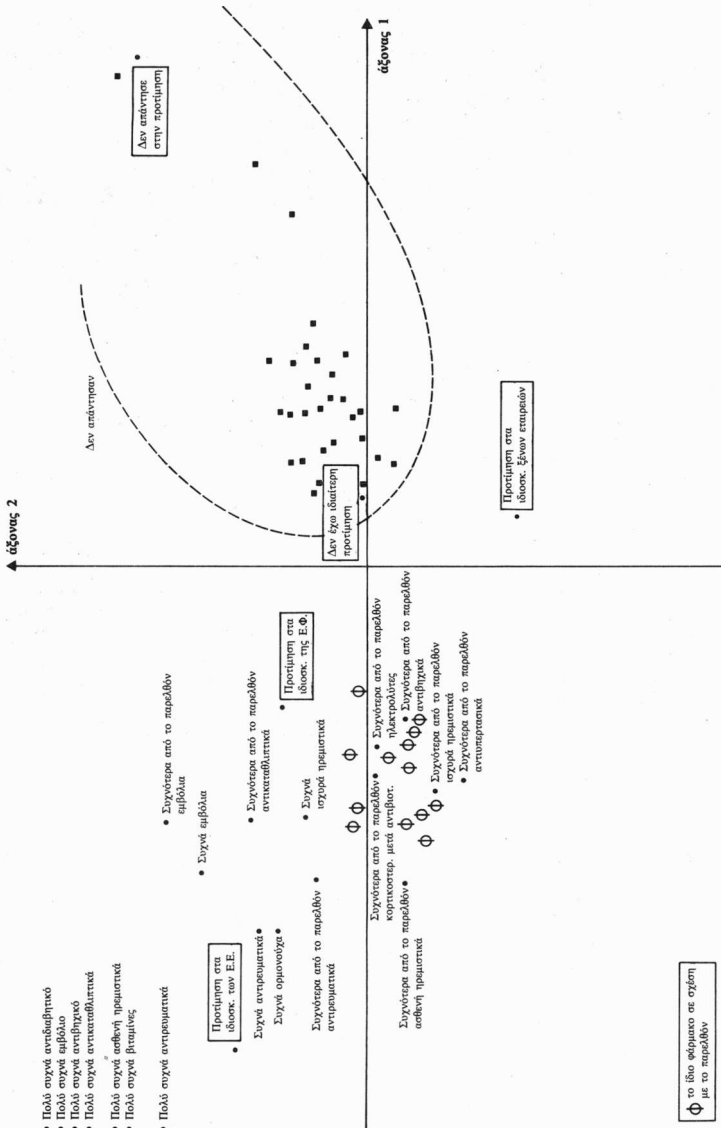
4.2. Από τη δεύτερη ανάλυση αντιστοιχιών, όπως απεικονίζεται στα Σχήματα 2 και 3, παρατηρούμε ότι οι γιατροί οι οποίοι προτιμούν να αναγράφουν στις συνταγές τους προϊόντα ελληνικών εταιρειών, χρησιμοποιούν με μεγάλη συχνότητα ορισμένα φάρμακα στα οποία η εγχώρια παραγωγή παρουσιάζει ικανοποιητική δραστηριότητα.

Το ίδιο συμβαίνει και με όσους απάντησαν ότι προτιμούν τα φαρμακευτικά προϊόντα της ΕΦ.¹⁷ Οι γιατροί της κατηγορίας αυτής χαρακτηρίζονται επίσης και από το γεγονός ότι αναγράφουν το ελληνικό φάρμακο στις συνταγές τους το ίδιο ή και συχνότερα απ' ό,τι στην πριν του 1983 περίοδο.

