



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ &
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

<<ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ>>

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

*Γενόσημα φάρμακα: Δεκτικοί ή επιφυλακτικοί
οι Έλληνες σχετικά με τη χρήση τους; Ο ρόλος του
φαρμακοποιού και των άλλων επαγγελματιών υγείας.*

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΑΡΓΥΡΩ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
<<ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ>>

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

*Γενόσημα φάρμακα: Δεκτικοί ή επιφυλακτικοί
οι Έλληνες σχετικά με τη χρήση τους; Ο ρόλος του
φαρμακοποιού και των άλλων επαγγελματιών υγείας.*

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΑΡΓΥΡΩ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ABSTRACT	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	18
2.1 Δαπάνες για την υγεία στις ευρωπαϊκές χώρες	18
2.1.1 Γαλλία	18
2.1.2 Γερμανία.....	18
2.1.3 Πολωνία	19
2.1.4 Πορτογαλία	19
2.1.5 Ισπανία	19
2.1.6 Ηνωμένο Βασίλειο	20
2.1.7 Ελλάδα	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
3.1:Κατάσταση πριν την κρίση	21
3.1.1 Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	21
3.1.2 Η υπέρμετρη άνοδος των τιμών και η αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία.....	21
3.2 Κατάσταση την περίοδο της οικονομικής κρίσης.....	22
3.2.1 Ελλάδα- οικονομική κρίση.....	22
3.2.2 Μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα την περίοδο της κρίσης.....	24
3.2.3 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στους έλληνες επαγγελματίες υγείας.....	26

Κεφάλαιο 4: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ	28
4.1 Η Ελληνική φαρμακευτική αγορά.....	28
4.1.1 Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα.....	28
4.2 Τιμολόγηση φαρμάκων στην Ελλάδα και μέτρα που ελήφθησαν για την προώθηση των γενοσήμων.....	29
4.2.1 Τιμολόγηση φαρμάκων στην Ελλάδα.....	29
4.2.2 Μέτρα που ελήφθησαν και προτάσεις για τη μείωση τιμών και την προώθηση γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	32
5.1 Ανισότητες στην υγεία στις υποανάπτυκτες χώρες	32
5.1.1 Οι ανισότητες στην υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες.....	32
5.2 Ανισότητες στην υγεία στις ευρωπαϊκές χώρες	32
5.2.1 Ισπανία:	32
5.2.2 Ελλάδα:	33
5.2.3 Ιταλία:.....	34
5.2.4 Πορτογαλία:	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	35
6.1 Γενικές γνώσεις για τα γενόσημα φάρμακα.....	35
6.1.1 Ορισμός γενόσημου φαρμάκου.....	35
6.1.2 Ορισμός Βιοϊσοδυναμίας	35
6.1.3 Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά	37
6.1.4 Ασφάλεια φαρμάκων.....	38
6.1.5 Τα γενόσημα είναι κατώτερα φάρμακα από τα πρωτότυπα;	38
6.1.6 Αλλαγές στη συσκευασία.....	39
6.1.7 Γενόσημα φάρμακα και εμπειρία των επαγγελματιών υγείας	39
6.1.8 Χαμηλό το μερίδιο γενόσημων στην Ελλάδα	40

6.1.9 Κίνητρα στους φαρμακοποιούς για την προώθηση των γενόσημων	40
6.1.10 Ικανοποίηση ασθενών από την φαρμακευτική αγωγή	42
6.2 Έγκριση γενόσημων φαρμάκων	42
6.2.1 Διαδικασία έγκρισης γενόσημων από τον αμερικανικό οργανισμό υγείας(FDA)	42
6.3 Τιμολόγηση γενόσημων	43
6.3.1 Δείκτες τιμών	43
6.3.2 Δείκτες πωλήσεων.....	44
6.3.3 Τιμές γενόσημων στις διάφορες χώρες	45
Κεφάλαιο 7: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ:.. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ,ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	47
7.1 Κατάσταση γενόσημων στις διάφορες χώρες	47
7.1.1 Το παράδοξο των γενόσημων φαρμάκων-κατάσταση στην Ισπανία, Αγγλία, Σουηδία,ΗΠΑ, Γερμανία.....	47
7.1.2 Κατάσταση γενόσημων στην Αγγλία.....	48
7.1.3 Κατάσταση γενόσημων στην Ιρλανδία	48
7.1.4 Κατάσταση στη Νέα Ζηλανδία μοναδικός προμηθευτής	49
7.1.5 Κατάσταση γενόσημων στο ιαπωνικό σύστημα	50
7.1.6 Κατάσταση γενόσημων στη Σουηδία.....	50
7.1.7 Κατάσταση γενόσημων φαρμάκων στη Βόσνια-Ερζεγοβίνη	51
7.1.8 Κατάσταση γενόσημων στη Νορβηγία και Κροατία	51
7.1.9 Κατάσταση γενόσημων στην Πορτογαλία.....	51
7.1.10 Κατάσταση γενόσημων φαρμάκων στις Η.Π.Α.....	52
7.1.11 Κατάσταση γενόσημων στην Ελλάδα.....	52
7.1.12 Κατάσταση γενόσημων στο Βέλγιο	53
7.1.13 Κατάσταση γενόσημων στη Βραζιλία.....	54
7.1.14 Κατάσταση των γενόσημων φαρμάκων στην Ιταλία	54
7.1.15 Κατάσταση γενόσημων στη Φινλανδία	55
7.2 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα φάρμακα σε διάφορες χώρες.....	56

7.2.1 Γενικά.....	56
7.2.2 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα στην Ιορδανία.....	56
7.2.3 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-Νέα Ζηλανδία	57
7.2.4 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-Γαλλία.....	57
7.2.5 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Γερμανία.....	58
7.2.6 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Πορτογαλία.....	58
7.2.7 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη.....	58
7.2.8 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Αμερική	58
7.2.9 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Ιρλανδία	59
7.2.10 Απόψεις Ελβετών, Φιλανδών και Πολωνών για τα γενόσημα φάρμακα.....	59
7.2.11 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα στην Ισπανία	60
7.2.12 Οι επιληπτικοί ασθενείς υποστηρίζουν ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή.....	61
7.3 Απόψεις επαγγελματιών υγείας στις διάφορες χώρες.....	61
7.3.1 Ελλάδα	61
7.3.2 Βοσνία-Ερζεγοβίνη	59
7.3.3 Ιταλία.....	63
7.3.4 Νεπάλ	63
7.3.5 Αυστραλία	63
7.3.6 Ιρλανδία.....	64
7.3.7 Ινδία.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ	67
Ειδικό μέρος.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	70
10.1 Σκοπός.....	70
10.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	70
10.3 Αναγκαιότητα της Έρευνας.....	70

10.4 Σχεδιασμός έρευνας	71
10.5 Περιορισμοί της έρευνας.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	74
11.1: Διερεύνηση των απαντήσεων των πολιτών	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	103
12.1 Συζήτηση.....	103
12.2 Προτάσεις πολιτικής	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I:.....	119
Πίνακες από το SPSS	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	142
Σχήματα.....	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III.....	165
Ερωτηματολόγιο	165
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV	175
Άδεια χρήσης του στατιστικού προγράμματος SPSS	175

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να ευχαριστήσω πρώτα από όλα τον κ. Αθανασάκη Κώστα, επιβλέποντα μου στη διπλωματική εργασία για την πολύτιμη βοήθεια του και την υποστήριξη στο πρόσωπο μου καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διατριβής μου.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Μάμα Θεόδωρο για την δυνατότητα που μου έδωσε να παρακολουθήσω το πρόγραμμα σπουδών <<Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας>>. Οι σπουδές μου ήταν πραγματικά ωφέλιμες και οι γνώσεις που αποκόμισα θα με συντροφεύουν σε όλη την επαγγελματική μου πορεία.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου γιατί χωρίς την υποστήριξη τους τόσο ηθικά όσο και οικονομικά δε θα κατάφερνα να ολοκληρώσω τις σπουδές μου. Ήταν πάντα δίπλα μου σε αυτό το υπέροχο ταξίδι γνώσης. Η εργασία αυτή αποκλειστικά αφιερώνεται σε αυτούς.

Ευχαριστώ επίσης τον Παλυβό Γεώργιο, που με βοήθησε με τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες του στη συγγραφή της εν λόγω διατριβής.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους μου για την κατανόηση και την υπομονή τους και στους συμμετέχοντες στην ερευνά μου γιατί χωρίς αυτούς δε θα ήταν υλοποιήσιμη.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

Δ.Ν.Τ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Π.Ε.Δ.Υ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Π.Ε.Σ.Υ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΗΤΑ: Health Technology Assessment

FDA: Food And Drug Administration

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Το ποσοστό χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα παραμένει χαμηλό, σύμφωνα με τα στοιχεία του συνδέσμου φαρμακευτικών επιχειρήσεων Ελλάδας, σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη για αυτό το λόγο κρίθηκε αναγκαία η εκπόνηση μελέτης για την κατανόηση των απόψεων των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Η γνώση της αποδοχής ή και της μη αποδοχής των γενόσημων από τους Έλληνες θα βοηθήσει μελλοντικά στον καλύτερο σχεδιασμό πολιτικών που αφορούν την αύξηση της χρήσης των αντίγραφων των πρωτότυπων φαρμάκων. Σκοπός της παρούσης έρευνας, λοιπόν, ήταν να εκτιμηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των Ελλήνων πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Η έρευνα αφορούσε δείγμα του πληθυσμού που απάντησε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και το βασικό τους χαρακτηριστικό ήταν ότι είναι Έλληνες πολίτες που επισκέπτονται ιατρεία, νοσοκομεία, φαρμακεία και ακολουθούν χρόνια ή περιστασιακή φαρμακευτική αγωγή για να θεραπεύσουν ασθένειες από τις οποίες πάσχουν.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε έρευνα που περιελάμβανε δομημένο ερωτηματολόγιο με 37 ερωτήσεις κλειστού τύπου το οποίο συμπληρώθηκε από 222 πολίτες. Τα αποτελέσματα εξήχθησαν με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος IBMSPSSv. 20.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι Έλληνες πολίτες είναι περισσότερο πρόθυμοι παρά επιφυλακτικοί στο να χρησιμοποιήσουν γενόσημα φάρμακα. Μάλιστα μεγάλο ποσοστό χρησιμοποιεί ήδη γενόσημα φάρμακα, το 44,1% στην έρευνα μας δήλωσε ότι γνωρίζει ακριβώς τι είναι τα γενόσημα φάρμακα και το 47,3% ότι έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι. Το 23,9% δηλώνει ικανοποιημένο από το θεραπευτικό αποτέλεσμα των γενόσημων και το 75,2% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα θα χρησιμοποιούσε κάποιο γενόσημο μελλοντικά. Οι όποιοι ενδιασμοί πηγάζουν από την ελλιπή εκπαίδευση τους σχετικά με το τι πρεσβεύουν τα γενόσημα φάρμακα (το 66,2% προτιμά να ενημερώνεται από τον ΕΟΦ και το 14% από την ιατρική κοινότητα) και στο ότι οι γιατροί ή οι φαρμακοποιοί τους δεν τονώνουν την αυτοπεποίθησή τους απέναντι σε αυτά τα φαρμακευτικά είδη (το 41% των συμμετεχόντων στην έρευνα μας δήλωσε ότι ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός τους δεν τους προτείνει να αντικαταστήσουν το πρωτότυπο φάρμακο τους με κάποιο γενόσημο). Η στάση αυτή των επαγγελματιών υγείας πηγάζει είτε από προσωπικά τους συμφέροντα είτε από την ημιμάθεια τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι Έλληνες είναι δεκτικοί στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην πλειοψηφία τους. Το μόνο που χρειάζεται για να αυξηθεί η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά είναι η σωστή ενημέρωση τους τόσο από δημόσιους φορείς όπως ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων όσο και από τους υγειονομικούς υπαλλήλους. Φυσικά κλειδί σε αυτή την προσπάθεια πρέπει να είναι και η σωστή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να μεταλαμπαδεύσουν αυτή τη γνώση τους στους ασθενείς τους που τη δεδομένη χρονική στιγμή φαίνεται να είναι ελλιπής.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Γενόσημα φάρμακα, στάση των Ελλήνων πολιτών, ρόλος των επαγγελματιών υγείας, εκπαίδευση για τα γενόσημα.

ABSTRACT

PURPOSE:The rate of use of generic medicines in Greece remains low, according to the data from the Greek pharmaceutical association, compared to other European countries, so it was considered necessary to conduct a study to understand the general public's views on generic medicines. Knowledge of the acceptance or even of non-acceptance of generics by the Greeks will in the future help to better design policies for increasing the use of copies of original medicines. The purpose of this research was to assess the knowledge and attitudes of Greek citizens about generic medicines. The survey involved a sample of the population who answered the questionnaire's questions and whose main characteristic was that they were Greek citizens who visit doctors, hospitals, pharmacies and take chronic or occasional medication to cure illnesses they suffer from.

MATERIAL & METHODOLOGY:A survey was conducted which included a structured questionnaire with 37 closed-ended questions, which was completed by 222 citizens. The results were extracted with the help of the IBM SPSS v.20.0 statistical program.

RESULTS:Greek citizens are more willing than cautious to use generic medicines. Indeed, a large proportion already uses generic drugs, 44.1% of participants in our survey stated that it knows exactly what generic medicines are and 47.3% has heard of generics but does not know exactly what they are. 23.9% of the participants said that they were satisfied with the therapeutic effect of generics in treatment their illnesses and 75.2% of those who answered the questionnaire's questions would use generic medicines in the future. Whatever concerns arise from inadequate education about what generic medicines are (66.2% prefer to be informed by the EOF and 14% by the medical community) and that doctors or pharmacists do not stimulate their self-confidence against these drugs (41% of our study participants stated that their physician or pharmacist had not proposed replacing their original medication with a generic). This attitude of health professionals stems either from their personal interests or from their lack of education.

CONCLUSION:Greeks are receptive to the use of generic medicines in their majority. All that is needed to increase the penetration of generic medicines into the Greek market is to properly inform them both from public bodies such as the National Agency for Medicines and healthcare professionals. Of course, the key to this effort must be the proper training of

healthcare professionals to impart their knowledge into their patients, which at this time seems to be incomplete.

KEY- WORDS:Generic medicines, the status of Greek citizens, the role of health professionals, general education.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χαμηλό μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα(20% για το έτος 2017) και οι προσπάθειες της Ελληνικής Κυβέρνησης να αυξήσουν τη διείσδυση τους προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία, δημιούργησαν την ανάγκη να διερευνηθεί η στάση των Ελλήνων απέναντι στα φάρμακα αυτά(Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα στοιχεία και γεγονότα 2015-2016,ΣΦΕΕ IOBE). Επίσης, μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναζητήθηκε και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και πως αυτοί συμβάλλουν στην προώθηση των γενόσημων καλλιεργώντας την εμπιστοσύνη στους ασθενείς τους έναντι των φαρμάκων αυτών. Γενικά, οι Ευρωπαίοι πολίτες αποδέχονται τα γενόσημα φάρμακα και σε πολλές περιπτώσεις ζητούν την αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων τους από τα γενόσημα είτε από το γιατρό τους είτε από το φαρμακοποιό τους (Rineretal, 2017). Στην Ελλάδα, από παλαιότερες μελέτες ορμώμενη, οι ασθενείς παρουσιάζονταν ως επιφυλακτικοί έναντι στα γενόσημα(Skaltsasetal,2015). Σε αυτό το φαινόμενο μεγάλο μερίδιο ευθύνης φαινόταν ότι είχαν οι γιατροί που παρέμεναν πιστοί στη συνταγογράφηση πρωτότυπων φαρμάκων. Οι γιατροί ήταν διστακτικοί γιατί αμφέβαλλαν για την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων(Mamasetal, 2009). Επίσης οι φαρμακοποιοί ανέφεραν ότι και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συνέβαλαν στον εκφοβισμό των πολιτών έναντι στα φθηνότερα φάρμακα(Skaltsasetal,2015). Ήταν, λοιπόν, καίριας σημασίας και αφού διαθέταμε και αρκετό υλικό από προηγούμενες διατριβές να αναλύσουμε τη στάση των Ελλήνων πολιτών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα το τρέχον έτος, το οποίο χαρακτηρίζεται και μεταβατικό αφού η Ελλάδα προσπαθεί να ανακάμψει μετά τη λήξη της σύμβασης της με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την προσπάθεια της να επανέλθει στις αγορές αλώβητη. Στόχος, λοιπόν, της συγκεκριμένης Διατριβής ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα, οι απόψεις τους σχετικά με την ασφάλεια τους συγκριτικά πάντα με τα πρωτότυπα φάρμακα, οι λόγοι που επιλέγουν ή όχι ένα πρωτότυπο ή ένα γενόσημο φάρμακο και η εμπιστοσύνη που εκφράζουν στους επαγγελματίες υγείας. Η διεύρυνση της στάσης των πολιτών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου και η ανάλυση των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSSv.20.0.

Ειδικότερα στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα χρήματα που δαπανούν οι χώρες για την υγεία και πιο συγκεκριμένα η Γαλλία, η Γερμανία, η Πολωνία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται συνοπτική ανάλυση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και συγκεκριμένα την κατάσταση που βρισκόταν πριν την κρίση και μετά. Επίσης αναλύονται οι μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν μετά από τις απαιτήσεις της Τρόικα. Στο τέλος γίνεται μνία στο μέγεθος της επιρροής της κρίσης στους επαγγελματίες υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η ελληνική φαρμακευτική αγορά, η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων στην Ελλάδα και οι προτάσεις καθώς και τα μέτρα που ελήφθησαν για τη μείωση των δαπανών και την αύξηση των πωλήσεων των γενόσημων φαρμάκων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται οι ανισότητες που επικρατούν τόσο στις υποανάπτυκτες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες και ειδικότερα στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός του γενόσημου φαρμάκου και της βιοϊσοδυναμίας και εκθέτεται ο τρόπος με τον οποίο τα γενόσημα εισέρχονται στην αγορά. Επίσης αναφορά γίνεται και στην ασφάλεια και την ποιότητα των γενόσημων συγκρινόμενα πάντα με τα πρωτότυπα, στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φαρμακευτική αγωγή, στο κατά πόσον οι αλλαγές στη συσκευασία δημιουργούν σύγχυση στους ασθενείς και στο φαινόμενο της χαμηλής διείσδυσης γενόσημων στην ελληνική αγορά. Επίσης, προτείνονται κίνητρα προκειμένου οι φαρμακοποιοί να διαθέτουν περισσότερα γενόσημα από ότι πρωτότυπα στους ασθενείς τους. Η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα φθηνότερα φάρμακα είναι ένα κομμάτι που επίσης συζητείται στο κεφάλαιο αυτό. Καταλήγοντας, εκθέτεται η έγκριση των γενόσημων από τον FDA και η τιμολόγηση των γενόσημων στις διάφορες χώρες.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρατίθεται η κατάσταση που επικρατεί στις διάφορες χώρες σχετικά με τα γενόσημα και ειδικότερα στην Ισπανία, στην Αγγλία, στη Σουηδία, στις ΗΠΑ, στη Γερμανία, στην Ιρλανδία, στη Νέα Ζηλανδία, στην Ιαπωνία, στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, στη Νορβηγία, στην Κροατία, στην Πορτογαλία, στην Ελλάδα, στο Βέλγιο, στη Βραζιλία, στην Ιταλία και στη Φιλανδία. Ακόμα παρατίθενται οι απόψεις των ασθενών στις διάφορες χώρες (Ιορδανία, Νέα Ζηλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, ΗΠΑ, Ιρλανδία, Ελβετία, Φιλανδία, Πολωνία και Ισπανία) όπως και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα γενόσημα (Ελλάδα, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Ιταλία, Νεπάλ, Αυστραλία, Ιρλανδία και Ινδία).

Στο όγδοο κεφάλαιο αναλύεται η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στους επαγγελματίες υγείας.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανάγκη για εκπαίδευση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας έναντι των γενόσημων φαρμάκων προκειμένου να εξοικειωθούν περισσότερο με τα φάρμακα αυτά.

Στο ειδικό μέρος και συγκεκριμένα στο δέκατο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε έξι ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε ερωτήσεις για τα προσωπικά στοιχεία των πολιτών, η δεύτερη ενότητα για την ποιότητα ζωής τους, η τρίτη ενότητα για τις γνώσεις των ασθενών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα, η τέταρτη ενότητα για τις γνώσεις των πολιτών για την ασφάλεια των φαρμάκων, η πέμπτη ενότητα για την επιλογή των φαρμάκων και η έκτη ενότητα για την εμπιστοσύνη των πολιτών στους επαγγελματίες υγείας.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου και για την παρουσίαση τους χρησιμοποιήθηκαν πίνακες έτσι όπως προέκυψαν από SPSSv.20.0.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο που είναι και το τελευταίο της διπλωματικής μου εργασίας παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα μου καθώς και κάποιες προτάσεις πολιτικής που θα βοηθήσουν τόσο τους κρατικούς φορείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας στην προώθηση και κατ'επέκταση στην αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων από τους ασθενείς.

Γενικά οι Έλληνες είναι δεκτικοί απέναντι στα γενόσημα και εμφανίζονται πρόθυμοι να τα χρησιμοποιήσουν. Μάλιστα, όσοι τα χρησιμοποιούν φαίνονται ικανοποιημένοι από το θεραπευτικό τους αποτέλεσμα. Ο φόβος τους προέρχεται από την ημιμάθεια τους, την ελλιπή τους εκπαίδευση αλλά και την ανεπαρκή γνώση των υγειονομικών υπαλλήλων που πολλές φορές τους αποθαρρύνουν στο να τα χρησιμοποιούν, ακολουθώντας τη γραμμή που έχουν χαράξει εδώ και χρόνια τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Για αυτό το λόγο είναι ζωτικής σημασίας η εκπαίδευση τόσο των παρόχων υγειονομικής φροντίδας όσο και των αποδεκτών της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Δαπάνες για την υγεία στις ευρωπαϊκές χώρες

2.1.1 Γαλλία

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αποζημιώνονται κατά 77% από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να καλύπτει το 15% για τα φάρμακα και έως 80% για εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Υπάρχουν και ορισμένες συμπληρωμές που δεν καλύπτονται για αυτό δημιουργήθηκε η εθελοντική ασφάλιση υγείας προκειμένου να μειθούν τα έξοδα της κοινωνικής δημόσιας ασφάλισης. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται στο 7,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών που βρίσκεται στο 16,1%. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία πάντως είναι στο 10,9% πολύ μεγαλύτερες από το μέσο όρο των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Στη Γαλλία γίνεται μια προσπάθεια από το 2012 που παρατηρήθηκε μια μείωση της φαρμακευτικής αγοράς να τεθούν εκτός λίστας φάρμακα με χαμηλό θεραπευτικό δείκτη, κίνητρα για συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων και μια προσπάθεια να μειωθούν οι ακατάλληλες συνταγογραφήσεις και η κατάχρηση των αντιβιοτικών. Στόχος είναι πάντως από το 2014 οι πωλήσεις των γενόσημων φαρμάκων να αγγίζουν το 85% των ολικών πωλήσεων. Στη Γαλλία ισχύει ότι εάν ο ασθενής αρνηθεί να λάβει το γενόσημο τότε αναγκάζεται να πληρώσει ολόκληρο το ποσό και να ζητήσει αποζημίωση μετέπειτα από το κράτος^[1].

2.1.2 Γερμανία

Οι δαπάνες για την υγεία αγγίζουν το 11,4% του ΑΕΠ. Το 2004 από τη θετική λίστα των φαρμάκων εξαιρέθηκαν τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Την ίδια χρονιά απελευθερώθηκαν και οι τιμές των φαρμάκων που δεν χρειάζονται συνταγή. Επίσης για κάθε συνταγή τέθηκε ένα συγκεκριμένο ποσό 8,10 ευρώ. Οι φαρμακοποιοί ακόμα πληρώνονται για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα με 8,35 ευρώ + 3% περιθώριο κέρδους. Να σημειωθεί εδώ ότι η λιανική τιμή περιέχει και ένα 19% ΦΠΑ^[2].

2.1.3 Πολωνία

Οι ιδιωτικές πληρωμές στην Πολωνία είναι πολύ υψηλότερες από το μέσο όρο των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Ανέρχονται στο 22% της συνολικής δαπάνης για την υγεία για το 2009. Η πολωνική οικονομία δεν επηρεάστηκε από το πρώτο κύμα της κρίσης την περίοδο 2008-2010. Το 2008 το EurohealthConsumerIndex από τις 33 χώρες κατέταξε στην 26 το Πολωνικό σύστημα υγείας το οποίο προωθεί την υγεία των πολιτών^[3].

2.1.4 Πορτογαλία

Το Μάιο του 2011 η Πορτογαλία επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση και αναγκάστηκε να ενισχυθεί από την τρόικα με ένα δάνειο 78 δις. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται στο 9,5% του ΑΕΠ το 2014. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν το 66% των συνολικών δαπανών ενώ οι ιδιωτικές το 35% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Οι συμπληρωμές των χρηστών αγγίζουν το 80%. Η ιδιωτική ασφάλιση αντιπροσωπεύει το 26% του πληθυσμού και ο ρόλος της είναι αντιπροσωπευτικός. Γενικά το υγειονομικό σύστημα της Πορτογαλίας χαρακτηρίζεται από πολλές ανισότητες. Για τα γενόσημα η τιμή τίθεται στο 50% της λιανικής τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων και εάν είναι κάτω των 10 ευρώ στο 25%. Στις 8 Μαρτίου του 2012 εισήχθη και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης συνεργάστηκαν και το κράτος και οι φαρμακευτικές εταιρείες. Στόχος της Τρόικας ήταν η μείωση της δημόσιας δαπάνης στο 1,25% του ΑΕΠ το 2012 και στο 1% το 2013. Οι φαρμακοποιοί υποχρεώνονταν να διαθέτουν στα φαρμακεία τους τα 3 από τα 5 γενόσημα και μάλιστα τα περιθώρια κέρδους αυτών και των χονδρεμπόρων μειώθηκαν κατά πολύ. Γενικά οι Πορτογάλοι αντιμετώπισαν τα μέτρα λιτότητας ως μια ευκαιρία που είχε το εθνικό τους σύστημα για να το κάνουν πιο αποτελεσματικό^[4].

2.1.5 Ισπανία

Οι δαπάνες για την υγεία αγγίζουν το 8,5% του ΑΕΠ, παραμένοντας χαμηλότερα από το μέσο όρο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αναλύονται σε 54% έξοδα για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, 16% για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 19,8% για φαρμακευτικά αγαθά και 1,4% για πρόληψη. Λόγω της οικονομικής κρίσης που έπληξε την Ισπανία το 2010 η κυβέρνηση εξήγγειλε μέτρα όπως η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου, ηλεκτρονικής πλατφόρμας για καλύτερη ενημέρωση των πολιτών, μείωση των τιμών των γενόσημων φαρμάκων, εφαρμογή των τιμών αναφοράς και

κατευθυντήριων γραμμών για νέες φαρμακοθεραπείες που στοχεύουν στη συγκράτηση του κόστους^[5].

2.1.6 Ηνωμένο Βασίλειο

Το 2013 οι δημόσιες δαπάνες για τη υγεία ανέρχονται στο 9,1% του ΑΕΠ συγκρινόμενες με το μέσο όρο των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Το βρετανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τις αρχές της αλληλεγγύης με αρκετά ενισχυμένο το ρόλο του κράτους και έχοντας ως βάση τη θεραπεία χωρίς επιπρόσθετη πληρωμή, τη δωρεάν δηλαδή περίθαλψη. Το 2014 η Pharmaceutical Price Regulation Scheme έθεσε ένα καθορισμένο οικονομικό όριο για το πόσα πρέπει να ξοδεύει για τα πρωτότυπα φάρμακα το βρετανικό σύστημα υγείας. Εάν υπερέβαινε το όριο αυτό το ποσό πληρωνόταν από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Το 2014 για κάθε φάρμακο που διανεμήθηκε ο καταναλωτής θα πλήρωνε 8,20 ευρώ ανεξαρτήτως τιμής εξαιρούνται τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι >65 ετών και αυτοί με μακροχρόνιες παθήσεις. Τα γενόσημα φάρμακα αυξήθηκαν από το 72% το 2012 στο 74% το 2014^[6].

2.1.7 Ελλάδα

Με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ η συνολική χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ στην Ελλάδα διαμορφώθηκε το 2016 στο 8,45% έναντι 8,19% το 2015. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η δημόσια χρηματοδότηση εκείνη τη χρονιά αυξήθηκε κατά 614 εκατομμύρια ευρώ. Έτσι με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2016, η δημόσια χρηματοδότηση για τις υγειονομικές δαπάνες αυξήθηκε στα 9.034,7 εκατομμύρια ευρώ έναντι 8.420,1 εκατομμύρια ευρώ το 2015. Επιπρόσθετα αυξήθηκαν και οι ιδιωτικές δαπάνες αφού τα νοικοκυριά είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης είτε μέσω συμπληρωμών κατέβαλαν 5.625,4 εκατομμύρια ευρώ το 2016 από τα 5.765 εκατομμύρια ευρώ το 2015 και έναντι 6.614,4 εκατομμύρια ευρώ το 2010. Συμπερασματικά, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία διαμορφώθηκαν στα 14.727,3 εκατομμύρια ευρώ το 2016 έναντι 14.447,6 εκατομμύρια ευρώ το 2015^[7].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1:Κατάσταση πριν την κρίση

3.1.1Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η υγεία είναι δικαίωμα όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης και κοινωνικής θέσης για αυτό το λόγο δημιουργήθηκε το εθνικό ελληνικό σύστημα υγείας. Η αποκέντρωση της υγείας με τη δημιουργία τοπικών συμβουλίων υγείας, βελτίωσε τις υπηρεσίες των νοσοκομείων και συνέβαλε στη στελέχωση τους από ιατρικό προσωπικό. Βέβαια τα προβλήματα ήταν πολλά. Τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονταν από μεγάλες λίστες αναμονής, έλλειψη κρεβατιών και αδιαφορία των εργαζομένων λόγω έλλειψης κινήτρων και αύξησης της παραγωγικότητας τους. Συχνό μελανό σημείο της δημόσιας περίθαλψης ήταν οι άτυπες πληρωμές το γνωστό <<φακελάκι>> προκειμένου ο γιατρός να προσέξει περισσότερο τον ασθενή και να επιδείξει αρτιότητα στη δουλειά του. Ακόμα ένα χαρακτηριστικό ήταν η υπερπληθώρα των γιατρών και η έλλειψη νοσηλευτών για παράδειγμα υπήρχαν 42 γιατροί ανά 10000 κατοίκους (κάνοντας την Ελλάδα δεύτερη στη σειρά μετά την Ισπανία, όσον αφορά το ποσοστό των γιατρών ανά πληθυσμό). Στην Αθήνα ήταν 88 γιατροί ανά 10000 κατοίκους ενώ στα νησιά του Αιγαίου και στην Κεντρική Ελλάδα λιγότεροι από 30 δείχνοντας τις γεωγραφικές ανισότητες. Η δημιουργία των Π.Ε.Σ.Υ είχε σαν στόχο η κάθε περιφέρεια να ασχολείται με τον ετήσιο προϋπολογισμό δρώντας ανεξάρτητα προωθώντας την υγεία και όχι την υπερκατανάλωση. Τέλος, είχε προταθεί και η δημιουργία Οργανισμού Δημόσιων Πόρων Υγείας ο οποίος θα ήταν υπεύθυνος για τον έλεγχο των οικονομικών και τη διανομή των πόρων αλλά προέκυψαν προβλήματα στη δημιουργία του γιατί κάποια ασφαλιστικά ταμεία αδυνατούσαν να ελέγξουν τους υγειονομικούς πόρους για λογαριασμό των ωφελούμενων τους. Μελλοντικός στόχος ήταν η δημιουργία ενός μοναδικού παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών όπου όλοι οι ασφαλισμένοι θα λάμβαναν το βασικό πακέτο υγειονομικών υπηρεσιών χωρίς ανισότητες και χωρίς να αποκλείεται ότι κάθε ασφαλιστικό ταμείο απαγορεύεται να δίνει επιπλέον παροχές στους ασφαλισμένους του (ο γνωστός ΕΟΠΥΥ). Το μονοψωνιακό μοντέλο αυτό θα προωθούσε τη συνεργιστική σχέση μεταξύ του παρόχου και του εθνικού συστήματος υγείας αυξάνοντας το βιοτικό επίπεδο των ασθενών^[8].

3.1.2 Η υπέρμετρη άνοδος των τιμών και η αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία

Στην Ελλάδα οι δαπάνες για τα φάρμακα διπλασιάστηκαν από τα 4,329 δις ευρώ το 2004 στα 7,788 δις το 2008. Σύμφωνα με τα δεδομένα που πάρθηκαν από τα δημόσια ασφαλιστικά

ταμεία οι δαπάνες αυξήθηκαν από τα 2,4 δις το 2004 στα 4,53 δις το 2008 φτάνοντας στο μέγιστο τους στα 5,1 δις το 2009. Όλα αυτά οφείλονταν στη χαμηλή διείσδυση γενόσημων φαρμάκων, λόγω απουσίας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ελέγχου αυτής, στις αυξημένες τιμές των γενόσημων, στην αδυναμία εφαρμογής των υπάρχουσών νομοθεσιών και στην κατάργηση της θετικής λίστας το 2006. Επίσης τα mark-up των φαρμακείων και των χονδρεμπόρων καθώς και το γεγονός ότι πολλά φθηνά φάρμακα αντικαθίστανται από ακριβότερα οδήγησαν στην αύξηση των εξόδων. Αυτό συνέβαινε γιατί τα mark-up στην Ελλάδα δεν ήταν αναδρομικά οπότε η είσοδος ενός ακριβού φαρμάκου πολλαπλασίαζε τα έξοδα. Ακόμα υπήρχε υπερπληθώρα φαρμακείων στην Ελλάδα όπως και χονδρεμπόρων 120 στην Ελλάδα, 20 στην Αγγλία, 9 στην Ολλανδία, 2 στη Φινλανδία και 3 στη Δανία. Οι γιατροί συνταγογραφούσαν κατά αποκλειστικότητα με το εμπορικό όνομα και ακόμα για να εισέλθει ένα γενόσημο στην αγορά χρειαζόντουσαν 15 μήνες το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Η υποκατάσταση ήταν άγνωστη λέξη εκείνη την εποχή. Ακόμα δε δίνονταν κίνητρα στους γιατρούς να συνταγογραφούν με φειδώ. Η κατάργηση της θετικής και αρνητικής λίστας σήμαινε ότι όλα τα φάρμακα αποζημιώνονταν. Η διαφθορά ήταν καθημερινό φαινόμενο με τους γιατρούς να συνταγογραφούν συγκεκριμένη μάρκα φαρμάκου ακόμα και σε ασθενείς που έχουν πεθάνει. Οι άτυπες πληρωμές ήταν απαραίτητες για τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων ή την παράκαμψη της λίστας αναμονής για πραγματοποίηση μιας επέμβασης παρόλο που αποζημιώνονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία^[9].

3.2 Κατάσταση την περίοδο της οικονομικής κρίσης

3.2.1 Ελλάδα- οικονομική κρίση

Το 2010 η ελληνική οικονομία τέθηκε κάτω από την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας, του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και υπέγραψε το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας. Το πρόγραμμα περιελάμβανε διάφορα οικονομικά μέτρα και ριζικές αλλαγές στοχεύοντας στη μείωση του ελληνικού ελλείμματος και στην μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση του. Η ελληνική οικονομία εισήχθη σε μια φάση βαθιάς ύφεσης, χαρακτηριζόμενη από υψηλή ανεργία και μείωση του ΑΕΠ. Γενικά τα μέτρα που τέθηκαν το Μάιο του 2010 με περικοπές συντάξεων και αυξήσεις στη φορολογία, χαρακτηρίστηκαν ως μέτρα εσωτερικής υποτίμησης^{[10][11]}. Πολλοί θεώρησαν ότι οι μειώσεις μισθών θα οδηγούσαν σε μείωση του χάσματος των ανισοτήτων αφού πίστευαν ότι περισσότερο θα πληγόντουσαν οι οικονομικά ισχυρότεροι. Το αντίθετο όμως συνέβη, το

χάσμα μεγάλωσε μεταξύ πλουσίων και φτωχών, δημιουργώντας εμπόδια να ικανοποιήσουν κάποιες ανάγκες τους οι τελευταίοι. Για παράδειγμα, οι νέοι, οι μορφωτικά κατώτεροι, οι μετανάστες, οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά και οι μονογονεϊκές οικογένειες, επηρεάστηκαν από τα μέτρα λιτότητας αφού μειώθηκε η αγοραστική τους δύναμη. Η μείωση των συντάξεων, η αύξηση της φορολογίας, η αύξηση των τιμών των βασικών αγαθών και η ανοδική πορεία της τιμής του πετρελαίου, του ηλεκτρικού ρεύματος και των ενοικίων (αυξήσεις που άγγιζαν το 30-35%) δημιούργησαν μια οδυνηρή κατάσταση για τους Έλληνες πολίτες^[12]. Την ίδια χρονιά οι δείκτες ανεργίας αντιστοιχούσαν στο 14,2% και ο ΑΕΠ στο 3,5%^[13]. Δύο χρόνια αργότερα, το Σεπτέμβριο του 2012 η νεανική ανεργία αυξήθηκε στο 55%. Συχνό φαινόμενο ήταν και οι θάνατοι λόγω βίας (αύξηση κατά 1%) και αυτοκτονιών (αύξηση κατά 0,79%)^[12]. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν από αδιαφάνεια και παράτυπες πληρωμές οι οποίες άγγιζαν το 20% των ιδιωτικών δαπανών των ασθενών, με τους Έλληνες να εμφανίζονται πολύ δυσαρεστημένοι. Επίσης διαφθορά παρατηρούνταν και στη φαρμακευτική αγορά με τους γιατρούς να συνταγογραφούν περισσότερα φάρμακα από ότι χρειαζόνταν οι ασθενείς λόγω της απουσίας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του κατάλληλου ελέγχου. Επιπλέον, στην Ελλάδα υπήρχε και υπάρχει έλλειμμα γενικών ιατρών οι οποίοι θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως gatekeepers και να προωθήσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ειδικά την περίοδο της κρίσης αλλά και σήμερα το εθνικό σύστημα υγείας είναι περισσότερο νοσοκομειοκεντρικό^[13]. Όμως και εκεί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ποικίλα προβλήματα για να ανακουφιστούν από τις ασθένειες που τους ταλαιπωρούν, υφίστανται εξαθλίωση κυρίως οι ανασφάλιστοι και οι ασθενείς με ψυχολογικά προβλήματα χωρίς να προστατεύονται κοινωνικά. Είναι σαν να τιμωρούνται για τον παράλογο τρόπο ζωής τους τα τελευταία χρόνια^{[14][15]}. Οι Έλληνες γενικά ήταν απογοητευμένοι από την κυβέρνηση, τα κόμματα και τους δημόσιους οργανισμούς στη χαρραγή της οικονομικής κρίσης^[13]. Η ανεργία, η εθελούσια έξοδος από την επαγγελματική ζωή αρκετών δημοσίων υπαλλήλων, η εργασιακή ανασφάλεια είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ υποβαθμίζει τη σωματική και ψυχική υγεία όπως επίσης και το άγχος, λόγω της ανεργίας, της ελάττωσης του εισοδήματος, η αυτοεκτίμηση μειώνεται όπως και η κοινωνική αναγνώριση καθώς και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις^[16]. Σύμφωνα με την European Union Statistics at Income and Living Conditions, οι ηλικιωμένοι επλήγησαν κυρίως από την οικονομική κρίση. Ανέφεραν προβλήματα μετακίνησης λόγω του αυξημένου κόστους του εισιτηρίου των μέσων μαζικής μεταφοράς^[17]. Το ΔΝΤ δεν έδειχνε ικανοποιημένο το ΑΕΠ μειώθηκε και άλλο, η ανεργία αυξήθηκε και μαζί της τα ψυχολογικά προβλήματα. Όμως ο τομέας αυτός ψυχορραγούσε και ψυχορραγεί στην

Ελλάδα με κέντρα να κλείνουν, προσωπικό να απολύεται και παιδικές ψυχιατρικές κλινικές να αποτελούν όνειρο θερινής νυκτός. Τα κέντρα ψυχικής υγείας αδυνατούσαν να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά τους, τα οποία αυξήθηκαν κατά 120% τα τελευταία 3 με 4 χρόνια εξαιτίας της αύξησης της κατάθλιψης από το 3,3% το 2008 στο 8,2% το 2011 λόγω οικονομικών δυσκολιών. Αυξήθηκαν κατά 36% τα άτομα που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν και οι θάνατοι από αυτοκτονία αυξήθηκαν κατά 45%. Η ΕΛΣΤΑΤ δείχνει αυξημένες αυτοκτονίες στους άνδρες αλλά το 2011 μεγάλη αύξηση παρατηρείται και στις γυναίκες. Τα παιδιά που βρίσκονται στο όριο της φτώχειας αυξήθηκαν από το 28,2% το 2007 στο 30,4% το 2011, πολλά από τα οποία είναι υποσιτιζόμενα. Ο ΟΗΕ επισημαίνει ότι το δικαίωμα του παιδιού στην υγεία του οποίου έχει επιβαρυνθεί τα τελευταία χρόνια δε φαίνεται να γίνεται σεβαστό στην Ελλάδα. Μάλιστα το 19% των παιδιών γεννήθηκαν ελλιποβαρή μεταξύ των περιόδων 2008 έως 2010 και οι πρόωροι τοκετοί αυξήθηκαν κατά 21% μεταξύ του 2008 και του 2011. Η βρεφική θνητότητα αυξήθηκε στο 43% από το 2008 έως το 2010 γιατί οι γυναίκες δεν πραγματοποιούσαν τις απαραίτητες επισκέψεις στις μαιευτικές κλινικές^[17]. Γενικά, η Ευρώπη ήταν σιωπηλή τον πρώτο χρόνο των μέτρων λιτότητας. Το ευρωπαϊκό κέντρο ελέγχου νοσημάτων επεσήμανε τους κινδύνους των μέτρων λιτότητας. Η Ισλανδία για παράδειγμα, απέρριψε τις συμβουλές του Δ.Ν.Τ για περικοπές στην υγεία αντιθέτως επέλεξε να διατηρήσει πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη των πολιτών της χωρίς εμφανείς επιπτώσεις στην υγεία^[17]. Επιπλέον, οι κυβερνήσεις της Ιρλανδίας και της Φινλανδίας που αντιμετώπισαν κρίση προστάτησαν την υγεία των πολιτών τους κάνοντας περικοπές σε άλλους τομείς. Τα θεμέλια για ένα λειτουργικό υγειονομικό σύστημα απαιτεί λογοδοσία, αποτελεσματική συνεργασία και διαχείριση των επιδόσεων καθώς και χρήση των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας και των ακαδημαϊκών όχι την άρνηση τους^[17]. Ο Kentelekisetal, επέμεναν στην ιδέα μιας μαζικής τραγωδίας στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας αυτό που θεωρούν αυξανόμενη απόδειξη της υγειονομικής κρίσης και ότι θα είναι η συνέπεια ενός από τα πιο ριζικά προγράμματα της συγκράτησης των κρατικών δαπανών των τελευταίων χρόνων. Οι Έλληνες δε βιώνουν την υγειονομική κρίση των χωρών της Σοβιετικής ένωσης με θανάτους να συμβαίνουν κάθε μέρα, όμως βιώνουν οικονομικό στρες, έλλειψη εισοδήματος και δουλειάς καθώς και καταβυθισμένων μισθών^[18].

3.2.2 Μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα την περίοδο της κρίσης.