Οι γιατροί που απάντησαν ότι προτιμούν τα ιδιοσκευάσματα των ξένων εταιρειών χαρακτηρίζονται κυρίως από την πλήρη άρνησή τους να αναγράφουν το ελληνικό φάρμακο στις συνταγές τους ή από τη σπανιότητα με την οποία το αναγράφουν.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι μεταξύ των γιατρών που προτιμούν τα φάρμακα της ΕΦ και εκείνων που προτιμούν τα φάρμακα των ιδιωτικών ελληνικών εταιρειών, υπάρχουν έντονες διαφοροποιήσεις. Καταρχήν οι δεύτεροι διαφοροποιούνται από τους πρώτους εξαιτίας της συχνής αναγραφής στις συνταγές τους ελληνικών φαρμάκων από τις κατηγορίες «αντικαταθλιπτικά» και «αντιρευματικά». Η διαφοροποίηση αυτή απορρέει σίγουρα από το γεγονός ότι δεν υπάρχει παραγωγή αυτού του είδους φαρμάκων από την ΕΦ. Από την άλλη μεριά, οι πρώτοι (οι γιατροί που προτιμούν τα προϊόντα της ΕΦ) διαφοροποιούνται από τους δεύτερους εξαιτίας της σπανιότερης, σε σχέ-

17. Τα προϊόντα αυτά είναι συνολικά 27 φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, τα οποία κυκλοφορούν σε 59 μορφές, καλύπτουν δε τις ακόλουθες κατηγορίες: ινσουλίνες, αναλγητικά, μερικά προϊόντα απόλυτα απαραίτητα για τη δημόσια υγεία —που απουσίαζαν από την ελληνική αγορά—, περιτοναϊκά διαλύματα, ανταγωνιστές H2 υποδοχέων, οφθαλμολογικά, αντιβιοτικά και ανταγωνιστές οπιωειδών.

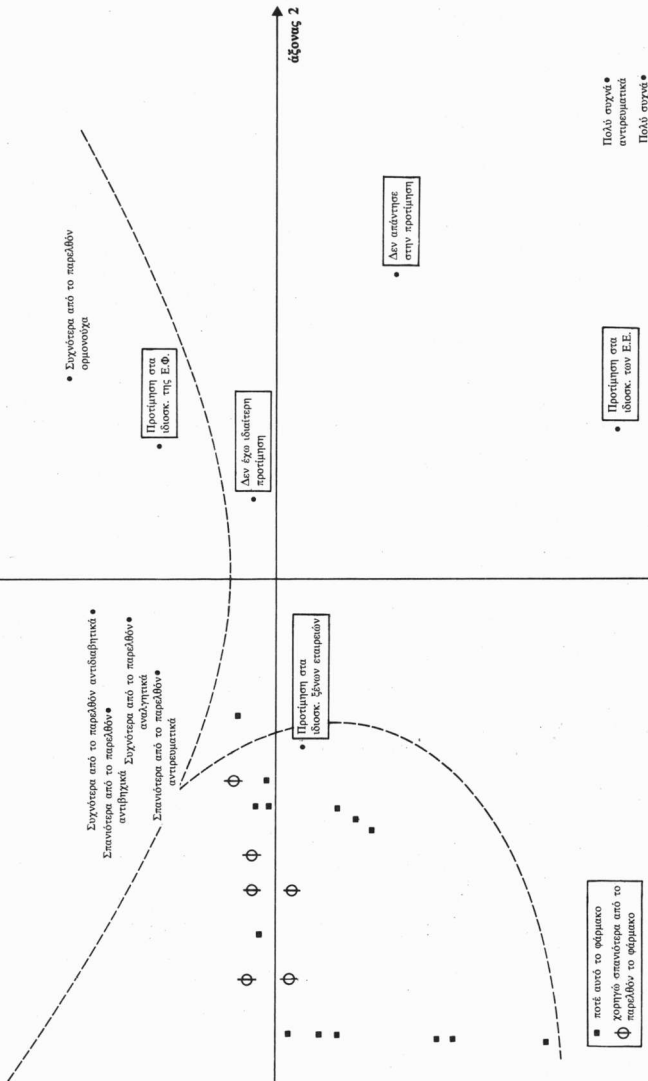


ΣΧΗΜΑ 2
Επίπεδο 1 x 2 της ανάλυσης των ανταπομιγών του πίνακα διαστάσεων 5 x 135.
(Προτίμηση x κατηγορίες φαρμάκων).