Ο μνημονιακός στόχος ήταν οι περικοπές της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ. Για να επιτευχθεί αυτό συνέβη ένα πλήθος αλλαγών. Οι προϋπολογισμοί για τα

δημόσια νοσοκομεία μειώθηκαν στο 26% την περίοδο από το 2009 έως το 2011. Στόχος ήταν η μείωση των δημόσιων δαπανών από τα 4,37 δις το 2010 στα 2,88 δις το 2012 και τα 2 δις το 2014. Το 70% των ασθενών στην Αχαΐα δήλωσαν αδυναμία αγοράς ενός φαρμάκου και οι φαρμακευτικές εταιρείες μείωσαν τις προμήθειες τους λόγω μείωσης των κερδών τους και των απλήρωτων λογαριασμών τους. Το 2011 αυξήθηκε η συμμετοχή από τα 3 στα 5 ευρώ για επισκέψεις στα δημόσια νοσοκομεία (με κάποιες εξαιρέσεις στις ευάλωτες ομάδες). Επίσης το 2014 τέθηκε και το ένα ευρώ ανά συνταγή ενώ για κάποιες χρόνιες παθήσεις όπως για παράδειγμα για τον σακχαρώδη διαβήτη υπήρξε αύξηση 10% στη συμμετοχή του ασθενούς. Μάλιστα, τον Ιανουάριο του 2014 προσπάθησαν να επιβάλλουν 25 ευρώ για εισαγωγή στα νοσοκομεία, κάτι το οποίο απορρίφθηκε μια εβδομάδα αργότερα λόγω των πιέσεων που δέχτηκε η κυβέρνηση. Επίσης αυξήθηκε η τιμή των τηλεφωνικών κλήσεων προκειμένου να προγραμματιστεί ραντεβού με τον γιατρό. Η κοινωνική ασφάλιση διαβρώθηκε με την υγειονομική περίθαλψη να προσφέρεται μόνο στους εργαζομένους και στους ανέργους για δύο χρόνια μόνο. Δεδομένου ότι η ανεργία αυξανόταν με ραγδαίο ρυθμό το πλήθος των ανασφάλιστων ατόμων υπερδιπλασιάστηκε. Ακόμα, γύρω στα 800.000 άτομα έχασαν το επίδομα ανεργίας τους. Πολλά άτομα προνοιακής κατάστασης λάμβαναν τα φάρμακα τους καθώς και τις απαραίτητες για αυτά υγειονομικές υπηρεσίες από τα νοσοκομεία της περιοχής τους, κάτι που στο παρελθόν, πριν την κρίση δηλαδή γινόταν αποκλειστικά από τους μετανάστες. Το 2013 υπεγράφησαν τα HealthVouchers για να καλύψουν τις ανάγκες 230.000 μακροχρόνιων ανέργων για περισσότερο των δύο χρόνων. Για παράδειγμα τρεις επισκέψεις για ένα προκαθορισμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τέσσερις μήνες όπως προγεννητικές εξετάσεις για έγκυες γυναίκες υποβάλλοντας πρώτα αίτηση για το voucher^[17].

Η Ελλάδα είναι μια από τις ευρωπαϊκές χώρες που πλήγηκαν από την οικονομική κρίση το 2008. Μέχρι και το 2010 το ελληνικό έλλειμμα ανερχόταν στο 16% του ΑΕΠ και τον Μάιο του ίδιου έτους η Ελλάδα έλαβε την πρώτη της οικονομική βοήθεια, 110 εκατομμύρια από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, γνωστά στη χώρα με την ονομασία Τρόικα^{[19][20]}. Το δεύτερο δάνειο ήταν 130 εκατομμύρια το Φεβρουάριο του 2012 και το τρίτο ήταν 86 δισεκατομμύρια το οποίο εγκρίθηκε τον Αύγουστο του 2015 και θα εκχωρούνταν σε διάφορες δόσεις. Τα δάνεια αυτά δόθηκαν μετά από αυστηρή εφαρμογή μέτρων λιτότητας, ριζικούς ανασχηματισμούς και ιδιωτικοποίηση των κυβερνητικών περιουσιακών στοιχείων. Η περίοδος μετά το 2010 χαρακτηρίστηκε από πολιτική και κοινωνική αστάθεια καθώς οι κυβερνήσεις προσπαθούσαν

να εφαρμόσουν τα μέτρα της Τρόικας. Η Ελλάδα είχε διάφορες κυβερνήσεις μάλιστα και μια τεχνοκρατική από το Νοέμβριο του 2011 έως το Μάιο του 2012, δύο προσωρινές και διεξήγαγε εθνικές εκλογές τέσσερις φορές (Μάιο 2012, Ιούνιο 2012, Ιανουάριο 2015 και Σεπτέμβριο 2015)^[20].

Το 2011 ενοποιήθηκαν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία κάτω από έναν φορέα τον ΕΟΠΥΥ προκειμένου να μειωθεί ο κρατικός προϋπολογισμός. Το 2014 δημιουργήθηκε το ΠΕΔΥ η μετεξέλιξη του ΕΟΠΥΥ. Η Τρόικα ήθελε οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να φτάσουν το 6% του ΑΕΠ. Αυτό σήμαινε μείωση του 30% των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, πτώση 40% στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας και 10-40% μειώσεις προσωπικού. Επιπλέον ακριβές εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις όπως για παράδειγμα για τη διάγνωση του καρκίνου, υπέστησαν αρκετές περικοπές.

Το 2008 έως το 2013 η ανεργία από το 29,4% έφτασε στο 51,1% το 2013. Μάλιστα πάνω από το 20% του πληθυσμού βίωναν έλλειψη βασικών αγαθών. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 24% ενώ στις ιδιωτικές κλινικές επήλθε πτώση της τάξης του 25-30% την περίοδο 2009-2010. Το 2011 αυξήθηκαν οι συμμετοχές των ασθενών στα φάρμακα, ενώ εισήχθη η αμοιβή για εξωνοσοκομειακές επισκέψεις σε γιατρούς. Επειδή πολλοί πολίτες ήταν ανασφάλιστοι θεσπίστηκαν τα healthvouchers προκειμένου να έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χωρίς όμως ιδιαίτερη επιτυχία^[20].

3.2.3 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στους έλληνες επαγγελματίες υγείας

Από το 2008 που η Ελλάδα άρχισε να βιώνει οικονομική κρίση, τα νοσοκομεία παρατήρησαν σημαντικές ελλείψεις στα αναλώσιμα υλικά. Οι συνθήκες που επικρατούν χαρακτηρίζονται ως πολεμικές και οι επαγγελματίες υγείας κάνουν ό,τι μπορούν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών τους παρόλο που το επάγγελμά τους υποβαθμίστηκε. Οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν καθήκον τους να υπερασπιστούν το επαγγελματικό τους ήθος και να εξυπηρετούν τους ασθενείς χωρίς να συμβιβάζονται με τις επιταγές των μνημονίων. Προσομοιάζουν τον εαυτό τους ως την εμπροσθοφυλακή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, αμυνόμενοι σε έναν πόλεμο διαφύλαξης του επαγγέλματος τους από την υποβάθμιση του από τα μέτρα λιτότητας. Οι μισθοί μειώθηκαν στο 15% και οι συντάξεις στο 10%. Επιπρόσθετα, οικονομικά επιδόματα καταργήθηκαν ενώ αυξήθηκε το όριο συνταξιοδότησης από τα 65 στα 67 έτη. Στα νοσοκομεία, οι εργαζόμενοι υφίστανται επαγγελματική εξουθένωση, δηλαδή συναισθηματική απομόνωση και αποπροσωποποίηση. Οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι εργάζονται σε ένα υγειονομικό σύστημα με ανεπαρκές

προσωπικό, μη ορθώς χρηματοδοτούμενο και μη ελεγχόμενο όπου αναγκάζονται να δουλεύουν υπό δύσκολες συνθήκες και να βλέπουν περισσότερους ασθενείς με λιγότερα χρήματα. Ειδικά στις αγροτικές περιοχές έχουν περισσότερες ελλείψεις σε φάρμακα και ιατρικό εξοπλισμό. Ακόμα το φαινόμενο του brain-drain είναι συχνό η μετακίνηση δηλαδή των γιατρών στο εξωτερικό και η εγκατάστασή τους εκεί προκειμένου να δουλέψουν λόγω των άσχημων εργασιακών συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα. Πολλές φορές, οι γιατροί και οι νοσοκόμες αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα ανάμεσα στις αρχές που προστάζει το επάγγελμα τους και στις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν λάβει. Για παράδειγμα η Ισπανική κυβέρνηση έχει απαγορεύσει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε παράνομους μετανάστες ωστόσο οι υγειονομικοί υπάλληλοι συνεχίζουν να τους συμπεριφέρονται το ίδιο με τους Ισπανούς πολίτες. Γενικά οι έλληνες επαγγελματίες υγείας αμφιβάλλουν εάν με τα μέτρα λιτότητας θα μπορέσουν να συγκρατήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα την επαγγελματική ηθική τους. Επίσης, αντιλαμβάνονται τις μειώσεις μισθών και τις περικοπές προσωπικού ως έλλειψη σεβασμού απέναντι τους και υποβάθμιση του κοινωνικού τους ρόλου και της επαγγελματικής τους αξίας. Εν κατακλείδι, οι επαγγελματίες υγείας, νιώθουν ότι βρίσκονται σε ζώνη πολέμου καθημερινά αλλά πρέπει να συνεχίσουν να μάχονται προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στους ασθενείς τους ακολουθώντας το επαγγελματικό τους ήθος^[20].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ

4.1 Η Ελληνική φαρμακευτική αγορά

4.1.1 Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα

Στον τομέα των δαπανών για φαρμακευτική κάλυψη, που αποτελεί το 15% της συνολικής δαπάνης για την υγεία η συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διαμορφώθηκε το 2017 στα 3,7 δισεκατομμύρια εκ των οποίων τα 1,945 δισεκατομμύρια αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση. Παρατηρείται, λοιπόν, μείωση της συμβολής του δημοσίου τομέα και μάλιστα κατά 32% σε σχέση με τα προηγούμενα έτη γεγονός που επιβάρυνε τον ιδιωτικό τομέα, όπου για το 2017 η συμμετοχή των ασθενών φτάνει στο 25% και η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας, με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebate και clawback αντίστοιχα), υπολογίζεται στο υπόλοιπο 25%, περίπου στα 875 εκατομμύρια ευρώ δηλαδή. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι για το 2018 το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών κυμαίνεται γύρω στο 30% κατά μέσο όρο ενώ πριν την καθιέρωση πληρωμής της διαφοράς από την λιανική τιμή του φθηνότερου γενόσημου, που οι ασθενείς ήταν υποχρεωμένοι να πληρώνουν μόνο την καθιερωμένη συμμετοχή (0%, 10% και 25%) κατά περίπτωση, ο μέσος όρος συμμετοχής ήταν 15%. Μετά μάλιστα και την ανακοίνωση του υπουργείου υγείας ότι οι ασθενείς όταν επιλέγουν γενόσημο δε θα επιβαρύνονται οικονομικά προσπαθώντας να τους ανακουφίσει από τις δυσβάσταχτες συμμετοχές που πληρώνουν τώρα, το βάρος θα το επωμιστούν οι φαρμακευτικές εταιρείες. Ειδικά οι εταιρείες που παράγουν πρωτότυπα φάρμακα γιατί όσες παράγουν γενόσημα θα παρατηρήσουν μείωση στο clawback τους αφού βοηθούν το κράτος στην εξοικονόμηση των πόρων. Τώρα όσον αφορά τις εταιρείες που παράγουν και γενόσημα και πρωτότυπα το clawback που θα αναγκάζονται να πληρώσουν θα υπολογίζεται μετά από εσωτερικούς διακανονισμούς^[7].

4.2 Τιμολόγηση φαρμάκων στην Ελλάδα και μέτρα που ελήφθησαν για την προώθηση των γενοσήμων.

4.2.1 Τιμολόγηση φαρμάκων στην Ελλάδα

Η τιμολόγηση των φαρμάκων στην Ελλάδα βασίζεται στο σύστημα εξωτερικών τιμών αναφοράς (international reference pricing) . Με βάση την υπουργική απόφαση Γ5 .(α)/οικ .90552 (ΦΕΚ3890/Β/02 .12 .2016), η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex-factory) των φαρμάκων αναφοράς που βρίσκονται εκτός της πατέντας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου ως προς τη δραστική ουσία, τη φαρμακοτεχνική μορφή, την περιεκτικότητα και τη συσκευασία στα κράτη μέλη της Ε.Ε. Για να λάβει τιμή, λοιπόν, για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα φάρμακο πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη της Ε.Ε. Εάν δεν υπάρχει το ίδιο φάρμακο σε τρεις χώρες δε θα τιμολογείται. Όταν λήξει η πατέντα του πρωτότυπου φαρμάκου και κυκλοφορήσει το πρώτο γενόσημο η τιμή του είτε μειώνεται στο 50% της τιμής που είχε πριν λήξει η πατέντα του είτε στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ε.Ε αναλόγως με το ποια από τις 2 τιμές είναι χαμηλότερη αρκεί να μην μειωθεί κάτω από την χαμηλότερη τιμή της Ε.Ε. Για τα πρωτότυπα φάρμακα που δεν υπάρχει αντίστοιχο γενόσημο ισχύει ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων^[21] .

4.2.2 Μέτρα που ελήφθησαν και προτάσεις για τη μείωση τιμών και την προώθηση γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα

Τα σημαντικότερα μέτρα που πάρθηκαν ήταν τα εξής: Οι περικοπές στις τιμές, η επανεισαγωγή της θετικής λίστας των αποζημιούμενων φαρμάκων, η αλλαγή των περιθωρίων κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακείων και η επιβολή προσφορών για τα νοσοκομειακά φάρμακα. Στις 27 Απριλίου του 2010 η χονδρική τιμή μειώθηκε κατά 21,5% ενώ την 1 Ιουλίου του 2011 μειώθηκε επιπλέον κατά 10,2% η χονδρική τιμή και η λιανική τιμή. Επίσης η μείωση των τιμών των γενόσημων φαρμάκων ξεκίνησε από το 70%, στη συνέχεια στο 63% και τέλος στο 40% ενώ και οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων μειώθηκαν στο 50% της αρχικής τους μετά τη λήξη της πατέντας τους. Το 2011 επανεισήχθη η θετική λίστα και μάλιστα οι παραγωγοί θα πλήρωναν 4% rebate στη διαφορά ανάμεσα στην τιμή και στο μέσο κόστος θεραπείας. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Αξιολόγησης Υγείας θα αποζημιώνονταν μόνο τα φάρμακα που αποζημιώνονται στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές

χώρες^{9)[22]}. Το κέρδος των φαρμακείων ανερχόταν στο 35% και υπολογιζόταν να μειωθεί και άλλο. Τα φαρμακεία θα απέδιδαν ,για τα φάρμακα υψηλού κόστους των 2000 ευρώ και άνω, ένα rebate στα ασφαλιστικά ταμεία της τάξης του 1,5 με 8% ανάλογα και με την τιμή του φαρμάκου. Επίσης, τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων θα μειώνονταν από το 7,8% στο 5,4%. Προσφορές για τα φάρμακα των νοσοκομείων εισήχθησαν για να χρησιμοποιηθούν τα γενόσημα υπέρ των πρωτότυπων φαρμάκων. Η πρώτη προσφορά διεξήχθη στις 28/7/2011 για προμήθεια σιπροφλοξασίνης σε 3 νοσοκομεία. Η προσφορά έφερε μείωση στην τιμή από 1,5 εκατομμύριο την προηγούμενη χρονιά στα 0,222 εκατομμύρια την τρέχουσα χρονιά. Επίσης στις 14/11/2011 πραγματοποιήθηκε η δεύτερη προσφορά για δύο προϊόντα τη σιπροφλοξασίνη και την ομεπραζόλη και μάλιστα για την πρώτη μειώθηκε η τιμή από τα 5,2 εκατομμύρια στα 0,42 εκατομμύρια και για τη δεύτερη από τα 1,287 εκατομμύρια στα 0,17 εκατομμύρια Έτσι μειώνεται άμεσα η τιμή των γενόσημων φαρμάκων χωρίς να εξευτελίζεται η πρόσβαση του ασθενούς στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που προτάθηκε το 2012 ουσιαστικά μετέφερε την οικονομική επιβάρυνση από τα ασφαλιστικά ταμεία στους ασθενείς. Πάντως η δαπάνη μειώθηκε από τα 5,09 δις το 2009 στα 4,25 δις το 2010 και το 2011 η δημόσια δαπάνη για την υγεία ανερχόταν στα 4,10 δις το 2011. Μια πρόταση που έγινε για να μειωθούν και άλλο οι τιμές είναι να εφαρμοστεί η πολιτική των προσφορών όπως συμβαίνει στην Ολλανδία και μάλιστα η πτώση των τιμών σε φάρμακα όπως συμβαίνει με την ομεπραζόλη, σιμβαστατίνη και αμιλοδιπίνη ανέρχεται στο 88%, 85% και 85% αντίστοιχα. Μακροπρόθεσμα όμως η πολιτική των προσφορών θα μειώσει τον αριθμό των εταιρειών που παρασκευάζουν τα γενόσημα φάρμακα, με αποτέλεσμα να μειωθούν τα φαρμακευτικά προϊόντα και να χαλαρώσει ο ανταγωνισμός των τιμών και να υπάρχει μόνο ένα γενόσημο ως εναλλακτική. Στη Γερμανία υπάρχει και η πολιτική των προσφορών και των τιμών αναφοράς προκαλώντας σημαντικές αλλαγές στο πεδίο της αγοράς. Η πρόταση των τιμών αναφοράς έχει αμφιλεγόμενες αντιδράσεις γιατί ναι μεν δημιουργεί μια τάση για χαμηλές τιμές αλλά από την άλλη δημιουργεί ένα <<ταβάνι>> κάτω από το οποίο οι παρασκευαστές των φαρμάκων δεν μπορούν να μειώσουν τις τιμές. Πάντως για την ορθή εφαρμογή του μέτρου των τιμών αναφοράς πρέπει να υπάρχουν αρκετοί ανταγωνιστές που παρασκευάζουν γενόσημα φάρμακα. Σημαντική πρόταση είναι και η εφαρμογή του ορίου συνταγογράφησης για να μην υπερβαίνουν οι δαπάνες τα επιτρεπτά όρια. Αυτό πρακτικά σημαίνει εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και στόχων συνταγογράφησης όπως συγκεκριμένο ποσοστό συνταγογράφησης ως προς το σύνολο των συνταγών ελεγχόμενο από τον HTA και το Value-Based Pricing System. Τέλος, η δημιουργία ενός οργανισμού σαν το NICE της Μεγάλης

Βρετανίας που ενδιαφέρεται περισσότερο για τις καινούριες θεραπείες υψηλού θεραπευτικού ενδιαφέροντος και όχι τόσο για την αποζημίωση των οικονομικότερων φαρμάκων, θα αποδεικνύονταν σωτήρια λύση για μία χώρα όπως η Ελλάδα^[9].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

5.1 Ανισότητες στην υγεία στις υποανάπτυκτες χώρες

5.1.1 Οι ανισότητες στην υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες

Οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν λιγότερο αξιόπιστο σύστημα συλλογής των φόρων και κατά συνέπεια το κράτος δαπανεί λιγότερα για την υγεία και άλλους τομείς με αποτέλεσμα αυτές οι χώρες να εξαρτώνται από εξωτερικές πηγές όπως η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές, οι συμπληρωμές των ασθενών και η παροχή υπηρεσιών από κοινωνικές δομές. Η αποζημίωση των υγειονομικών υπηρεσιών διαφοροποιείται χρόνο με το χρόνο και αυτό είναι πρόβλημα γιατί δεν μπορεί να προγραμματιστεί η κατανομή των πόρων για την υγεία^[23]. Η έλλειψη εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας καθώς και η ανασφάλεια είναι στοιχεία που επικρατούν στις χώρες αυτές. Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες το σύστημα υγείας βασίζεται στη δημόσια κοινωνική ασφάλιση και έτσι καλύπτονται τα έξοδα για την υγεία και κυριαρχεί μεγαλύτερη αξιοκρατία και αξιοπιστία^[24].

5.2 Ανισότητες στην υγεία στις ευρωπαϊκές χώρες

5.2.1 Ισπανία:

Ο Navarro αναφέρει ότι οι περικοπές της κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία αυξάνουν το μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών κάτι που οδηγεί σε κατάτμηση του ισπανικού συστήματος υγείας. Τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη τους ενώ τα δημόσια νοσοκομεία περιορίζονται στην παροχή φροντίδας στους πολίτες με οικονομικές δυσκολίες. Είναι πλέον σύνηθες οι οικονομικά ισχυρότεροι που διαθέτουν και ιδιωτική και δημόσια υγειονομική ασφάλιση να έχουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων όπως μαστογραφία και να επισκέπτονται ειδικούς ιατρούς για την προάσπιση της υγείας τους και συνεπώς της εξασφάλισης καλύτερης ποιότητας ζωής. Από την άλλη τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων για την ανακούφιση των συμπτωμάτων μιας ασθένειας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους Legido-Quinleyetalη μεταρρύθμιση του ισπανικού συστήματος υγείας κρύβει το υποκείμενο συμφέρον της αποδέσμευσης των δημόσιων πόρων στον ιδιωτικό τομέα. Οι συμπληρωμές των ασθενών που αποτελούν ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται στο 30,1 % στην Ισπανία^[25].

5.2.2 Ελλάδα:

Μέχρι το 2010 υπήρχαν 30 νέα ασφαλιστικά ταμεία. Το 2011, άλλαξε η κατάσταση με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ που επέφερε ενοποίηση των ταμείων. Μάλιστα, η ανεργία το 2013 αυξήθηκε στο 27,3%. Επίσης, αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες με το ποσοστό τους να είναι το μεγαλύτερο σε όλη την Ευρώπη. Οι συμπληρωμές των ασθενών ανέρχονται στο 39,4% στην Ελλάδα. Έτσι προκλήθηκαν ανισότητες στην υγεία. Οι γεωγραφικές ανισότητες συνέχιζαν να υπάρχουν με τις αγροτικές περιοχές να μη διαθέτουν επαρκώς επανδρωμένα νοσοκομεία και να αναγκάζονται οι ασθενείς να επισκέπτονται κλινικές στην Αθήνα και τη Βόρεια Ελλάδα που η πυκνότητα τους ήταν υψηλότερη^[25]. Επιπρόσθετα η οικονομική κρίση είχε αντίκτυπο στην υγεία των Ελλήνων, με τις υγειονομικές τους ανάγκες να μην μπορούν να καλυφθούν λόγω της ανεπάρκειας των πόρων. Οι ανάγκες των Ελλήνων που δεν καλύφθηκαν άγγιζαν το 44% το 2011^[11]. Το 2013 οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών άγγιζαν το 62%, το ίδιο και των αστέγων με τον ιό του AIDS και τη βακτηριακή λοίμωξη της φυματίωσης να αυξάνονται ταχύτατα από το έτος αυτό και μετά, με μοναδικό σύμμαχο για την εξομάλυνση της κατάστασης τους εθελοντές και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις ^[26]. Οι φραγμοί για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις σταδιακά αυξανόντουσαν το ίδιο και για τους χαμηλόμισθους, ανέργους, ανασφάλιστους και συνταξιούχους (Kentikelenis). Είναι ευρέως γνωστό ότι η μη ικανοποίηση των αναγκών λόγω οικονομικής κρίσης οδηγεί σε κοινωνική περιθωριοποίηση, φτώχεια και χαμηλό προφίλ υγείας^[11]. Επίσης αυξάνει το άγχος το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και αυτοκτονικές τάσεις^[27]. Αυτό που παραμένει άγνωστο ακόμα είναι εάν η οικονομική κρίση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην έκβαση της υγείας του κάθε ατόμου^{[11][28]}. Η Ελλάδα ξοδεύει για την υγεία πολύ λιγότερα χρήματα από ότι οι άλλες χώρες παρ' όλα αυτά οι δαπάνες είναι περισσότερες για τα φαρμακευτικά αγαθά. Το 2008 η Ελλάδα είχε την υψηλότερη κατανάλωση αντιβιοτικών σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ και υπερτιμολόγηση φαρμακευτικών προϊόντων. Η κατάσταση βελτιώθηκε μετά το 2009 όμως το 2012 η φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στο 8,5% τριπλάσιο της Ισλανδίας και διπλάσιο της Φινλανδίας. Επίσης επικρατεί υπερπληθώρα γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτών καθώς και περίσσεια αξονικών και μαγνητικών τομογράφων στον ιδιωτικό τομέα εντείνοντας την ανισότητα στην υγεία και την ανεπαρκή κατανομή των πόρων^[18].

5.2.3 Ιταλία:

Οι ανισότητες στην υγεία ξεκινούν από τους μετανάστες οι οποίοι έχουν χαμηλότερο προφίλ υγείας σε σχέση με τους μόνιμους κατοίκους. Οι μετανάστες εκτίθενται σε δυσμενείς περιβαλλοντικές και εργασιακές συνθήκες, οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν ελλιποβαρή μωρά, να προβούν σε λιγότερους προγεννητικούς ελέγχους και τα βρέφη τους να βιώσουν πρόωρο θάνατο. Επίσης δυσκολίες αντιμετωπίζουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι ψυχιατρικοί ασθενείς και οι ηλικιωμένοι. Το μόνο που παραμένει ισότιμο για όλους είναι η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι συμπληρωμές των ασθενών ανέρχονται στο 24,5% στην Ιταλία^[25].

5.2.4 Πορτογαλία:

Στην Πορτογαλία οι ανισότητες στην υγεία εντάθηκαν με την έλευση της Τρόικας το 2012. Οι καταναλωτές επιβαρύνθηκαν αρκετά. Οι δημόσιες περικοπές ήταν έντονες αλλά όχι όπως της Ελλάδας, ακολούθησε η Ισπανία το 2011 και η Ιταλία το 2014. Οι συμπληρωμές των ασθενών ανέρχονται στο 34% στην Πορτογαλία^[25].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

6.1 Γενικές γνώσεις για τα γενόσημα φάρμακα

6.1.1 Ορισμός γενόσημου φαρμάκου

Γενόσημο φάρμακο σύμφωνα με τον ορισμό του ευρωπαϊκού πρακτορείου φαρμάκου θεωρείται ένα προϊόν το οποίο έχει την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση δραστικής ουσίας και την ίδια φαρμακευτική μορφή με το προϊόν αναφοράς και του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το πρωτότυπο φάρμακο δηλώνεται από τις κατάλληλες μελέτες βιοδιαθεσιμότητας. Θεωρούνται θεραπευτικά ανταλλάξιμα και είναι αντίγραφα των φαρμάκων των οποίων η πατέντα τους έχει λήξει και μειώνουν το φαρμακευτικό κόστος. Οι χώρες έχουν αδράξει την ευκαιρία όμως κάποιες παραμένουν σε χαμηλά ποσοστά. Αυτό οφείλεται σε ορισμένους φραγμούς όπως στο στενό εύρος των διαθέσιμων γενόσημων, στην επιρροή των πρωτότυπων συνταγών, στην καταστρατήγηση των φαρμακευτικών εταιρειών, στις κριτικές θέσεις από την επιστημονική κοινότητα και στη μειωμένη αποδοχή από τους χρήστες^[29].

6.1.2 Ορισμός Βιοϊσοδυναμίας

Η βιοϊσοδυναμία όπως ορίζεται από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Φαρμάκων είναι η απουσία σημαντικής διαφοράς στο ρυθμό και την έκταση στην οποία το ενεργό συστατικό ή η χαρακτηριστική ομάδα σε φαρμακευτικά ισοδύναμα ή σε φαρμακευτικές εναλλακτικές ουσίες απορροφάται στο σημείο της δράσης του φαρμάκου όταν χορηγούνται στην ίδια μοριακή δόση υπό παρόμοιες συνθήκες σε κατάλληλα σχεδιασμένη μελέτη. Ο ρυθμός απορρόφησης μπορεί να διαφέρει ωστόσο τα δύο προϊόντα μπορούν να θεωρηθούν βιοϊσοδύναμα εάν η διαφορά είναι σκόπιμη και δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην έκταση της απορρόφησης όταν τα δύο προϊόντα αξιολογούνται υπό παρόμοιες πειραματικές συνθήκες. Το αντίγραφο ενός φαρμάκου αναφοράς πρέπει να περιέχει πανομοιότυπες ποσότητες του ίδιου δραστικού συστατικού στην ίδια δόση και οδό χορήγησης καθώς και να πληροί τα πρότυπα για ανοχή, καθαρότητα, ποιότητα και ταυτότητα. Ορισμένα αδρανή συστατικά όπως συνδετικά και πληρωτικά επιτρέπεται να διαφέρουν αλλά πρέπει να εμφανίζονται σε παρόμοια αναλογία με τη δραστική ένωση όπως αυτή παρατηρείται στο πρωτότυπο φάρμακο. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι διαδικασίες διάλυσης που καθορίζονται από τη φαρμακοποιία των ΗΠΑ για την ανίχνευση της ανομοιομορφίας μεταξύ παρτίδας προς παρτίδα για την ανίχνευση παραλλαγών παραγωγής ή διεργασιών που ενδέχεται να επηρεάσουν τη βιοδιαθεσιμότητα του σκευάσματος. Η ανάπτυξη μιας

φαρμακοτεχνικής μορφής απαιτεί την απόδειξη της φαρμακοκινητικής, της αποτελεσματικότητας και της ανεκτικότητας σε φυσιολογικά και υγιή άτομα και στον πληθυσμό των ασθενών-στόχων. Ωστόσο η ανάπτυξη ενός γενόσημου απαιτεί την απόδειξη βιοϊσοδυναμίας του με το πρωτότυπο φάρμακο σε φυσιολογικά και υγιή άτομα^[30]. Ο όρος γενόσημο φάρμακο δεν είναι ταυτόσημος με τον όρο βιολογικό φάρμακο. Βιολογικό φάρμακο είναι αυτό που προέρχεται από έναν ζωντανό οργανισμό για παράδειγμα η ινσουλίνη. Ένα βιοϊσοδύναμο φάρμακο είναι παρόμοιο με το φάρμακο βιολογικής προέλευσης το οποίο έχει εγκριθεί. Είναι απίθανο το βιοϊσοδύναμο φάρμακο να έχει ταυτόσημη δομή με το φάρμακο αναφοράς. Παρ'όλα αυτά απαιτείται απόδειξη ασφάλειας και αποτελεσματικότητας πριν την έγκριση^[31]. Τα βιοϊσοδύναμα είναι βιολογικά φάρμακα που περιέχουν μια μορφή της δραστικής ουσίας ενός ήδη εγκεκριμένου βιολογικού φαρμάκου. Λόγω της πολυπλοκότητας τους είναι ανέφικτη η παρασκευή γενόσημων βιολογικών φαρμάκων. Προκειμένου να αποδειχθεί η βιοϊσοδυναμία των βιολογικών φαρμάκων σε σχέση με τα φάρμακα αναφοράς είναι απαραίτητο να διενεργηθούν εκτενείς έλεγχοι. Έτσι θα υπάρξει πλήρης χαρακτηρισμός των φυσικοχημικών, δομικών και λειτουργικών τους χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα η μοριακή τους δομή, η δέσμευση τους στον υποδοχέα και η βιολογική δραστηριότητα του βιοϊσοδύναμου σε σχέση με το φάρμακο αναφοράς. Όλοι αυτοί οι έλεγχοι στοχεύουν στην απόδειξη της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του καινούριου φαρμάκου. Διεξάγονται επίσης και συγκριτικές κλινικές δοκιμές έτσι ώστε να αποκαλυφθούν κλινικά σημαντικές διαφορές. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή τα βιοϊσοδύναμα φάρμακα συγκρατούν το κόστος είτε μέσω του μεταξύ τους ανταγωνισμού είτε μέσω του μειωμένου κόστους ανάπτυξης τους αφού χρησιμοποιούν εξειδικευμένο πρόγραμμα κλινικών και μη κλινικών δοκιμών. Αυτή λοιπόν η εξοικονόμηση χρημάτων μπορεί να αποβεί σωτήρια για τη διευκόλυνση ασθενών στην πρόσβαση τους σε ακριβές βιολογικές θεραπείες. Στην Ευρώπη οι γιατροί θεωρούν ότι τα βιοϊσοδύναμα φάρμακα είναι εναλλάξιμα με τα φάρμακα αναφοράς, δηλαδή αναμένεται να επιτύχουν το ίδιο κλινικό αποτέλεσμα σε δεδομένο κλινικό περιβάλλον και σε οποιοδήποτε ασθενή, με τη συγκατάθεση και την εποπτεία του ιατρού που συνταγογραφεί καθώς και με την πλήρη συγκατάθεση του ασθενούς αφού έχει λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες. Σε έρευνα που διεξήχθη στη Γαλλία βρέθηκε ότι οι φαρμακοποιοί δεν ήταν εξοικειωμένοι με τα βιοϊσοδύναμα και έτσι μαζί με τους παθολόγους και κάποιους ειδικούς ιατρούς όπως δερματολόγους, ρευματολόγους, γαστρεντερολόγους που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή ενημέρωσης του κοινού η εκπαίδευση τους κρίνεται μείζονος σημασίας. Επίσης σύμφωνα με έρευνα του Vermeeretalto 2015 το 44% των γιατρών δηλώνουν

εξοικειωμένοι με αυτά τα φάρμακα με τους γενικούς ιατρούς να σημειώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά αφού δεν εμπλέκονται στη συνταγογράφηση τέτοιων φαρμάκων. Επίσης το 67% των γιατρών είναι πιθανό να συνταγογραφήσει το βιοϊσοδύναμο πρώτα παρά να αντικαταστήσει το πρωτότυπο με το βιοϊσοδύναμο του (μόνο το 28% φαίνεται να έχει προβεί σε κάτι τέτοιο). Ακόμα, το 19% των ειδικευμένων γιατρών ανέφερε ότι έχει συνταγογραφήσει βιοϊσοδύναμο εάν ο ασθενής εμφάνισε καλή ανοχή με το φάρμακο αναφοράς. Τέλος, επειδή τα βιολογικά φάρμακα έχουν συγκεκριμένες παραμέτρους φαρμακοεπαγρύπνησης σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων συμπεριλαμβανομένου της ανοσογονικότητας, της μεταβλητότητας και της σταθερότητας στην παρασκευή, οι γιατροί πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί όταν συμπληρώνουν την κάρτα των ανεπιθύμητων ενεργειών αναφέροντας πάντα τον αριθμό παρτίδας και την ιατρική και όχι εμπορική ονομασία του φαρμάκου^[32].

6.1.3 Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά

Τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να διεισδύσουν στην αγορά μόλις λήξει η πατέντα των πρωτότυπων φαρμάκων. Οι ευρωπαϊκοί και οι αμερικάνικοι νόμοι επιτρέπουν την αντικατάσταση των πρωτότυπων από τα γενόσημα φάρμακα. Όμως η Αμερικάνικη Ακαδημία Νευρολογίας δεν επιτρέπει την αντικατάσταση των πρωτότυπων από τα γενόσημα αντιεπιληπτικά φάρμακα χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού αφού ελλοχεύει κίνδυνος απώλειας ελέγχου των κρίσεων. Ανάλογα, βέβαια με την κάθε ευρωπαϊκή χώρα ισχύουν και άλλοι νόμοι. Αντί για τη μέση βιοϊσοδυναμία είναι απαραίτητο να θεσπιστεί η ξεχωριστή βιοϊσοδυναμία για κάθε προϊόν το οποίο θα καταδεικνύει σε βάθος χρόνου την κλινική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του κάθε φαρμάκου. Τα όρια βιοϊσοδυναμίας έχουν θεσπιστεί στο 80-125% της συγκέντρωσης του φαρμάκου στο πλάσμα και είναι αποδεκτά από τις κυβερνήσεις. Βέβαια θα μπορούσαν να γίνουν στενότερα ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των γενόσημων σε σχέση με τα πρωτότυπα, ειδικά όταν ένα φάρμακο έχει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες ή μια ασθένεια χαρακτηρίζεται από γενετική ποικιλομορφία^[33].

Στη Σουηδία έχουν δημιουργηθεί τα DTC (Department Drug And Therapeutic Countries) τα οποία μελετούν την ασφάλεια και τις επιδράσεις των νέων φαρμάκων. Τα DTC ανανεώνουν τις οδηγίες τους μια φορά το χρόνο και μάλιστα συστήνουν προϊόντα τα οποία μπορούν να αντικατασταθούν με γενόσημα αφού έχει λήξει η πατέντα τους^[34].

6.1.4 Ασφάλεια φαρμάκων

Στο φάκελο εγγραφής πρέπει να περιλαμβάνονται πληροφορίες για την προέλευση των ακατέργαστων πρώτων υλών καθώς και για τη βιοϊσοδυναμία και τη σταθερότητα των γενόσημων φαρμάκων στις κλιματικές αλλαγές. Αν και δεν αναφέρεται πάντα η δραστική ουσία του φαρμάκου του οποίου λήγει η πατέντα του, μπορεί να παραχθεί σε οποιοδήποτε εργαστήριο όμως η καθαρότητα και η διαδικασία κρυστάλλωσης θα διαφέρει από εργαστήριο σε εργαστήριο. Ιδιαίτερη προσοχή θέλουν οι ακαθαρσίες της δραστικής ουσίας και είναι απαραίτητη η εφαρμογή των κανόνων καλής πρακτικής και ISO 9000. Εν κατακλείδι, τα φάρμακα έχουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις για αυτό το λόγο πρέπει να κατασκευάζονται με ιδιαίτερη προσοχή και ακολουθώντας πρότυπα που έχουν ρυθμιστεί από την πολιτεία προκειμένου να διακυβεύεται η ασφάλεια των καταναλωτών^[35]. Η Ευρώπη έχει θεσπίσει κοινούς κανόνες λειτουργίας των εργοστασίων παραγωγής φαρμάκων στους οποίους πρέπει να συμμορφώνονται όλες οι χώρες^[36]. Η υγεία ούτως ή άλλως πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για όλα τα κράτη όχι μόνο τα ευρωπαϊκά^[37].

6.1.5 Τα γενόσημα είναι κατώτερα φάρμακα από τα πρωτότυπα;

Η ποσότητα του δραστικού συστατικού είναι η ίδια τόσο στα γενόσημα όσο και στα πρωτότυπα φάρμακα, με τη διαφορά ότι η απορρόφηση του δραστικού συστατικού σε κάθε δισκίο πρέπει να αγγίζει το 40% των ανώτερων και κατώτερων επιτρεπτών ορίων της συγκέντρωσης του φαρμάκου στο πλάσμα. Η πιθανότητα παρ'όλα αυτά ένα φάρμακο να αγγίζει τα ανώτερα όρια της συγκέντρωσης του στο πλάσμα και ένα άλλο τα κατώτερα είναι λιγότερη από 0,0025 το οποίο σημαίνει ότι για έναν ασθενή αυτό μπορεί να συμβεί κάθε 33 χρόνια συνεχούς θεραπείας και με την προϋπόθεση ότι αντικαθιστά φάρμακα κάθε μήνα. Αυτό χρησιμοποιείται ως επιχείρημα από τους αντιπροσώπους των εταιρειών ότι αποτελεί βασικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις ανεπαρκούς ελέγχου της ασθένειας μετά από υποκατάσταση με ένα γενόσημο. Επίσης άλλη μια διαφορά των γενόσημων με τα πρωτότυπα είναι ότι το φάρμακο είναι ρακεμικό μίγμα με τα ισομερή του να έχουν διαφορετική δραστηριότητα και το γενόσημο να έχει διαφορετική ισομερική κατανομή από αυτή του πρωτότυπου με αποτέλεσμα διαφορετικό προφίλ δράσης με το ίδιο φαρμακοκινητικό προφίλ στη συγκέντρωση του πλάσματος. Επίσης τα γενόσημα μπορεί να είναι ποιοτικώς κατώτερα από τα πρωτότυπα όταν παρασκευάζονται σε χώρες που δεν ακολουθούν τους κανόνες ποιότητας. Στην Ευρώπη, οι μεγαλύτεροι παραγωγοί γενόσημων φαρμάκων είναι αυτοί που παρασκευάζουν τα πρωτότυπα φάρμακα. Πολλές φορές τα

γενόσημα συγχέονται με φάρμακα που πωλούνται μέσω διαδικτύου και τα οποία είναι πλαστά. Από την άλλη μια παρτίδα πρωτότυπων φαρμάκων που προέρχονται από το ίδιο ή διαφορετικά εργαστήρια δεν ελέγχονται με τεστ βιοϊσοδυναμίας. Έτσι τα γενόσημα που περνάνε αυτούς τους ελέγχους με τη λογική αυτή μπορεί να έχουν καλύτερα χαρακτηριστικά^[38].

6.1.6 Αλλαγές στη συσκευασία

Μια μελέτη της Νορβηγίας έδειξε ότι το 5% των ασθενών που λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα λάμβαναν δύο ή περισσότερα ίδια γενόσημα φάρμακα ταυτόχρονα γιατί πίστευαν ότι πρόκειται για διαφορετικά φάρμακα. Έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη για αλλαγή της ονοματολογίας της ετικέτας των φαρμάκων. Η δραστική ουσία πρέπει να γράφεται με μαύρο χρώμα σε ένα λευκό πλαίσιο στο δεξιό μέρος της μπροστινής πλευράς της συσκευασίας. Αυτό το πρότεινε ο Endestadetal. και είναι πιθανό να μειωθούν και τα λάθη των νοσηλευτών όταν προετοιμάζουν τα φάρμακα για χορήγηση στους ασθενείς^[39]. Η σύγχυση λόγω συσκευασίας εντείνεται και με την ύπαρξη πολλών διαφορετικών γενόσημων συσκευασιών και μια διαρκή τους αντικατάσταση από τους φαρμακοποιούς. Ειδικά στους γηριατρικούς ασθενείς που συμβαίνουν αλλαγές λόγω ηλικίας μπορεί η διαρκής αντικατάσταση φαρμάκων να επηρεάσει την απορρόφηση, τη διανομή, το μεταβολισμό και την απέκκριση και έτσι να επηρεαστεί η φαρμακοκινητική του φαρμάκου άρα η υποκατάσταση στα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να παρακολουθείται στενά^[30].

6.1.7 Γενόσημα φάρμακα και εμπειρία των επαγγελματιών υγείας

Το 75% των νοσηλευτών θεωρούσαν ότι υπάρχει πρόβλημα στο απόθεμα των νοσοκομειακών φαρμάκων. Επίσης, το 91% πιστεύουν ότι ο μεγάλος αριθμός των γενόσημων φαρμάκων θα οδηγούσε σε εσφαλμένη διανομή. Οι 3 στους 4 παραδέχτηκαν ότι σπάνια εξακρίβωναν την αντικατάσταση που πραγματοποιήθηκε από το γιατρό μιας και σπάνια αναφέρεται στα ιατρικά αρχεία. Συνολικά το 42% ανέφερε λάθη σχετικά με τη γενόσημη υποκατάσταση η οποία προέρχεται από τα δύσκολα ονόματα των γενόσημων φαρμάκων, από τις συχνές αλλαγές στα πρωτότυπα φάρμακα, από τον αυξανόμενο αριθμό των γενόσημων φαρμάκων όπως επίσης και από το φόρτο εργασίας και την ανεπαρκή εκπαίδευση. Οι περισσότερες νοσοκόμες υποκαθιστούν μόνες τους τα φάρμακα στους θαλάμους και για το γεγονός αυτό αισθάνονται ανασφαλείς μιας και σε αυτό οφείλονται και τα περισσότερα λάθη^[40]. Επίσης, επειδή οι τεχνικοί των φαρμάκων γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τα φάρμακα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των παραπάνω και των νοσηλευτών για να

μειωθούν τα λάθη εν ώρα εργασίας. Η συνεργασία αυξάνει την κατανόηση των φαρμάκων, την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών κατά τη διανομή τους στους ασθενείς καθώς και τη μείωση των ιατρικών λαθών. Μια μελέτη της Αμερικής έδειξε ότι η συνεργασία των νοσηλευτών με τους τεχνικούς φαρμάκων μειώνει το χρόνο των νοσηλευτών που ψάχνουν για το φάρμακο. Άρα σε όλες τις χώρες πρέπει να αναβαθμιστεί ο ρόλος των τεχνικών φαρμάκων στα νοσοκομεία^[39].

6.1.8 Χαμηλό το μερίδιο γενόσημων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά για το έτος 2017 ανέρχεται στο 20% όσον αφορά τα τεμάχια και στο 18% όσον αφορά την αξία. Μάλιστα τα γενόσημα φάρμακα σημείωσαν άνοδο της τάξης του 6% όσον αφορά τον όγκο σε σχέση με το 2016. Αν και τα γενόσημα φάρμακα αύξησαν το μερίδιο τους στην ελληνική αγορά θα έπρεπε να συμβάλλουν και στη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία όμως αυτό δε συμβαίνει στην πραγματικότητα. Αυτό εξηγείται γιατί όπως κανονικά θα έπρεπε να συμβαίνει τα γενόσημα φάρμακα να αντικαθιστούν τα πρωτότυπα φάρμακα μετά τη λήξη της πατέντας τους στη συνταγογράφηση (στην Ελλάδα βέβαια είναι συνηθέστερο πρωτότυπα φάρμακα εντός ή εκτός πατέντας να αντικαθιστούν άλλα πρωτότυπα φάρμακα) ταυτόχρονα συμβαίνει και καινούρια και ακριβά πρωτότυπα φάρμακα αντικαθιστούν άλλα παλιότερα φάρμακα^[21].

6.1.9 Κίνητρα στους φαρμακοποιούς για την προώθηση των γενόσημων

Τα κίνητρα που δίδονται στους φαρμακοποιούς για να διανείμουν γενόσημα φάρμακα ποικίλουν από αποζημίωση κατά πράξη, εξισορρόπηση περιθωρίων κέρδους και φθίνοντα περιθώρια κέρδους. Όλες αυτές κινητοποιούνται και από τα πολιτικά κόμματα και μπορεί να διαφοροποιούνται όταν αλλάζει το πολιτικό τοπίο^[41]. Για παράδειγμα το αναδρομικό περιθώριο κέρδους δίνει μεγαλύτερο ποσοστό στην αξία των οικονομικότερων φαρμάκων. Επειδή η αποζημίωση με ένα συγκεκριμένο ποσοστό επί της λιανικής τιμής του φαρμάκου, δεν τους δίνει κίνητρο να χορηγήσουν το γενόσημο φάρμακο αλλά το ακριβότερο επειδή έχει υψηλότερη λιανική τιμή^[36]. Στη Γαλλία δίνονται κίνητρα στους γιατρούς να συνταγογραφούν γενόσημα και να αποζημιώνονται κατά πράξη. Στους φαρμακοποιούς παραχωρούνται υψηλότερα περιθώρια κέρδους ή επιπρόσθετες πληρωμές επιβράβευσης^[42]. Μια κοινή πρακτική είναι η εφαρμογή εκπτώσεων σχετικά με τα γενόσημα^[41]. Πολλές φορές οι προμηθευτές μπορεί να προβούν σε εκπτώσεις στους φαρμακοποιούς αν και αυτές απαγορεύονται και δεν αποτελούν δημόσια πολιτική^[36]. Πληροφορίες βέβαια για το εύρος αυτών των εκπτώσεων είναι δύσκολο να μετρηθούν γιατί οι πληροφορίες αυτές είναι

εμπιστευτικές. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το υπουργείο υγείας διενεργεί έρευνες για να εκτιμήσει κατά προσέγγιση το επίπεδο αυτών των εκπτώσεων. Αυτό το κάνει για να υπολογίσει το clawback το οποίο κυμαίνεται από το 5,63% στο 11,5% της συνολικής μηνιαίας αποζημίωσης των φαρμακείων. Στη Γαλλία η κυβέρνηση θέσπισε ένα ανώτατο πλαφόν στις εκπτώσεις στις τιμές των φαρμάκων το οποίο κυμαίνεται στο 2,5% για τα πρωτότυπα φάρμακα και στο 17% για τα γενόσημα. Πάντως μια μελέτη που διενεργήθηκε το 2007 ανέφερε ότι οι εκπτώσεις στα γενόσημα κυμαίνονταν στο 20 με 70% επί της χονδρικής τιμής ενώ μέχρι εκείνη την περίοδο επιτρεπόταν έκπτωση στο 10,74%. Στο Βέλγιο κάποια φαρμακεία λάμβαναν έκπτωση 26% ενώ κάποια άλλα 29% για το ίδιο φάρμακο και από τον ίδιο κατασκευαστή. Η αποζημίωση των φαρμακοποιών βάσει της τιμής του φαρμάκου αποτελεί αντικίνητρο για την πώληση γενόσημων γιατί το κέρδος τους είναι χαμηλότερο αφού η τιμή τους είναι μικρότερη έναντι των πρωτοτύπων. Οι φαρμακοποιοί θα έπρεπε να αμείβονται κατά πράξη, όπως συμβαίνει στο Βέλγιο όπου το κράτος ανταμείβει τους φαρμακοποιούς για κάθε φάρμακο που διανείμουν συν μια τιμητική αμοιβή της τάξης του 6,04% συν επιπλέον αμοιβές για συγκεκριμένες μορφές φαρμακευτικής φροντίδας. Στη Γαλλία όπου οι εκπτώσεις είναι θεσμοθετημένες οι φαρμακοποιοί αμείβονται για τις διαπραγματευτικές τους ικανότητες και όχι για τις υπηρεσίες που παρουσιάζουν. Στη Νορβηγία οι τιμές των φαρμάκων και οι αμοιβές διανομής είναι πολύ υψηλές λόγω των πρακτικών των εκπτώσεων. Στην Πολωνία η εκπτωτική πολιτική απαγορεύτηκε δια νόμου το 2012 και μετά προωθήθηκε ο ανταγωνισμός των τιμών. Στην Ολλανδία τελικά εφαρμόστηκε η πολιτική της τιμής αναφοράς όπου τα ασφαλιστικά ταμεία διαπραγματεύονται με τους κατασκευαστές φαρμάκων και αποζημιώνουν φάρμακα με τη χαμηλότερη τιμή. Αν και η πρακτική αυτή μείωσε τις τιμές των φαρμάκων στο 76-96% αυτό διακινδύνευσε τη βιωσιμότητα των φαρμακείων και τη διανομή φαρμάκων^[41]. Στην Ελλάδα όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως στην εργασία ο βαθμός διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά είναι μικρός και απέχει πολύ από το 40% που ορίστηκε από τις μνημονιακές πολιτικές. Προκειμένου, λοιπόν, ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξάνθος να μεταβάλλει την κατάσταση αυτή αποφάσισε να δώσει κίνητρο στους φαρμακοποιούς ώστε να προωθούν περισσότερο τα γενόσημα φάρμακα και έτσι έθεσε στόχο πωλήσεων γενόσημων στο 25% της αξίας φαρμάκων που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ στο κάθε φαρμακείο και για κάθε επιπλέον 10 ποσοστιαίες μονάδες πώλησης γενόσημων, προβλέπεται επιστροφή 3% η οποία θα αφαιρείται από το rebate του φαρμακείου. Έστω λοιπόν ότι ένας φαρμακοποιός κατορθώνει να επιτύχει το ανώτατο ποσοστό διάθεσης γενόσημων φαρμάκων που ανέρχεται στο 60% των συνολικών αγορών φαρμάκων. Η επιστροφή του σε αυτή την περίπτωση θα είναι 10,5%. Οι

φαρμακοποιοί θεωρούν ότι τα προβλεπόμενα ποσά είναι χαμηλά και ότι δεν αξίζει να προσπαθήσουν, γλιτώνοντας έτσι και από τον κόπο ποιας εταιρείας (που παράγει γενόσημα φάρμακα), τα φάρμακα θα συμπεριλάβουν στις προμήθειες τους^[21].

6.1.10 Ικανοποίηση ασθενών από την φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα ανακουφίζουν από τα συμπτώματα μιας ασθένειας, προλαμβάνουν υποτροπές και επιμηκύνουν τη ζωή. Η πολυφαρμακία συνηθισμένο φαινόμενο ειδικά στη θεραπεία χρόνιων ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, οικονομικά προβλήματα, κοινωνική απαξίωση, μείωση της ποιότητας ζωής και σε ψυχολογικές μεταπτώσεις. Κάποιοι ασθενείς είναι εξοικειωμένοι και δεκτικοί με τη φαρμακευτική αγωγή ενώ άλλοι είναι δύσπιστοι σκεπτόμενοι ότι έχει περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα οφέλη για την υγεία. Επίσης γίνονται αρκετά λάθη στη συνταγογράφηση με φάρμακα να αλληλεπιδρούν, κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί. Επίσης το χρώμα, η γεύση, το σχήμα και το μέγεθος του δισκίου παίζουν εξέχοντα ρόλο στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία. Γενικά οι ασθενείς πρέπει να καταλάβουν γιατί λαμβάνουν τη συγκεκριμένη θεραπεία και ότι πρόκειται για επείγουσα ανάγκη. Ακόμα υπάρχουν διάφορα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών όπως το PATD που αναζητά την επιθυμία των ασθενών να σταματήσουν να λαμβάνουν ένα φάρμακο εάν είναι να δαπανούν λιγότερα, το TBQ που αντανάκλα την επιβάρυνση που προκαλεί η φαρμακευτική αγωγή όπως τον κοινωνικό αποκλεισμό, την αποχή από τις καθημερινές δραστηριότητες και το PSM που μετράει την επικοινωνία με τον πάροχο υγείας σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή^[43].

6.2 Έγκριση γενόσημων φαρμάκων

6.2.1 Διαδικασία έγκρισης γενόσημων από τον αμερικανικό οργανισμό υγείας(FDA)

Προκειμένου ένα γενόσημο προϊόν να θεωρηθεί ασφαλές και βιοϊσοδύναμο σύμφωνα με τον ANDA(Abbreviated New Drug Application) απαιτούνται 180 μέρες μελετών. Επειδή ο FDA κατηγορήθηκε για αυτό το στενό περιθώριο έθεσε τέλη χρήσης για να αποδείξει την ποιότητα και την ασφάλεια των νέων προϊόντων . Το 1992 τέθηκαν, επιπλέον, τέλη για το NDA(New Drug Application). Η βιομηχανία των πρωτότυπων φαρμάκων είναι υπέρ των τελών χρήσης. Μέχρι το 2009 η βιομηχανία των γενόσημων φαρμάκων διαφωνούσε, μετά όμως ήταν υπέρ των τελών χρήσης κυρίως για την παροχή ίσης έντασης και χρονικού περιορισμού για όλα τα γενόσημα είτε παρασκευάζονται στην Αμερική είτε όχι (όσα

γενόσημα προέρχονται από το εξωτερικό υφίστανται λιγότερες μελέτες) και έτσι θα διατηρούνταν ίσοι όροι ανταγωνισμού. Ο GenericDrugUserFeeAct είναι ένας νόμος που σχεδιάστηκε για να επιταχύνει την είσοδο ασφαλών και αποτελεσματικών φαρμάκων και να μειώσει τις δαπάνες των εταιρειών. Μέχρι τον Οκτώβριο του 2012 πλήρωναν μόνο οι εταιρείες που είχαν υποβάλει NDA. Το πρόβλημα που δημιουργήθηκε ήταν ότι οι πιο επικερδείς εταιρείες γενόσημων φαρμάκων και οι οποίες διέθεταν αρκετά γενόσημα με αποδεδειγμένη βιοϊσοδυναμία με τα πρωτότυπα μέσω του ANDA (Abbreviated New Drug Application, νόμος για τα γενόσημα που δεν θεωρεί απαραίτητες τις προκλινικές και κλινικές μελέτες αλλά μόνο τα τεστ βιοϊσοδυναμίας) δε χρειαζόταν να πληρώνουν τέλη χρήσης μετά την έγκριση των προϊόντων. Έτσι βασιζόνταν στις μικρές επιχειρήσεις οι οποίες πλήρωναν για τα νεοεισερχόμενα στην αγορά γενόσημα τους, επικρατώντας και μία άποψη ότι ο FDA τιμωρεί της μικρότερης δύναμης εταιρείες. Από τον Οκτώβριο του 2012 όλες οι εταιρείες που διανείμουν φάρμακα στην Αμερική είναι υποχρεωμένες να πληρώνουν τέλη χρήσης στον FDA. Γενικά οι βιομηχανίες των γενόσημων φαρμάκων ενδιαφέρονται περισσότερο για τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων παρά για το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί να λάβει έγκριση από τον FDA ένα νέο προϊόν^[44]. Στην Αμερική υπάρχουν δύο ειδών γενόσημα, επιπλέον, το multi-source και το single-source, το τελευταίο σημαίνει ότι όταν μια εταιρεία πατεντάρει ένα φάρμακο η εταιρεία είναι ο μοναδικός κατασκευαστής του φαρμάκου και όταν η πατέντα λήξει ο FDA μερικές φορές αυξάνει την περίοδο της αποκλειστικότητας συνήθως για 6 μήνες ώστε η εταιρεία αυτή να φτιάξει και τη γενόσημη μορφή του φαρμάκου. Το single-source γενόσημο είναι πιο ακριβό γιατί παρασκευάζεται από μια μόνο εταιρεία είτε αυτή είναι η ίδια που παρασκευάζει το γενόσημο είτε είναι διαφορετική^[45]. Το μονοπώλιο γενικά αυξάνει τις τιμές των φαρμάκων^[46]. Πάντως την περίοδο αυτή καμιά άλλη εταιρεία δεν μπορεί να παράγει γενόσημο εκτός αυτής που της έχει ανατεθεί. Το multi-source γενόσημο παρασκευάζεται από πολλές εταιρείες την ημέρα λήξης του πρωτότυπου φαρμάκου απλά το πρώτο που θα εισέλθει στην αγορά τιμολογείται σαν πρωτότυπο γιατί θεωρείται ότι κρατάει την original patent ενώ τα υπόλοιπα τιμολογούνται ως αληθινά γενόσημα και καλούνται non-innovators^[45].

6.3 Τιμολόγηση γενόσημων

6.3.1 Δείκτες τιμών

Οι δείκτες τιμών διακρίνονται σε σταθμισμένους και μη. Προκειμένου να αποκαλυφθεί ο όγκος των πωλήσεων των γενόσημων φαρμάκων καλό θα ήταν να χρησιμοποιούνται

σταθμισμένοι δείκτες διότι αυτοί συνδέονται με τις πωλήσεις. Υπάρχουν διάφοροι σταθμισμένοι δείκτες τιμών όπως για παράδειγμα ο Fischer, ο Paasche και ο Laspeyres. Για παράδειγμα σε μια μελέτη που διενεργήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η σύγκριση τιμών των γενόσημων φαρμάκων στην Ιταλία σε σχέση με τη Γερμανία, ο δείκτης Laspeyres έδειξε ότι η τιμή των γενόσημων φαρμάκων στην Ιταλία ήταν κατά 60% ακριβότερη σε σχέση με τη Γερμανία ενώ αντίθετα όταν χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Paasche το αποτέλεσμα κατέδειξε ότι τα γενόσημα φάρμακα ήταν κατά 35% φθηνότερα στην Ιταλία συγκριτικά με τη Γερμανία. Η διαφορά αυτή προκύπτει από το ότι ο δείκτης Paasche χρησιμοποιεί σαν μονάδα μέτρησης του όγκου πωλήσεων τα γραμμάρια του δραστικού συστατικού ενώ ο Laspeyres τον αριθμό των δόσεων. Συνήθως τα αποτελέσματα του Paasche είναι χαμηλότερα σε σχέση με του Laspeyres. Γεγονός επίσης είναι ότι οι ασθενείς τείνουν να καταναλώνουν περισσότερο τα φθηνά φάρμακα στις χώρες τους, επομένως όταν οι τιμές σταθμίζονται από την τοπική κατανάλωση, οι δείκτες δείχνουν χαμηλότερες μέσες τιμές από όταν σταθμίζονται από την κατανάλωση στη χώρα αναφοράς. Γεγονός επίσης είναι ότι η Σουηδία και η Δανία έχουν τις χαμηλότερες χονδρικές τιμές στα γενόσημα σε όλους τους σταθμισμένους δείκτες ανεξάρτητα από το εάν χρησιμοποιήθηκε ως χώρα αναφοράς η Γαλλία ή η Γερμανία. Οι χώρες αυτές διαχειρίζονται συστήματα προσφορών που αφορούν τα γενόσημα για αυτό επιτυγχάνουν και χαμηλότερες τιμές. Βέβαια υπάρχει ανησυχία στο κατά πόσο η αποκλειστική εξάρτηση από τους διαγωνισμούς στις τιμές θα εξασφαλίσει μακροχρόνια μείωση τιμών στα γενόσημα φάρμακα. Πολλοί υποστηρίζουν ότι αυτό θα οδηγήσει σε ελλείψεις φαρμάκων και σταδιακή αύξηση των τιμών. Το αντίθετο συμβαίνει στα γαλλικά και τα ιταλικά γενόσημα που παρουσίασαν τις υψηλότερες χονδρικές τιμές. Συμπερασματικά, οι δείκτες τιμών δεν παρέχουν αιτιώδη στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις των κανόνων τιμολόγησης και αποζημίωσης των γενόσημων φαρμάκων^[47].

6.3.2 Δείκτες πωλήσεων

Το πιο σημαντικό στην πώληση ενός φαρμακευτικού προϊόντος είναι η πρόβλεψη, μια βασική αρχή του marketing. Αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο τις φαρμακευτικές εταιρείες είναι η ένταση των πωλήσεων των πρωτότυπων φαρμάκων αφού το αντίστοιχο γενόσημο τους φάρμακο εισέλθει στην αγορά. Φυσικά τους απασχολεί και η απήχηση που θα έχουν τα γενόσημα φάρμακα στους ασθενείς. Υπάρχουν δυο μοντέλα πρόβλεψης των πωλήσεων τα οποία εμφανίζουν προβλήματα ως προς την υπόθεση τους σχετικά με τις πωλήσεις των φαρμάκων. Αυτά είναι το BASS και το RPDM. Το πρώτο δείχνει τον αριθμό υιοθέτησης ενός νέου φαρμάκου όπως για παράδειγμα συνταγογράφησης από τον θεράποντα ιατρό ή

προώθησης του από τον φαρμακοποιό, χωρίς να εστιάζει στον αριθμό των πωλήσεων. Το δεύτερο, ακόμα δεν επιτρέπει την απότομη πτώση στις πωλήσεις των πρωτότυπων φαρμάκων μετά τη λήξη της πατέντας τους. Γενικά πάντως η πώληση των γενόσημων φαρμάκων αυξάνεται μετά τη λήξη της πατέντας του πρωτότυπου φαρμάκου. Αυτό μπορεί να το πιστοποιήσει και το προσαρμοστικό μοντέλο Holt το οποίο επιτυγχάνει προβλέψεις περισσότερο του ενός χρόνου^[48].

6.3.3 Τιμές γενόσημων στις διάφορες χώρες

Το καθολικό πανεπιστήμιο της Λούβεν στο Βέλγιο ανέφερε ότι οι κυβερνήσεις μπορούν να εξοικονομήσουν τα χρήματα για τα φάρμακα που ξοδεύουν εάν τα δέκα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα αντικατασταθούν με γενόσημα (27 έως 48% θα μειωθούν τα έξοδα σε χώρες όπως η Δανία, η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία)^[49]. Οι υψηλότερες τιμές γενόσημων παρατηρήθηκαν σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία, την Ολλανδία γιατί ο ανταγωνισμός των παρασκευαστών γενόσημων στις χώρες αυτές παίρνει τη μορφή εκπτώσεων στην αλυσίδα διανομής παρά στον ανταγωνισμό των τιμών. Επίσης οι κατασκευαστές φαρμάκων δε χρησιμοποιούν μια ενιαία ρύθμιση τιμών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά τείνουν να προσαρμόζουν τη στρατηγική ρύθμισης των τιμών στο εγχώριο ρυθμιστικό περιβάλλον περιλαμβάνοντας την άδεια κυκλοφορίας, τιμολόγησης, αποζημίωσης και διανομής πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων. Οι υψηλότερες τιμές γενόσημων φαρμάκων παρατηρήθηκαν σε χώρες όπου έχουν αναπτυσσόμενες αγορές με πωλήσεις μικρότερες του 40%. Οι τιμές των γενόσημων όχι μόνο διαφέρουν από χώρα σε χώρα αλλά και μέσα στην ίδια χώρα για παράδειγμα στο Βέλγιο η εκτός πατέντας αγορά επηρεάζεται από κανονιστικές ρυθμίσεις, διαδοχικές εκπτώσεις στην τιμή αναφοράς, ανταγωνισμό των τιμών ανάμεσα στα γενόσημα ή συμφωνίες ανάμεσα στα πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα και στην ισχύ της αγοράς των πρωτότυπων φαρμάκων. Στις χώρες όπου υπάρχει ένα ελεύθερο σύστημα τιμολόγησης διεγείρεται ο ανταγωνισμός των τιμών των γενόσημων φαρμάκων και έτσι οι εταιρείες αποκτούν κίνητρο προκειμένου να μειώσουν τις τιμές. Η πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών χρησιμοποιεί ένα καθορισμένο τιμολογιακό σύστημα και μηχανισμούς όπως πλαφόν τιμών, τιμές αναφοράς, εκπτώσεις στις τιμές γενόσημων και πρωτότυπων φαρμάκων. Γενικά, οι χώρες πρέπει να απομακρυνθούν από τον ανταγωνισμό βάσει εκπτώσεων και να βασιστούν στον ανταγωνισμό βάσει τιμών γιατί οι εκπτώσεις που παρέχουν οι βιομήχανοι στους φαρμακοποιούς και τους εμπόρους χονδρικής δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική αξία των φαρμάκων με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ασφαλιστικά ταμεία και ασθενείς. Συμπερασματικά, η ανυπαρξία ενιαίας

τιμολόγησης δεν δίνει το δικαίωμα στα κράτη να προβλέψουν την τιμολογιακή συμπεριφορά των πρωτότυπων και των γενόσημων φαρμάκων και κατ' επέκταση την ανάπτυξη της γενόσημης αγοράς^[50]. Πάντως η χρήση νέων φαρμάκων μιας θεραπευτικής τάξης αυξάνει το κόστος στις συνταγές με πρωτότυπα φάρμακα. Ακόμα οι δραστικές rosuvastatin, olmesartan, telmisartan, χρησιμοποιούνται αποκλειστικά σε πρωτότυπες συνταγές ενώ οι δραστικές atorvastatin, losartan σε γενόσημες^[51].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ: ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ,ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 Κατάσταση γενόσημων στις διάφορες χώρες

7.1.1 Το παράδοξο των γενόσημων φαρμάκων-κατάσταση στην Ισπανία, Αγγλία, Σουηδία,ΗΠΑ, Γερμανία.

Το φαινόμενο <<παράδοξο των γενόσημων>> είναι ένα φαινόμενο, το οποίο για πρώτη φορά παρατηρήθηκε στις Η.Π.Α και μεταγενέστερα στη Σουηδία και την Αγγλία και το οποίο αναφέρει ότι όταν προκύπτει ο ανταγωνισμός των γενόσημων, οι κατασκευαστές είναι πιθανό να αυξήσουν τις τιμές των πρωτότυπων προϊόντων για να εκμεταλλευτούν τη διαφοροποίηση της μάρκας και τον κατακερματισμό της φαρμακευτικής αγοράς. Αυτό συμβαίνει γιατί οι κατασκευαστές υποθέτουν ότι μόνο οι καταναλωτές που δεν επηρεάζονται από τις τιμές θα συνεχίσουν να αγοράζουν το πρωτότυπο φάρμακο ενώ οι υπόλοιποι θα στραφούν στο νεοεισερχόμενο στην αγορά γενόσημο. Συνεπώς οι κατασκευαστές των πρωτότυπων φαρμάκων μπορούν να επωφελούνται οικονομικά και από τα εκτός πατέντας φάρμακα. Εάν οι καταναλωτές ήταν λιγότερο πιστοί στα πρωτότυπα θα μπορούσαν να διευκολυνθούν οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους. Χρησιμοποιώντας το 2002 τη HealthBarometerSurveyτα 2244 άτομα στην Ισπανία εξετάστηκαν για το εάν η κατανομή του κόστους ανάμεσα στις διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες επηρεάζει ή όχι την αποδοχή των γενόσημων φαρμάκων. Στην Ισπανία η χρήση των γενόσημων φαρμάκων ήταν στο 20%. Η συμμετοχή των ατόμων <65 ετών ανέρχεται στο 40%, των δημοσίων υπαλλήλων στο 30% και των ατόμων με τις ειδικές ανάγκες και των ηλικιωμένων στο 0%. Λόγω της αποκλειστικότητας των πρωτότυπων φαρμάκων πολλές φορές γίνονται φάρμακα εκλογής. Οι γιατροί συνεπώς συνεχίζουν να συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα διατηρώντας το statusquo τους. Η κατανομή του κόστους βασίζεται στην τιμή του φαρμάκου και όχι σε ένα σταθερό επιτόκιο ανά συνταγή. Το 13% των Ισπανών δε θα αρνιόταν να λάβει ένα γενόσημο φάρμακο. Επίσης, οι Ισπανοί ιατροί είναι ευαίσθητοι στη συγκράτηση του κόστους χωρίς αυτό να σημαίνει ότι σχετίζεται με την αποδοχή των γενόσημων. Ο γιατρός έχει τη σημαντικότερη επιρροή στην αποδοχή ενός φαρμάκου από τον ασθενή. Το 2007 στην Ισπανία άλλαξε η νομοθεσία και ο φαρμακοποιός υποχρεούται να δώσει στον ασθενή το φθηνότερο φάρμακο. Έτσι ενώ το 2003 η κατανάλωση των γενόσημων φαρμάκων ήταν στο 8,9%, το 2009 ήταν στο 23,8% και η αποδοχή τους από το κοινό ανερχόταν στο 70%. Στην

Αγγλία και τη Γαλλία που οι συμπληρωμές των ασθενών είναι σταθερές ανεξάρτητα της τιμής του φαρμάκου, αυτό συνέβαλλε σε αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Στη Σουηδία, πολλές περιοχές έχουν διαφορετικά επίπεδα συμπληρωμών ανάλογα με την τιμή του φαρμάκου και τα ετήσια όρια στις ιδιωτικές δαπάνες. Στη Γερμανία επιβάλλεται ένα ποσοστό επί της τιμής με ελάχιστη ή μέγιστη αξία ανά συνταγή. Στις ΗΠΑ τα γενόσημα υπόκεινται σε χαμηλότερες συμπληρωμές σε σχέση με τα πρωτότυπα^[52].

7.1.2 Κατάσταση γενόσημων στην Αγγλία

Στην Αγγλία το 83% των συνταγών αφορούσε τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων και σε αυτό βοήθησε η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας. Στην Αγγλία απαγορεύτηκε η υποκατάσταση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων όπως της κυκλοσπορίνης, της βραδείας αποδέσμευσης διλτιαζέμη και φαρμάκων με μικρό θεραπευτικό δείκτη^[31]. Ο συνεταιρισμός των βιομηχάνων της Αγγλίας πρότεινε να γίνεται απευθείας υποκατάσταση των γενόσημων από τα πρωτότυπα φάρμακα από τους φαρμακοποιούς κάτι το οποίο συζητήθηκε στον Κανονισμό/Καθορισμό των φαρμακευτικών τιμών το 2009. Το υπουργείο υγείας θα εισήγαγε αυτό το μέτρο, δίνοντας τη δυνατότητα στους γιατρούς να επιλέγουν όποτε θελήσουν να αποκλείουν την αντικατάσταση. Επίσης απαγορεύτηκε η υποκατάσταση φαρμάκων βραδείας αποδέσμευσης, στενού θεραπευτικού δείκτη και των εμβολίων. Το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας προωθεί την επιλογή των ασθενών όσον αφορά την αγορά υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων είτε αυτά πρόκειται για γενόσημα είτε για πρωτότυπα. Υπάρχουν όμως και αυτοί που διαφωνούν με την ελευθερία της επιλογής είτε γιατί αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την επιθυμία των ασθενών να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στις θεραπείες παρά την ανάγκη και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είτε γιατί οι πόροι λιγοστεύουν και τα δημόσια έσοδα δεν επαρκούν να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες^[53].

7.1.3 Κατάσταση γενόσημων στην Ιρλανδία

Στην Ιρλανδία οι φαρμακοποιοί διανείμουν μόνο ότι τους συνταγογραφεί ο γιατρός ακόμα και αν υπάρχει φθηνότερο φάρμακο στην αγορά. Εισάγεται βέβαια νόμος που ο φαρμακοποιός ενημερώνει για την ύπαρξη φθηνότερου φαρμάκου το οποίο αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία(τιμή αναφοράς) αλλιώς επιλέγει το ακριβότερο φάρμακο και πληρώνει τη διαφορά από το φθηνότερο. Η τιμή αναφοράς μπορεί να αναφέρεται είτε στο πρωτότυπο είτε στο γενόσημο φάρμακο. Η Ιρλανδία ειδικά μετά την οικονομική ύφεση που υπέστη οφείλει να συγκρατήσει τις δαπάνες της στην υγεία και ο αποτελεσματικότερος

τρόπος είναι η αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων τα οποία θα αποτελούν τη νέα πραγματικότητα στα μοντέρνα υγειονομικά συστήματα και αυτό το γνωρίζουν αρκετά καλά η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Σουηδία, η Λιθουανία, χώρες με υψηλή κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων^[31]. Το Υπουργείο οικονομικών πάντως ανέφερε ότι το κόστος των γενόσημων και των πρωτότυπων φαρμάκων είναι παρόμοιο και δεν υπάρχει κανένα όφελος τόσο για τα δημόσια ταμεία όσο και για τους καταναλωτές^[54].

7.1.4 Κατάσταση στη Νέα Ζηλανδία μοναδικός προμηθευτής

Στη Νέα Ζηλανδία οι γιατροί είναι γενικά ευχαριστημένοι με την ποικιλία των κυκλοφορούντων φαρμάκων αλλά έχουν ανησυχίες με αυτά με το στενό θεραπευτικό δείκτη και με εκείνα που είναι δυσπρόσιτα οικονομικά για τους ασθενείς. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στους 18.320 ερωτηθέντες το 6,4% ανέφερε ότι αντιμετώπισε πρόβλημα να εκτελέσει μια συνταγή λόγω οικονομικών δυσκολιών. Ειδικά οι νέοι 15-24 ετών, οι γυναίκες, οι καπνιστές και εκείνοι με το χαμηλότερο εισόδημα βίωσαν τη μεγαλύτερη δυσχέρεια στην απόκτηση ενός απαραίτητου για αυτούς φαρμάκου. Μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2008 η συμμετοχή του ασθενούς στα φάρμακα μειώθηκε από τα 15 στα 3 δολάρια. Επίσης οι γενικοί ιατροί ανέφεραν ότι εάν υπάρχει ένας μοναδικός προμηθευτής φαρμάκων στην αγορά παρατηρούνται ελλείψεις από όταν υπάρχει μεγαλύτερος ανταγωνισμός. Παρατηρήθηκαν ακόμα, εξαιτίας της ύπαρξης μοναδικής προμήθειας φαρμάκων στην αγορά, μια χαμηλής ποιότητας παρατεταμένης αποδέσμευσης μορφίνη και μια μάρκα φελοδιπίνης αμφισβητούμενης βιοϊσοδυναμίας και φαρμακοκινητικών παραμέτρων. Ωστόσο, η PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency) που είναι ένας οργανισμός στη Νέα Ζηλανδία ο οποίος δημιουργήθηκε για να συγκρατήσει την αυξανόμενη φαρμακευτική δαπάνη και που αποφασίζει ποια φάρμακα και φαρμακευτικά προϊόντα θα επιδοτηθούν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στα φαρμακεία της κοινότητας και στα νοσοκομεία, δήλωσε ότι η ύπαρξη ενός μοναδικού προμηθευτή συμβαίνει μόνο στην περίπτωση που η απουσία επιλογής ανάμεσα σε ένα φάρμακο και το βιοϊσοδύναμο του θεωρείται κρίσιμης σημασίας. Προτάθηκε βέβαια για να επιλυθούν κάποια προβλήματα που προκύπτουν από την ύπαρξη του μοναδικού προμηθευτή ρήτρες εγγύησης στα συμβόλαια προσφορών. Άλλο πρόβλημα που δήλωσαν οι γενικοί ιατροί ήταν προβλήματα στη συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων, η αρκετή γραφειοκρατία, εμπόδια στην προσβασιμότητα απόκτησης των φαρμάκων και η Ειδική Αρχή. Ωστόσο η εισαγωγή της ηλεκτρονικής εγγραφής στην Ειδική αρχή περιόρισε κάποια προβλήματα. Έτσι και αλλιώς ένα μικρό ποσοστό ασθενών, για παράδειγμα <1% αυτών που χρησιμοποιούν στατίνες,

δικαιούνται φάρμακα μέσω της ειδικής αρχής (πρόκειται για κάτι παρόμοιο με το δικό μας νόμο των ανασφάλιστων, ο γιατρός ζητάει επιδότηση από το κράτος προκειμένου ένα συγκεκριμένο άτομο να λάβει το φάρμακο του). Η μεγαλύτερη ανησυχία πάντως των γενικών ιατρών είναι η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με τα γενόσημα τα οποία θεωρούν λιγότερο ασφαλή, χαμηλότερα ποιοτικά και αμφισβητούμενης βιοϊσοδυναμίας. Σε αντίθεση με τους γενικούς ιατρούς οι φαρμακοποιοί είναι περισσότερο δεκτικοί στην υποκατάσταση με κάποιο γενόσημο. Τα γενόσημα μέσα από έρευνες που διεξήχθησαν βρέθηκε ότι είναι το ίδιο ασφαλή, το ίδιο ποιοτικά και βιοϊσοδύναμα με τα πρωτότυπα και μάλιστα 20-90% φθηνότερα από τα πρωτότυπα^[55]. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι χρόνια πάσχοντες είναι περισσότερο δύσπιστοι στο να χρησιμοποιήσουν κάποιο γενόσημο για αυτό και η Pharmaproτείνει την εκπαίδευση τους προκειμένου να εξοικειωθούν το ίδιο και για τους φαρμακοποιούς και τους γενικούς ιατρούς οι οποίοι είναι και αυτοί που επηρεάζουν περισσότερο τους ασθενείς^{[55][56]}. Καταλήγοντας, η Pharmacadήλωσε ότι οι πολίτες δεν είναι εξοικειωμένοι με την έννοια του γενόσημου και το αντιλαμβάνονται απλά ως κάτι φθινό^[55].

7.1.5 Κατάσταση γενόσημων στο ιαπωνικό σύστημα

Το ποσοστό χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ιαπωνία ανέρχεται στο 23%. Σε αυτό συμβάλλει και το ότι τα υψηλότερα mark-up (περιθώριο κέρδους διατυπωμένου ως ποσοστού επί της τιμής κτήσης του φαρμάκου) των φαρμακείων αφορούν πρωτότυπα φάρμακα αποθαρρύνοντας έτσι την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων. Το 2007 ο υπουργός υγείας της Ιαπωνίας συνέστησε ότι η φαρμακοβιομηχανία προμηθεύει την αγορά με επαρκή και ασφαλή φάρμακα. Το 2012 εισήχθητο ‘Action Program for the promotion of the use of generic drugs’

για να αυξησει η αυτοπεποίθηση των καταναλωτών ώστε να χρησιμοποιούν και να εμπιστεύονται περισσότερο τα γενόσημα φάρμακα. Μέσω του προγράμματος αυτού το οποίο εγγυόταν σταθερή προμήθεια φαρμάκων, αποδεδειγμένη ποιότητα τους, παροχή κατάλληλων πληροφοριών από τους κατασκευαστές γενόσημων ώστε να δημιουργηθεί κατάλληλο περιβάλλον για την προώθηση τους και επίλυση ζητημάτων σχετικά με το ασφαλιστικό σύστημα υγείας, επιτεύχθηκε αύξηση στην κατανάλωση τους από το 12,2% το 2002 στο 22,8% το 2012^[57].

7.1.6 Κατάσταση γενόσημων στη Σουηδία

Στη Σουηδία προκειμένου να αξιολογηθεί το εθνικό σύστημα υγείας χρησιμοποιούνται δείκτες ποιότητας που συγκρίνονται μεταξύ τους από τα διάφορα εθνικά συμβούλια ώστε να

αποκαλυφθεί η αποτελεσματικότητα του, η διαφάνεια και η συνεισφορά του στη σταθεροποίηση της φαρμακευτικής αγοράς. Πολλές φορές όμως η στείρα προσκόλληση στην επίτευξη των επιθυμητών ποσοστών θέτει σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών. Στη Σουηδία είναι υποχρεωτική η αντικατάσταση των γενόσημων έτσι ώστε να υπάρχει επιβεβαίωση ότι το κόστος για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα κατανέμεται ορθώς στον αποκεντρωμένο προϋπολογισμό για αυτά^[57]. Στην Ιαπωνία από την άλλη μια απλή σύσταση από τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς σχετικά με τη λήψη γενόσημων αρκεί. Επιπλέον στη Σουηδία οι τιμές των φαρμάκων ανανεώνονται δυο φορές το μήνα για τα αποζημιούμενα φάρμακα ενώ στην Ιαπωνία κάθε δύο χρόνια και ανάλογα με την εθνική έρευνα δυσχεραίνοντας έτσι την εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και τη συγκράτηση του κόστους. Τέλος στη Σουηδία είναι αναπτυγμένη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ενώ στην Ιαπωνία δίνεται περισσότερη έμφαση στο νοσοκομειακό σύστημα^[57].

7.1.7 Κατάσταση γενόσημων φαρμάκων στη Βόσνια-Ερζεγοβίνη

Στη Βοσνία Ερζεγοβίνη το 21% των συνολικών δαπανών για την υγεία χρησιμοποιείται για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Η πλειοψηφία των φαρμάκων αποζημιώνεται από τους ασφαλιστικούς φορείς και σε κάποιες περιπτώσεις χρειάζεται και η οικονομική συμμετοχή των πολιτών. Το ύψος των συμπληρωμών και της αποζημίωσης διαφέρει σε τοπικό επίπεδο. Μέχρι το 2012 οι φαρμακοποιοί υποχρεώνονταν να πουλήσουν το συνταγογραφούμενο φάρμακο το οποίο συνήθως ήταν το πρωτότυπο φάρμακο. Μετά το 2012 είχαν τη δυνατότητα να διανείμουν το φθηνότερο εκτός πατέντας φάρμακο συμβάλλοντας στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Το αρνητικό είναι ότι η τιμή αποζημίωσης είναι η ίδια και για τα γενόσημα και για τα πρωτότυπα οπότε το σύστημα δεν επωφελείται. Στην Αυστραλία, από την άλλη, οι φαρμακοποιοί μπορούν να διαθέσουν οποιοδήποτε φάρμακο όταν συνταγογραφείται μια δραστική ουσία αλλά όχι το φθηνότερο^[59].

7.1.8 Κατάσταση γενόσημων στη Νορβηγία και Κροατία

Στην Κροατία η εμπιστοσύνη για τα γενόσημα είναι χαμηλή και δεν υπάρχει καθόλου ανοχή από τους ασθενείς όταν γίνεται υποκατάσταση. Στη Νορβηγία η γενόσημη θεραπεία δε θεωρείται ισοδύναμη με την πρωτότυπη και θέλουν επιπρόσθετη γνώση και υποστήριξη^[59].

7.1.9 Κατάσταση γενόσημων στην Πορτογαλία

Η Πορτογαλία δεν είχε ανακάμψει από την οικονομική κρίση το 2009 και μερικές πολιτικές περιλάμβαναν χαμηλότερα επίπεδα αποζημίωσης των φαρμάκων από τους ασθενείς και

μεγαλύτερες συμπληρωμές από τους ίδιους οδηγώντας σε ελάττωση της αγοράς των φαρμάκων ειδικά από τους βαριά πάσχοντες και τους οικονομικά αδυνάτους^[60]. Πάντως η γενόσημη ρισπεριδόνη δεν παρατήρησε αύξηση λόγω της ιδιάζουσας μορφής των ψυχιατρικών νοσημάτων καταδεικνύοντας ότι οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικότερα προκειμένου η εφαρμογή τους να είναι πιο επιτυχή^[61].

7.1.10 Κατάσταση γενόσημων φαρμάκων στις Η.Π.Α

Η αύξηση των γενόσημων φαρμάκων παρατηρήθηκε στα αντιβιοτικά, στα αντικαταθλιπτικά, στα αντιυπερτασικά, στις στατίνες, στα αντιδιαβητικά όχι όμως στα ανοσοκατασταλτικά, στα φάρμακα του θυρεοειδούς, στα αντιψυχωσικά, στα αντιεπιληπτικά και σε αυτά με τον στενό θεραπευτικό δείκτη. Γενικά η άνοδος των πωλήσεων στα γενόσημα φάρμακα μείωσε τις δαπάνες της Medicare στα 67,6 δις δολάρια και της Medicaid στα 32,7 δις δολάρια. Όμως, οι διαβητικοί ασθενείς ασφαλισμένοι στη Medicare χρησιμοποιούν σε διπλάσιο βαθμό πρωτότυπα φάρμακα σε σχέση με τους ασφαλισμένους στο Department of Veterans Affairs. Εάν η κατάσταση ήταν διαφορετική τότε η Medicare θα εξοικονομούσε 1 δις το χρόνο. Πάντως η Medicaid μείωσε τις τιμές των γενόσημων φαρμάκων αυξάνοντας τη χρήση τους ενώ στη Medicare οι ασφαλισμένοι επιβαρύνονται με συμπληρωμές αρκετά ακριβές όταν δεν επιλέγουν το φθηνότερο φάρμακο και έτσι αναγκάζονται να εξοικονομήσουν χρήματα να επιλέξουν το γενόσημο φάρμακο. Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς ζητούν από τους γιατρούς να τους συνταγογραφήσουν το πρωτότυπο φάρμακο και μάλιστα οι γιατροί σημειώνουν να εκτελεστεί η συνταγή ως έχει συνταγογραφηθεί απαγορεύοντας με αυτό τον τρόπο στους φαρμακοποιούς να προχωρήσουν σε υποκατάσταση με το φθηνότερο φάρμακο. Έτσι το σύστημα επιβαρύνεται με 1,2 δις δολάρια ετησίως. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων όπως η ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς, η προηγούμενη εμπειρία με γενόσημα φάρμακα και η επικοινωνία των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας. Ασθενείς με χαμηλότερο εισόδημα, καυκάσιοι άνδρες, νέοι και υγιείς είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν κάποιο γενόσημο ή να χρειάζονται επιπρόσθετες πληροφορίες επεξηγώντας τους ορθά οι επαγγελματίες υγείας τι είναι το κάθε φάρμακο^[62].

7.1.11 Κατάσταση γενόσημων στην Ελλάδα

Τα φάρμακα στην Ελλάδα για να τεθούν στα ράφια των φαρμακείων πρέπει να εγκριθούν από το Ευρωπαϊκό Πρακτορείο Φαρμάκων και τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων. Ο ΕΟΦ πραγματοποιεί προγραμματισμένους ελέγχους και εργαστηριακά τεστ. Στην Ελλάδα

σύμφωνα με τα δεδομένα του 2011 υπήρχαν 2000 γενόσημα από το σύνολο των 7.300 φαρμάκων που κυκλοφορούν. Η Ελλάδα παράγει γενόσημα και πάνω από τις μισές εταιρείες εμπλέκονται στην παραγωγή και διανομή των γενόσημων. Σύμφωνα, με δεδομένα του 2015 οι πωλήσεις των γενόσημων αντικατοπτρίζουν το 20% ενώ των πρωτότυπων το 80%. Σύμφωνα με τις επιταγές του μνημονίου οι πωλήσεις των γενόσημων φαρμάκων όφειλαν να αγγίζουν το 60% και έτσι ο υπουργός υγείας θέσπισε το 2012 τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας. Οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφήσουν με εμπορικό όνομα μόνο για το 15% των συνταγών τους. Τίθεται μια τιμή αναφοράς που αντιστοιχεί στο φθηνότερο γενόσημο για το οποίο ο ασφαλισμένος πληρώνει μόνο τη συμμετοχή που του αναλογεί. Ο φαρμακοποιός πρέπει να ενημερώνει τον καταναλωτή για το φθηνότερο γενόσημο αλλιώς υπάρχει περίπτωση να του επιβληθούν πρόστιμα. Το 2015 ο νόμος αναθεωρήθηκε δίνοντας τη δυνατότητα στους γιατρούς να γράφουν ως οδηγία το εμπορικό όνομα του φαρμάκου. Ο υπουργός υγείας θεώρησε ότι αυτό το μέτρο θα συνέβαλε στην αύξηση των γενόσημων τα οποία στην Ελλάδα ανέρχονταν στο 20% ενώ στις υπόλοιπες χώρες στο 70 με 80%. Επίσης στους ασθενείς δίνεται το δικαίωμα να επιλέξουν το πρωτότυπο φάρμακο πληρώνοντας επιπλέον εκτός από τη συμμετοχή τους και τη διαφορά της τιμής του πρωτότυπου με το γενόσημο φάρμακο. Η ελληνική φαρμακευτική αγορά μειώθηκε την περίοδο 2010-2015 με ένα μικρό ετήσιο ποσοστό της τάξης του 3,2%. Αυτό οφείλεται στις διαδοχικές μειώσεις των τιμών των φαρμάκων, κυρίως των πρωτότυπων αφού λήξει η πατέντα τους, στις μειώσεις στις τιμές των γενόσημων και στις πτώσεις στις χονδρικές τιμές. Το περιθώριο κέρδους των χονδρεμπόρων επίσης μειώθηκε. Έχει προταθεί μια λύση να μειωθεί η συμμετοχή των ασθενών για τα γενόσημα από το 25% που είναι τώρα στο 15%^[63].