Φ το ίδιο φάρμακο σε σχέση με το παρελθόν

αξόνος 3

αξόνος 2



ΣΧΗΜΑ 3

Επίπεδο 2x3 της ανάλυσης των αντιστοιχιών του πίνακα διαστάσεων 5x135.
(Προτίμηση x κατηγορίες φαρμάκων).

ση με την προ του 1983 περίοδο, αναγραφής, στις συνταγές τους, ελληνικών φαρμάκων ορισμένων κατηγοριών (αντιβηχικά, αποχρεμπτικά και αντιρευματικά, τα οποία άλλωστε δεν παράγονται από την ΕΦ), αλλά και της συχνότερης αναγραφής, σήμερα απ' ό,τι παλαιότερα, ελληνικών φαρμάκων των κατηγοριών «αναλγητικά», «αντιδιαβητικά» και «ορμονούχα». Αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι στα φάρμακα αυτά η ΕΦ έχει αξιόλογη παραγωγική δραστηριότητα, ενώ προηγουμένως δεν υπήρχε καθόλου εγχώρια παραγωγή αυτών των προϊόντων.

Τέλος, παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών επισημαίνει ότι οι γνώσεις της φαρμακολογίας που αποκτώνται κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών σπουδών είναι ανεπαρκείς, εντούτοις τόσο αυτοί όσο και οι άλλοι που τις θεώρησαν επαρκείς, τοποθετήθηκαν στην πρώτη μας ανάλυση στο κέντρο των αξόνων. Αυτό σημαίνει ότι και οι μεν και οι δε, αν συσχετιστούν με την προτίμηση, κατανέμονται ομοιόμορφα σε σχέση με την προτίμηση αυτή.

4.3. Κατά την περίοδο 1983-1989 και στην υπό μελέτη περιοχή, το δίλημμα του γιατρού για εγχώριο ή ξένο φάρμακο ευδοκίμησε στο πλαίσιο μιας συνολικής κυβερνητικής πολιτικής, συστατικό μέρος της οποίας ήταν η ίδρυση του ΕΟΦ και της ΕΦ.

Στη στάση του γιατρού, κατά τη συνταγογραφία, απέναντι στο ελληνικό ή ξένο φάρμακο, απεικονίζονται τα πλέγματα πολιτικών συμπεριφορών που διαπερνούν την ελληνική κοινωνία και τις ομάδες συμφερόντων, με αποτέλεσμα να φορτίζεται η στάση αυτή από μια πολιτικότητα ως προς τις τελικές επιλογές των γιατρών ως συνταγογράφων.

Η «ανατροπή» της προηγούμενης κυβερνητικής πολιτικής αποτελεί ήδη γεγονός με την πρόσφατη νομοθετική πρωτοβουλία της σημερινής κυβέρνησης να ιδιωτικοποιηθεί η ΕΦ και, γενικά, να καταργηθούν οι παραγωγικές δραστηριότητες του δημόσιου τομέα στο χώρο του φαρμάκου.¹⁸ Επίσης, η «ανατροπή» αυτή ενισχύεται από την υπό επεξεργασία συνολική πολιτική της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας που αφορά την ελεύθερη κυκλοφορία των φαρμάκων στον κοινοτικό χώρο [κοινοτική οδηγία για τη «διαφάνεια» (στην οποία ήδη αναφερθήκαμε, βλ. σημ. 6), μέτρα για την προσέγγιση των ποσοστών των ΦΠΑ, για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ίσες ευκαιρίες στους εγχώριους παραγωγούς και τους εισαγωγείς, άμβλυνση των διαδικασιών έγκρισης και κυκλοφορίας των προϊόντων στην αγορά].

18. Βλ. *Ta Néa*, 27.3.1991, 14.