7.1.12 Κατάσταση γενόσημων στο Βέλγιο

Στο Βέλγιο η χρήση των γενόσημων φαρμάκων άγγιξε το 15% των συνολικών φαρμακευτικών αγορών. Η επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών που παράγουν πρωτότυπα φάρμακα είναι μεγάλη για αυτό το λόγο παρατηρείται χαμηλή αγορά γενόσημων φαρμάκων. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η κοινωνική ασφάλιση υγείας που ενώ είναι διαθέσιμη για όλους δεν περιλαμβάνει τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Για να αυξηθούν οι πωλήσεις πρέπει να γίνουν αλλαγές στη συσκευασία όπως για παράδειγμα το όνομα της δραστικής ουσίας να αναγράφεται με μεγάλα γράμματα στο μπροστινό μέρος της συσκευασίας. Επίσης οι φαρμακοποιοί πρέπει να ελέγχουν αναλυτικά τη χρήση των φαρμάκων, να αποσαφηνίζουν αμφιβολίες των ασθενών σχετικά με τις ετικέτες και τη συσκευασία των φαρμάκων και γενικά να λειτουργούν ως gatekeeper των ιατρικών αγορών^[64].

7.1.13 Κατάσταση γενόσημων στη Βραζιλία.

Την περίοδο της κρίσης η αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών μειώθηκε, η ανεργία αυξήθηκε και αρκετοί πολίτες δεν μπορούσαν να καλύψουν την ανάγκη τους για τροφή. Έτσι, η χαμηλότερη τιμή των γενόσημων φαρμάκων (35% φθηνότερα από τα πρωτότυπα) αποδείχθηκε ζωτικής σημασίας. Μάλιστα οι πωλήσεις τους αυξήθηκαν κατά 30% το 2015 και η εξοικονόμηση του κράτους από τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων ανέρχεται στα 70 δις τα τελευταία 16 χρόνια από την εφαρμογή του νόμου 9787/1999. Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 97% των Βραζιλιάνων έχει χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο στο παρελθόν και μάλιστα το 93% ανέφερε ότι η εμπειρία του ήταν θετική. Επίσης το 90% δήλωσε ότι τα γενόσημα ήταν ασφαλή και αποτελεσματικά και το 92% ότι έχουν την ίδια ανοχή με τα πρωτότυπα. Γενικά, οι πωλήσεις των γενόσημων φαρμάκων αυξήθηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης, όμως ο στόχος των φαρμακευτικών εταιρειών ήταν να σταθεροποιήσουν και να μεγιστοποιήσουν τις πωλήσεις τους και μετά την κρίση. Όμως στο βωμό του μάρκετινγκ, οι τιμές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σαν ανταγωνιστικό όπλο, να αυξηθεί η ευαισθησία σε αυτές και το αποτέλεσμα να είναι ο πόλεμος των τιμών. Για να αποφευχθούν όλα αυτά πρέπει να υπάρχει επικοινωνία με την κυβέρνηση, ενημέρωση του κοινού από τους φαρμακοποιούς ώστε να καλλιεργηθεί η εμπιστοσύνη και η αξιοπιστία ανάμεσα στους καταναλωτές σχετικά με τα γενόσημα και την ποιότητα τους και να ενθαρρύνονται οι ασθενείς ώστε να αυξήσουν τη συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική τους αγωγή^[65].

7.1.14 Κατάσταση των γενόσημων φαρμάκων στην Ιταλία

Στην Ιταλία οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν το 9,5% του ΑΕΠ το 2009. Από το 2003 η Ιταλική κυβέρνηση προωθούσε μέτρα συγκράτησης της δαπάνης, μέσα σε αυτά ήταν και η αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Όμως το 2006 οι συνταγές των γενόσημων φαρμάκων αντιπροσώπευαν το 10% των συνολικών συνταγών σε αντίθεση με χώρες όπως η Δανία, η Αγγλία, η Γερμανία και η Ολλανδία που ξεπερνούσαν το 50% των συνολικών συνταγών. Αυτό το φαινόμενο ξεκίνησε από το σκεπτικισμό των γενικών ιατρών, των οικογενειακών παιδιάτρων και γενικά από τις αμφιβολίες σχετικά με τα τεστ βιοϊσοδυναμίας και την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων. Οι παιδίατροι επιλέγουν τα πρωτότυπα φάρμακα γιατί τα γενόσημα δοκιμάζονται σε εθελοντές υγιείς ενήλικες και όχι σε παιδιατρικούς ασθενείς προκαλώντας τους ιδιαίτερη ανησυχία^[66]. Ωστόσο, μια μελέτη που

διεξήχθη στο Μαλάουι σε παιδιά με HIV συγκρίθηκαν η φαρμακοκινητική της λαμβουδίνης, σταβουδίνης και νεβιπορίνης σε τεμαχισμένα στα τέσσερα δισκία γενόσημων αναλόγων με τις υγρές μορφές των γενόσημων και πρωτότυπων μορφών των αντίστοιχων φαρμάκων. Τα παιδιά που λάμβαναν τεμαχισμένα δισκία εμφάνισαν μικρότερη συγκέντρωση λαμβουδίνης σε σχέση με τα παιδιά που έλαβαν την υγρή γενόσημη ή πρωτότυπη μορφή. Επίσης μελετήθηκαν η βιοϊσοδυναμία της γενόσημης τακρόλιμου σε σχέση με την πρωτότυπη σε τέσσερις παιδιατρικούς ασθενείς με σταθερό μόσχευμα νεφρού όταν αλλαχθεί η πρωτότυπη με τη γενόσημη τακρόλιμο. Στα 3 πρώτα παιδιά τα επίπεδα της τακρόλιμου και της κρεατινίνης δε διέφεραν ιδιαίτερα πριν και μετά την αλλαγή, στο τέταρτο όμως εμφανίστηκε οξεία απόρριψη, γεγονός που δείχνει ότι χρειάζεται μεγάλη προσοχή στα φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους. Επίσης η αντικατάσταση ενός πρωτότυπου από ένα γενόσημο μπορεί να σημαίνει και μειωμένη αποτελεσματικότητα ή νέες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως συνέβη και με δύο παιδιά που αντικατέστησαν την πρωτότυπη με τη γενόσημη ρισπεριδόνη σε μια άλλη μελέτη^[66].

7.1.15 Κατάσταση γενόσημων στη Φινλανδία

Η είσοδος των γενόσημων δημιούργησε ανταγωνισμό στις εταιρείες που παράγουν γενόσημα και πρωτότυπα φάρμακα. Τα γενόσημα έχουν μειώσει γενικά το μικτό περιθώριο κέρδους τόσο στις εταιρείες που παρασκευάζουν πρωτότυπα φάρμακα όσο και στις εταιρείες που παρασκευάζουν γενόσημα. Η αύξηση των τιμών αυξάνει το μικτό περιθώριο κέρδους ενώ η μείωση το μειώνει. Στη Φινλανδία ο ανταγωνισμός των τιμών προκάλεσε μείωση της τιμής των γενόσημων φαρμάκων κατά μέσο όρο κατά 11% και κατά μέγιστο κατά 80% κατά το πρώτο έτος της γενόσημης διείσδυσης και το 2005 παρατηρήθηκε μείωση των τιμών των γενόσημων κατά 8%. Συνεπώς δεν προκαλεί έκπληξη η γενική μείωση του μικτού περιθωρίου κέρδους των εταιρειών. Οι εταιρείες των γενόσημων φαρμάκων ανταγωνίζονται περισσότερο τις τιμές των προϊόντων τους. Η μείωση του μικτού περιθωρίου κέρδους δε σημαίνει ότι το ακαθάριστο περιθώριο σε ευρώ μεταβλήθηκε, ειδικά στην περίπτωση της αύξησης των πωλήσεων των γενόσημων φαρμάκων, μπορεί είτε να παρέμεινε το ίδιο είτε να αυξήθηκε. Αντίθετα, στις εταιρείες που παράγουν πρωτότυπα φάρμακα μειώθηκε το μικτό περιθώριο κέρδους, μειώθηκαν οι πωλήσεις και κατ' επέκταση μειώθηκε και το ακαθάριστο περιθώριο σε ευρώ καταδεικνύοντας ότι η λειτουργία των εταιρειών δεν ήταν πολύ αποτελεσματική. Ωστόσο το ακαθάριστο περιθώριο σε ευρώ θα πρέπει να καλύπτει τα πάγια έξοδα όπως το κόστος μισθοδοσίας και τα εμπορικά έξοδα της εταιρείας. Οι εταιρείες που υπέστησαν τη ζημία αυτή, ανέφεραν ότι προσπάθησαν να το αντισταθμίσουν χωρίς επιτυχία

πάντα. Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι ο ανταγωνισμός των εταιρειών θα ενταθεί στο εγγύς μέλλον με αντίκτυπο στο κέρδος των εταιρειών και στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων^[67].

7.2 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα φάρμακα σε διάφορες χώρες.

7.2.1 Γενικά

Οι ασθενείς επιλέγουν γενόσημα γιατί είναι φθηνότερα και εξοικονομούν χρήματα. Η επιλογή τους επηρεάζεται και από τις προτάσεις του γιατρού ή του φαρμακοποιού τους. Γενικά οι νέοι εμπιστεύονται περισσότερο τα γενόσημα σε σχέση με τους γηραιότερους και τις γυναίκες άνω των 60 ετών που δεν συνταγογραφούν φάρμακα και είναι πιο δύσπιστες^[68].

7.2.2 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα στην Ιορδανία

Στην Ιορδανία το υπουργείο υγείας απαίτησε στους γιατρούς των νοσοκομείων και των κλινικών να συνταγογραφούν γενόσημα. Παρ' όλα αυτά εάν συνταγογραφηθεί ένα πρωτότυπο φάρμακο ο ασθενής θα λάβει μια λίστα φαρμάκων από τις οποίες μπορεί να επιλέξει εκτός και εάν ο γιατρός λάβει ειδική άδεια να διανεμηθεί το πρωτότυπο και συνεπώς το ακριβότερο φάρμακο. Η ιδιωτική ασφάλεια υγείας και οι εταιρείες ενθαρρύνουν τους γιατρούς να συνταγογραφούν το χαμηλότερης τιμής φάρμακο. Σύμφωνα με τη νομοθεσία ο φαρμακοποιός δεν έχει δικαίωμα να αλλάξει το φάρμακο της συνταγής εκτός και αν επικοινωνήσει με το γιατρό και του ζητήσει να πραγματοποιηθεί η αντικατάσταση του πρωτότυπου με κάποιο φθηνότερο. Εάν οι Ιορδανοί αυξήσουν τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων θα αποταμιεύσουν 9 έως 89% περισσότερα χρήματα. Το 83% των Ιορδανών πιστεύει ότι τα φάρμακα είναι ακριβά και κυρίως για τους χαμηλόμισθους και τους ασθενείς που λαμβάνουν πολλά φάρμακα. Στις χώρες όπως η Ιορδανία οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι υψηλής ποιότητας και οι ασφάλειες δεν αποζημιώνουν για την αγορά φαρμάκων. Οι ασθενείς λοιπόν αγοράζουν τα φάρμακα από τα ιδιωτικά φαρμακεία πληρώνοντας 2,6 φορές περισσότερο για τα πρωτότυπα έναντι των γενόσημων. Αυτό αποτελεί εμπόδιο για την πρόσβαση στη φαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη. Στην Ιορδανία το 92% των ασθενών προτιμά να του συνταγογραφηθεί το φθηνότερο γενόσημο. Μάλιστα το 1/3 των ερωτηθέντων εμπιστεύεται τα τοπικά γενόσημα και το 80% θεωρεί ότι γλιτώνει χρήματα. Το 75% με 78% αποδέχεται την αντικατάσταση ενός πρωτότυπου με ένα τοπικώς παραγόμενο γενόσημο από το φαρμακοποιό του^[69]. Το 63,5% των ερωτηθέντων στην Ιορδανία δέχονται την υποκατάσταση με ένα γενόσημο φάρμακο μόνο εάν το ζητούσαν. Το ποσοστό αυτό

αντιπροσωπεύει αυτούς με υψηλότερο εισόδημα που λαμβάνουν μικρό αριθμό φαρμάκων και έχουν πλήρη ασφάλιση υγείας. Άρα αυτοί οι ασθενείς δεν επηρεάζονται από το κόστος των φαρμάκων. Οι ασθενείς θέλουν ανάμιξη στην επιλογή των φαρμάκων συνήθως αυτοί με τη μεγαλύτερη μόρφωση. Γενικά οι εταιρείες δίνουν κίνητρα στους γιατρούς είτε χρηματικά είτε με εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα επιβαρύνοντας έτσι οικονομικά τους ασθενείς^[69].

7.2.3 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-Νέα Ζηλανδία

Σε έρευνα που έγινε στο Auckland της Νέας Ζηλανδίας το 51,6% των ασθενών γνώριζε την ύπαρξη των γενόσημων φαρμάκων. Η βασική πηγή πληροφόρησης ήταν οι φαρμακοποιοί, ακολουθούν οι γιατροί στη συνέχεια και τέλος τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επιπρόσθετα, η βαρύτητα της ασθένειας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο με το 79% να δηλώνει ότι θα άλλαζε το φάρμακο του με κάποιο γενόσημο εάν η ασθένεια του ήταν ελάχιστος σημασίας ενώ εάν ήταν σοβαρή το 58,7% δε θα προέβαινε σε μια τέτοια αλλαγή. Τέλος, όσοι είχαν θετική εμπειρία στο παρελθόν χρησιμοποιώντας κάποιο γενόσημο φάρμακο είναι πολύ πιθανό να καταναλώσουν αντίστοιχο φάρμακο στο μέλλον^[70].

7.2.4 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-Γαλλία

Στη Γαλλία οι ασθενείς και οι φαρμακοποιοί είναι πιο δεκτικοί στη χρήση γενόσημων φαρμάκων σε αντίθεση με τους γιατρούς οι οποίοι αποτρέπουν τη χρήση τους για αυτό και τα ποσοστά παραμένουν χαμηλά^[71]. Σε μελέτη που διενεργήθηκε το 2014 το 36% των συμμετεχόντων αμφέβαλλε για την ασφάλεια, το 17% πιστεύει ότι είναι αναποτελεσματικά και το 18% ότι παρουσιάζει περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα πρωτότυπα. Στη μελέτη αυτή οι γιατροί υποκύπτουν στις επιθυμίες των ασθενών, δε διαπραγματεύονται ούτε συζητούν. Πολλοί ασθενείς γίνονται επιθετικοί έναντι των γιατρών όταν θέλουν να τους αντικαταστήσουν ένα φάρμακο. Οι γιατροί κατηγορούν την πολιτεία και η πολιτεία το ίδιο ισχυριζόμενη ότι οι αυξανόμενες εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού βρήκαν αντίθετους τους γιατρούς λόγω ελλিপών γνώσεων τους. Επίσης, πολλοί γιατροί δεν επιθυμούν να συμβάλλουν στις πολιτικές λιτότητας και περιορισμού των δαπανών που το κράτος επιβάλλει γιατί νιώθουν ότι παραβαίνουν τους ηθικούς κανόνες που διέπουν το επάγγελμά τους. Επίσης τα σωματεία των πολιτών δυσφημίζουν τα γενόσημα^[29].

7.2.5 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Γερμανία

Οι Γερμανοί ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεωρούσαν ότι τα γενόσημα είναι λιγότερο αποτελεσματικά και γενικώς διαφορετικά. Αυτή την άποψη την ενστερνίζονται άτομα τα οποία είναι μεγαλύτερα των 60 ετών, χρόνια πάσχοντες και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Το 13% των ασθενών στη Γερμανία επίσης πιστεύει ότι τα γενόσημα φάρμακα έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα πρωτότυπα^[51].

7.2.6 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Πορτογαλία

Στην Πορτογαλία οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις δεν επιλέγουν τα γενόσημα φάρμακα. Η συνταγή από μόνη της έχει σημαντική επίδραση στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες που οι ασθενείς ψάχνουν ακριβώς αυτό που έχει συνταγογραφηθεί. Το 66% επίσης των ηλικιωμένων και με χαμηλό εισόδημα αρνείται να λάβει το φθηνότερο γενόσημο και επίσης όταν δεν υπάρχει ιδιαίτερη οικονομική διαφορά ανάμεσα στο πρωτότυπο και το γενόσημο φάρμακο οι ασθενείς επιλέγουν το πρωτότυπο φάρμακο^[72]. Οι Πορτογάλοι δεν αποδέχονται την άποψη ότι τα γενόσημα είναι θεραπευτικά ισάξια με τα πρωτότυπα φάρμακα και μάλιστα όσο πιο σοβαρή είναι μια ασθένεια τόσο δυσκολότερο είναι να δεχτούν να λάβουν κάποιο γενόσημο σκεύασμα^{[4][73]}.

7.2.7 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα-στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Το 60% των ασθενών στη Βοσνία- Ερζεγοβίνη θεωρεί ότι τα γενόσημα φάρμακα παράγονται με προδιαγραφές χαμηλότερης ποιότητας σε σχέση με τα πρωτότυπα ενώ το 40% διαφωνεί με την άποψη αυτή. Επίσης το 39% συμφωνεί ότι τα γενόσημα παράγουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ενώ περίπου το ίδιο ποσοστό συμφωνεί ^[59].

7.2.8 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Αμερική

Οι Αμερικάνοι συμφωνούν με την άποψη ότι τα γενόσημα αξίζουν αλλά ακόμα και αν πιστεύουν ότι τα πρωτότυπα είναι ακριβά δεν είναι διατεθειμένοι να τα χρησιμοποιήσουν. Επίσης αν και κάποιοι δε διαθέτουν χρήματα για να αγοράσουν τα φάρμακα δύσκολα αντικαθιστούν με γενόσημο και μάλιστα συμφωνούν ότι τα φάρμακα που είναι περισσότερο καιρό στη φαρμακευτική αγορά είναι ασφαλέστερα^[45]. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις θεωρούν ότι τα γενόσημα είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα. Το 89% νιώθει αυτοπεποίθηση για το φάρμακο τους και το 95% έχει λάβει σαφείς οδηγίες για τη χρήση τους^[51]. Το 66,5% των ασθενών στην Αμερική απαιτεί από το γιατρό ή τον

φαρμακοποιό του τις περισσότερες φορές αντικατάσταση με το γενόσημο^[45]. Πάντως αδυναμία στην εύρεση των φαρμάκων τους έχουν και οι χρήστες των γενόσημων και οι χρήστες των πρωτότυπων φαρμάκων^[51]. Κάποιοι υποστηρίζουν, ακόμα ότι ο FDA διενεργεί ελλιπείς ελέγχους βιοϊσοδυναμίας για παράδειγμα μικρές διαφορές στη φαρμακοκινητική της γενόσημης και της πρωτότυπης καρβαμαζεπίνης μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορές στον έλεγχο των κρίσεων ή σε περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Το ίδιο ισχυρίζονται και για τα γενόσημα αντικαταθλιπτικά ότι προκαλούν περισσότερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις παρόλο που συμβάλλουν στην εξοικονόμηση χρημάτων^[62].

7.2.9 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα- Ιρλανδία

Το 31% των ασθενών στην Ιρλανδία δεν έχει γνώση για τα γενόσημα. Μάλιστα το 39% συγχέει τη λέξη γενόσημο με τη λέξη γενετικός. Το 24% θεωρεί ότι είναι χαμηλότερης ποιότητας από τα πρωτότυπα και το 18% ισχυρίζεται ότι δεν εμφανίζουν την ίδια δραστηριότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα. Το 90% θα λάμβανε ένα γενόσημο αν τους το συνταγογραφούσε ο γενικός ιατρός. Βέβαια το 24% δήλωσε ότι προτιμά το πρωτότυπο φάρμακο. Επίσης το 86% ισχυρίστηκε ότι είναι υπέρ της υποκατάστασης και το 50% δήλωσε ότι είναι απαραίτητη η χρήση ενημερωτικού φυλλαδίου για τη σωστή χρήση των γενόσημων φαρμάκων^[74].

7.2.10 Απόψεις Ελβετών, Φιλανδών και Πολωνών για τα γενόσημα φάρμακα

Βασικός λόγος επιλογής ενός γενόσημου έναντι ενός πρωτότυπου είναι η γνώμη του γιατρού, η εταιρεία που παράγει το γενόσημο, το οικογενειακό εισόδημα και όχι τόσο οι απόψεις που διατυπώνονται από τα Μέσα Μαζικής ενημέρωσης και η προέλευση του γενόσημου φαρμάκου. Οι KokliandBuller διαπίστωσαν ότι η ηλικία και οι δημογραφικοί παράγοντες οδηγούσαν στην επιλογή του φθηνότερου μη συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Οι Decollognyetal το 2011 κατέδειξαν τη σημασία της τιμής, στην επιλογή των Ελβετών ασθενών έναντι στα γενόσημα. Επίσης οι Heikkilael, το 2007 κατέδειξαν ως βασικό επιχείρημα υπέρ της γενόσημης υποκατάστασης την επιθυμία των καταναλωτών να εξοικονομούν χρήματα. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελβετία οι Denothetal το 65,1%-70,5% ήταν απρόθυμοι να πληρώνουν περισσότερα για πρωτότυπα φάρμακα από το να αγοράσουν το φθηνότερο γενόσημο. Οι Heikkilael, δήλωσε ότι οι Φιλανδοί συμβουλευόνταν αρκετά τους γιατρούς τους και μάλιστα αυτός είναι ο βασικός λόγος(65%) που ορισμένοι αρνούνται να λάβουν ένα γενόσημο φάρμακο^[75]. Το 81% των Φιλανδών πιστεύει ότι τα γενόσημα είναι αποτελεσματικά και το 85% δε θεωρεί ότι είναι απειλή για την υγεία^[69]. Το ίδιο και οι

Πολωνοί, το 42% επιλέγει ακριβότερα γενόσημα εάν ένας γιατρός τους αναφέρει ότι είναι μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας. Στην Πολωνία σε έρευνα που διεξήχθη την περίοδο 2011-2012 από τον Grzywinska από τα 112 φαρμακεία που συμμετείχαν μόνο το 4% δήλωσε ότι δεν εμπιστεύεται τα γενόσημα γιατί τα θεωρεί ποιοτικά κατώτερα. Το 79% δήλωσε ότι ποτέ δε θα αποθάρρυνε τη γενόσημη υποκατάσταση ωστόσο η χρήση των γενόσημων περιορίζεται στο 2% που αυτό πρακτικά σημαίνει ότι 1 κουτί στα 50 πρωτότυπων φαρμάκων που κυκλοφορούν νομίμως στην αγορά, αντικαθίσταται από γενόσημο ισοδύναμο. Επίσης, ο Υπουργός Υγείας της Πολωνίας επέβαλλε κυρώσεις σε όσα φαρμακεία δεν ενημέρωναν για τα γενόσημα φάρμακα^[75]. Ωστόσο οι Πολωνοί δε ρωτούν για την ύπαρξη φθηνότερου φαρμάκου σε ποσοστό πάνω του 50% και το 42% δεν έχει χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο και ακολούθως οι φαρμακοποιοί δεν τους ενημερώνουν^[76]. Οι πωλήσεις των γενόσημων φαρμάκων μειώθηκαν στο 53% όταν οι καταναλωτές ήταν αδιάφοροι από την προηγούμενη εμπειρία τους με κάποιο φάρμακο. Επίσης ήταν πιθανότερο να αγοράσουν γενόσημα όσοι άκουγαν τη γνώμη συγγενών και φίλων. Επίσης η επιθυμία για αγορά γενόσημων αυξήθηκε κατά 23,5% όσων ατόμων ήταν αδιάφοροι με τη μάρκα των γενόσημων. Οι Πολωνοί επίσης σύμφωνα με τους Drozdowska et Hermanowski το 2016 επιλέγουν γενόσημα γνωστών εταιρειών αν και είναι ακριβότερα^[75]. Γενικά οι Πολωνοί στην πλειοψηφία τους εμπιστεύονται τα γενόσημα μόνο το 14% ανέφερε χαμηλή αποτελεσματικότητα και το 7% επιδείνωση των συμπτωμάτων τους λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Σύμφωνα με το Himmeletal οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι αποτέλεσμα φαρμακολογικών ευρημάτων αλλά του φαινομένου placebo το οποίο είναι αντίθετο του placebo. Ακόμα, αυτοί που είναι πιο δεκτικοί στην αγορά γενόσημων φαρμάκων είναι αυτοί της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε σχέση με αυτούς που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση^[76].

7.2.11 Απόψεις ασθενών για τα γενόσημα στην Ισπανία

Στις Βαλτικές χώρες ανάμεσα στα μέτρα που πάρθηκαν ήταν η αύξηση των συμπληρώμων για τα φάρμακα και η άνοδος του φορολογικού συντελεστή, δυσχεραίνοντας την οικονομική κατάσταση των πολιτών. Γενικά τα μέτρα που λαμβάνονται έχουν σύντομη διάρκεια δύο ή τριών χρόνων και μετά πρέπει να αναπροσαρμόζονται ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες. Οι Ισπανοί δε θα αρνούταν να λάβουν πάντως ένα γενόσημο φάρμακο αρκεί να τους το πρότεινε ο γιατρός τους^[77].

7.2.12 Οι επιληπτικοί ασθενείς υποστηρίζουν ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή.

Ορισμένοι αντικαταθλιπτικοί ασθενείς είδαν τα συμπτώματα της κατάθλιψης να επανέρχονται με τη χρήση του γενόσημου, ενώ όταν ξαναχρησιμοποίησαν το πρωτότυπο ανακουφίστηκαν. Το ίδιο και με τα γενόσημα φωσφονικά που συνέβαλαν σε μικρή αύξηση της οστικής πυκνότητας είτε λόγω της μικρής ανοχής τους στην οξύτητα του στομάχου είτε λόγω της προσκόλλησης τους στην οισοφαγική βλέννα. Το ίδιο ανέφεραν και ορισμένοι επιληπτικοί ασθενείς οι οποίοι είδαν τα συμπτώματα των επιληπτικών κρίσεων τους να εντείνονται. Τα γενόσημα φάρμακα έχουν διαφορετικά έκδοχα από τα πρωτότυπα, τα οποία προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες για παράδειγμα η νατριούχος κροσκαρμελλόζη που περιλαμβάνεται στη γενόσημη φουροσεμίδη και προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις. Ακόμα, ασθενείς με αρρυθμίες και δυσανεξία στη λακτόζη θα παρουσιάζουν γαστρεντερικές διαταραχές άρα προβλήματα στην απορρόφηση του φαρμάκου στις εντερικές λάχνες και κατ' επέκταση στη συστηματική κυκλοφορία^{[30][31]}. Σε αντίκρουση με όλα τα παραπάνω διενεργήθηκε μια μελέτη που αφορά τη χρήση γενόσημων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και πως αυτά σχετίζονται με μειωμένες εισαγωγές στα νοσοκομεία και μειωμένες επιληπτικές κρίσεις. Μάλιστα, είχαν 34 φορές λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία από κάποιο πρωτότυπο φάρμακο. Φυσικά οι επιληπτικές κρίσεις δεν αποτελούν ενδεικτικό δείκτη για την αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων γιατί αυτά χορηγούνται και για τη θεραπεία άλλων παθήσεων και οι επιληπτικές κρίσεις εξαρτώνται και από τη λήψη αλκοόλ, την έλλειψη ύπνου, την ηλικία, παράγοντες οι οποίοι δε λήφθηκαν υπόψιν στη μελέτη αυτή^[78]. Επίσης δεν υπάρχει απόδειξη ότι τα πρωτότυπα φάρμακα είναι κλινικά ανώτερα από τα γενόσημα. Έτσι και αλλιώς όπως έχει ήδη αναφερθεί τα γενόσημα υποβάλλονται σε τεστ βιοϊσοδυναμίας που σημαίνει ότι το δραστικό συστατικό του φαρμάκου επιτυγχάνει παρόμοιες συγκεντρώσεις πλάσματος με αυτές του πρωτότυπου. Μάλιστα τα γενόσημα βρέθηκε ότι έχουν καλύτερη προσκόλληση στο στόχο και αυτό πιστοποιείται από μια μελέτη που διεξήχθη από τον Gaugejj. όπου βρέθηκε ότι οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσιάζουν κατά 8% μείωση του κινδύνου όταν χρησιμοποιούν γενόσημη στατίνη^[79].

7.3 Απόψεις επαγγελματιών υγείας στις διάφορες χώρες

7.3.1 Ελλάδα

Το 82,3% των Ελλήνων γιατρών έχουν θετική άποψη για τα γενόσημα φάρμακα αλλά προτιμούν να συνταγογραφούν πρωτότυπα. Γενικά αλλάζουν τις συνταγογραφικές τους προτιμήσεις κυρίως λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, του εισοδήματος των

ασθενών και της ασφαλιστικής τους κάλυψης^{[14][15]}. Υπάρχουν αμφιλεγόμενα στοιχεία για τις απόψεις των γιατρών είναι θετικοί από τη μια στη διεύθυνση των γενόσημων αλλά από την άλλη επιμένουν στη συνταγογράφηση πρωτότυπων φαρμάκων^[15]. Στις χώρες του ΟΟΣΑ οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 1,5% του ΑΕΠ. Μάλιστα κάθε χρόνο αυξάνονται κατά 4,6% ετησίως, που είναι πολύ μεγαλύτερο από την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Οι ακατάλληλες θεραπείες που συνταγογραφούνται σε ασθενείς καθώς και η κακή χρήση φαρμακευτικών προϊόντων ελαττώνουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι δαπάνες για την υγεία. Για οικονομικούς λόγους καθώς και για λόγους υγείας είναι απαραίτητο να τηρούνται οι συνιστώμενες και καθιερωμένες οδηγίες συνταγογράφησης φαρμάκων. Οι Έλληνες γιατροί εμπιστεύονται περισσότερο τις επιστημονικές δημοσιεύσεις και τα ιατρικά εγχειρίδια σε σχέση με τους Κύπριους. Το 61,4% των Κυπρίων εμπιστεύονται περισσότερο τους αντιπροσώπους σε σχέση με το 51,99% των Ελλήνων. Κυρίως αναζητούν πληροφορίες για τη δόση των χορηγούμενων φαρμάκων, τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους, τη χρήση τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού και τη χρήση τους σε χρόνια νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Οι Έλληνες και οι Κύπριοι γιατροί είναι αρκετά ενημερωμένοι παρακολουθώντας αρκετά συνέδρια. Όμως οι Έλληνες συγγράφουν περισσότερα επιστημονικά κείμενα εξαιτίας της μεγαλύτερης ύπαρξης πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Οι έλληνες γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για την κλινική αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τη φαρμακευτική του μορφή, την καθημερινή του δόση και τις προτιμήσεις των ασθενών τους ενώ οι Κύπριοι για το κόστος των φαρμάκων αν και αυτός δεν είναι ο πιο σημαντικός λόγος για την επιλογή συνταγογράφησης. Στην Ελλάδα οι γιατροί είναι περισσότερο επιφυλακτικοί σχετικά με την αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα των γενόσημων φαρμάκων και για αυτό το λόγο δε συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα προκειμένου να περικόψουν τις δαπάνες. Αυτό συμβαίνει λιγότερο στην Κύπρο, όπου οι γιατροί συνταγογραφούν γενόσημα σε μεγαλύτερο βαθμό. Πάντως η συνταγογράφηση γενόσημων και στις δύο χώρες παραμένει χαμηλή γιατί θεωρείται ότι τα γενόσημα είναι χαμηλότερης ποιότητας και επίσης η τιμή τους δεν είναι πολύ χαμηλότερη από τα πρωτότυπα. Η τιμή του φαρμάκου και η ασφαλιστική ικανότητα του ασθενούς επηρεάζει τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών. Τέλος, οι ιατροί δεν συμπληρώνουν την κίτρινη κάρτα, ενημερώνοντας τον ΕΟΦ για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων είτε γιατί δε θεωρούν μια ανεπιθύμητη αντίδραση αξιόλογη είτε γιατί δε θέλουν να μαθευτεί ότι ένας ασθενής τους είχε ανεπιθύμητη αντίδραση και χαθεί το επαγγελματικό τους κύρος. Ο ΕΟΦ γενικά ενημερώνεται για ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τα νοσοκομεία και τις

φαρμακευτικές εταιρείες και όχι τόσο από ιδιώτες γιατρούς αν και γίνονται εκστρατείες ευαισθητοποίησης τους για τη συμπλήρωση της κίτρινης κάρτας^[80].

7.3.2 Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Οι γιατροί είχαν μια αρνητικότητα απέναντι στα γενόσημα. Οι απόψεις έπρεπε να αλλάξουν ώστε να γίνει στροφή σε οικονομικότερες λύσεις. Το 67% των γιατρών και των φαρμακοποιών θεωρούν ότι τα γενόσημα είναι το ίδιο ασφαλή και αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα^[59].

7.3.3 Ιταλία

Στην έρευνα που έγινε οι περισσότεροι γιατροί ήταν μικρότεροι των 45 ετών και ενημερωμένοι για τις πολιτικές συγκράτησης κόστους. Το 30% δήλωσε ότι ένα γενόσημο φάρμακο περιέχει μικρότερη ποσότητα δραστικής ουσίας από το πρωτότυπο. Γενικά, οι παιδίατροι θεωρούσαν ότι ήταν πλήρως ενημερωμένοι για τα γενόσημα αν και οι πηγές της πλειοψηφίας θεωρήθηκαν αναξιόπιστες. Το 46,2% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από τους συναδέλφους του και το 23,7% από άλλους χρήστες γενόσημων φαρμάκων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό δήλωσε ότι συμμετείχε σε επιστημονικά συνέδρια. Επίσης η πλειοψηφία των παιδιάτρων δεν ενδιαφέρονταν για την επιστημονική ενημέρωση όσον αφορά την κυκλοφορία νέων γενόσημων φαρμάκων. Παρ'όλαυτά πάνω από τους μισούς παιδίατρους συνιστούσαν γενόσημο φάρμακο αλλά οι ασθενείς επέλεγαν το γνωστό πρωτότυπο. Εκτιμάται ότι το 41% των παιδιών από 6-13 ετών έλαβε γενόσημα μοξικιλλίνη και ότι το 91% των παιδιάτρων έγραψε τουλάχιστον μια φορά ένα γενόσημο ανάλογο^[66].

7.3.4 Νεπάλ

Στο Νεπάλ το 65% των φοιτητών ιατρικής θεωρεί ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι βιοϊσοδύναμα με τα πρωτότυπα συγκριτικά με το 85% των γιατρών στην Αυστραλία που θεωρεί το ίδιο. Το 50% θεωρεί ότι τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν καλύτερο προφίλ ασφάλειας σε σχέση με τα γενόσημα. Μόνο το 17% πιστεύει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι λιγότερο αποτελεσματικά και παράγουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης στο Νεπάλ η υποκατάσταση απαγορεύεται και στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Το 82% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η συνταγογραφική τους ικανότητα επηρεάζεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Άρα τόσο οι φοιτητές όσο και οι γιατροί πρέπει να αξιολογούν κριτικά τις προωθητικές κινήσεις των εταιρειών^[81].

7.3.5 Αυστραλία

Στην Αυστραλία, οι φοιτητές ιατρικής θεωρούσαν ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι κατά 80% βιοϊσοδύναμα με τα αντίστοιχα πρωτότυπα. Από την άλλη πίστευαν ότι τα γενόσημα είναι κατώτερα ποιοτικώς από τα πρωτότυπα λιγότερα αποτελεσματικά και λιγότερο ασφαλή γιατί παράγουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Πάντως το 90% συμφώνησε ότι είναι οικονομικότερα^{[78][82]}.

7.3.6 Ιρλανδία

Στην Ιρλανδία οι γενικοί γιατροί αποδέχονται τα γενόσημα, όμως λόγω της ελλιπής τους γνώσης έχουν αμφιβολίες σχετικά με την ποιότητα και την αξιοπιστία των προϊόντων αυτών^[82]. Σε μια μελέτη που διενεργήθηκε συμμετείχαν 34 γενικοί ιατροί από αυτούς οι 28 δήλωσαν ότι προτιμούν να συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα όταν αυτά έχουν στενό θεραπευτικό δείκτη. Οι 31 στους 34 πιστεύουν ότι τα γενόσημα είναι ίδια σε αποτελεσματικότητα με τα πρωτότυπα αν και οι 4 στους 34 πιστεύουν ότι μπορεί να είναι επικίνδυνα. Οι 32 στους 34 ανέφεραν ότι οι ασθενείς τους παραπονούνταν ενώ 10 στους 34 ανέφεραν αύξηση στις ανεπιθύμητες ενέργειες, 9 στους 34 ανέφεραν ότι δεν προσπάθησαν να πείσουν τους ασθενείς τους να επιλέξουν γενόσημο και 7 στους 34 ότι οι ασθενείς τους θεραπεύτηκαν καλύτερα με το γενόσημο φάρμακο. Ακόμα 6 στους 34 αμφέβαλλαν για την προέλευση των γενόσημων φαρμάκων και επιθυμούσαν επίσημα διαπιστευτήρια. Γενικά λίγοι ανέφεραν την ανάγκη για μείωση του κόστους ώστε να χρησιμοποιηθούν στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων, νέων θεραπειών και στην έρευνα^[83]. Οι φαρμακοποιοί στην Ιρλανδία (το 98%) πιστεύουν είναι της ίδιας ποιότητας τα γενόσημα με τα πρωτότυπα φάρμακα, ακόμα(το 96%) πιστεύουν ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά και όλοι πιστεύουν ότι είναι ασφαλή. Μόνο το 9% θεωρεί ότι κατασκευάζονται με χαμηλότερα πρότυπα ποιότητας από τα πρωτότυπα. Το 93% δήλωσε ότι θα λάμβανε γενόσημα φάρμακα ενώ μόνο το 7% δήλωσε ότι θα προτιμούσε πρωτότυπα φάρμακα. Το 89% ανέφερε ότι οι πελάτες του παραπονούνταν λόγω των γενόσημων φαρμάκων ότι προκαλούσαν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες με τα φάρμακα που προκαλούσαν τις περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες να είναι οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων(27%), οι στατίνες(18%), τα εισπνεόμενα(7%), τα αντιυπερτασικά(7%), τα αντιβιοτικά(7%), τα αντικαταθλιπτικά(5%) και τα αναλγητικά(2%). Το 25% δήλωσε επίσης ότι παράπονα λαμβάνει και για τα πρωτότυπα ειδικά εάν το φάρμακο λήφθηκε ως δεύτερο και αφού είχε προηγηθεί χρήση του γενόσημου. Πάντως το 64% αναφέρει ότι τα παράπονα αυτά οφείλονται στο φαινόμενο placebo. Το 77% δήλωσε ότι θα

υπέκυπτε στις προτιμήσεις των ασθενών του μόνο το 21% δήλωσε ότι προσπάθησε να εκπαιδεύσει τους ασθενείς του. Το 7% δήλωσε ότι αντιμετώπισε προβλήματα ποιότητας όπως σπασμένα δισκία και μη προσεγμένη συσκευασία. Το 43,2% δήλωσε ότι οι ασθενείς του και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι αντιστέκονταν στην αλλαγή λόγω σύγχυσης και μάλιστα λάμβαναν διπλά και τριπλά χάπια ίδιας δραστικής ουσίας. Το 34% δήλωσε ότι οι ασθενείς του αντιμετωπίζουν το σύνδρομο own-brand και θεωρούν τα γενόσημα υποδεέστερα των πρωτότυπων. Το 11,4% ανέφερε ότι οι πελάτες του που είναι ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση κατανοούν περισσότερα για τα γενόσημα φάρμακα και τα επιλέγουν. Ορισμένοι φαρμακοποιοί είναι αντίθετοι με την ύπαρξη πολλών μαρκών του ίδιου γενόσημου γιατί τους αναγκάζει να αποθηκεύσουν πολλά φάρμακα τα οποία ενδέχεται και να μην πουλήσουν. Το 80% συμφωνεί με τη νέα πολιτική των τιμών αναφοράς. Το 55% θεωρεί ότι είναι απαραίτητο για την οικονομική κατάσταση της χώρας, ενώ το 46% δηλώνει ανήσυχο για την πρακτική εφαρμογή της^[54].

7.3.7 Ινδία

Οι Ινδοί φαρμακοποιοί δε γνωρίζουν τι είναι γενόσημο φάρμακο. Αγνοούν τη λέξη βιοϊσοδύναμο επίσης. Ακόμα, η υποκατάσταση με κάποιο φθηνότερο φάρμακο τους αφήνει αδιάφορους γιατί έχουν συνηθίσει στην πώληση πρωτότυπων φαρμάκων μιας και τους αποφέρει περισσότερα κέρδη. Οι φαρμακοποιοί της κοινότητας είναι αυτοί που προάγουν τη δημόσια υγεία. Όταν αυτοί και οι πωλητές φαρμακευτικών εταιρειών αγνοούν την ύπαρξη των γενόσημων φαρμάκων και έχουν κατανοήσει λανθασμένα ορισμένα πράγματα οι καταναλωτές δεν ενημερώνονται πλήρως για τις οικονομικότερες λύσεις^[84]. Επίσης προτιμούν η υποκατάσταση των φαρμάκων να πραγματοποιείται σε κάποιο νοσοκομείο ώστε να είναι πιο ελεγχόμενη και να αντιμετωπίζονται πλήρως οι τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες^[85].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Τεχεράνη οι Ιρανοί ασθενείς εμπιστεύονται πολύ τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς της γειτονιάς τους ως προς τα γενόσημα φάρμακα. Συνεπώς αυτοί οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην προώθηση αυτών των φαρμάκων συμβάλλοντας στην εξοικονόμηση χρημάτων τόσο από ιδιώτες όσο και από το κράτος^[86]. Η θετική αντίληψη των γιατρών και των φαρμακοποιών είναι προαπαιτούμενο για την αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Επίσης τα συστήματα υγείας πρέπει να διακατέχονται από ευαισθησία για να προωθήσουν τα γενόσημα φάρμακα^[87]. Οι Έλληνες ασθενείς εμπιστεύονται τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς τους γιατί τους εξηγούν αναλυτικά πώς να χρησιμοποιούν ένα φάρμακο άρα εάν τους προτείνουν κάποιο γενόσημο θα το δεχτούν. Οι φαρμακοποιοί επίσης επισημαίνουν ότι τα Μ.Μ.Ε έχουν τρομοκρατήσει τους ασθενείς σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σημείο που οι ασθενείς να ντρέπονται να συζητήσουν τους φόβους τους με έναν σύμβουλο υγείας. Ακόμα, ο αρνητισμός έναντι στα γενόσημα οφείλεται σε δύο παράγοντες: πρώτα στο γεγονός ότι η εκάστοτε κυβέρνηση και οι πολιτικοί γενικότερα ενδιαφέρονται μόνο για τη συγκράτηση του κόστους και όχι για τη θεραπευτική αξία των φαρμάκων. Επιπρόσθετα στο γεγονός ότι ο ΕΟΦ αποδείχτηκε αναξιόπιστος ως προς τους ελέγχους που διεξήγαγε για την απαγόρευση στην ελληνική φαρμακευτική αγορά γενόσημων που έχουν παραχθεί σε τριτοκοσμικές χώρες^[63]. Τέλος, χαρακτηριστικό παράδειγμα της εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας είναι ότι μια Ιρλανδή φαρμακοποιός ανέφερε ότι κέρδισε την εμπιστοσύνη της πελάτισσας της ώστε να αγοράσει μια γενόσημη εισπνοή δείχνοντας της τα δύο κουτιά το γενόσημο και το πρωτότυπο ως προς τη σύσταση ώστε να κατανοήσει από μόνη της ότι περιείχαν τα ίδια συστατικά. Φυσικά η καθημερινή επίδειξη όπως τόνισε είναι αδύνατη σε επίπεδο επαγγελματικής καθημερινότητας ειδικά τις ώρες αιχμής^[54].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ

Τα προγράμματα ενημέρωσης για τα γενόσημα πρέπει να είναι ανεπτυγμένα με ανθρωποκεντρική προσέγγιση να είναι καλώς σχεδιασμένα, να είναι κατανοητά και να έχουν μεγάλη διάρκεια^[88]. Το Moduse είναι ένα σπονδυλωτό πρόγραμμα εκπαίδευσης, που εφαρμόζεται στη Γερμανία, σε οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις συμβάλλοντας τόσο στην ψυχολογική τους υποστήριξη όσο και στη συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική αγωγή. Για παράδειγμα για τα παιδιά και τους εφήβους που πάσχουν από το διαβήτη τύπου 1 εκπαιδεύονται και οι γονείς και τα παιδιά τόσο στην εξοικείωση τους με τα μηχανήματα μέτρησης σακχάρου, τα νοσοκομεία όσο και με τα αρνητικά συναισθήματα που τους δημιουργεί η πάθηση. Το πρόγραμμα αυτό θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στη συμμόρφωση των ασθενών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα^[89]. Βασικός στόχος για την αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων είναι η εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των καταναλωτών^[90]. Αυτό ξεκινάει από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Στην ιατρική σχολή της Αρούμπα της Ολλανδίας οι φοιτητές μάθαιναν φαρμακολογία, την πρακτική εφαρμογή του P-drugselection το οποίο αφορά τη σωστή επιλογή φαρμάκων για κάθε ασθενή, για την ασθένεια που πάσχει και να καταγράφουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί το εκάστοτε χρησιμοποιούμενο φάρμακο. Στο πρώτο εξάμηνο οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με τα γενόσημα φάρμακα και τη σοσιαλοοικονομική τους επιρροή στην κοινωνία. Στο δεύτερο εξάμηνο διδάσκονται για το κόστος των φαρμάκων, την πατέντα, τα καινοτόμα φάρμακα, την κατανόηση της φαρμακευτικής αγοράς, την ποιότητα των φαρμάκων, την έγκριση τους και τις πολιτικές συγκράτησης κόστους για την εξοικονόμηση πόρων για την υγεία. Το ίδιο και στο Νεπάλ, όπου οι φοιτητές μέσω διαδραστικών μαθημάτων μαθαίνουν τα πρότυπα ποιότητας που πρέπει να πληρούν τα γενόσημα, τις παραμέτρους φαρμακοκινητικής και βιοϊσοδυναμίας^[82]. Ακόμα, είναι πολύ σημαντική η επικοινωνία των ασθενών με τους παρόχους υγείας προκειμένου να ενημερωθούν για θέματα ποιότητας των φαρμάκων και τους κανόνες καλής πρακτικής. Προαπαιτούμενο είναι η επαρκής γνώση τόσο των γιατρών όσο και των φαρμακοποιών^{[90][91]}. Επιπρόσθετα, οικονομικά κίνητρα πρέπει να δοθούν στους χρήστες υπηρεσιών υγείας οι οποίοι ξοδεύουν πολλά για τη φαρμακευτική τους αγωγή και αναγκάζονται να περικόψουν άλλες βασικές τους ανάγκες. Μάλιστα, σε κάποια κράτη οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να συμβάλλουν στη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης σε μονάδες και ένα μέρος του ποσού που εξοικονομούν να τους επιστρέφεται σαν ανταμοιβή. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση συμβάλλει ακόμα στην αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων

αφού υπάρχει η επιλογή αρκετών διαθέσιμων και φθηνών φαρμάκων από μια λίστα ομοειδών δραστικών ουσιών^[90]. Το 58,2% στη Δανία, επιπρόσθετα, δήλωσε ότι χρειάζεται ενημέρωση σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Στη Γαλλία οι διαφημίσεις των φαρμακευτικών εταιρειών έχουν θετική επίδραση στην αύξηση της κατανάλωσης των γενόσημων φαρμάκων. Στην Αυστραλία υπάρχει το NationalPrescribingServiceCommittee που ενημερώνει τους ασθενείς για θέματα που άπτονται των γενόσημων φαρμάκων. Γενικά οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, οι φαρμακευτικές εταιρείες είναι πηγές πληροφόρησης για τα γενόσημα φάρμακα. Ακόμα και ο ΕΟΦ μέσω εκδηλώσεων μπορεί να ενημερώνει για τα γενόσημα. Επίσης η εφαρμογή του HealthProcurementCommittee το 2010 στην Ελλάδα μέσω του οποίου καθοριζόταν η τιμολόγηση των φαρμάκων στόχευε και στοχεύει σε μεγαλύτερη συγκράτηση του κόστους και περισσότερη διαφάνεια^[92]. Ακόμα, κάτι πολύ σοβαρό είναι ότι οι γιατροί δε χρησιμοποιούν ποτέ ή σπανίως το ιατρικό όνομα του φαρμάκου και χρησιμοποιούν κυρίως το εμπορικό όνομα. Για τους ασθενείς είναι δύσκολο να χρησιμοποιούν τα ονόματα των δραστικών ουσιών γιατί είναι δύσκολο να τα προφέρουν. Ωστόσο για τους γιατρούς ήταν αναμενόμενο να χρησιμοποιούν το ιατρικό όνομα του φαρμάκου. Μια λύση λοιπόν για την αύξηση της συνταγογράφησης και κατ' επέκταση της χρήσης των γενόσημων είναι να χρησιμοποιούν στις συζητήσεις μεταξύ τους, στους ιατρικούς φακέλους και στις συνεδρίες με τους ασθενείς τους τα ιατρικά ονόματα των φαρμάκων ώστε να χαθεί και το ενδιαφέρον τους με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Άκρως σοβαρό είναι τα πανεπιστημιακά ιδρύματα να μεταλαμπαδεύσουν στους φοιτητές τους ότι είναι επιστήμονες υγείας οι οποίοι υπηρετούν την ανθρωπότητα και όχι το κέρδος^[79]. Οι μεταρρυθμίσεις της Ιρλανδικής κυβέρνησης, ακόμα, αφορούν τόσο γιατρούς όσο και τους φαρμακοποιούς. Είναι απαραίτητη και η εκπαίδευση των ασθενών γιατί αλλαγές στο χρώμα, στο σχήμα, στη γεύση των γενόσημων φαρμάκων δημιουργεί συγχύσεις κυρίως στους ηλικιωμένους ασθενείς και τους χρόνια πάσχοντες. Επειδή οι ασθενείς δεν είναι ενημερωμένοι εναντιώνονται στις αλλαγές και έτσι επέρχεται αποτυχία της εκτέλεσης συνταγών με γενόσημα, μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική τους αγωγή καθώς και ιατρικά λάθη. Ακόμα, είναι απαραίτητη η στήριξη από τους ιατρικούς και τους φαρμακευτικούς συλλόγους με ενημερωτικά φυλλάδια, ιστοσελίδες στο διαδίκτυο και εγχειρίδια με οδηγίες χρήσης^[93]. Επίσης κίνητρα πρέπει να δοθούν και στους γενικούς ιατρούς ώστε να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα^[56]. Από την άλλη, οι γενικοί ιατροί αμείβονται με ένα ετήσιο κατά κεφαλήν εισόδημα για κάθε νόμιμο πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στην περιοχή άσκησης των καθηκόντων τους. Έτσι οι γιατροί είναι πιθανό να υποκύπτουν στις επιθυμίες των ασθενών τους προκειμένου να μην τους δυσαρεστήσουν και ξαφνικά πάνουν να τους προτιμούν και ελαττωθούν τα κέρδη τους. Επιπρόσθετα, οι

φαρμακοποιοί της Ιρλανδίας αποζημιώνονται με την τιμή αναφοράς του φαρμάκου για τους ασθενείς με δημόσια ασφάλιση υγείας όμως δε συμβαίνει το ίδιο με όσους διαθέτουν ιδιωτική. Σε αυτούς είναι πιθανότερο δοθεί ένα ακριβότερο φάρμακο εάν το θελήσει ο φαρμακοποιός για μεγαλύτερο κέρδος. Επίσης συχνό φαινόμενο είναι και το ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες επιβραβεύουν το φαρμακοποιό όταν διανείμει γενόσημα, δίνοντας τους επιπλέον κομμάτια χωρίς χρέωση καθώς ο φαρμακοποιός αποζημιώνεται για όλα τα φάρμακα που διανέμονται είτε αυτά παρελήφθησαν με έκπτωση είτε όχι με αποτέλεσμα τα κρατικά ταμεία να πληρώνουν για φάρμακα που ο φαρμακοποιός τα έχει λάβει δωρεάν. Αυτό έχει μεγάλη επιρροή στα φάρμακα που διαθέτει ο φαρμακοποιός στους ασθενείς του καθώς προτιμά να επιλέγει αυτά με τη μεγαλύτερη επιστροφή, δηλαδή τη μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στην τιμή αναφοράς και τη λιανική τιμή του φαρμάκου. Όλα αυτά έχουν οικονομική επιρροή στους ασθενείς δεδομένου του ότι οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων δεν είναι πολύ χαμηλότερες από αυτές των πρωτότυπων φαρμάκων^[93]. Το κράτος, καταλήγοντας, πρέπει να δημιουργεί διαδικτυακούς τόπους υψηλής αξιοπιστίας, καλής ποιότητας και με ευανάγνωστες ιατρικές πληροφορίες ώστε να γίνονται κατανοητές από τους πολίτες. Μια τέτοια σελίδα είναι η σελίδα του FDA που ενημερώνει τους ασθενείς για τα γενόσημα με απλό αλλά επαγγελματικό τρόπο και χωρίς την ύπαρξη διαφημίσεων^[94]. Επιπρόσθετα, οι φαρμακοποιοί καθώς και οι γιατροί πρέπει να εξειδικευτούν στο επικοινωνιακό μάρκετινγκ ώστε να κατευθύνουν σωστά τους ασθενείς τους για τη χρήση ενός φαρμακευτικού προϊόντος^[95].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

10.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν να εκτιμηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των Ελλήνων πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Η έρευνα αφορούσε το δείγμα του πληθυσμού που απάντησε τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και το βασικό χαρακτηριστικό τους ήταν ότι ήταν Έλληνες πολίτες που επισκέπτονται ιατρεία, νοσοκομεία, φαρμακεία και ακολουθούν χρόνια ή περιστασιακή φαρμακευτική αγωγή για να θεραπεύσουν ασθένειες από τις οποίες πάσχουν.

10.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

- ✓ Οι γνώσεις των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα.
- ✓ Οι απόψεις των πολιτών σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων και ειδικότερα στο κατά πόσον πιστεύουν ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου ασφαλή με τα πρωτότυπα φάρμακα.
- ✓ Οι λόγοι που οδηγούν τους πολίτες στην επιλογή των φαρμάκων και ειδικότερα εάν επιλέγουν για τη φαρμακευτική τους αγωγή κάποιο γενόσημο φάρμακο. Επίσης εάν η επιλογή του φαρμάκου τους προκύπτει μετά από σύσταση του γιατρού, του φαρμακοποιού ή κάποιου φιλικού και συγγενικού προσώπου καθώς και εάν είναι αποτελεσματικό, φθινό, ευρέως γνωστό ή το έχει χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν ο ασθενής.
- ✓ Η εμπιστοσύνη που δείχνουν στους επαγγελματίες υγείας και εάν είναι δεκτικοί στο να συνταγογραφούν οι γιατροί βάσει δραστικής ουσίας ή παραμένουν πιστοί στην παραδοσιακή συνταγογράφηση βάσει εμπορικής ονομασίας. Επίσης εάν αποδέχονται ο φαρμακοποιός τους να τους αντικαθιστά το πρωτότυπο φάρμακο τους με το αντίστοιχο γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοια μεταξύ τους.

10.3 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Η οικονομική κρίση και το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον της υγείας έχει αναγκάσει τα κράτη και ειδικά τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης να λάβουν μέτρα για περικοπές δαπανών στον τομέα της υγείας. Η Ελλάδα αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι αυτού του συνασπισμού δε θα μπορούσε να παραμείνει αμέτοχη στις αλλαγές. Μια από αυτές είναι η όλο και μεγαλύτερη διεύθυνση των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά προκειμένου

να εξοικονομηθούν χρήματα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για παράδειγμα στην έρευνα και στην ανάπτυξη φαρμάκων για σπάνιες παθήσεις. Επειδή το ποσοστό χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα παραμένει χαμηλό, σύμφωνα με τα στοιχεία του συνδέσμου φαρμακευτικών επιχειρήσεων Ελλάδας, σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη κρίθηκε αναγκαία η εκπόνηση μελέτης για την κατανόηση των απόψεων των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Η γνώση της αποδοχής ή και της μη αποδοχής των γενόσημων από τους Έλληνες θα βοηθήσει μελλοντικά στον καλύτερο σχεδιασμό πολιτικών που αφορούν την αύξηση της χρήσης των αντίγραφων των πρωτότυπων φαρμάκων.

10.4 Σχεδιασμός έρευνας

Για τους παραπάνω λόγους διεξήχθη μελέτη με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε ειδικά για τον σκοπό αυτό με τη βοήθεια του googleforms.

Το συνταχθέν ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε πολίτες μέσω διαδικτύου χρησιμοποιώντας τα γνωστά μέσα κοινωνικής δικτύωσης με τυχαία επιλογή. Το χρονικό περιθώριο που τέθηκε για τη συλλογή των απαντήσεων ήταν δύο μήνες. Οι απαντήσεις στέλνονταν αυτόματα στο προσωπικό μου e-mail διατηρώντας την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Από τα 1000 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν μέσω διαδικτύου απαντήθηκαν τα 222.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 37 ερωτήσεις κλειστού τύπου, δηλαδή ερωτήσεις έρευνας στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει μια ή περισσότερες απαντήσεις από μια έτοιμη λίστα που παρέχει ο ερευνητής, ήταν ανώνυμο, για τη συμπλήρωση του απαιτούνταν 5 λεπτά και οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους πολίτες που το συμπλήρωσαν παραμένουν απόλυτα εμπιστευτικές.

Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τις εξής ενότητες:

- ✓ Πρώτη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 1-6 και σχετίζονταν με τα προσωπικά στοιχεία των πολιτών όπως για παράδειγμα το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, την κατηγορία του επαγγέλματος, το μορφωτικό τους επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα τους^{[63][96][97]}.
- ✓ Δεύτερη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 7-9 και σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής τους^[98].
- ✓ Τρίτη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 10-15 και σχετίζονταν με τις γνώσεις των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα^{[63][97]}.

- ✓ Τέταρτη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 16-22 και σχετίζονταν με τις γνώσεις των πολιτών σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων^[63].
- ✓ Πέμπτη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 23-31 και σχετίζονταν με την επιλογή φαρμάκων από τους ασθενείς^[63].
- ✓ Έκτη ενότητα που περιελάμβανε τις ερωτήσεις με αριθμούς 32-37 και σχετίζονταν με την εμπιστοσύνη που επιδεικνύουν οι πολίτες στους επαγγελματίες υγείας^[96].

Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα επεξεργασίας SPSSv.20.0 και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η δοκιμαστική έκδοση των 15 ημερών. Η μέθοδος της ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποσοτική και συγκεκριμένα η δειγματοληπτική με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου και το οποίο διανεμήθηκε τυχαία σε δείγμα του πληθυσμού^[99]. Το δείγμα του πληθυσμού χαρακτηρίζεται ως δείγμα ευκολίας καθώς η συμμετοχή στην έρευνα γίνεται με πρωτοβουλία του μέλους του πληθυσμού και όχι με τυχαιότητα, άρα η συμμετοχή ή όχι εξαρτάται από το αν το άτομο έχει θετική ή όχι στάση για το θέμα της έρευνας^[100].

10.5 Περιορισμοί της έρευνας

Από τα 1000 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν μόνο 222 άτομα απάντησαν. Αυτό μπορεί να καταδεικνύει είτε άγνοια επί του θέματος δηλαδή των γενόσημων φαρμάκων είτε αδιαφορία για τη συμμετοχή στη συγκεκριμένη μελέτη. Το δείγμα είναι μικρό σε σχέση με τον πραγματικό πληθυσμό που προβαίνει σε χρήση των υπηρεσιών υγείας και δε στην κατανάλωση φαρμάκων. Επίσης το δείγμα εκτός του ότι είναι μικρό δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα καθώς χαρακτηρίζεται ως δείγμα ευκολίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη αποκλείονται όσοι δεν έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο ή δεν είδαν τη συγκεκριμένη εφαρμογή της έρευνας. Για παράδειγμα, η πληθυσμιακή ομάδα που καταναλώνει περισσότερα φάρμακα είναι άνθρωποι άνω των 65 ετών και μόνο 12 άτομα απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Οι πλέον αρμόδιοι, που έχουν ισχυρή άποψη και γνώση για θέματα κατανάλωσης φαρμάκων απείχαν από την συγκεκριμένη μελέτη και αυτό είχε σίγουρα αντίκτυπο στα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας. Γενικότερα, στα δείγματα ευκολίας δεν είναι εφικτό να εξαχθούν αποτελέσματα, τα οποία στη συνέχεια θα γενικευτούν για τον πληθυσμό γιατί το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Τέλος, το στατιστικό πρόγραμμα επεξεργασίας SPSS προέβη σε αυτόματη στρογγυλοποίηση ορισμένων ποσοστών με αποτέλεσμα να έχουμε στατιστικό

σφάλμα σε κάποια ποσοστά της τάξης του 0,1% που φυσικά δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.1: Διερεύνηση των απαντήσεων των πολιτών

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 222 άτομα τα οποία είναι Έλληνες πολίτες οι οποίοι επισκέπτονται ιατρεία, νοσοκομεία, πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας, φαρμακεία για να προμηθευτούν τα φάρμακα τους. Τα άτομα αυτά αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για πρωτοβάθμια είτε για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Όπως έχουμε αναφέρει και πιο πάνω η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα επεξεργασίας SPSSv.20.0 και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η δοκιμαστική έκδοση των 15 ημερών. Η μέθοδος της ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποσοτική και συγκεκριμένα η δειγματοληπτική με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου και το οποίο διανεμήθηκε τυχαία σε δείγμα του πληθυσμού^[99].

Παρακάτω ακολουθεί εκτενής ανάλυση των αποτελεσμάτων για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Η παρουσίαση τους γίνεται με την μορφή πινάκων ώστε να είναι πιο ευανάγνωστη, κατανοητή και πιο ευχάριστη στην ανάγνωση. Ακολουθεί η ανάλυση, όπου Ε, ονομάτιστα την ερώτηση και ο αριθμός δίπλα από το γράμμα 'Ε' αντιστοιχεί στον αριθμό της κάθε ερώτησης:

E1.

Ποιο είναι το φύλο σας;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	75	33,8
Γυναίκα	147	66,2

Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν 222 άτομα εκ των οποίων τα 147 ήταν γυναίκες(66,2%) και τα 75(33,8%) άνδρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων όπως διαφαίνεται και από τα αποτελέσματα ήταν γυναίκες.

E2.

Ποια είναι η ηλικία σας;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
18-24	13	5,9

25-39	102	45,9
40-54	76	34,2
55-65	19	8,6
>65	12	5,4

Τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν στην ηλικιακή ομάδα των 25-30 ετών(102 άτομα, με ποσοστό 45,9%), ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 40-54 ετών(76 άτομα, με ποσοστό 34,2%), 19 άτομα(8,6%) ήταν από 55-65 ετών, 13 άτομα(5,9%) ήταν από 18-24 ετών και οι λιγότεροι συμμετέχοντες ήταν >65 ετών(12 άτομα, ποσοστό 5,4%).

E3.

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ανύπαντρος-η	88	39,6
Παντρεμένος-η	120	54,1
Διαζευγμένος-η	11	5,0
Χήρος-α	3	1,4

Οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους ήταν παντρεμένοι(120 άτομα, 54,1%), ακολουθούν οι ανύπαντροι(88 άτομα, 39,6%), 11 άτομα ήταν διαζευγμένα(5%) ενώ μόλις 3 χήροι(1,4%).

E4.

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελματιών ανήκει το δικό σας;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημόσιος Υπάλληλος	62	27,9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	76	34,2
Συνταξιούχος	15	6,8
Ελεύθερος Επαγγελματίας	32	14,4
Οικιακά	6	2,7
Φοιτητής-τρια	15	6,8
Άνεργος	16	7,2

Όσον αφορά τα επαγγέλματα το 34,2%(76 άτομα) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ενώ το 27,9% (62 άτομα) εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Αρκετοί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες(32 άτομα,14,4%). Μικρό ποσοστό στην έρευνα καταλαμβάνουν οι άνεργοι(16 άτομα, 7,2%), οι

συνταξιούχοι, οι φοιτητές(15 άτομα ανά κατηγορία, με ποσοστό 6,8%) ενώ στην τελευταία κατηγορία ανήκουν όσοι ασχολούνται με τα οικιακά(6 άτομα, με ποσοστό 2,7%).

E5.

Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυμνάσιο	2	0,9
Λύκειο	25	11,3
ΙΕΚ-Ανώτερη Σχολή	20	9,0
ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο	95	42,8
Μεταπτυχιακό	67	30,2
Διδακτορικό	13	5,9

Το 42,8%(95 άτομα) έχει αποφοιτήσει από σχολές τεχνολογικών ή πανεπιστημιακών ιδρυμάτων ,το 30,2%(67 άτομα) κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 11,3%(25 άτομα) έχει ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση αποφοιτώντας από το λύκειο, το 9%(20 άτομα) έχει αποφοιτήσει από ανώτερες σχολές ενώ μόλις 2 άτομα(0,9%) έχουν ολοκληρώσει το γυμνάσιο. Είναι θετικό, λοιπόν, το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαθέτει τίτλο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και αρκετοί είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ενώ αντίθετα μικρό είναι το ποσοστό όσων έχουν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο και το λύκειο κάτι που δημιουργεί αισιοδοξία για το μορφωτικό επίπεδο των Ελλήνων.

E6.

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
1-500 ευρώ	47	21,2
501-1000 ευρώ	84	37,8
1001-2000 ευρώ	78	35,1
>2001 ευρώ	13	5,9

Όσον αφορά το καθαρό μηνιαίο εισόδημα τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα(84 στον αριθμό, 37,8% το ποσοστό τους), αμείβονται για την εργασία τους από 501-1000 ευρώ, ακολουθούν όσοι αμείβονται με 1001-2000 ευρώ(78 άτομα, 35,1% το ποσοστό τους), 47 άτομα(21,2%) λαμβάνουν καθαρές μηνιαίες αποδοχές από 1-500 ευρώ ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5,9%(13 άτομα) αμείβεται με μισθό >2001 ευρώ για την

εργασία του. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αμείβονται με 501-1000 ευρώ το μήνα κάτι που είναι ενδεικτικό της οικονομικής κρίσης που μαστιάζει την Ελλάδα με τις συνεχείς περικοπές μισθών και συντάξεων^{[10][11]}.

E7.

Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Άριστη	23	10,4
Πολύ Καλή	133	59,9
Καλή	52	23,4
Μέτρια	13	5,9
Κακή	1	0,5

Στην ερώτηση σε γενικές γραμμές πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας το 59,9%(133 άτομα) απάντησαν πολύ καλή, το 23,4%(52 άτομα) καλή, το 10,4%(23 άτομα) άριστη, το 5,9%(13 άτομα) μέτρια και μόλις 1 άτομο(0,5%) απάντησε ότι η υγεία του χαρακτηρίζεται ως κακή. Αισιόδοξο είναι το γεγονός ότι οι έλληνες χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ καλή ειδικά μέσα σε μια περίοδο όπου οι υγειονομικές ανάγκες δεν καλύπτονται πλήρως^[12].

E8.

Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ Καλύτερα	29	13,1
Κάπως Καλύτερα	31	14,0
Τα ίδια	146	65,8
Κάπως Χειρότερα	16	7,2

Συγκρίνοντας την υγεία τους στο παρόν σε σχέση με το παρελθόν το 65,8%(146 άτομα) απάντησαν πως είναι η ίδια, το 14%(31 άτομα) πως είναι κάπως καλύτερα, το 13,1%(29 άτομα) πως είναι πολύ καλύτερα και το 7,2%(16 άτομα) πως είναι κάπως χειρότερα. Το γεγονός ότι συγκριτικά με το παρελθόν οι έλληνες δεν παρατηρούν αλλαγές στην εξέλιξη της υγείας τους δεν είναι παράλογο αφού οι οικονομικές συρρικνώσεις στον τομέα της υγείας δεν

αφήνουν περιθώριο για καινοτόμες εφευρέσεις που ως στόχο θα έχουν την καλύτερη διαβίωση των Ελλήνων^[17].

E9.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να κάνετε έντονες δραστηριότητες		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	24	10,8
Λίγο	93	41,9
Καθόλου	105	47,3

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες το 47,3%(105 άτομα) απάντησε καθόλου, το 41,9%(93 άτομα) απάντησε λίγο και το 10,8%(24 άτομα) απάντησε πολύ.

E10.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	7	3,2
Λίγο	37	16,7
Καθόλου	178	80,2

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες το 80,2%(178 άτομα) απάντησε καθόλου, το 16,7%(37 άτομα) απάντησε λίγο και το 3,2%(7 άτομα) απάντησε πολύ.

E11.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να μεταφέρετε σακούλες		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	10	4,5
Λίγο	39	17,6
Καθόλου	173	77,9

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να μεταφέρετε σακούλες το 77,9%(173 άτομα) απάντησε καθόλου, το 17,6%(39 άτομα) απάντησε λίγο και το 4,5%(10 άτομα) απάντησε πολύ.

E12.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	22	9,9
Λίγο	57	25,7
Καθόλου	143	64,4

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους το 64,4%(143 άτομα) απάντησε καθόλου, το 25,7%(57 άτομα) απάντησε λίγο και το 9,9%(22 άτομα) απάντησε πολύ.

E13.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να ανεβαίνετε έναν όροφο		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	13	5,9
Λίγο	24	10,8
Καθόλου	185	83,3

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να ανεβαίνετε έναν όροφο το 83,3%(185 άτομα) απάντησε καθόλου, το 10,8%(24 άτομα) απάντησε λίγο και το 5,9%(13 άτομα) απάντησε πολύ.

E14.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να σκύβετε ή να γονατίζετε		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	18	8,1
Λίγο	45	20,3
Καθόλου	159	71,6

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να σκύβετε ή να γονατίζετε το 71,6%(159 άτομα) απάντησε καθόλου, το 20,3%(45 άτομα) απάντησε λίγο και το 8,1%(18 άτομα) απάντησε πολύ.

E15.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	11	5,0
Λίγο	38	17,1
Καθόλου	173	77,9

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο το 77,9%(173 άτομα) απάντησε καθόλου, το 17,1%(38 άτομα) απάντησε λίγο και το 5%(11 άτομα) απάντησε πολύ.

E16.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε αρκετά τετράγωνα		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	9	4,1
Λίγο	39	17,6
Καθόλου	174	78,4

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε αρκετά τετράγωνα το 78,4%(174 άτομα) απάντησε καθόλου, το 17,6%(39 άτομα) απάντησε λίγο και το 4,1%(9 άτομα) απάντησε πολύ.

E17.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε ένα τετράγωνο		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ	11	5,0
Λίγο	20	9,0
Καθόλου	191	86,0

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να περπατάτε ένα τετράγωνο το 86%(191 άτομα) απάντησε καθόλου, το 9%(20 άτομα) απάντησε λίγο και το 5%(11 άτομα) απάντησε πολύ.

E18.

Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος σας		
	Ποσοστό	Συχνότητα
Πολύ	16	7,2
Λίγο	12	5,4
Καθόλου	194	87,4

Στην ερώτηση εάν η υγεία σας, σας περιορίζει να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος σας το 87,4%(194 άτομα) απάντησε καθόλου, το 5,4%(12 άτομα) απάντησε λίγο και το 7,2%(16 άτομα) απάντησε πολύ.

Γενικά, από τους πίνακες E9-E18 διαφαίνεται ότι η ποιότητα ζωής των ελλήνων είναι καλή αφού δε δυσκολεύονται ιδιαίτερα στο να πραγματοποιήσουν απλές καθημερινές τους συνήθειες όπως είναι οι δουλειές του σπιτιού, το ανέβασμα στις σκάλες, η μεταφορά σακουλών, το περπάτημα γύρω από το τετράγωνο ακόμα και το καθημερινό πλύσιμο και ντύσιμο.

E19.

Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	105	47,3
Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	98	44,1
Όχι, δεν τα γνωρίζω.	19	8,6

Στην ερώτηση εάν γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα το 47,3%(105 άτομα) απάντησε ότι έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι, το 44,1% (98 άτομα) ότι τα γνωρίζει πολύ καλά και το 8,6%(19 άτομα) ότι δεν τα γνωρίζει. Είναι, λοιπόν, ζωτικής σημασίας να ενημερωθεί η κοινωνία για το τι ακριβώς είναι τα γενόσημα από τους αρμόδιους φορείς^[90]. Φυσικά, είναι θετικό ότι αρκετοί γνωρίζουν τι είναι ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν τα γνωρίζει.

E20.

Τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων.		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	196	88,3
Λάθος	26	11,7

Όταν ερωτήθηκαν εάν ισχύει η πρόταση ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων^[29] το 88,3%(196 άτομα) απάντησε αυτό που πραγματικά ισχύει δηλαδή ότι αυτό είναι σωστό ενώ το 11,7%(26 άτομα) ότι είναι λάθος.

E21.

Τα γενόσημα φάρμακα χορηγούνται με την ίδια δοσολογία με αυτή των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων.		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	166	74,8
Λάθος	56	25,2

Όταν ερωτήθηκαν εάν ισχύει η πρόταση ότι τα γενόσημα φάρμακα χορηγούνται με την ίδια δοσολογία με αυτή των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων^[29] το 74,8%(166 άτομα) έδωσε τη σωστή απάντηση, απαντώντας ότι αυτό είναι σωστό ενώ το 25,2%(56 άτομα) ότι είναι λάθος.

E22.

Τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων.		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	127	57,2
Λάθος	95	42,8

Όταν ερωτήθηκαν εάν ισχύει η πρόταση τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων το 57,2%(127 άτομα) απάντησε ότι αυτό είναι σωστό^[29], κάτι που πραγματικά ισχύει ενώ το 42,8%(95 άτομα) ότι είναι λάθος.

E23.

Μόνο τα γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται από τις Ελληνικές Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι ασφαλή.		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	34	15,3
Λάθος	188	84,7

Όταν ερωτήθηκαν εάν ισχύει η πρόταση ότι μόνο τα γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται από τις Ελληνικές Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι ασφαλή το 15,3%(34 άτομα) απάντησε ότι αυτό είναι σωστό ενώ το 84,7%(188 άτομα) έδωσε τη σωστή απάντηση ότι αυτό είναι λάθος δηλαδή^[36].

E24.

Τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	60	27,0
Λάθος	162	73,0

Όταν ερωτήθηκαν εάν ισχύει η πρόταση ότι τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα το 27%(60 άτομα) απάντησε ότι αυτό είναι σωστό ενώ το 73%(162 άτομα) ότι είναι λάθος, δηλαδή η πλειοψηφία έδωσε τη σωστή απάντηση^[35].

Συμπερασματικά οι ερωτηθέντες γνωρίζουν στην πλειοψηφία τους τα γενόσημα φάρμακα, ότι είναι δηλαδή αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων, ότι παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων, ότι χορηγούνται με την ίδια δοσολογία και διαθέτουν τα ίδια πρότυπα ασφαλείας καθώς και ότι τα γενόσημα είναι ασφαλή είτε παρασκευάζονται από Ελληνικές είτε από εταιρείες του εξωτερικού αρκεί να υποβάλλονται σε ποιοτικούς ελέγχους και να εγκρίνονται από τον ΕΟΦ για να κυκλοφορούν στην Ελλάδα.

E25.

Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα είναι:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Λιγότερο αποτελεσματικά	74	33,3
Το ίδιο αποτελεσματικά	148	66,7

Στην ερώτηση εάν θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα είναι λιγότερο αποτελεσματικά, το ίδιο αποτελεσματικά ή περισσότερο αποτελεσματικά κανένας δεν απάντησε ότι είναι περισσότερο αποτελεσματικά ενώ αντίθετα το 66,7%(148 άτομα) απάντησε ότι είναι το ίδιο ενώ το 33,3%(74 άτομα) ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Οι Έλληνες λοιπόν αναγνωρίζουν την αποτελεσματικότητα τους και ότι είναι η ίδια με τα πρωτότυπα φάρμακα.

E26.

Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Λιγότερο ασφαλή	74	33,3
Το ίδιο ασφαλή	147	66,2
Περισσότερο ασφαλή	1	0,5

Στην ερώτηση ποια είναι η άποψη σας σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων ένας απάντησε ότι είναι περισσότερο ασφαλή με ποσοστό 0,5% ενώ το 66,2%(147 άτομα) απάντησε ότι είναι το ίδιο ενώ το 33,3%(74 άτομα) ότι είναι λιγότερο ασφαλή. Η πλειοψηφία των πολιτών θεωρούν ότι τα γενόσημα είναι ασφαλή αν και ένα καθόλου αμελητέο ποσοστό πιστεύει ότι συγκριτικά με τα πρωτότυπα είναι λιγότερο ασφαλή. Αυτό οφείλεται είτε στην ελλιπή είτε και στην ανεπαρκή πολλές φορές ενημέρωση για τα γενόσημα φάρμακα^[89].

E27.

Η παραδοχή ότι <<Σε γενικές γραμμές τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά>> σας βρίσκει σύμφωνους:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συχνά	171	77,0
Σχεδόν ποτέ	29	13,1
Πάντα	22	9,9

Στην ερώτηση εάν η παραδοχή ότι <<Σε γενικές γραμμές τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά>> σας βρίσκει σύμφωνους: το 77%(171 άτομα) απάντησε συχνά, το 13,1%(29 άτομα) απάντησε σχεδόν ποτέ και το 9,9%(22 άτομα) πάντα. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι Έλληνες είναι σκεπτικιστές απέναντι στην ασφάλεια των φαρμάκων γενικά και ίσως υποβόσκει μια έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στους φορείς ή τις εταιρείες που πραγματοποιούν κλινικές δοκιμές^[29].

E28.

Πιστεύετε ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Λιγότερες από τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα	6	2,7
Το ίδιο με τα πρωτότυπα φάρμακα	169	76,1
Περισσότερες από τα πρωτότυπα φάρμακα	47	21,2

Στην ερώτηση εάν πιστεύετε ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν λιγότερες, τις ίδιες ή περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα το 76,1%(169 άτομα) απάντησε τις ίδιες, το 21,2%(47 άτομα) περισσότερες ενώ μόλις το 2,7%(6 άτομα) απάντησε λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα πρωτότυπα. Έκπληξη μας δημιουργεί ότι η μεγάλη πλειοψηφία γνωρίζει ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες με τα πρωτότυπα φάρμακα παρ' όλα αυτά το ποσοστό χρήσης τους στην Ελλάδα παραμένει αρκετά χαμηλό^[21].

E29.

Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα δημιουργήθηκαν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες μόνο των οικονομικά αδύνατων πολιτών;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	59	26,6
Όχι	108	48,6
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	55	24,8

Στην ερώτηση εάν θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα δημιουργήθηκαν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες μόνο των οικονομικά αδύνατων πολιτών το 48,6%(108 άτομα) απάντησε όχι, το 26,6%(59 άτομα) απάντησε ναι ενώ το 24,8%(55 άτομα) απάντησε Δεν

ξέρω/Δεν απαντώ. Τα γενόσημα φάρμακα εξοικονομούν χρήματα προκειμένου αυτά να χρησιμοποιηθούν για την ανακάλυψη νέων φαρμάκων κατά του καρκίνου ή ακόμα και νέων θεραπειών^[9].

E30.

Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	146	65,8
Όχι	19	8,6
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	57	25,7

Στην ερώτηση εάν πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα το 65,8%(146 άτομα) απάντησε ναι, το 8,6%(19 άτομα) απάντησε όχι ενώ το 25,7%(57 άτομα) απάντησε Δεν ξέρω/Δεν απαντώ. Καταδεικνύεται λοιπόν η επιθυμία των πολιτών να εκπαιδευτούν περισσότερο για το τι είναι γενόσημο φάρμακο^[88].

E31.

Εάν ναι από ποιον θα θέλατε να ενημερωθείτε για να εμπιστευτείτε περισσότερο ένα γενόσημο φάρμακο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Γιατρό	79	35,6
Φαρμακοποιό	35	15,8
Συγγενή/Φίλο	2	0,9
Κράτος	30	13,5
Σύνολο	146	65,8
Ελλείπουσες τιμές	76	34,2

Στην ερώτηση από ποιον θα θέλατε να ενημερωθείτε για να εμπιστευτείτε περισσότερο ένα γενόσημο φάρμακο απάντησαν συνολικά 146 άτομα και όχι 222 που συμμετέχουν στην έρευνα γιατί τα 146 άτομα ήταν αυτά που θεωρούσαν ότι πρέπει να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη για τα γενόσημα, 76 άτομα είχαν αντίθετη άποψη οπότε και δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή, έτσι λοιπόν, εξηγούνται και οι ελλείπουσες τιμές. Από τα 146 άτομα, τα 79 με ποσοστό 35,6% απάντησαν ότι θα ήθελαν να ενημερωθούν από το γιατρό τους, τα 35 με ποσοστό 15,8% από το φαρμακοποιό τους, τα 30 με ποσοστό 13,5% από το κράτος και

μόλις 2 με ποσοστό 0,9% από έναν φίλο ή συγγενή. Οι πολίτες εμπιστεύονται περισσότερο το γιατρό τους, το φαρμακοποιό τους μετά αλλά και το κράτος προκειμένου να ενημερωθούν για τα γενόσημα φάρμακα. Οι επαγγελματίες υγείας καθώς και η πολιτεία οφείλουν να εκμεταλλευτούν αυτό το προνόμιο και να συμβάλλουν στην αύξηση της χρήσης των γενόσημων στον ελλαδικό χώρο^[90].

E32.

Στο παρελθόν έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	106	47,7
Όχι	73	32,9
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	43	19,4

Στην ερώτηση εάν έχετε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποιο γενόσημο φάρμακο το 47,7%(106 άτομα) απάντησε ναι, το 32,9%(73 άτομα) απάντησε όχι και το 19,4%(43 άτομα) απάντησε ότι δεν ξέρει/ δεν απαντά. Είναι στενάχωρο ότι υπάρχουν άνθρωποι που δεν είναι ενημερωμένοι για το τι φάρμακα χρησιμοποιούν^[89]. Επίσης αν και η πλειοψηφία έχει χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο στο παρελθόν το ποσοστό όσων δεν έχουν χρησιμοποιήσει παραμένει υψηλό.

E33.

Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	167	75,2
Όχι	55	24,8

Στην ερώτηση εάν είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά το 75,2%(167 άτομα) απάντησε ναι, κάτι που καταδεικνύει δεκτικότητα απέναντι στα γενόσημα ενώ το 24,8%(55 άτομα) απάντησε όχι.

E34.

Εάν όχι ποιος λόγος σας οδηγεί στο να αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε τα γενόσημα φάρμακα;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Δεν τα γνωρίζω	13	5,9

Ο γιατρός μου δεν τα γνωρίζει	1	0,5
Ο φαρμακοποιός μου δεν τα γνωρίζει	2	0,9
Δεν τα εμπιστεύομαι	31	14,0
Είχα άσχημη εμπειρία στο παρελθόν με κάποιο γενόσημο φάρμακο	8	3,6
Σύνολο	55	24,8
Ελλείπουσες τιμές	167	75,2

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 55 άτομα που δήλωσαν απρόθυμα στο να χρησιμοποιήσουν κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά. Συγκεκριμένα 31 άτομα (με ποσοστό 14%) απάντησαν ότι δεν τα εμπιστεύονται, 13 άτομα (με ποσοστό 5,9%) απάντησαν ότι δεν τα γνωρίζουν, 8 άτομα (με ποσοστό 3,6%) απάντησαν ότι είχαν άσχημη εμπειρία με κάποιο γενόσημο στο παρελθόν, μόλις 2 άτομα (με ποσοστό 0,9%) απάντησαν ότι ο φαρμακοποιός τους δεν τα γνωρίζει και 1 άτομο (με ποσοστό 0,5%) ότι ο γιατρός τους δεν τα γνωρίζει. Συνεπώς η μόνη λύση είναι η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών έναντι στα γενόσημα για να αρθούν όλες οι αμφιβολίες και τα μελανά σημεία^[89].

E35.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	22	9,9
Συμφωνώ	164	73,9
Διαφωνώ απόλυτα	36	16,2

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή μου το σύστησε ο φαρμακοποιός το 73,9%(164 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί, το 16,2%(36 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα και το 9,9%(22 άτομα) ότι συμφωνεί απόλυτα.

E36.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	153	68,9
Συμφωνώ	65	29,3
Διαφωνώ απόλυτα	4	1,8

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή μου το σύστησε ο γιατρός το 68,9%(153 άτομα) απάντησαν ότι συμφωνεί απόλυτα, το 29,3%(65 άτομα) ότι συμφωνεί και το 1,8%(4 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα.

E37.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	1	0,5
Συμφωνώ	32	14,4
Διαφωνώ απόλυτα	189	85,1

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή μου το σύστησε ένας φίλος το 85,1%(189 άτομα) απάντησαν ότι διαφωνεί απόλυτα, το 14,4%(32 άτομα) ότι συμφωνεί και το 0,8%(1 άτομο) ότι συμφωνεί απόλυτα.

E38.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Το έχω χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	44	19,8
Συμφωνώ	140	63,1
Διαφωνώ απόλυτα	38	17,1

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή το έχω χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν το 17,1%(38 άτομα) απάντησαν ότι διαφωνεί απόλυτα, το 63,1%(140 άτομα) ότι συμφωνεί και το 19,8%(44 άτομα) ότι συμφωνεί απόλυτα.

E39.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι διαφημιζόμενο στην τηλεόραση]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	1	0,5
Συμφωνώ	21	9,5
Διαφωνώ απόλυτα	200	90,1

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή είναι διαφημιζόμενο στην τηλεόραση το 90,1%(200 άτομα) απάντησαν ότι διαφωνεί απόλυτα, το 9,5%(21 άτομα) ότι συμφωνεί και μόλις το 0,5%(1 άτομο) ότι συμφωνεί απόλυτα.

E40.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι αποτελεσματικό]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	90	40,5
Συμφωνώ	100	45,0
Διαφωνώ απόλυτα	32	14,4

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή είναι αποτελεσματικό το 14,4%(32 άτομα) απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα, το 45%(100 άτομα) ότι συμφωνεί και το 40,5%(90 άτομα) ότι συμφωνεί απόλυτα.

E41.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι φθηνό]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	11	5,0
Συμφωνώ	64	28,8
Διαφωνώ απόλυτα	147	66,2

Στην ερώτηση εάν επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή είναι φθηνό το 66,2%(147 άτομα) απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα, το 28,8%(64 άτομα) ότι συμφωνεί και το 5%(11 άτομα) ότι συμφωνεί απόλυτα.

Από τους πίνακες E35-E41 διαφαίνεται ότι οι πολίτες επιλέγουν τα φάρμακα πρώτα και κύρια επειδή τους το σύστησε ο γιατρός, μετά ο φαρμακοποιός, επειδή είναι αποτελεσματικά, εξαιτίας της τιμής τους και εάν το έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν. Οι διαφημίσεις στην τηλεόραση ή οι συστάσεις από φίλους και συγγενείς αφήνουν την πλειοψηφία παγερά αδιάφορη.

E42.

Σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το πρωτότυπο φάρμακο σας με κάποιο γενόσημο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	89	40,1
Όχι	91	41,0
Δεν γνωρίζω	42	18,9

Στην ερώτηση εάν σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το πρωτότυπο φάρμακο σας με κάποιο γενόσημο το 40,1%(89 άτομα) απάντησε ναι, το 41%(91 άτομα) απάντησε όχι και το 18,9% (42 άτομα) απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Το αποτέλεσμα αυτής της ερώτησης δε μας εκπλήσσει αφού αρκετοί επαγγελματίες υγείας όπως προκύπτει από αρκετές μελέτες φοβούνται να προτείνουν στους ασθενείς τους να αντικαταστήσουν τα φάρμακα τους με γενόσημα για να μην τους δυσαρρεστήσουν^[15]. Ειδικότερα στη Νέα Ζηλανδία το 65% των φαρμακοποιών θεωρούν ότι τα πρωτότυπα φάρμακα είναι υψηλότερης ποιότητας συγκρινόμενα με τα γενόσημα^[101].

E43.

Εάν ναι προβήκατε σε αυτή την αντικατάσταση;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	68	30,6
Όχι	21	9,5
Σύνολο	89	40,1
Ελλείπουσες τιμές	133	59,9

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 89 άτομα γιατί είναι και αυτά που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση δηλαδή εάν ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός τους, τους πρότεινε να αντικαταστήσουν το πρωτότυπο φάρμακο τους με κάποιο γενόσημο. Από τα 89 άτομα τα 68(30,6%) απάντησαν ότι προέβησαν στην αντικατάσταση ενώ τα 21(9,5%) πως όχι. Φαίνεται λοιπόν ότι οι πολίτες εμπιστεύονται το γιατρό ή τον φαρμακοποιό τους οπότε και τις συμβουλές τους τις ακολουθούν. Οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση χρήσης των γενόσημων απλά με μια κατατοπιστική συζήτηση με τον ασθενή τους^[89].

E44.

Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο, αφού πρώτα δοκιμάσατε το αντίστοιχο πρωτότυπο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	67	30,2
Όχι	83	37,4
Δεν γνωρίζω	72	32,4

Στην ερώτηση εάν έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο, αφού πρώτα δοκιμάσατε το αντίστοιχο πρωτότυπο το 30,2%(67 άτομα) απάντησε ναι, το 37,4%(83 άτομα) απάντησε όχι και το 32,4%(72 άτομα) απάντησε πως δεν γνωρίζει εάν έχει χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο αφού πρώτα δοκίμασε το πρωτότυπο φάρμακο. Οι έλληνες παραμένουν πιστοί στην αρχική τους θεραπεία αν και αρκετοί δεν γνωρίζουν εάν λαμβάνουν το πρωτότυπο ή το γενόσημο φάρμακο. Σε αυτό το πρόβλημα οφείλεται και πάλι η ανεπαρκής ενημέρωση^[89]. Πάντως αρκετοί έχουν προβεί στην αντικατάσταση του φαρμάκου τους.

E45.

Εάν ναι, μείνατε ευχαριστημένοι από το γενόσημο φάρμακο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	53	23,9
Όχι	11	5,0
Δεν γνωρίζω	3	1,4
Σύνολο	67	30,2
Ελλείπουσες τιμές	155	69,8

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 67 άτομα τα οποία είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση δηλαδή εάν έχουν χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο αφού πρώτα δοκίμασαν το πρωτότυπο φάρμακο. Από αυτά τα 53(23,9%) απάντησαν πως έμειναν ευχαριστημένα από το γενόσημο φάρμακο, κάτι που καταδεικνύει ότι πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα οδηγούν στο ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα, τα 11(5%) πως δεν ικανοποιήθηκαν από την αντικατάσταση και μόλις 3 άτομα(1,4%) πως δεν γνωρίζουν εάν ικανοποιήθηκαν ή όχι.

E46.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	24	10,8
Συμφωνώ	126	56,8
Διαφωνώ απόλυτα	72	32,4

Στην ερώτηση Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός] το 10,8%(24 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 56,8%(126 άτομα) ότι συμφωνεί και το 32,4%(72 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα.

E47.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	117	52,7
Συμφωνώ	91	41,0
Διαφωνώ απόλυτα	14	6,3

Στην ερώτηση Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός] το 52,7%(117 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 41%(91 άτομα) ότι συμφωνεί και το 6,3%(14 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα.

E48.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	3	1,4
Συμφωνώ	18	8,1
Διαφωνώ απόλυτα	201	90,5

Στην ερώτηση Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος] το 1,4%(3 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 8,1%(18 άτομα) ότι συμφωνεί και το 90,5%(201 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα.

E49.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Το γενόσημο φάρμακο είναι πιο φθηνό]		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	17	7,7
Συμφωνώ	66	29,7

Διαφωνώ απόλυτα	139	62,6
-----------------	-----	------

Στην ερώτηση Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Το γενόσημο φάρμακο είναι πιο φθηνό] το 7,7%(17 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 29,7%(66 άτομα) ότι συμφωνεί και το 62,6%(139 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα.

Από τους πίνακες E46-E49 φαίνεται ότι οι πολίτες θα αντικαθιστούσαν το πρωτότυπο φάρμακο τους με κάποιο γενόσημο μετά από πρόταση του γιατρού τους και ύστερα του φαρμακοποιού τους. Η εξοικονόμηση χρημάτων από την αγορά του γενόσημου φαίνεται να επηρεάζει κάποιους όχι όμως αρκετούς ενώ η γνώμη των φίλων δεν έχει μεγάλη επιρροή στην επιλογή φαρμάκων.

E50.

Από το 1 μέχρι το 10 πόσο εμπιστεύεστε την ιατρική κοινότητα στην επιλογή του φαρμάκου:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
1	5	2,3
3	1	0,5
4	8	3,6
5	13	5,9
6	14	6,3
7	66	29,7
8	60	27,0
9	36	16,2
10	19	8,6

Στην ερώτηση Από το 1 μέχρι το 10 πόσο εμπιστεύεστε την ιατρική κοινότητα στην επιλογή του φαρμάκου, όπου 1 το καθόλου και 10 το απόλυτα, το 2,3%(5 άτομα) απάντησε 1, το 0,5%(1 άτομο) απάντησε 3, το 3,6%(8 άτομα) απάντησε 4, το 5,9%(13 άτομα) απάντησε 5, το 6,3%(14 άτομα) απάντησε 6, το 29,7%(66 άτομα) απάντησε 7, το 27%(60 άτομα) απάντησε 8, το 16,2%(36 άτομα) απάντησε 9 και το 8,6%(19 άτομα) απάντησε 10. Γενικά οι έλληνες εμπιστεύονται πολύ την ιατρική κοινότητα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι επιδεικνύουν τυφλή εμπιστοσύνη στους γιατρούς τους.

E51.

Θέλετε ο γιατρός σας να σας συνταγογραφήει ένα φάρμακο βάσει:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Δραστηκής ουσίας	200	90,1
Εμπορικής ονομασίας	22	9,9

Στην ερώτηση θέλετε ο γιατρός σας να σας συνταγογραφήει ένα φάρμακο βάσει: δραστηκής ουσίας ή εμπορικής ονομασίας το 90,1%(200 άτομα) απάντησε βάσει δραστηκής ουσίας και το 9,9%(22 άτομα) βάσει εμπορικής ονομασίας. Οι απαντήσεις μας προκαλούν έκπληξη γιατί μελέτες καταδεικνύουν ότι οι πολίτες είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τη συσκευασία, το χρώμα, το σχήμα του κουτιού του φαρμάκου παρά με τη χημική του ονομασία^[30]. Αυτή η απάντηση ίσως έχει και μια άλλη εκδοχή ότι οι πολίτες θέλουν να επιλέγουν οι ίδιοι για τον εαυτό τους και όχι άλλοι για εκείνους^[53].

E52.

Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	103	46,4
Όχι	119	53,6

Στην ερώτηση Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο το 46,4%(103 άτομα) απάντησε ναι και το 53,6%(119 άτομα) απάντησε όχι. Οι πολίτες δεν είναι αρκετά εξοικειωμένοι με την αντικατάσταση φαρμάκων κατά την εκτέλεση της συνταγής στο φαρμακείο, κάτι φυσικά που είναι νόμιμο και θεσμοθετημένο. Ο φαρμακοποιός οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή του για την ύπαρξη φθηνότερου φαρμάκου ώστε μετά αυτός να το επιλέγει. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο φαρμακοποιός ελάχιστες φορές προβαίνει σε αυτή την αντικατάσταση γιατί φοβάται την αντίδραση του πελάτη του^[15].

E53.

Πιστεύετε ότι η υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση βάσει δραστηκής ουσίας έγινε για λόγους:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελέγχου φαρμακευτικής δαπάνης	103	46,4
Περιορισμό της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών	119	53,6

Στην ερώτηση πιστεύετε ότι η υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση βάσει δραστηκής ουσίας έγινε για λόγους: ελέγχου φαρμακευτικής δαπάνης ή περιορισμό της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών το 46,4%(103 άτομα) απάντησε για έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και το 53,6%(119 άτομα) απάντησε για περιορισμό της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών. Απόλυτα φυσιολογική απάντηση αφού δυστυχώς φαινόμενα παραπληροφόρησης και προκλητής ζήτησης είναι συνυφασμένα με τους γιατρούς και δημοσιοποιούνται συνεχώς^[8].

E54.

Πιστεύετε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων τα οποία συνεισφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και καλύτερη ποιότητα διαβίωσης στους ανθρώπους;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	15	6,8
Συμφωνώ	156	70,3
Διαφωνώ απόλυτα	51	23,0

Στην ερώτηση πιστεύετε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων τα οποία συνεισφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και καλύτερη ποιότητα διαβίωσης στους ανθρώπους το 6,8%(15 άτομα) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 70,3%(156 άτομα) ότι συμφωνεί και το 23%(51 άτομα) ότι διαφωνεί απόλυτα. Οι άνθρωποι εμπιστεύονται τις έρευνες των εταιρειών στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων που θα θεραπεύουν ακόμα περισσότερες ασθένειες και θα στοχεύουν σε βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων.

E55.

Ποιον οργανισμό θεωρείτε ως το πλέον κατάλληλο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα;		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων	147	66,2
Υπουργείο Υγείας	29	13,1
Ιατρική Κοινότητα	31	14,0
Φαρμακευτικούς Συλλόγους	6	2,7
Οργανώσεις ασθενών	9	4,1

Στην ερώτηση ποιον οργανισμό θεωρείτε ως το πλέον κατάλληλο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα το 66,2%(147 άτομα) απάντησε τον εθνικό οργανισμό φαρμάκων, το 13,1%(29 άτομα) το υπουργείο υγείας, το 14%(31 άτομα) την ιατρική κοινότητα, το 2,7%(6 άτομα) τους φαρμακευτικούς συλλόγους, το 4,1%(9 άτομα) τις οργανώσεις ασθενών και κανένας τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι πολίτες θεωρούν ως τον πλέον αρμόδιο για την ενημέρωση τους τον εθνικό οργανισμό φαρμάκων^[92]. Έπειτα εκστρατείες ενημέρωσης θα ήθελαν να διοργανώνουν η ιατρική κοινότητα και το υπουργείο υγείας^{[94][95]}. Οι οργανώσεις ασθενών και οι φαρμακευτικοί σύλλογοι καταλαμβάνουν μικρότερο ποσοστό.

E56.

Σχέση μεταξύ φύλου και ασφάλειας γενόσημων φαρμάκων			
Τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.			
Φύλο	Σωστό	Λάθος	Σύνολο
Άνδρας	14	61	75
Γυναίκα	46	101	147

Στην έρευνα μας οι 14 από τους 75 άντρες που απάντησαν το ερωτηματολόγιο θεωρούν ότι τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα ενώ οι 61 πιστεύουν το αντίθετο. Ακόμα, 101 γυναίκες από τις 147 που απάντησαν το ερωτηματολόγιο διαφωνούν με την άποψη ότι τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα

πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα ενώ οι 46 συμφωνούν με την άποψη αυτή. Θετικό είναι πάντως ότι τόσο η πλειοψηφία των αντρών όσο και των γυναικών αποδέχονται την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε αντίθεση με την έρευνα των Skaltsasetal όπου οι άντρες αποδέχονται περισσότερο την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων.

E57.

Σχέση μεταξύ ηλικίας και γνώσεων για τα γενόσημα				
Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;				
ΗΛΙΚΙΑ	Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	Όχι, δεν τα γνωρίζω.	Σύνολο
18-24	6	5	2	13
25-39	47	44	11	102
40-54	39	33	4	76
55-65	7	10	2	19
>65	6	6	0	12

Από τα 13 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικία των 18-24 ετών, 6 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 5 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 2 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 102 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικία των 25-39 ετών, 47 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 44 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 11 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 76 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικία των 40-54 ετών, 39 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 33 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 4 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 19 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικία των 55-65 ετών, 7 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 10 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 2 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 12 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στην ηλικία των 65 ετών και άνω, 6 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι και 6 ότι τα γνωρίζουν

πολύ καλά. Πάντως η πλειοψηφία των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων έχει γνώση για τα γενόσημα φάρμακα.

E58.

Σχέση μεταξύ ηλικίας και χρήσης γενόσημων φαρμάκων			
Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο μελλοντικά;			
Ηλικία	Ναι	Όχι	Σύνολο
18-24	11	2	13
25-39	76	26	102
40-54	57	19	76
55-65	16	3	19
>65	7	5	12

Στην ερώτηση αν είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο μελλοντικά 11 άτομα της ηλικίας των 18-24 ετών, 76 άτομα της ηλικίας των 25-39 ετών, 57 άτομα της ηλικίας των 40-54 ετών, 16 άτομα της ηλικίας των 55-65 ετών και 7 της ηλικίας των 65 και άνω απάντησαν ναι ενώ 2 μόνο άτομα της ηλικίας των 18-24 ετών απάντησαν όχι, 26 άτομα της ηλικίας των 25-39 ετών, 19 άτομα της ηλικίας των 40-54 ετών, 3 άτομα της ηλικίας των 55-65 ετών και 5 της ηλικίας των 65 και άνω απάντησαν όχι. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων όλων των ηλικιακών ομάδων θα χρησιμοποιούσαν ένα γενόσημο φάρμακο μελλοντικά.

E59.

Σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και γνώσεων για τα γενόσημα				
Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;				
Εκπαίδευση	Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	Όχι, δεν τα γνωρίζω.	Σύνολο
Γυμνάσιο	1	1	0	2
Λύκειο	17	7	1	25

ΙΕΚ- Ανώτερη Σχολή	7	12	1	20
ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	49	35	11	95
Μεταπτυχιακό	26	35	6	67
Διδακτορικό	5	8	0	13

Από τα 2 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν ολοκληρώσει τις γυμνασιακές τους σπουδές, 1 άτομο απάντησε ότι έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι και 1 ότι τα γνωρίζει πολύ καλά. Από τα 25 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν ολοκληρώσει τις λυκειακές τους σπουδές, 17 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 7 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 1 ότι δεν τα γνωρίζει καθόλου. Από τα 20 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν τελειώσει μια ανώτερη σχολή, 7 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 12 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 1 ότι δεν τα γνωρίζει καθόλου. Από τα 95 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και διαθέτουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 49 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 35 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 11 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 67 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, 26 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι, 35 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά και 6 ότι δεν τα γνωρίζουν καθόλου. Από τα 13 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και διαθέτουν διδακτορικό τίτλο σπουδών, 5 απάντησαν ότι έχουν ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι είναι και 8 ότι τα γνωρίζουν πολύ καλά. Πάντως η πλειοψηφία των ατόμων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων έχει γνώση για τα γενόσημα φάρμακα.

E60.

Σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και χρήσης γενόσημων στο μέλλον			
Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο μελλοντικά;			
Εκπαίδευση	Ναι	Όχι	Σύνολο
Γυμνάσιο	2	0	2
Λύκειο	17	8	25
ΙΕΚ- Ανώτερη Σχολή	15	5	20
ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	74	21	95
Μεταπτυχιακό	49	18	67
Διδακτορικό	10	3	13

Στην ερώτηση αν είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο μελλοντικά 2 άτομα που διαθέτουν απολυτήριο γυμνασίου, 17 άτομα που διαθέτουν απολυτήριο Λυκείου, 15 που έχουν τελειώσει μια ανώτερη σχολή, 74 άτομα που διαθέτουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 49 άτομα που διαθέτουν μεταπτυχιακό και 10 που διαθέτουν διδακτορικό τίτλο απάντησαν ναι ενώ 8 άτομα που διαθέτουν απολυτήριο Λυκείου, 5 που έχουν τελειώσει μια ανώτερη σχολή, 21 άτομα που διαθέτουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 18 άτομα που διαθέτουν μεταπτυχιακό και 3 που διαθέτουν διδακτορικό τίτλο απάντησαν όχι. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων θα χρησιμοποιούσαν ένα γενόσημο φάρμακο μελλοντικά.

E61.

Σχέση μεταξύ εισοδήματος και αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων από γενόσημα από τον φαρμακοποιό			
Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο;			
Εισόδημα	Ναι	Όχι	Σύνολο

1-500 ευρώ	25	22	47
501-1000 ευρώ	36	48	84
1001- 2000 ευρώ	38	40	78
> 2001 ευρώ	4	9	13

Στην ερώτηση εάν θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο 25 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 1-500 ευρώ, 36 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 501-1000 ευρώ, 38 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 1001- 2000 ευρώ και 4 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 2001 ευρώ και άνω απάντησαν θετικά ενώ 22 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 1-500 ευρώ, 48 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 501-1000 ευρώ, 40 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 1001- 2000 ευρώ και 9 άτομα που αμείβονται με μηνιαίο μισθό από 2001 ευρώ και άνω απάντησαν αρνητικά. Πάντως οι υψηλόμισθοι δε θα επιθυμούσαν ο φαρμακοποιός τους να τους αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο τους με κάποιο γενόσημο.

12.1 Συζήτηση

Στην αυγή της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, το τοπίο διαμορφώνεται ως εξής: Άτυπες πληρωμές και διαφθορά στην ιατρική κοινότητα, απουσία ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, χαμηλή διείσδυση των γενοσήμων και αύξηση των τιμών^[9]. Μετά την εφαρμογή των μνημονίων, οι μισθοί και οι συντάξεις περικόπηκαν, ενώ η ανεργία και η φορολογία αυξήθηκαν^{[34][98]}. Λόγω των δυσμενών συνθηκών η κοινωνική περιθωριοποίηση, το άγχος και το χαμηλό προφίλ στην υγεία έκαναν την εμφάνιση τους^{[10][11]}. Οι οικονομικά αδύναμοι επλήγησαν και δεν μπορούσαν να καλύψουν ούτε τις υγειονομικές αλλά ούτε και τις βιοτικές τους ανάγκες^{[14][15]}. Μάλιστα σε έρευνα που διενεργήθηκε το 2011 οι υγειονομικές ανάγκες των Ελλήνων δεν καλύπτονταν στο 44% του πληθυσμού^[11]. Παρ' όλα αυτά, οι δαπάνες για την υγεία συνεχώς αυξάνονταν, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αύξηση από το 8,19% το 2015 στο 8,46% το 2016. Προκειμένου, λοιπόν, το κράτος να συγκρατήσει τις υγειονομικές δαπάνες αποφάσισε να αυξήσει τη διείσδυση των γενοσήμων. Τα γενόσημα φάρμακα έχουν την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση δραστικής ουσίας και την ίδια φαρμακευτική μορφή με το προϊόν αναφοράς και του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το πρωτότυπο φάρμακο δηλώνεται μετά από μελέτες βιοδιαθεσιμότητας. Είναι επίσης θεραπευτικά ανταλλάξιμα και αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων και εισέρχονται στην αγορά αφού λήξει η πατέντα τους^[29]. Στην έρευνα μας λοιπόν το 47,3% έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Skaltsasetal^[63] που διενεργήθηκε το 2015 όπου το 43% έχει ακούσει για τα γενόσημα φάρμακα. Πολύ κοντά, από άποψη ποσοστών είναι και τα άτομα που γνωρίζουν πολύ καλά τι είναι τα γενόσημα (44,1%) αν και τερματίζουν δεύτεροι. Στην έρευνα των Skaltsasetal. όσοι γνωρίζουν πολύ καλά τα γενόσημα ανήκουν στην πλειοψηφία και το ποσοστό τους αγγίζει το 49%. Πάντως και στις δύο έρευνες αισιόδοξο είναι το γεγονός ότι αυτοί που δεν γνωρίζουν καθόλου τα γενόσημα φάρμακα ανήκουν στη μειοψηφία (8,6% στη δική μας έρευνα και 7% στην έρευνα των Skaltsasetal.). Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Skaltsasetal. το 52,1% των συμμετεχόντων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 20-35 ετών έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ενώ το 12,7% δεν τα γνωρίζει, αποτελέσματα που συνάδουν με αυτά της έρευνας μας (το 46% των συμμετεχόντων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 25-39 ετών έχει ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ενώ το 10,78% δεν τα γνωρίζει). Ακόμα στην έρευνα των Skaltsasetal. οι γηραιότεροι ασθενείς είναι πιο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν ένα γενόσημο φάρμακο μελλοντικά σε σχέση με τους νεότερους. Στη

μελέτη μας η πλειοψηφία των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων είναι πρόθυμη να χρησιμοποιήσουν κάποιο γενόσημο μελλοντικά. Επίσης στην μελέτη των Skaltsasetal. 2015 το 64,5% των κατόχων μεταπτυχιακού, το 49,7% των κατόχων πανεπιστημιακού τίτλου και το 38,1% των κατόχων του απολυτηρίου Λυκείου γνωρίζουν τι είναι τα γενόσημα πολύ καλά, τα αντίστοιχα ποσοστά στην έρευνα μας είναι τα εξής 52,2% των κατόχων μεταπτυχιακού, 36,84% των κατόχων πανεπιστημιακού τίτλου και 28% των κατόχων του απολυτηρίου Λυκείου. Επιπρόσθετα το 66,1% των κατόχων μεταπτυχιακού, το 51,1% των κατόχων πανεπιστημιακού τίτλου και το 43% των κατόχων του απολυτηρίου Λυκείου θα χρησιμοποιούσαν κάποιο γενόσημο μελλοντικά στην έρευνα των Skaltsasetal. και τα αντίστοιχα ποσοστά στην έρευνα μας είναι τα εξής 73,13% των κατόχων μεταπτυχιακού, 77,89% των κατόχων πανεπιστημιακού τίτλου και το 68% των κατόχων του απολυτηρίου Λυκείου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα μας γνώριζε ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων(88,3%), ότι χορηγούνται με την ίδια δοσολογία(74,8%), ότι διαθέτουν ίδια πρότυπα ασφαλείας(73%) και ότι εισέρχονται στην αγορά μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων(57,2%). Αντίθετα στην Ιρλανδία σε έρευνα που διενεργήθηκε από τους Dunne, Setal. το 2014 το 31% δεν έχει γνώση για τα γενόσημα και μάλιστα το 39% συγχέει τη λέξη γενόσημο με τη λέξη γενετικός. Επίσης το 24% των Ιρλανδών στην ίδια έρευνα θεωρεί ότι είναι χαμηλότερης ποιότητας και το 18% ότι τα γενόσημα δεν εμφανίζουν την ίδια δραστηριότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα^[74]. Επίσης όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, στην έρευνα μας το 66,7% θεωρεί ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα ενώ το 33,3% λιγότερο αποτελεσματικά. Αποτέλεσμα που έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης των Skaltsasetal. το 2015 όπου το 40% αποδέχεται την ίδια αποτελεσματικότητα. Το ίδιο και οι Πορτογάλοι (Figueiras, M. Jetal. και Simões, Jetal.) δεν αποδέχονται τα γενόσημα και μάλιστα όσο σοβαρότερη η ασθένεια τόσο δυσκολότερη η επιλογή^{[4][73]}. Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες μικρό ποσοστό της τάξης του 21,2% στην έρευνα μας θεωρεί ότι ένα γενόσημο έχει περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από ένα πρωτότυπο φάρμακο. Όπως και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Das, Metal. σε Γερμανούς πολίτες όπου επίσης μικρό ποσοστό έχει την άποψη ότι τα γενόσημα έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα πρωτότυπα^[51]. Αντίθετα, σε μελέτη που διενεργήθηκε το 2017 στη Γαλλία από τους Riner, Betal. το 36% των συμμετεχόντων αμφέβαλλε για την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων, το 17% πιστεύει ότι είναι αναποτελεσματικά και το 18% ότι παρουσιάζουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα πρωτότυπα^[29]. Πάντως το 75,2%, η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα χρησιμοποιούσε γενόσημο μελλοντικά όπως και

στην έρευνα των Skaltsasetal. 2015(50,8%). Από αυτούς που αρνούνται να δοκιμάσουν τα γενόσημα φάρμακα και στη μελέτη μας και στη μελέτη των Skaltsasetal. 2015 ο βασικός λόγος είναι ότι δεν τα εμπιστεύονται και ο αμέσως επόμενος ότι δεν τα γνωρίζουν. Επίσης στην έρευνα μας η πλειοψηφία δεν έχει χρησιμοποιήσει γενόσημο φάρμακο αφού έχει δοκιμάσει το πρωτότυπο πρώτα(37,4% στη δική μας έρευνα και 50,5% των Skaltsasetal.2015). Εντύπωση πάντως δημιουργείται ότι και στις δυο μελέτες ένα μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει τι φάρμακο χρησιμοποιεί, είναι ανενημέρωτο δηλαδή για τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει. Πάντως όσοι δοκίμασαν γενόσημο για να θεραπεύσουν μια ασθένεια έμειναν ικανοποιημένοι(23,9% στην έρευνα μας και 74,5% στην έρευνα των Skaltsasetal. 2015). Ακόμα, στην ερώτηση από ποιον θέλετε να γίνεται σύσταση για την επιλογή ενός φαρμάκου οι πολίτες προτιμούν περισσότερο η σύσταση να γίνεται από το γιατρό, μετά από το φαρμακοποιό ενώ και η τιμή του φαρμάκου παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή. Στη Νέα Ζηλανδία σύμφωνα με τους Babaretal. 2010 προτείνονται ρόλο στην ενημέρωση του κοινού για τα φάρμακα κατέχουν οι φαρμακοποιοί, ύστερα οι γιατροί ενώ και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης συμβάλλουν στην ενημέρωση των ασθενών^[70]. Πάντως οι Έλληνες πολίτες διαφωνούν με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κυρίως την τηλεόραση ως ούραγών στην ενημέρωση του κοινού και αυτό φάνηκε στην έρευνα μας από το ότι το 90,1% δεν επιλέγει κάποιο φάρμακο επειδή διαφημίζεται στην τηλεόραση. Από την άλλη το 63,1% θα επιλέξει να χρησιμοποιήσει ξανά ένα φάρμακο εάν το έλαβε στο παρελθόν. Στην ερώτηση εάν σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το φάρμακο αναφοράς με κάποιο φθηνότερο το 40,1% απάντησε ναι ενώ το 41% απάντησε όχι και το 18,9% ότι δεν γνώριζε. Το αποτέλεσμα αυτό δεν προκαλεί έκπληξη αφού σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Mamas, Theodorouetal. το 2009 στην Ελλάδα οι γιατροί είναι περισσότερο επιφυλακτικοί σχετικά με την αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα των γενόσημων φαρμάκων και για αυτό το λόγο δε συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα προκειμένου να περικόψουν τις δαπάνες^[80]. Πάντως οι πολίτες στους οποίους προτάθηκε η αντικατάσταση προέβησαν σε αυτή την αλλαγή με ποσοστό 30,6%, δείχνοντας εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας. Εξάλλου, σύμφωνα με τους Skaltsasetal. 2015. οι Έλληνες ασθενείς εμπιστεύονται τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς τους γιατί τους εξηγούν αναλυτικά πώς να χρησιμοποιούν ένα φάρμακο άρα εάν τους προτείνουν κάποιο γενόσημο θα το δεχτούν^[63]. Στην έρευνα μας, πάντως, οι υψηλόμισθοι δε θα επιθυμούσαν ο φαρμακοποιός τους να τους αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο τους με κάποιο γενόσημο, εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίκρουση με τα αποτελέσματα της μελέτης των Skaltsasetal. 2015. Τέλος, στην έρευνα των Balasopoulosetal.

2017το 67,9% προτιμά ο γιατρός να του συνταγογραφεί φάρμακα βάσει εμπορικής ονομασίας ενώ σε εμάς η απόλυτη πλειοψηφία(90,1%) προτιμά η συνταγογράφηση να γίνεται βάσει δραστικής ουσίας. Επίσης θεωρούν ότι η υπουργική απόφαση της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας έγινε για λόγους κυρίως περιορισμού της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών(53,6%) και μετά για έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης(46,4%) τόσο στη δική μας μελέτη όσο και στην Balasoroulosetal. 2017^[96]. Ο ΕΟΦ στην μελέτη αυτή και στη δική μας, επιπρόσθετα, καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην επιθυμία των πολιτών να ενημερωθούν για τα γενόσημα με ποσοστό στην έρευνα μας 66,2%, στη δεύτερη θέση ακολουθεί η ιατρική κοινότητα με ποσοστό 14% και στη τρίτη θέση το υπουργείο υγείας με ποσοστό 13,1%. Συμπερασματικά οι Έλληνες έχουν θετική στάση απέναντι στα γενόσημα, είναι πρόθυμοι να τα χρησιμοποιήσουν και εκείνοι που τα χρησιμοποιούν δηλώνουν ικανοποιημένοι. Ο φόβος που ελλοχεύει ορισμένες φορές οφείλεται στην ημιμάθεια τους και στην ανεπαρκή ενημέρωσή τους από τους επαγγελματίες υγείας.Ο εκφοβισμός πολλές φορές προέρχεται και από τα Μ.Μ.Ε που έχουν τρομοκρατήσει τους ασθενείς σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σημείο που οι ασθενείς να ντρέπονται να συζητήσουν τους φόβους τους με έναν σύμβουλο υγείας. Ακόμα, ο αρνητισμός έναντι στα γενόσημα οφείλεται και στο γεγονός ότι η εκάστοτε κυβέρνηση ενδιαφέρεται μόνο για τη συγκράτηση του κόστους και όχι για τη θεραπευτική αξία των φαρμάκων. Επιπρόσθετα στην αμαύρωση της φήμης των γενόσημων οφείλεται και το γεγονός ότι ο ΕΟΦ αποδείχτηκε αναξιόπιστος ως προς τους ελέγχους που διεξήγαγε για την απαγόρευση στην ελληνική φαρμακευτική αγορά γενόσημων που έχουν παραχθεί σε τριτοκοσμικές χώρες^[63]. Για αυτό το λόγο τόσο οι γιατροί, όσο και οι φαρμακοποιοί και οι λοιποί εργαζόμενοι σε μονάδες υγειονομικής φροντίδας πρέπει να συμβάλλουν στην επαρκή εκπαίδευση και υποστήριξη των καταναλωτών να χρησιμοποιούν γενόσημα προκειμένου να διαλύσουν οποιαδήποτε αρνητική άποψη επικρατεί για αυτά.

12.2 Προτάσεις πολιτικής

Ζωτικής σημασίας είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών^[90]. Ειδικότερα, οι γιατροί στις μεταξύ τους συναντήσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούν το ιατρικό όνομα του φαρμάκου και όχι το εμπορικό γιατί μελέτη κατέδειξε ότι η παραπάνω συνήθεια τους ωθεί πιο συχνά στο να συνταγογραφούν γενόσημα^[79]. Ακόμα θα ήταν ωφέλιμο οι ιατρικοί και οι φαρμακευτικοί σύλλογοι της κάθε περιοχής να διοργανώνουν ειδικά σεμινάρια προκειμένου οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί να εξειδικεύονται στο επικοινωνιακό μάρκετινγκ^[95]. Αυτό σημαίνει ότι θα εξοικειώνονται περισσότερο στο να πείθουν τους

ασθενείς για τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσουν με λογικά και κατανοητά επιχειρήματα και να μην υποκύπτουν στις επιθυμίες των ασθενών τους επειδή δεν μπορούν να αντικρούσουν τις απόψεις τους. Επίσης ο ΕΟΦ που είναι ο οργανισμός που εμπιστεύονται πιο πολύ οι πολίτες για την ενημέρωση τους πρέπει να διοργανώνει ενημερωτικές ημερίδες με τη βοήθεια των γιατρών και των φαρμακοποιών^[92]. Επίσης το κράτος θα μπορούσε όπως και ο Αμερικάνικος Οργανισμός Υγείας να δημιουργήσει ιστοσελίδες όπου με επαγγελματικό τρόπο θα ενημερώνουν τους ασθενείς για τα γενόσημα αλλά και για άλλα θέματα υγείας που τους αφορούν^[94]. Τέλος προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να σταματήσουν να είναι φειδωλοί στην προώθηση των γενόσημων φαρμάκων εκτός από την εκπαίδευση τους πρέπει να τους δοθούν κίνητρα από το κράτος όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Για παράδειγμα στη Γαλλία δίνονται κίνητρα στους γιατρούς να συνταγογραφούν γενόσημα και να αποζημιώνονται κατά πράξη. Επίσης στους φαρμακοποιούς παραχωρούνται υψηλότερα περιθώρια κέρδους ή και ακόμα επιπρόσθετες πληρωμές επιβράβευσης^[42]. Επιπρόσθετα, στο Βέλγιο το κράτος ανταμείβει τους φαρμακοποιούς για κάθε φάρμακο που διανείμουν συν μια τιμητική αμοιβή της τάξης του 6,04% συν επιπλέον αμοιβές για συγκεκριμένες μορφές φαρμακευτικής φροντίδας^[41]. Έτσι ενθαρρύνονται να προωθούν γενόσημα τα οποία μάλιστα συγκρατούν και τις δαπάνες για την υγεία αφού θα ανταμειφθούν έτσι και αλλιώς. Κλείνοντας, θα ήθελα να επισημάνω ως επαγγελματίας υγείας ότι πρέπει να στεκόμαστε δίπλα στους πολίτες να τους ενημερώνουμε χωρίς δόλο, χωρίς να προκαλούμε φαινόμενα προκλητής ζήτησης εκμεταλλευόμενοι την αμάθεια τους και να σεβόμαστε τον άνθρωπο πάνω από όλα γιατί αυτό πρεσβεύουν οι επιστήμες υγείας. Ο Ιπποκράτης έλεγε <<Ουκ έστι ιατρικήν είδέναι, όστις μη οίδεν ότι εστίν άνθρωπος.>> (είναι αδύνατο να ξέρει την ιατρική, αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ο άνθρωπος)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Chevreur, K. Berg Brigham, K. Durand-Zaleski, I. Hernández-Quevedo, C.(2015) France: Health system review. Health Systems in Transition17(3): 1–218.
2. Busse, R. Blümel, M.(2014), Germany: health system review. Health Systems inTransition16(2):1–296.
3. Sagan, A. Panteli, D. Borkowski, W. Dmowski, M. Domański, F. Czyżewski, M. Goryński, P. Karpacka, D. Kiersztyn, E. Kowalska, I. Książak, M. Kuszewski, K. Leśniewska, A. Lipska, I. Maciąg, R. Madowicz, J. Mądra, A. Marek, M. Mokrzycka, A. Poznański, D. Sobczak, A. Sowada, C. Świderek, M. Terka, A. Trzeciak, P. Wiktorzak, K. Włodarczyk, C. Wojtyniak, B. Wrześniewska-Wal, I. Zelwiańska, D. Busse, R. (2011), Poland: Health system review. Health Systems inTransition13(8):1–193.
4. Simões, J. Augusto, GF. Fronteira, I. Hernández-Quevedo, C.(2017), Portugal: Healthsystem review. Health Systems in Transition19(2):1–184.
5. García-Armesto, S. Abadía-Taira, MB. Durán, A. Hernández-Quevedo, C. Bernal-Delgado, E.(2010), Spain: Health system review. Health Systems in Transition12(4):1–295.
6. Cylus, J. Richardson, E. Findley, L. Longley, M. O’Neill, C. Steel, D. (2015), United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition17(5): 1–125.
7. Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα στοιχεία και γεγονότα 2017,ΣΦΕΕ IOBE.
8. Tountas,Y. Karnaki,P. Pavi,E.(2002), Reforming the reform: the greek national health system in transition, Health Policy 62(1): 15-29.([https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00217-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00217-2)).
9. VANDOROS,S. Stargardt, T.(2013), Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. Health Policy 109(1):1-6. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.016>).
10. Economou, C.(2010), Greece: Health system review. Health Systems in Transition 12(7):1–180.
11. Zavras, D. Zavras, A. I. Kyriopoulos, I.-I. Kyriopoulos, J. (2016), Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. BMC Health Services Research16:309. (<http://doi.org/10.1186/s12913-016-1557-5>).

12. Ifanti, A. Argyriou, A. Kalofonou, F. Kalofonos, H.(2013), Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy* 113(1-2):8-12. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.017>).
13. Simou, E. Koutsogeorgou, E. (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 115(2-3):111-119. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>).
14. Fanourgiakis, J. Kanoupakis, E. (2014), Greek's health, waiting for the 'deus ex machina. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 14(5): 637-642. (DOI: [10.1586/14737167.2014.927316](https://doi.org/10.1586/14737167.2014.927316)).
15. Tsiantou, V. Zavras, D. Kousoulakou, H. Geitona, M. Kyriopoulos, J. (2009), Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*34(5): 547-554. (doi:[10.1111/j.1365-2710.2009.01037.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2009.01037.x)).
16. Vadoros, S. Hessel, P. Leone, T. Avendano, M.(2013), Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health* 23(5):727–731. (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt020>)
17. Kentikelenis, A. et al.(2014), Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 383(9918): 748 – 753.
18. Granados, J.A.T. Rodriguez, J.M.(2015), Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy* 119(7): 941-953. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.009>).
19. Fanourgiakis, J. Kanoupakis, E. (2015),The Greek Pompeii in Health. *Pubmed* 106(4):316.
20. Kerasidou, A. Kingori, P. Legido-Quigley, H. (2016), You have to keep fighting: maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*15:118. (<http://doi.org/10.1186/s12939-016-0407-8>).
21. Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα στοιχεία και γεγονότα 2015-2016, ΣΦΕΕ ΙΟΒΕ.

22. Kastanioti, C. Kontodimopoulos, N. Stasinopoulos, D. Kapetaneas, N. Polyzos, N.(2013) Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy* 109(1):7-13. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.015>).
23. Kaplan, W.A. Ritz, L.S. Vitello, M. Wirtz, V.J. (2012), Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: A review of published literature. *Health Policy* 106(3):211-224. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.015>).
24. Hassali, M.A. Yen Wong b, Z. Alrasheedya, A. Saleema, F.Yahaya ,A.H.M. Aljadheyc, H. a Discipline of Social and Administrative Pharmacy, School of Pharmaceutical Sciences, Universiti Sains Malaysia, 11800 Minden, Penang, Malaysia b Pharmacy Department, Hospital Teluk Intan, Jalan Changkat Jong, 36000 Teluk Intan, Perak, Malaysia c College of Pharmacy, King Saud University, 11451 Riyadh, Saudi Arabia. (2014), Perspectives of physicians practicing in low and middle income countries towards generic medicines: A narrative review. *Health Policy* 117:297–310.
25. Mauro, S. (2017), Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cad. Saúde Pública* 33(9): e00170116. (<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170116>).
26. Karanikolos, M. Kentikelenis, A. (2016), Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health* 15:83. (<http://doi.org/10.1186/s12939-016-0374-0>).
27. Falagas, M. E. Vouloumanou, E. K. Mavros, M. N. Karageorgopoulos, D. E. (2009), Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal of Clinical Practice* 63(8): 1128-1135. (doi:[10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x)).
28. Keegan, C. Thomas, S. Normand, C. et al. (2013), Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 13(2): 139-155. (<https://doi.org/10.1007/s10754-012-9121-2>).
29. Riner, B. Bussy , A.Hélène-Pelage , J. Moueza , N. Lamy, S. Carrère,P. Riner et al. (2017), No generics, Doctor! The perspective of general practitioners in two French regions. *BMC Health Services Research*17:707.
30. Meredith, P. (2003), Bioequivalence and other unresolved issues in generic drug substitution .*Clinical Therapeutics* 25(11): 2875 – 2890.

31. Dunne, S. Shannon, B. Dunne, C. Cullen, W. (2013), A review of the differences and similarities between generic drugs and their originator counterparts, including economic benefits associated with usage of generic medicines, using Ireland as a case study. *BMC Pharmacology & Toxicology* 14:1. (<http://doi.org/10.1186/2050-6511-14-1>).
32. Callaghan, J. Bermingham, M. Leonard, M. Hallinan, F. Morris, M. Moore, U. Griffin, B. (2017), Assessing awareness and attitudes of healthcare professionals on the use of biosimilar medicines: A survey of physicians and pharmacists in Ireland. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 88:252-261(<https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2017.06.013>).
33. Borg, J. J. Tomasi, P. Pani, L. Aislaitner, G. Pirozynski, M. Leufkens, H. Melchiorri, D. (2014), Licensing of Generic Medicines: Are There Any Challenges Left? A Pharmaceutical Regulatory Perspective. *Scientia Pharmaceutica* 82(4):847–856. (<http://doi.org/10.3797/scipharm.1312-10>).
34. Andersson, K. A. Petzold, M. G. Allebeck, P. Carlsten, A. (2008), Influence of mandatory generic substitution on pharmaceutical sales patterns: a national study over five years. *BMC Health Services Research* 8: 50. (<http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-50>).
35. World Health Organization. Making medicines safe. France. 2001.
36. R. King, D. Kanavos, P. LSE Health and Social Care and Department of Social Policy and LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science London, UK; and Harvard Medical School, Harvard Pilgrim Health Care Boston, MA, USA.(2002), Encouraging the Use of Generic Medicines: Implications for Transition Economies. *PUBLIC HEALTH* 43(4):462-469.
37. Leopold, C et al. (2017), A rapidly changing global medicines environment: How adaptable are funding decision-making systems? *Health Policy* 121(6):637 – 643.
38. Moore, N. Berdaï, D. Bégaud, B. (2010), Are Generic Drugs Really Inferior Medicines? *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 88(3):302-304. (doi:[10.1038/clpt.2010.168](https://doi.org/10.1038/clpt.2010.168)).
39. Garcia, B. H. Elenjord, R. Bjornstad, C. Halvorsen, K. H. Hortemo, S. Madsen, S. (2017), Safety and efficiency of a new generic package labelling: a before and after

- study in a simulated setting. *BMJ Quality & Safety* 26(10):817–823. (<http://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006422>)
40. Håkonsen, H. Hopen, H.S. Abelsen, L. et al. (2010), Generic substitution: a potential risk factor for medication errors in hospitals. *Advances in Therapy* 27(2): 118-126. (<https://doi.org/10.1007/s12325-010-0007-8>).
41. Dylst, P. Vulto, A. Simoens, S. (2012), How can pharmacist remuneration systems in Europe contribute to generic medicine dispensing? *Pharmacy Practice* 10(1): 3–8.
42. Panteli, D. Arickx, F. Cleemput, I. Dedet, G. Eckhardt, H. Fogarty, E. Gerkens, S. Henschke, C. Hislop, J. Jommi, C. Kaitelidou, D. Kawalec, P. Keskimäki, I. Kroneman, M. Lopez B. Julio, P. B. Pedro, Ramsberg, J. Schneider, P. Spillane, S. Vogler, S. Vuorenkoski, L. Wallach K. Helle, W. Olivier J. Busse, R. (2016), Pharmaceutical regulation in 15 European countries: review. *Health Systems in Transition* 18 (5): 1-118.
43. Katusiime, B. Corlett, S. Reeve, J. Krska, J. (2016), Measuring medicine-related experiences from the patient perspective: a systematic review. *Patient Related Outcome Measures* 7: 157–171. (<http://doi.org/10.2147/PROM.S102198>).
44. Dong, K. Boehm, G. Zheng, Q. (2017), Economic Impacts of the Generic Drug User Fee Act Fee Structure. *Value in Health* 20(7):792-798. (<https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.05.003>).
45. Shrank, W. H. Cox, E. R. Fischer, M. A. Mehta, J. Choudhry, N. K. (2009), Patients' Perceptions Of Generic Medications: Although most Americans appreciate the cost-saving value of generics, few are eager to use generics themselves. *Health Affairs (Project Hope)* 28(2): 546–556. (<http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.2.546>).
46. Ford, N. et al. (2002), Generic medicines are not substandard medicines. *The Lancet* 35 (9314): 1351-2.
47. Wouters, O. J. Kanavos, P. G. (2017), A comparison of generic drug prices in seven European countries: a methodological analysis. *BMC Health Services Research* 17:242. (<http://doi.org/10.1186/s12913-017-2184-5>).
48. Nikolopoulos, K. Buxton, S. Khammash, M. Stern, P. (2016), Forecasting branded and generic pharmaceuticals. *International Journal of Forecasting* 32(2):344-357. (<https://doi.org/10.1016/j.ijforecast.2015.08.001>).

49. Burgermeister, J. (2006), Generic medicines could rescue EU governments' spending. *BMJ* : British Medical Journal 332:992.(<https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.992-d>).
50. Dylst, P. Simoens, S. (2010), Generic Medicine Pricing Policies in Europe: Current Status and Impact. *Pharmaceuticals* 3(3):471–481. (<http://doi.org/10.3390/ph3030471>).
51. Das, M. Choudhury, S. Maity, S. Hazra, A. Pradhan, T. Pal, A. Roy, R. K. (2017), Generic versus branded medicines: An observational study among patients with chronic diseases attending a public hospital outpatient department. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine* 8(1):26–31. (<http://doi.org/10.4103/0976-9668.198351>).
52. Costa-Font, J. Rudisill, C. Tan, S.(2014), Brand loyalty, patients and limited generic medicines uptake. *Health Policy* 116(2–3): 224-233.(<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.015>).
53. Duerden, M. G. Hughes, D. A. (2010), Generic and therapeutic substitutions in the UK: are they a good thing? *British Journal of Clinical Pharmacology*70(3): 335–341. (<http://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03718.x>).
54. Dunne, SS. Shannon, B. Cullen, W. Dunne, CP. (2016), Perceptions and Attitudes of Community Pharmacists Towards Generic Medicines. *National Institute of Health Sciences Research Bulletin* 20(11):1138-1146.
55. Babar Zud. et al.(2012), A Qualitative Evaluation of General Practitioners Perceptions Regarding Access to Medicines in New Zealand. *International Journal of Clinical Pharmacy* 34(2): 364–373.
56. Babar, Z.U.D. Kan, S.W. Scahill, S. (2014), Interventions promoting the acceptance and uptake of generic medicines: A narrative review of the literature. *Health Policy* 117(3):285-296.(<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.004>).
57. Imai, S. Andersson Sundell, K. Fushimi, K. (2016), Comparison of pharmaceutical policies to stimulate use of generics in Japan and Sweden. *Health Policy and Technology* 5(2):189-195.(<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.02.002>).
58. Anell, A. Glenngård, AH. Merkur, S. (2012), Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(5):1–159.

59. Čatić, T. Avdagić, L. Martinović, I. Pharmaceutical Society of the Federation of Bosnia and Herzegovina. Sarajevo University. Pharmaceutical Company "Bosnalijek" d. d.; Sarajevo. (2017), Knowledge and attitudes of physicians and pharmacists towards the use of generic medicines in Bosnia and Herzegovina. *Bosnia and Herzegovina Med Glas (Zenica)* 14(1):25-32.
60. Quintal, C. Mendes, P. (2012), Underuse of generic medicines in Portugal: An empirical study on the perceptions and attitudes of patients and pharmacists. *Health Policy* 104:61–68.
61. Leopold, C. et al. (2014), Impact of pharmaceutical policy interventions on utilization of antipsychotic medicines in Finland and Portugal in times of economic recession: interrupted time series analyses. *International Journal for Equity in Health* 13:53. (<https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-53>).
62. Howard, J. Harris, I. Frank, G. Kiptanui, Z. Qian, J. Hansen, R. (2018), Influencers of generic drug utilization: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 14(7):619-627. (<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.08.001>).
63. Skaltsas, L. Vasileiou, K. (2015), Patients' perceptions of generic drugs in Greece. *Health Policy* 119(11):1406-1414. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.00>).
64. Fraeyman, J. Peeters, L. Van Hal, G. Beutels, P.R.Y. De Meyer, G. De Loof, H. (2015), Consumer Choice Between Common Generic and Brand Medicines in a Country with a Small Generic Market. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 21(4): 288-296.
65. Lins Ferreira, V. Pereira da Veiga, C.R. Kudlawicz-Franco, C. Scalercio, P. Ramires, Y. Pontarolo, R. Carvalho, D.M.W. da Veiga, C. (2017), Generic drugs in times of economic crisis: Are there changes in consumer purchase intention? *Elsevier* 37(C): 1-7.
66. Fabiano, V. Marnelli, C. Cattaneo, D. Delle Fave, A. Preziosa, A. Mele, G. Clementi, E. Vincenzo Zuccotti, G. (2012), Perceptions and patterns of use of generic drugs among Italian Family Pediatricians: First round results of a web survey. *Health Policy* 104(3):247-252. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.005>).
67. Heikkilä, R. Mäntyselkä, P. Hartikainen-Herranen, K. Ahonen, R. (2007) Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy* 82(3):366-374. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.10.006>).

68. Heikkilä, R. Mäntyselkä, P. Ahonen, R. (2011), Do people regard cheaper medicines effective? Population survey on public opinion of generic substitution in Finland. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety* 20(2): 185-191.(doi:[10.1002/pds.2084](https://doi.org/10.1002/pds.2084)).
69. El-Dahiyat, F. Reem, K.(2013), Evaluating Patients' Perceptions Regarding Generic Medicines in Jordan. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 6:3.
70. Babar, ZUD. Stewart, J. Reddy, S. et al.(2010), An evaluation of consumers' knowledge, perceptions and attitudes regarding generic medicines in Auckland Pharmacy World Science 32(4): 440-448. (<https://doi.org/10.1007/s11096-010-9402-0>).
71. Dylst, P. Vulto, A. Simoens, S. (2014), Analysis of French generic medicines retail market: why the use of generic medicines is limited. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 14(6): 795-803.(DOI: [10.1586/14737167.2014.946011](https://doi.org/10.1586/14737167.2014.946011)).
72. 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.(doi:[10.1211/ijpp.17.02.0002](https://doi.org/10.1211/ijpp.17.02.0002)).
73. Figueiras, M.J. Marcelino, D. Cortes, M.A.(2008),People's views on the level of agreement of generic medicines for different illnesses. *Pharmacy World & Science* 30(5): 590-594. (<https://doi.org/10.1007/s11096-008-9247-y>).
74. Dunne, S. Shannon, B. Dunne, C. et al.(2014),Patient Perceptions of Generic Medicines: A Mixed-Methods Study. *The Patient* 7(2): 177-185. (<https://doi.org/10.1007/s40271-013-0042-z>).
75. Drozdowska, A. Hermanowski, T. (2016), Predictors of generic substitution: The role of psychological, sociodemographic, and contextual factors. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 12(1):119-129.(<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.03.003>).
76. Drozdowska, A. Hermanowski, T. (2015), Exploring the opinions and experiences of patients with generic substitution: a representative study of Polish society. *International Journal of Clinical Pharmacy* 37(1):68-75. (<http://doi.org/10.1007/s11096-014-0041-8>).

77. Vogler, S. Zimmermann, N. Leopold, C. de Joncheere, K. (2011), Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review* 4(2):69–79. (<http://doi.org/10.5655/smr.v4i2.1004>).
78. Gagne, JJ. Kesselheim, AS. Choudhry, NK. Polinski, JM. Hutchins, D. Matlin, OS. Brennan, TA. Avorn, J. Shrank, WH. (2015), Comparative effectiveness of generic versus brand-name antiepileptic medications. *Epilepsy & Behavior* 52(PtA):14-8.
79. Riaz, H. et al. (2016), Should Physicians be Encouraged to use Generic Names and to Prescribe Generic Drugs? *American Journal of Cardiology* 117(11):1851 – 1852.
80. Mamas, Theodorou et al. (2009), Factors Influencing Prescribing Behavior of Physicians in Greece and Cyprus: Results from a Questionnaire Based Survey. *BMC Health Services Research* 9(150).
81. Gyawali, S. Azmi, M. Hassali. Saha, A. (2016), A survey exploring the knowledge and perceptions of senior medical students in Nepal toward generic medicines. *SAGE Open Medicine* 4: 1–6.
82. Shankar, PR. Herz, BL. Dubey, AK. Hassali, MA. (2016), Assessment of knowledge and perceptions toward generic medicines among basic science undergraduate medical students at Aruba. *Indian Journal of Pharmacology* 48(1):S29-S32. (doi:10.4103/0253-7613.193309).
83. Dunne, S. Shannon, B. Cullen, W. Dunne, C.P. (2014), Beliefs, perceptions and behaviors of GPs towards generic medicines, *Family Practice* 31(4):467-474. (<https://doi.org/10.1093/fampra/cmu024>).
84. Basak, S. C. Sathyanarayana, D. (2012), Exploring Knowledge and Perceptions of Generic Medicines Among Drug Retailers and Community Pharmacists. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* 74(6):571–575. (<http://doi.org/10.4103/0250-474X.110611>).
85. Kairi, J. K. Sharma, A. K. (2017), Substitutes of Prescription Medicines - A Review of Concerns Relevant to Doctors and Patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* :11(8): FE01–FE05. (<http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28552.10439>).
86. Yousefi, N. Mehralian, G. Peiravian, F. et al. (2015), Consumers' perception of generic substitution in Iran. *International Journal of Clinical Pharmacy* 37: 497. (<http://doi.org/10.1007/s11096-015-0085-4>)

87. Dylst, P. Vulto, A. Simoens, S. (2013), Demand-side policies to encourage the use of generic medicines: an overview. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research* 13(1): 59-72.
88. Wong, Z. Y. Hassali, M. A. Alrasheedy, A. A. Saleem, F. Yahaya, A. H. Aljadhey, H. (2014), Patients' beliefs about generic medicines in Malaysia. *Pharmacy Practice* 12(4): 474.
89. Ernst, G. Menrath, I. Lange, K. Eisemann, N. Staab, D. Thyen, U. Szczepanski, R. (2017), Development and evaluation of a generic education program for chronic diseases in childhood. *Patient Education and Counseling* 100(6):1153-1160.(<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.001>).
90. Guttier, M.C. Silveira, M.P.T. Luiza, V.L. Bertoldi, A. D.(2018), Impacto de intervenções para promoção do uso de medicamentos genéricos: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* 22(8): 2627-2644. (<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.05762017>).
91. El-Jardali, F. Fadlallah, R.Morsi, R. Z. Hemadi, N. Al-Gibbawi, M. Haj, M. Akl, E. A. (2017), Pharmacists' views and reported practices in relation to a new generic drug substitution policy in Lebanon: a mixed methods study. *Implementation Science* 12:23. (<http://doi.org/10.1186/s13012-017-0556-1>).
92. Tsaprantzi, A. V. Kostagiolas, P. Platis, C. Aggelidis, V. P. Niakas, D. (2016), The Impact of Information on Doctors' Attitudes Toward Generic Drugs. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing* (<http://doi.org/10.1177/0046958016637791>).
93. Dunne, Suzanne et al. (2014), Physician and pharmacist perceptions of generic medicines: What they think and how they differ. *Health Policy* 116 (2): 214 – 223.
94. Dunne, S. Cummins, N. M. Hannigan, A. Shannon, B. Dunne, C. Cullen, W. (2013), Generic medicines: an evaluation of the accuracy and accessibility of information available on the internet. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13: 115. (<http://doi.org/10.1186/1472-6947-13-115>)
95. Olsson, E. KällemarkSporrong, S. (2012), Pharmacists' attitudes to generic drugs. *International Journal of Pharmacy Practice* 20(6): 377-383.(doi:[10.1111/j.2042-7174.2012.00214.x](https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00214.x)).

96. Balasopoulos, T. Charonis, A. Athanasakis, K. Kyriopoulos, J. Pavi, E. (2017), Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions. *Health Policy* 121(3):265-272. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.011>).
97. Domeyer, Philip J. et al. (2017), Development and Validation of a Tool to Assess Knowledge and Attitudes towards Generic Medicines among Students in Greece: The ATtitude TOwards GENerics (ATTOGEN) Questionnaire. *PLoS ONE* 12(11): e0188484.
98. Kontodimopoulos, Nick et al. (2007), Validity of SF-12 Summary Scores in a Greek General Population. *Health and Quality of Life Outcomes* 5: 55.
99. Blaikie N. (2004) *Analyzing Quantitative Data: from description to explanation*. London: Sage.
100. Blair, J. Czaja, R. F. Blair, E. (2013), *Designing Surveys: A Guide to Decisions and Procedures*. 3rd Edition. Sage Publications.
101. Babar, Z. Grover, P. Stewart, J. Hogg, M. Short, L. Seo, H. Rew, A. (2011) Evaluating pharmacists' views, knowledge, and perception regarding generic medicines in New Zealand. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 7(3):294-305. (<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.06.004>).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:

Πίνακες από το SPSS

Π1.

Ποιο είναι το φύλο σας;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ανδρας	75	33,8	33,8	33,8
	Γυναίκα	147	66,2	66,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π2.

Ποια είναι η ηλικία σας;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	18-24	13	5,9	5,9	5,9
	25-39	102	45,9	45,9	51,8
	40-54	76	34,2	34,2	86,0
	55-65	19	8,6	8,6	94,6
	>65	12	5,4	5,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π3.

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ανύπαντρος-η	88	39,6	39,6	39,6
	Παντρεμένος-η	120	54,1	54,1	93,7
	Διαζευγμένος-η	11	5,0	5,0	98,6
	Χήρος-α	3	1,4	1,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π4.

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελματιών ανήκει το δικό σας;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δημόσιος Υπάλληλος	62	27,9	27,9	27,9
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	76	34,2	34,2	62,2
	Συνταξιούχος	15	6,8	6,8	68,9
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	32	14,4	14,4	83,3
	Οικιακά	6	2,7	2,7	86,0
	Φοιτητής-τρια	15	6,8	6,8	92,8
	Άνεργος	16	7,2	7,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π5.

Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Γυμνάσιο	2	,9	,9	,9
	Λύκειο	25	11,3	11,3	12,2
	ΙΕΚ-Ανώτερη Σχολή	20	9,0	9,0	21,2
	ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο	95	42,8	42,8	64,0
	Μεταπτυχιακό	67	30,2	30,2	94,1
	Διδακτορικό	13	5,9	5,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π6.

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent

Valid	1-500 ευρώ	47	21,2	21,2	21,2
	501-1000 ευρώ	84	37,8	37,8	59,0
	1001-2000 ευρώ	78	35,1	35,1	94,1
	>2001 ευρώ	13	5,9	5,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π7.

Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Άριστη	23	10,4	10,4	10,4
	Πολύ Καλή	133	59,9	59,9	70,3
	Καλή	52	23,4	23,4	93,7
	Μέτρια	13	5,9	5,9	99,5
	Κακή	1	,5	,5	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π8.

Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ Καλύτερα	29	13,1	13,1	13,1
	Κάπως Καλύτερα	31	14,0	14,0	27,0
	Τα ίδια	146	65,8	65,8	92,8
	Κάπως Χειρότερα	16	7,2	7,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π9.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε έντονες δραστηριότητες					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent

Valid	Πολύ	24	10,8	10,8	10,8
	Λίγο	93	41,9	41,9	52,7
	Καθόλου	105	47,3	47,3	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π10.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	7	3,2	3,2	3,2
	Λίγο	37	16,7	16,7	19,8
	Καθόλου	178	80,2	80,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π11.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να μεταφέρετε σακούλες					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	10	4,5	4,5	4,5
	Λίγο	39	17,6	17,6	22,1
	Καθόλου	173	77,9	77,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π12.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	22	9,9	9,9	9,9
	Λίγο	57	25,7	25,7	35,6
	Καθόλου	143	64,4	64,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π13.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε έναν όροφο					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	13	5,9	5,9	5,9
	Λίγο	24	10,8	10,8	16,7
	Καθόλου	185	83,3	83,3	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π14.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να σκύβετε ή να γονατίζετε					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	18	8,1	8,1	8,1
	Λίγο	45	20,3	20,3	28,4
	Καθόλου	159	71,6	71,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π15.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	11	5,0	5,0	5,0
	Λίγο	38	17,1	17,1	22,1
	Καθόλου	173	77,9	77,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π16.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε αρκετά τετράγωνα					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent

Valid	Πολύ	9	4,1	4,1	4,1
	Λίγο	39	17,6	17,6	21,6
	Καθόλου	174	78,4	78,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π17.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε ένα τετράγωνο					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	11	5,0	5,0	5,0
	Λίγο	20	9,0	9,0	14,0
	Καθόλου	191	86,0	86,0	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π18.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος σας					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Πολύ	16	7,2	7,2	7,2
	Λίγο	12	5,4	5,4	12,6
	Καθόλου	194	87,4	87,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π19.

Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	105	47,3	47,3	47,3
	Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	98	44,1	44,1	91,4

	Όχι, δεν τα γνωρίζω.	19	8,6	8,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π20.

Τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων.					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Σωστό	196	88,3	88,3	88,3
	Λάθος	26	11,7	11,7	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π21.

Τα γενόσημα φάρμακα χορηγούνται με την ίδια δοσολογία με αυτή των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων.					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Σωστό	166	74,8	74,8	74,8
	Λάθος	56	25,2	25,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π22.

Τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων.					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Σωστό	127	57,2	57,2	57,2
	Λάθος	95	42,8	42,8	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π23.

Μόνο τα γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται από τις Ελληνικές Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι ασφαλή.

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Σωστό	34	15,3	15,3	15,3
	Λάθος	188	84,7	84,7	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π24.

Τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Σωστό	60	27,0	27,0	27,0
	Λάθος	162	73,0	73,0	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π25.

Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα είναι:

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Λιγότερο αποτελεσματικά	74	33,3	33,3	33,3
	Το ίδιο αποτελεσματικά	148	66,7	66,7	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π26.

Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Λιγότερο ασφαλή	74	33,3	33,3	33,3

	Το ίδιο ασφαλή	147	66,2	66,2	99,5
	Περισσότερο ασφαλή	1	,5	,5	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π27.

Η παραδοχή ότι <<Σε γενικές γραμμές τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά>> σας βρίσκει σύμφωνους:

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συχνά	171	77,0	77,0	77,0
	Σχεδόν ποτέ	29	13,1	13,1	90,1
	Πάντα	22	9,9	9,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π28.

Πιστεύετε ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες:

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Λιγότερες από τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα	6	2,7	2,7	2,7
	Το ίδιο με τα πρωτότυπα φάρμακα	169	76,1	76,1	78,8
	Περισσότερες από τα πρωτότυπα φάρμακα	47	21,2	21,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π29.

Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα δημιουργήθηκαν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες μόνο των οικονομικά αδύνατων πολιτών;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	59	26,6	26,6	26,6
	Όχι	108	48,6	48,6	75,2
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	55	24,8	24,8	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π30.

Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	146	65,8	65,8	65,8
	Όχι	19	8,6	8,6	74,3
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	57	25,7	25,7	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π31.

Εάν ναι από ποιον θα θέλατε να ενημερωθείτε για να εμπιστευτείτε περισσότερο ένα γενόσημο φάρμακο;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Γιατρό	79	35,6	54,1	54,1
	Φαρμακοποιό	35	15,8	24,0	78,1
	Συγγενή/Φίλο	2	,9	1,4	79,5
	Κράτος	30	13,5	20,5	100,0
	Total	146	65,8	100,0	
Missing	System	76	34,2		
Total		222	100,0		

Π32.

Στο παρελθόν έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	106	47,7	47,7	47,7
	Όχι	73	32,9	32,9	80,6
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	43	19,4	19,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π33.

Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	167	75,2	75,2	75,2
	Όχι	55	24,8	24,8	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π34.

Εάν όχι ποιος λόγος σας οδηγεί στο να αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε τα γενόσημα φάρμακα;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δεν τα γνωρίζω	13	5,9	23,6	23,6
	Ο γιατρός μου δεν τα γνωρίζει	1	,5	1,8	25,5
	Ο φαρμακοποιός μου δεν τα γνωρίζει	2	,9	3,6	29,1
	Δεν τα εμπιστεύομαι	31	14,0	56,4	85,5

	Είχα άσχημη εμπειρία στο παρελθόν με κάποιο γενόσημο φάρμακο	8	3,6	14,5	100,0
	Total	55	24,8	100,0	
Missing	System	167	75,2		
Total		222	100,0		

Π35.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	22	9,9	9,9	9,9
	Συμφωνώ	164	73,9	73,9	83,8
	Διαφωνώ απόλυτα	36	16,2	16,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π36.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	153	68,9	68,9	68,9
	Συμφωνώ	65	29,3	29,3	98,2
	Διαφωνώ απόλυτα	4	1,8	1,8	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π37.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	1	0,5	,5	,5
	Συμφωνώ	32	14,4	14,4	14,9
	Διαφωνώ απόλυτα	189	85,1	85,1	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π38.

Επιλέγεται κάποιο φάρμακο επειδή: [Το έχω χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	44	19,8	19,8	19,8
	Συμφωνώ	140	63,1	63,1	82,9
	Διαφωνώ απόλυτα	38	17,1	17,1	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π39.

Επιλέγεται κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι διαφημιζόμενο στην τηλεόραση]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	1	,5	,5	,5
	Συμφωνώ	21	9,5	9,5	9,9
	Διαφωνώ απόλυτα	200	90,1	90,1	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π40.

Επιλέγεται κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι αποτελεσματικό]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	90	40,5	40,5	40,5
	Συμφωνώ	100	45,0	45,0	85,6
	Διαφωνώ απόλυτα	32	14,4	14,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π41.

Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι φθηνό]					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	11	5,0	5,0	5,0
	Συμφωνώ	64	28,8	28,8	33,8
	Διαφωνώ απόλυτα	147	66,2	66,2	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π42.

Σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το πρωτότυπο φάρμακο σας με κάποιο γενόσημο;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	89	40,1	40,1	40,1
	Όχι	91	41,0	41,0	81,1
	Δεν γνωρίζω	42	18,9	18,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π43.

Εάν ναι προβήκατε στην αντικατάσταση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	68	30,6	76,4	76,4
	Όχι	21	9,5	23,6	100,0
	Total	89	40,1	100,0	
Missing	System	133	59,9		
Total		222	100,0		

Π44.

Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο, αφού πρώτα δοκιμάσατε το αντίστοιχο πρωτότυπο;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	67	30,2	30,2	30,2
	Όχι	83	37,4	37,4	67,6
	Δεν γνωρίζω	72	32,4	32,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π45.

Εάν ναι, μείνατε ευχαριστημένοι από το γενόσημο φάρμακο;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	53	23,9	79,1	79,1
	Όχι	11	5,0	16,4	95,5
	Δεν γνωρίζω	3	1,4	4,5	100,0
	Total	67	30,2	100,0	
Missing	System	155	69,8		
Total		222	100,0		

Π46.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	24	10,8	10,8	10,8
	Συμφωνώ	126	56,8	56,8	67,6
	Διαφωνώ απόλυτα	72	32,4	32,4	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π47.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	117	52,7	52,7	52,7
	Συμφωνώ	91	41,0	41,0	93,7
	Διαφωνώ απόλυτα	14	6,3	6,3	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π48.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	3	1,4	1,4	1,4
	Συμφωνώ	18	8,1	8,1	9,5
	Διαφωνώ απόλυτα	201	90,5	90,5	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π49.

Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Το γενόσημο φάρμακο είναι πιο φθηνό]

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	17	7,7	7,7	7,7
	Συμφωνώ	66	29,7	29,7	37,4
	Διαφωνώ απόλυτα	139	62,6	62,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π50.

Από το 1 μέχρι το 10 πόσο εμπιστεύεστε την ιατρική κοινότητα στην επιλογή του φαρμάκου:

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	1	5	2,3	2,3	2,3
	3	1	,5	,5	2,7
	4	8	3,6	3,6	6,3
	5	13	5,9	5,9	12,2
	6	14	6,3	6,3	18,5
	7	66	29,7	29,7	48,2
	8	60	27,0	27,0	75,2
	9	36	16,2	16,2	91,4
	10	19	8,6	8,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π51.

Θέλετε ο γιατρός σας να σας συνταγογραφήει ένα φάρμακο βάσει:

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δραστικής ουσίας	200	90,1	90,1	90,1
	Εμπορικής ονομασίας	22	9,9	9,9	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π52.

Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι	103	46,4	46,4	46,4
	Όχι	119	53,6	53,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π53.

Πιστεύετε ότι η υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας έγινε για λόγους:					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ελέγχου φαρμακευτικής δαπάνης	103	46,4	46,4	46,4
	Περιορισμό της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών	119	53,6	53,6	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π54.

Πιστεύετε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων τα οποία συνεισφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και καλύτερη ποιότητα διαβίωσης στους ανθρώπους;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	15	6,8	6,8	6,8
	Συμφωνώ	156	70,3	70,3	77,0
	Διαφωνώ απόλυτα	51	23,0	23,0	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π55.

Ποιον οργανισμό θεωρείτε ως το πλέον κατάλληλο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα;					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων	147	66,2	66,2	66,2

	Υπουργείο Υγείας	29	13,1	13,1	79,3
	Ιατρική Κοινότητα	31	14,0	14,0	93,2
	Φαρμακευτικούς Συλλόγους	6	2,7	2,7	95,9
	Οργανώσεις ασθενών	9	4,1	4,1	100,0
	Total	222	100,0	100,0	

Π56.

Σχέση μεταξύ φύλου και ασφάλειας γενόσημων φαρμάκων			Σωστό	Λάθος	Total
FYLO	Άνδρας	Count	14	61	75
		Expected Count	20,3	54,7	75,0
	Γυναίκα	Count	46	101	147
		Expected Count	39,7	107,3	147,0
Total		Count	60	162	222
		Expected Count	60,0	162,0	222,0

Π57.

Σχέση μεταξύ ηλικίας και γνώσεων για τα γενόσημα						
			Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	Όχι, δεν τα γνωρίζω.	Total
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	Count	6	5	2	13
		Expected Count	6,1	5,7	1,1	13,0
	25-39	Count	47	44	11	102
		Expected Count	48,2	45,0	8,7	102,0
	40-54	Count	39	33	4	76
		Expected Count				

		Expected Count	35,9	33,5	6,5	76,0
	55-65	Count	7	10	2	19
		Expected Count	9,0	8,4	1,6	19,0
	>65	Count	6	6	0	12
		Expected Count	5,7	5,3	1,0	12,0
Total		Count	105	98	19	222
		Expected Count	105,0	98,0	19,0	222,0

Π58.

Σχέση μεταξύ ηλικίας και χρήσης γενόσημων φαρμάκων						
			Ναι	Όχι	Total	
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	Count	11	2	13	
		Expected Count	9,8	3,2	13,0	
	25-39	Count	76	26	102	
		Expected Count	76,7	25,3	102,0	
	40-54	Count	57	19	76	
		Expected Count	57,2	18,8	76,0	
	55-65	Count	16	3	19	
		Expected Count	14,3	4,7	19,0	
	>65	Count	7	5	12	
		Expected Count	9,0	3,0	12,0	
	Total		Count	167	55	222
			Expected Count	167,0	55,0	222,0

Π59.

Σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και γνώσεων για τα γενόσημα							
			Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.	Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.	Όχι, δεν τα γνωρίζω.	Total	
MORFWSH	Γυμνάσιο	Count	1	1	0	2	
		Expected Count	,9	,9	,2	2,0	
	Λύκειο	Count	17	7	1	25	
		Expected Count	11,8	11,0	2,1	25,0	
	ΙΕΚ- Ανώτερη Σχολή	Count	7	12	1	20	
		Expected Count	9,5	8,8	1,7	20,0	
	ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	Count	49	35	11	95	
		Expected Count	44,9	41,9	8,1	95,0	
	Μεταπτυχιακό	Count	26	35	6	67	
		Expected Count	31,7	29,6	5,7	67,0	
	Διδακτορικό	Count	5	8	0	13	
		Expected Count	6,1	5,7	1,1	13,0	
	Total		Count	105	98	19	222
			Expected Count	105,0	98,0	19,0	222,0

Π60.

Σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και χρήσης γενόσημων φαρμάκων					
			Ναι	Όχι	Total
MORFWSH	Γυμνάσιο	Count	2	0	2
		Expected	1,5	,5	2,0
		Count			
	Λύκειο	Count	17	8	25
		Expected	18,8	6,2	25,0
		Count			
	ΙΕΚ- Ανώτερη Σχολή	Count	15	5	20
		Expected	15,0	5,0	20,0
		Count			
	ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	Count	74	21	95
		Expected	71,5	23,5	95,0
		Count			
	Μεταπτυχιακό	Count	49	18	67
		Expected	50,4	16,6	67,0
Count					
Διδακτορικό	Count	10	3	13	
	Expected	9,8	3,2	13,0	
	Count				
Total		Count	167	55	222
		Expected	167,0	55,0	222,0
		Count			

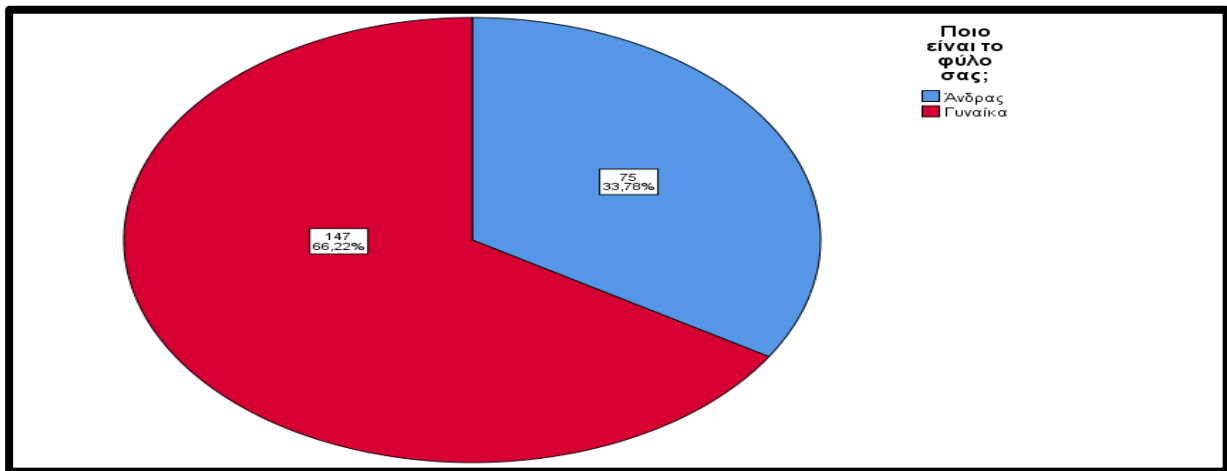
Π61.

Σχέση μεταξύ εισοδήματος και αποδοχής αντικατάστασης πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα από το φαρμακοποιό.					
			Ναι	Όχι	Total
EISODHMA	1-500 ευρώ	Count	25	22	47
		Expected	21,8	25,2	47,0
		Count			

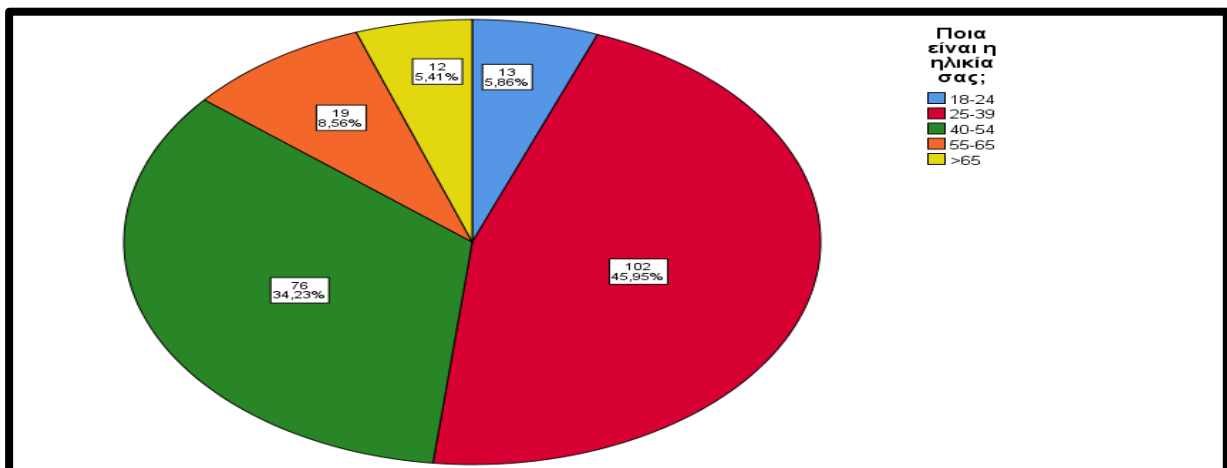
	501-1000 ευρώ	Count	36	48	84
		Expected Count	39,0	45,0	84,0
	1001-2000 ευρώ	Count	38	40	78
		Expected Count	36,2	41,8	78,0
	>2001 ευρώ	Count	4	9	13
		Expected Count	6,0	7,0	13,0
Total	Count	103	119	222	
	Expected Count	103,0	119,0	222,0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

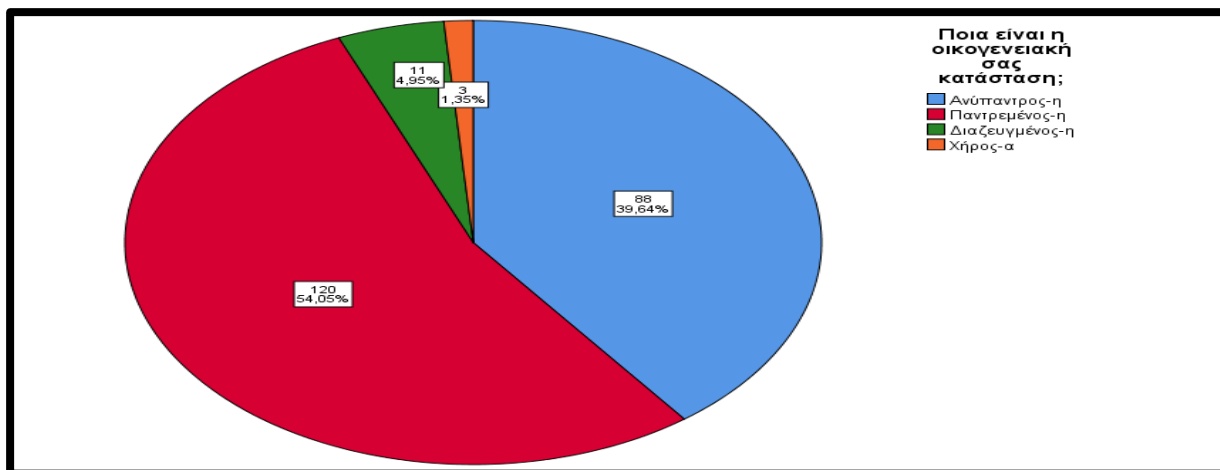
Σχήματα



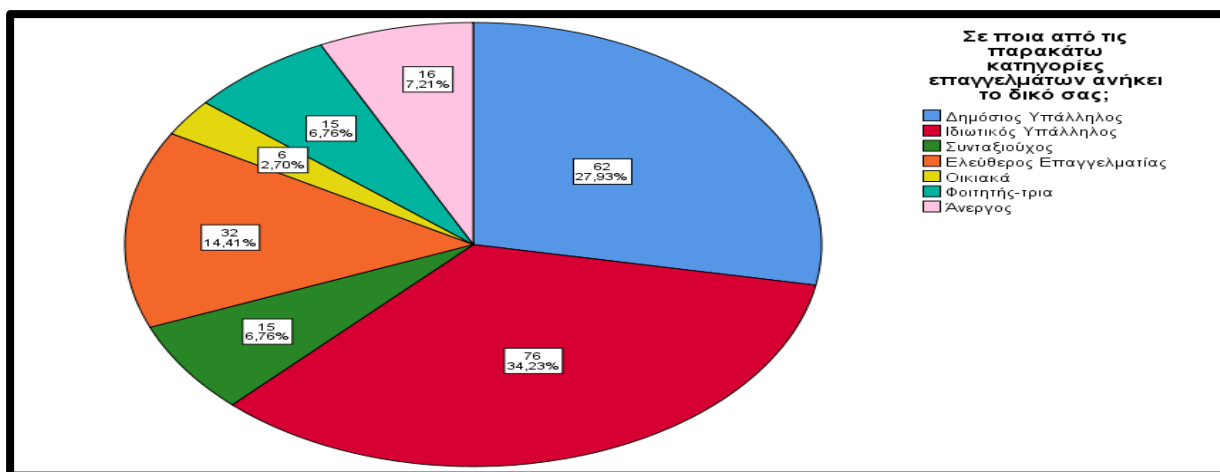
Σχ1. Ποιο είναι το φύλο σας;



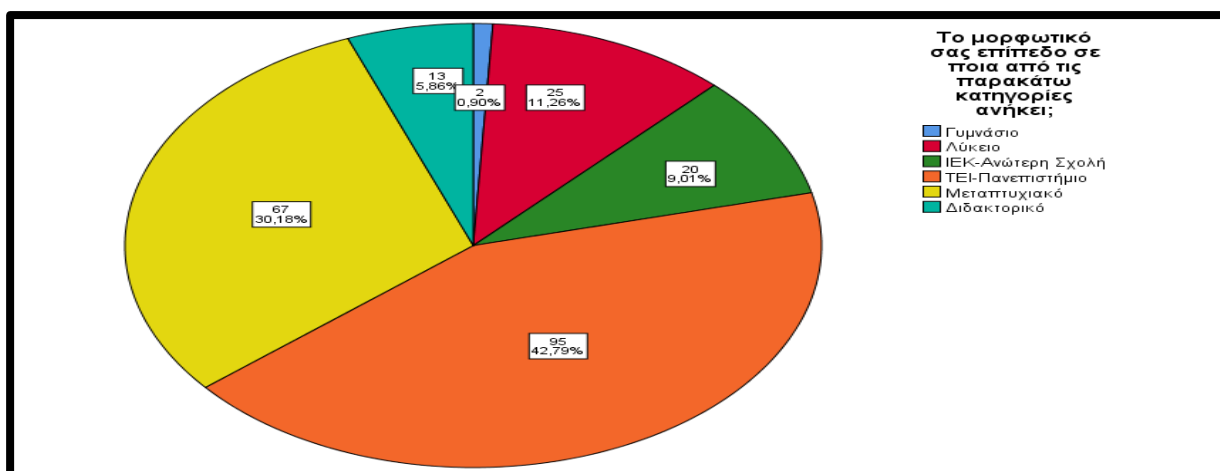
Σχ2. Ποια είναι η ηλικία σας;



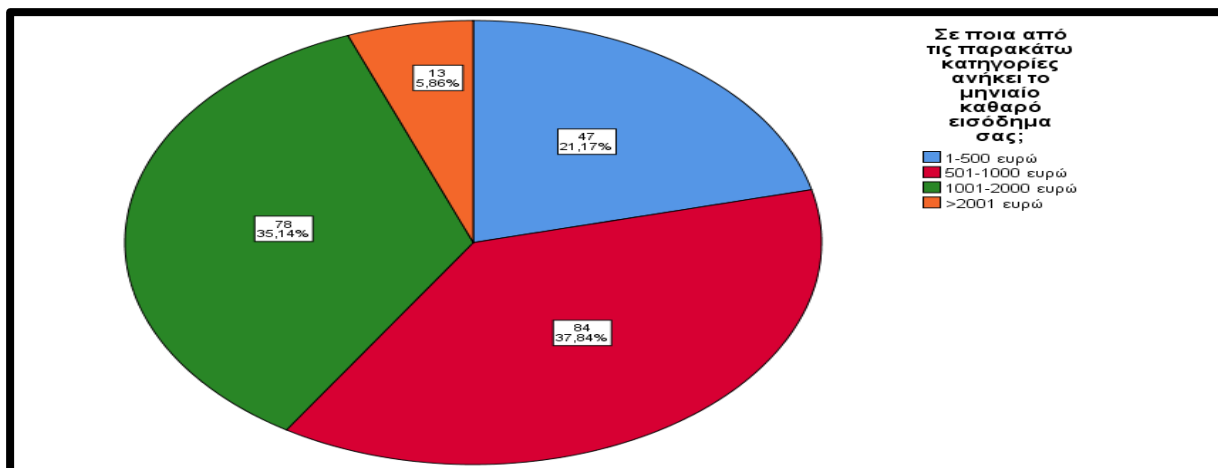
Σχ3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;



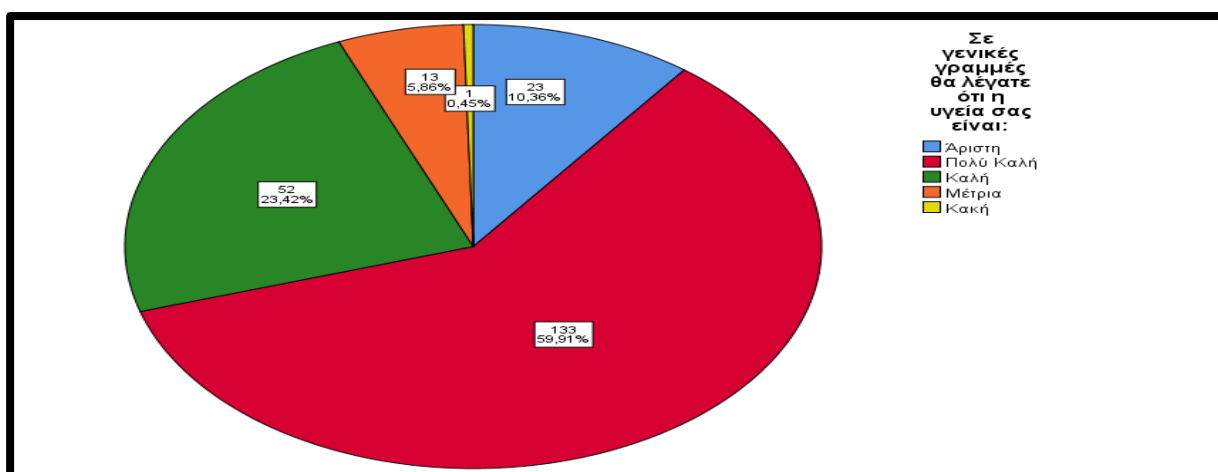
Σχ4. Σε ποιες κατηγορίες επαγγελματιών ανήκει το δικό σας;



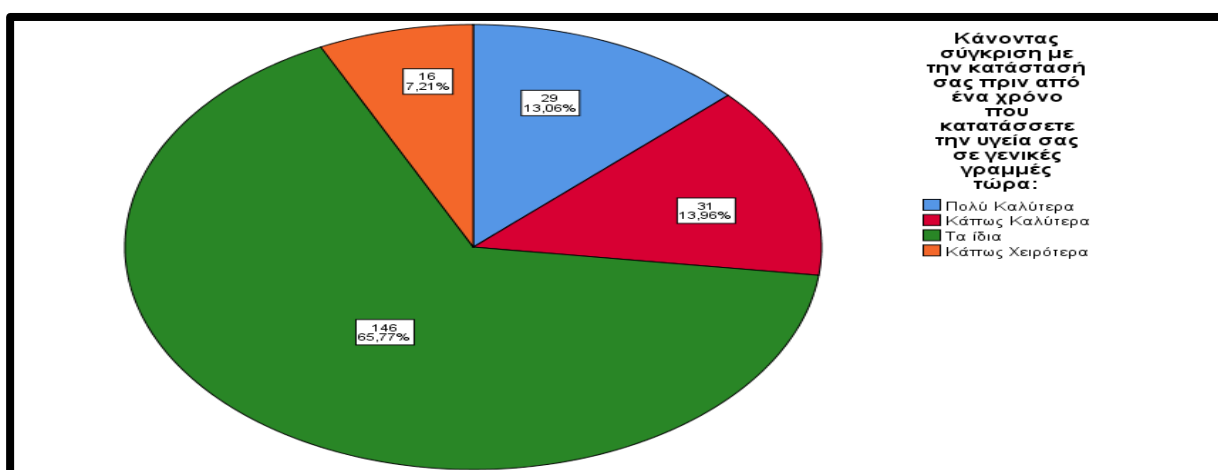
Σχ5. Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει;



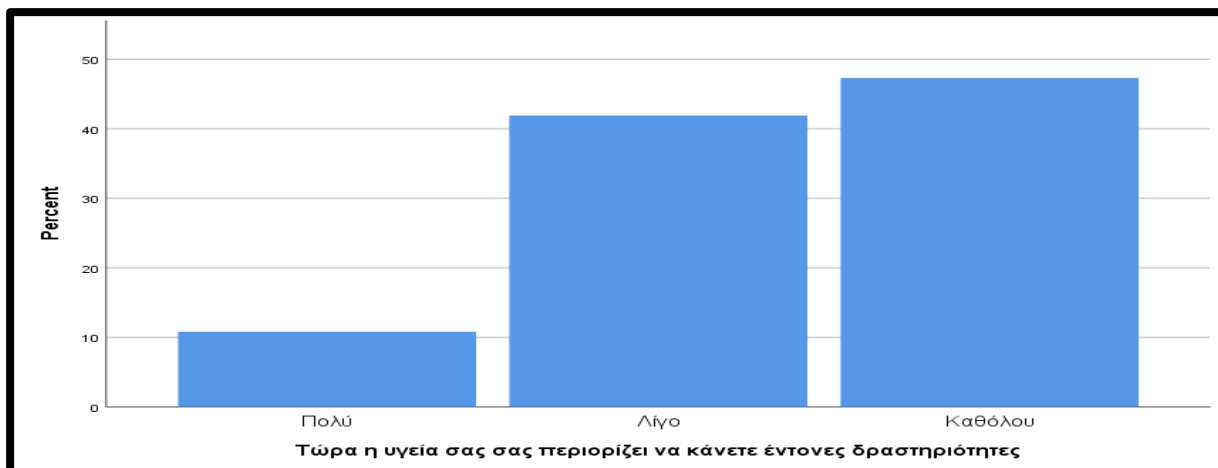
Σχ6. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας;



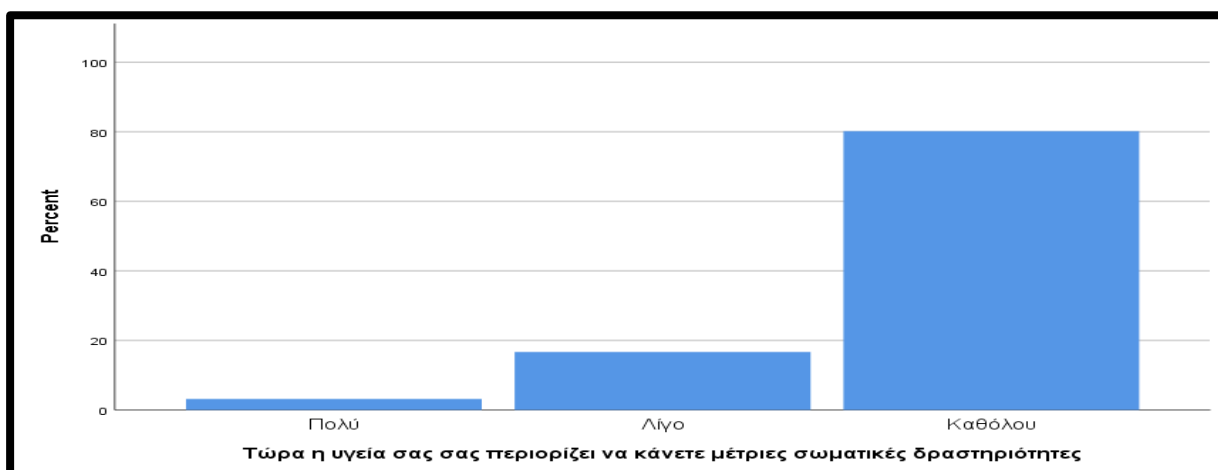
Σχ7. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:



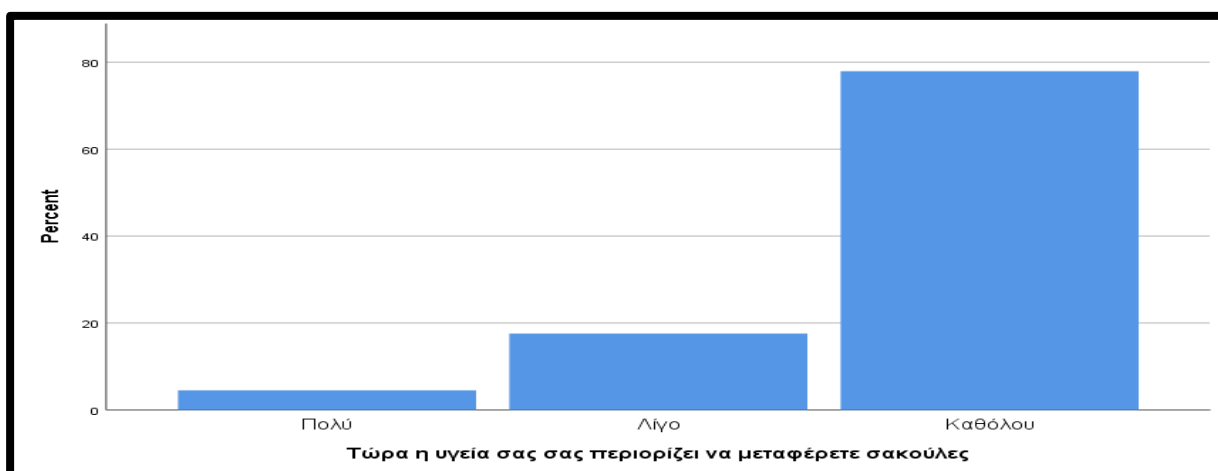
Σχ8. Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:



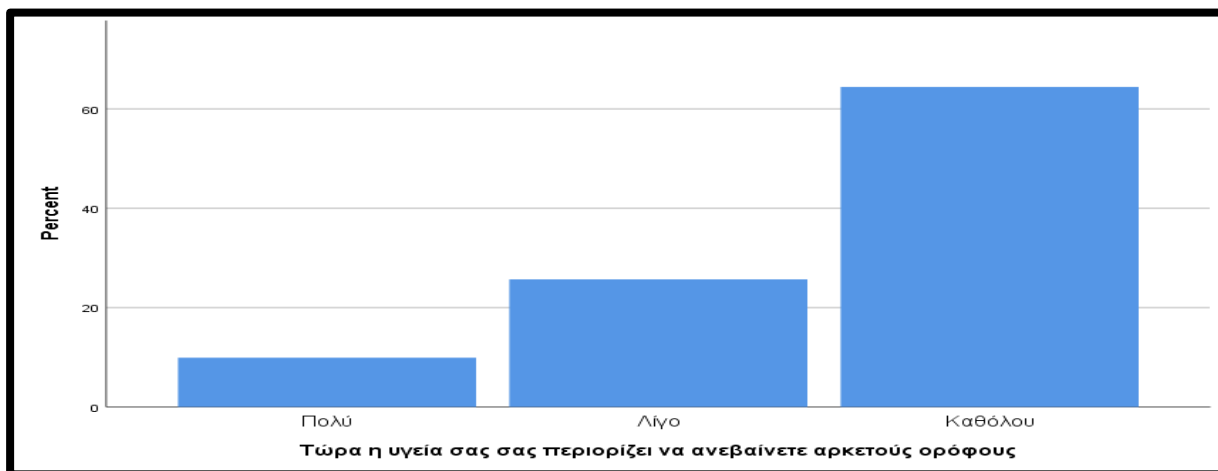
Σχ9. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα]



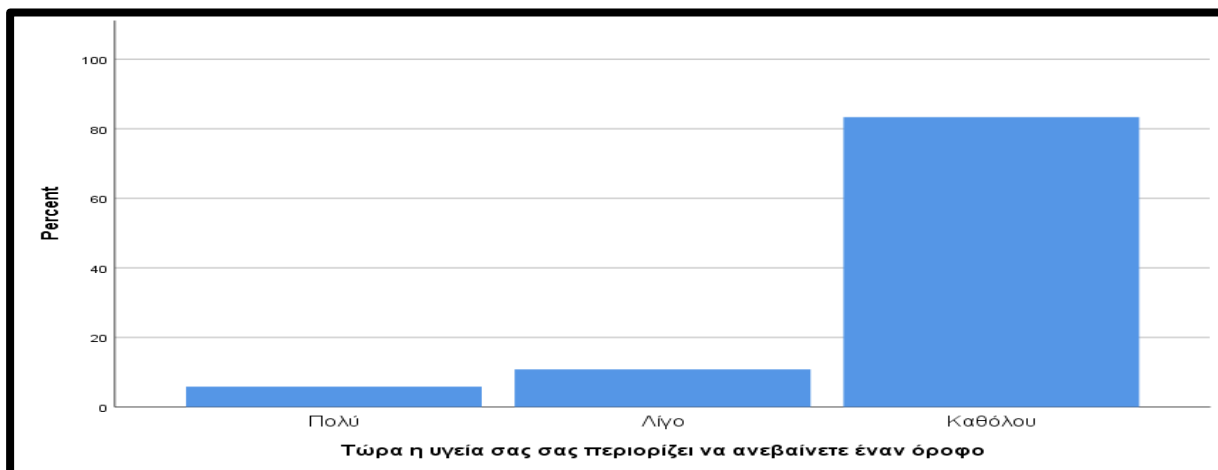
Σχ10. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο]



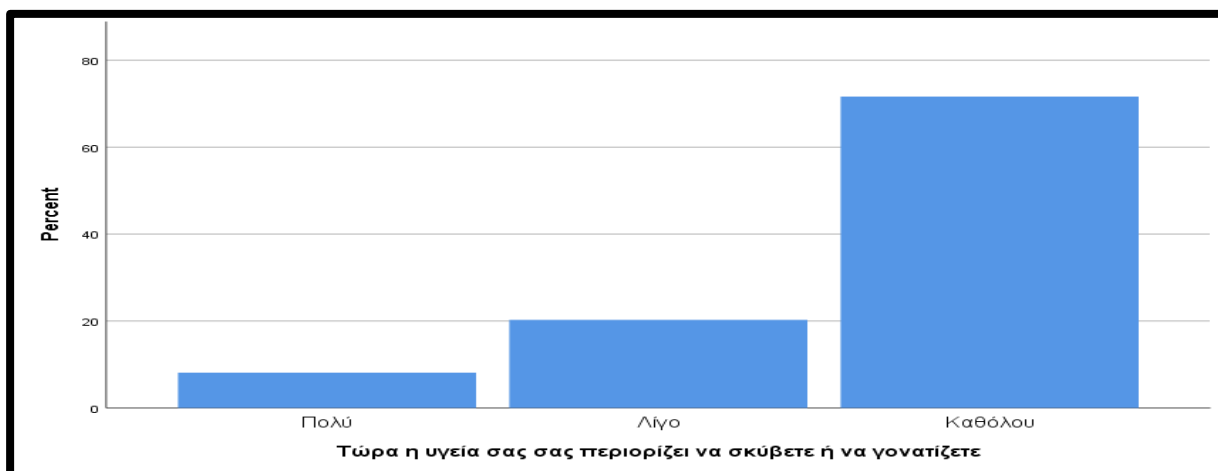
Σχ11. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ]



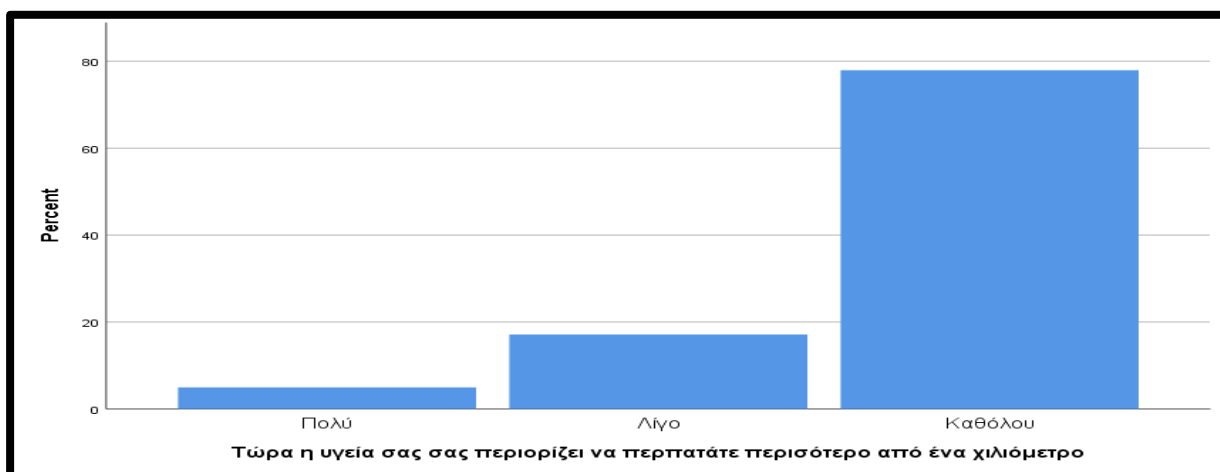
Σχ12. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες]



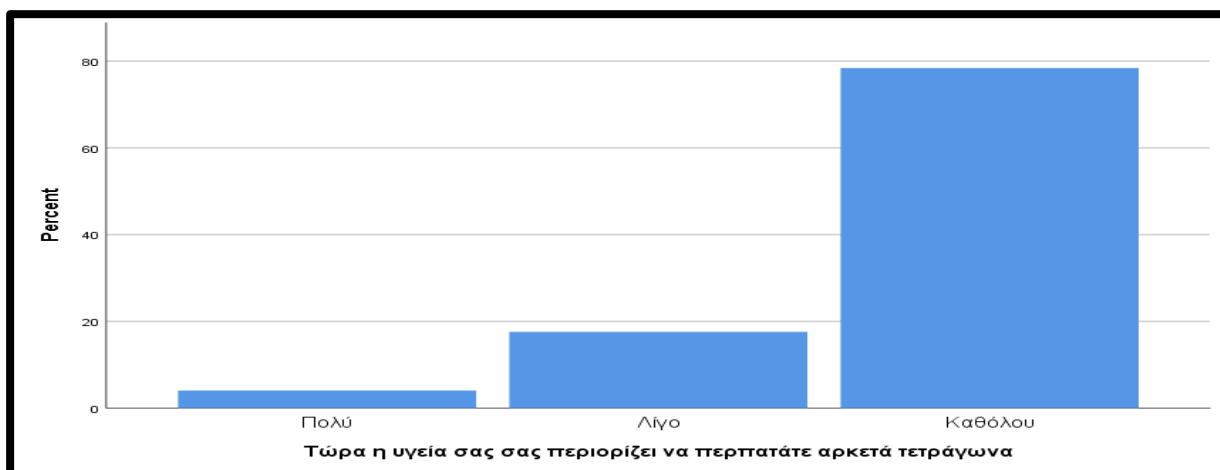
Σχ13. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες]



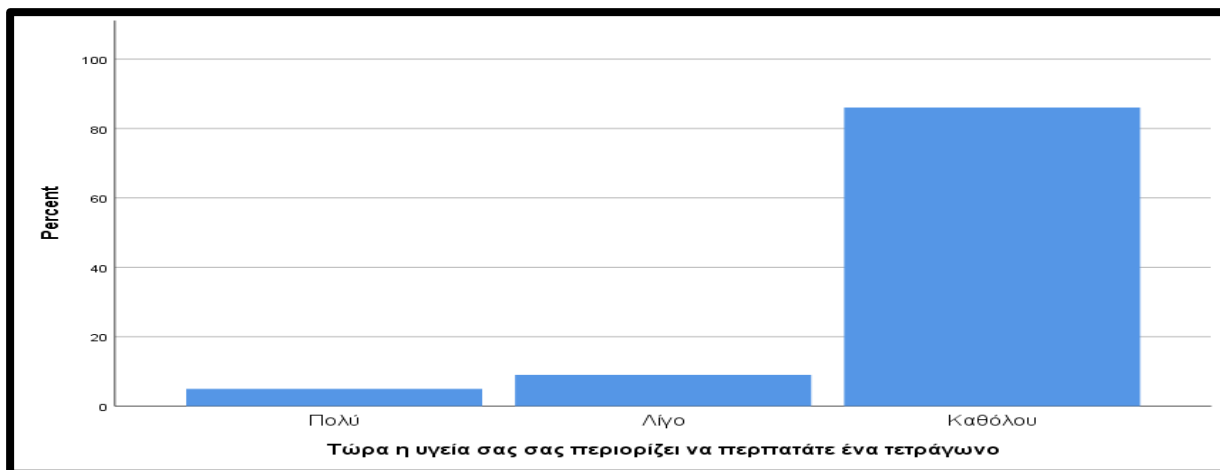
Σχ14. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να σκύβετε ή να γονατίζετε]



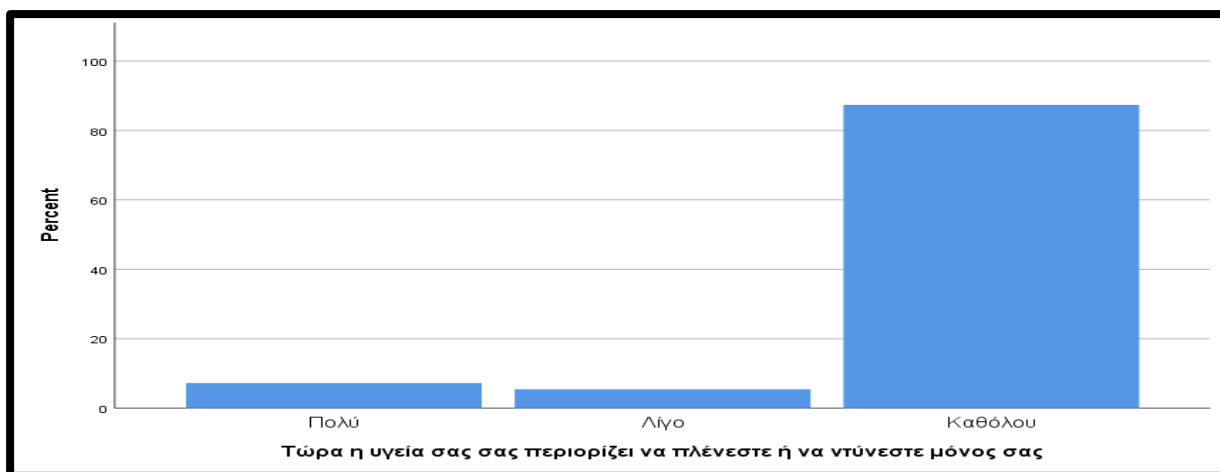
Σχ15. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο]



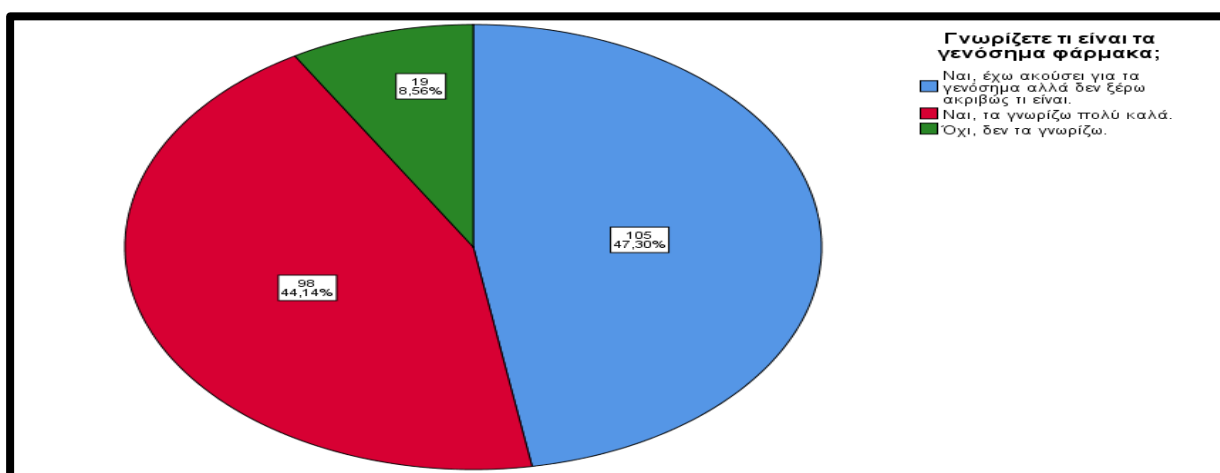
Σχ16. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα]



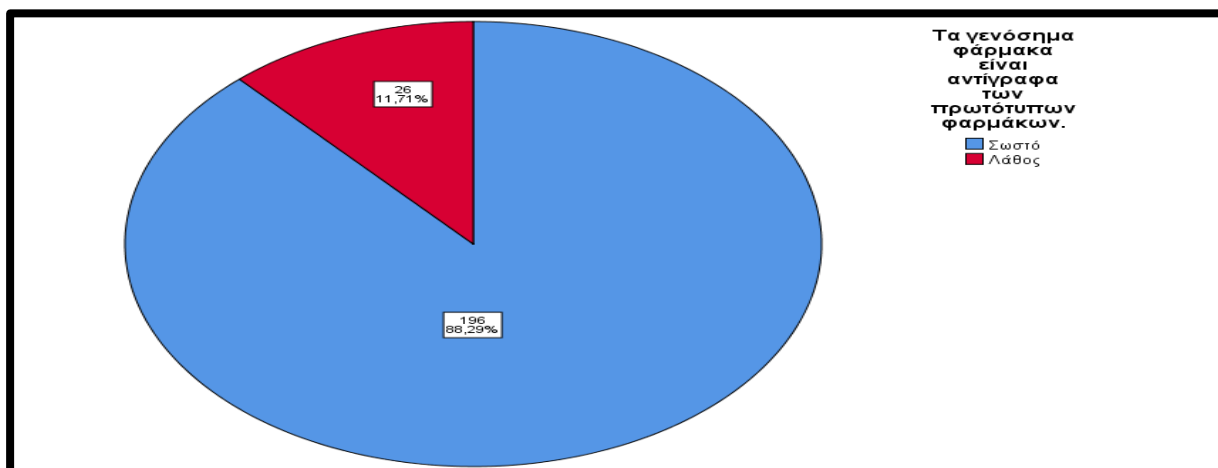
Σχ17. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να περπατάτε ένα τετράγωνο]



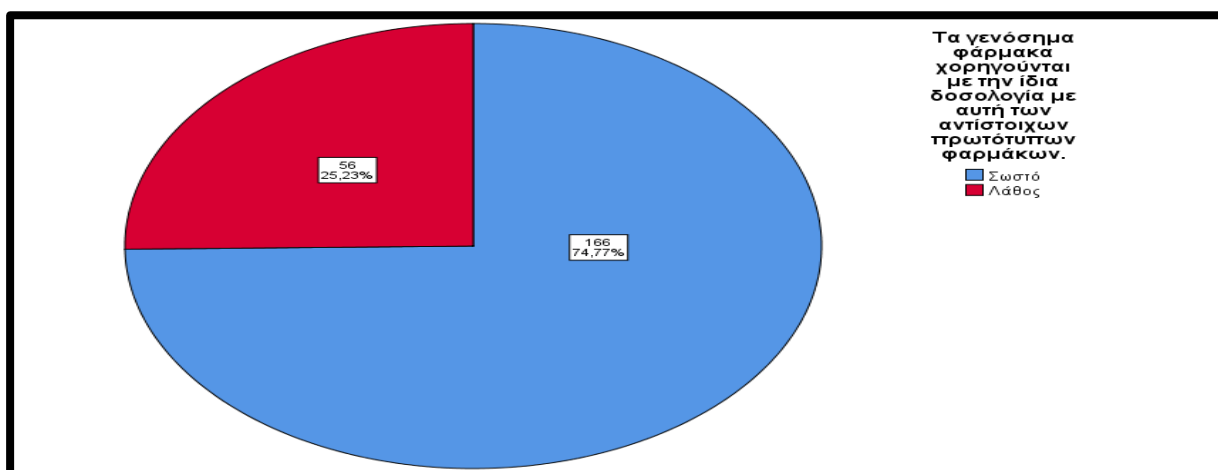
Σχ18. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει: [Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνοι /η σας]



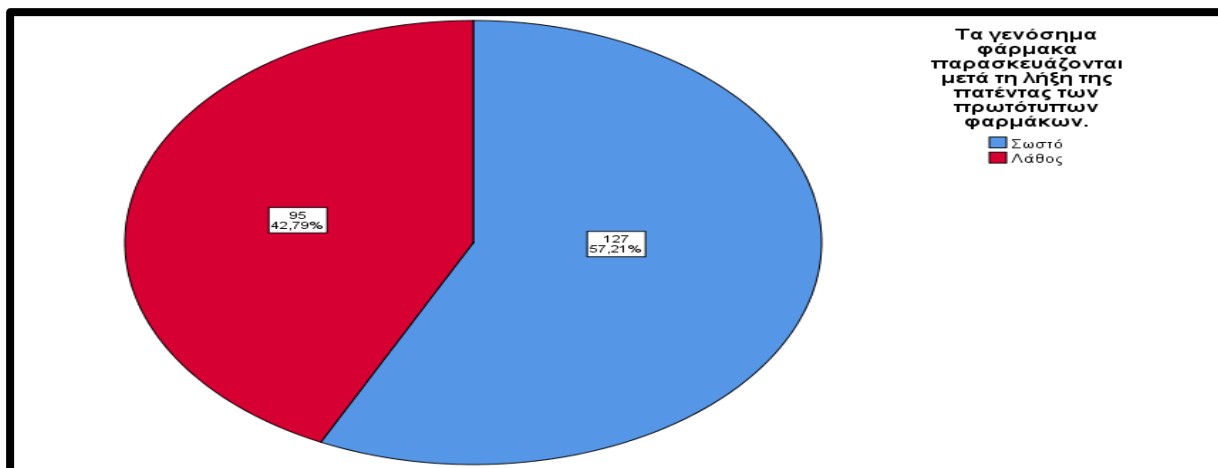
Σχ19. Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;



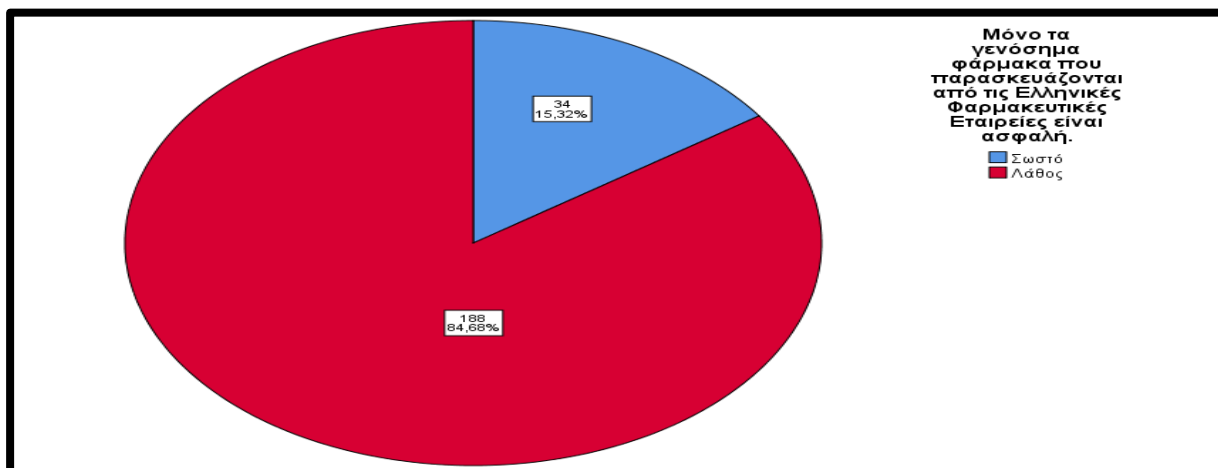
Σχ20. Τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων.



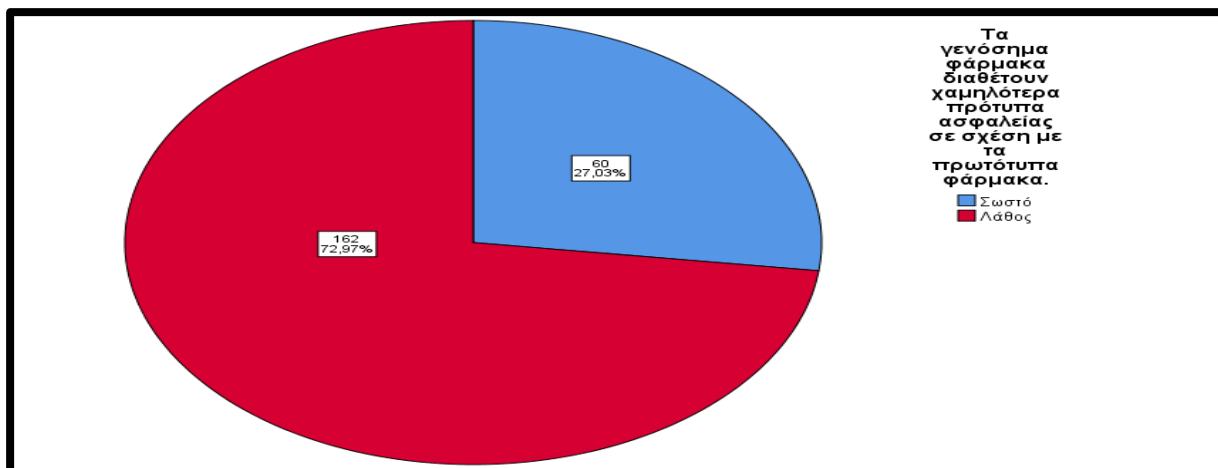
Σχ21. Τα γενόσημα φάρμακα χορηγούνται με την ίδια δοσολογία με αυτή των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων.



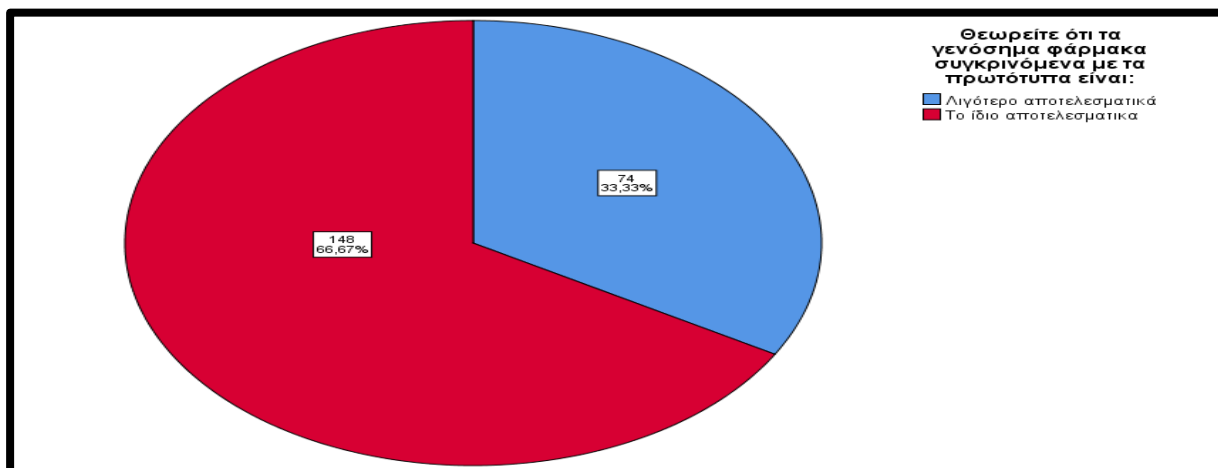
Σχ22. Τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων.



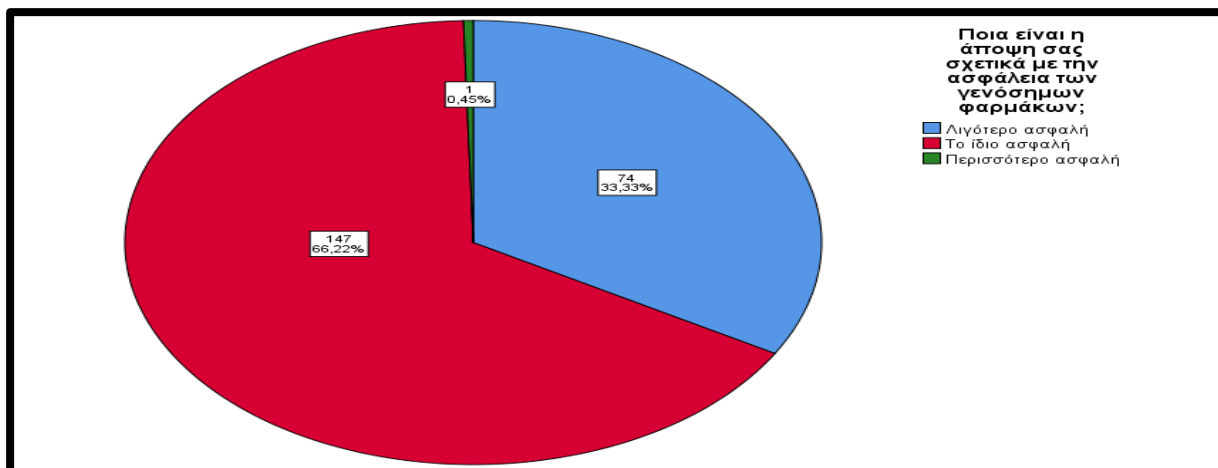
Σχ23. Μόνο τα γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται από τις Ελληνικές Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι ασφαλή.



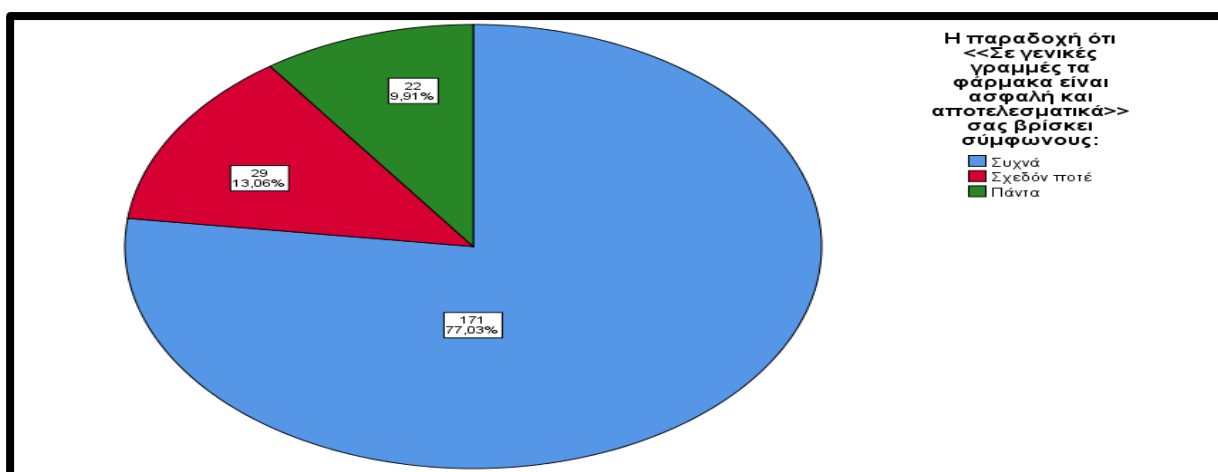
Σχ24. Τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.



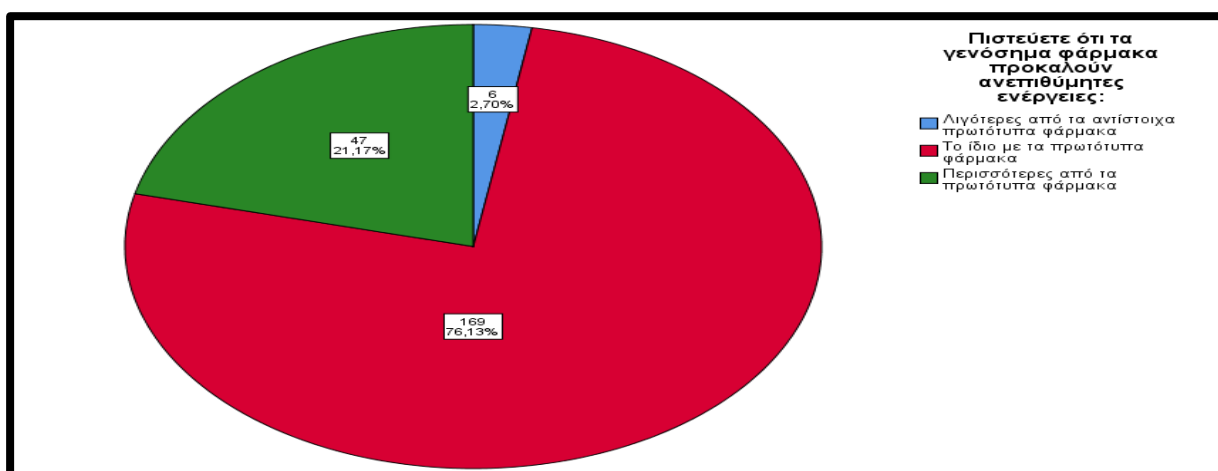
Σχ25. Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα είναι:



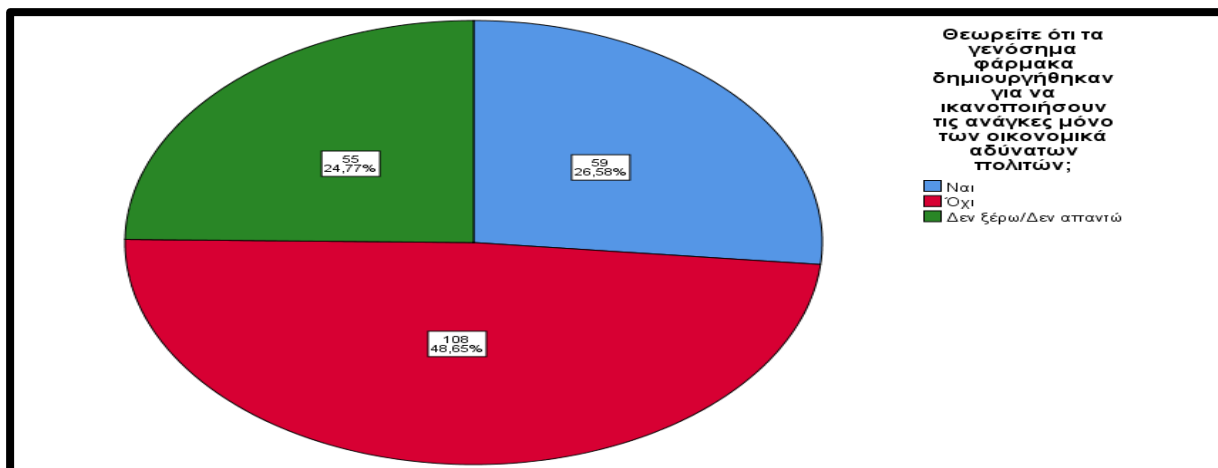
Σχ26. Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων;



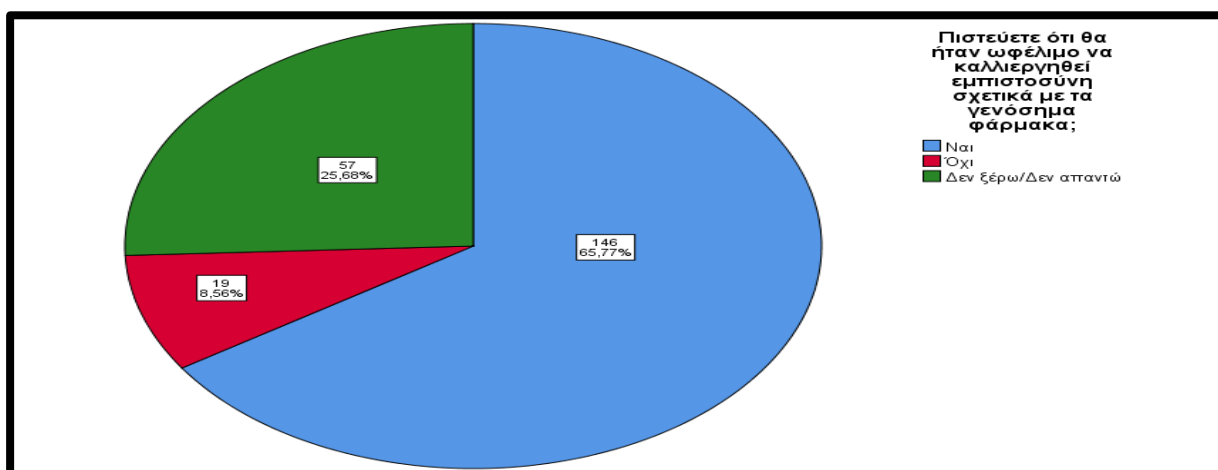
Σχ27. Η παραδοχή ότι <<Σε γενικές γραμμές τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά>> σας βρίσκει σύμφωνους:



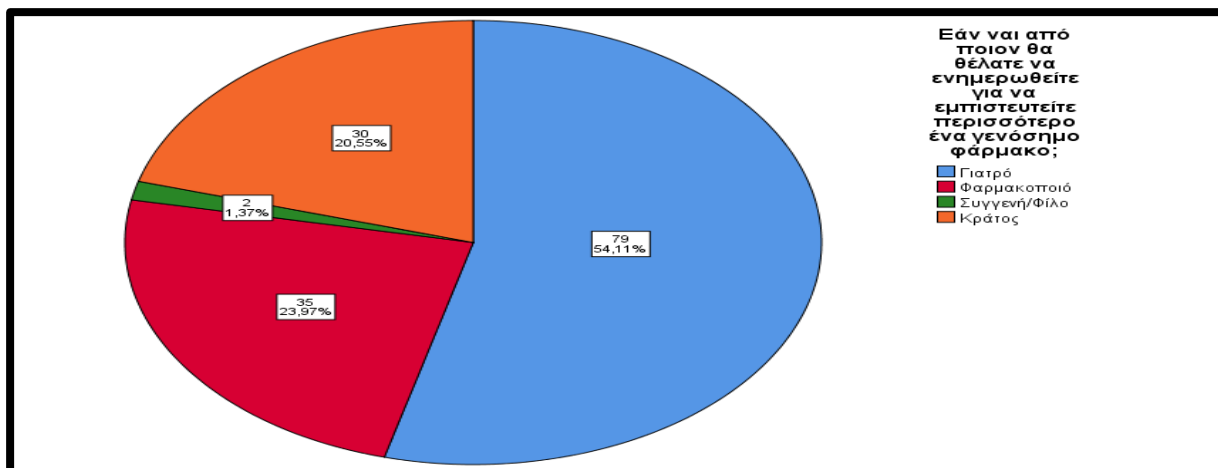
Σχ28. Πιστεύετε ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες:



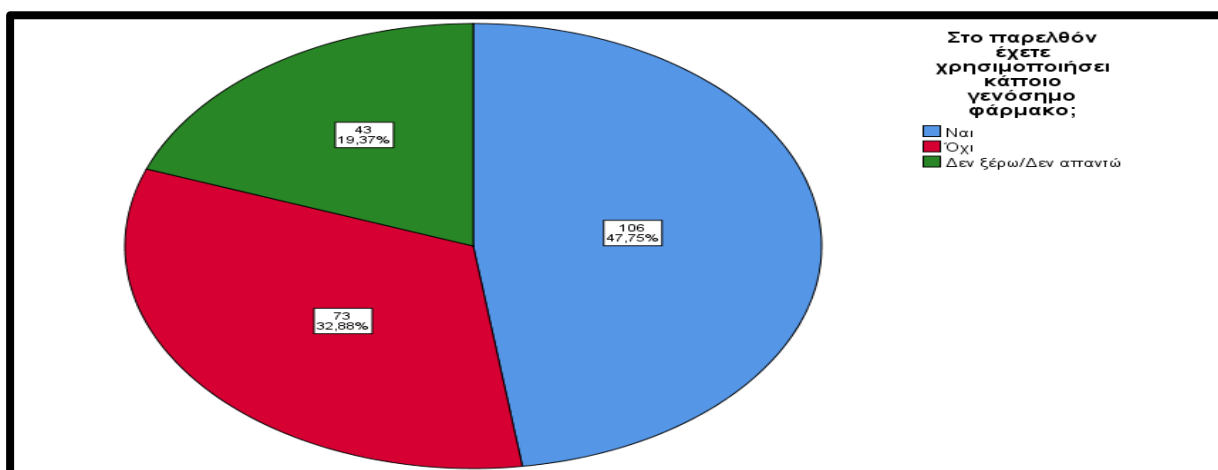
Σχ29. Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα δημιουργήθηκαν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες μόνο των οικονομικά αδύνατων πολιτών;



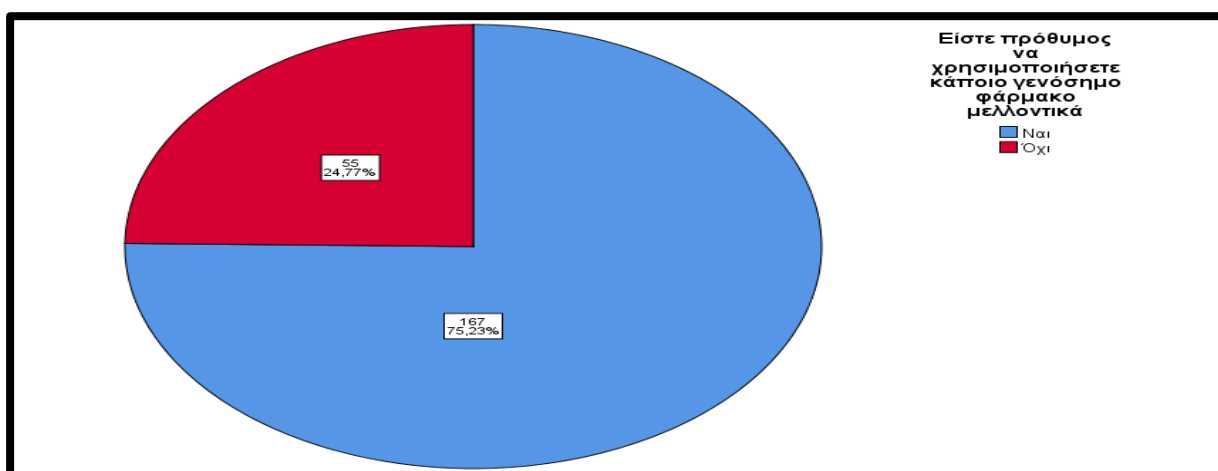
Σχ30. Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα;



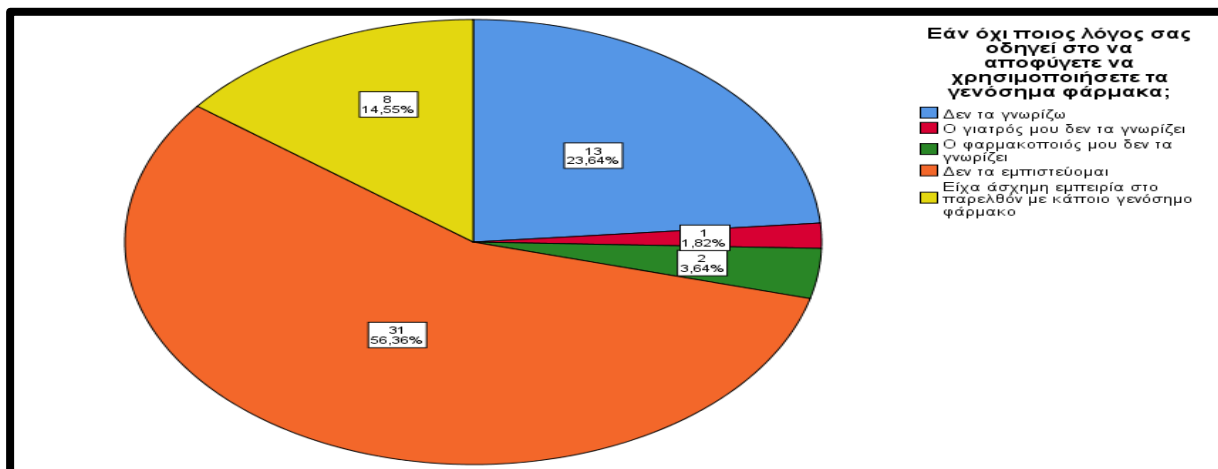
Σχ31. Εάν ναι από ποιον θα θέλατε να ενημερωθείτε για να εμπιστευτείτε περισσότερο ένα γενόσημο φάρμακο;



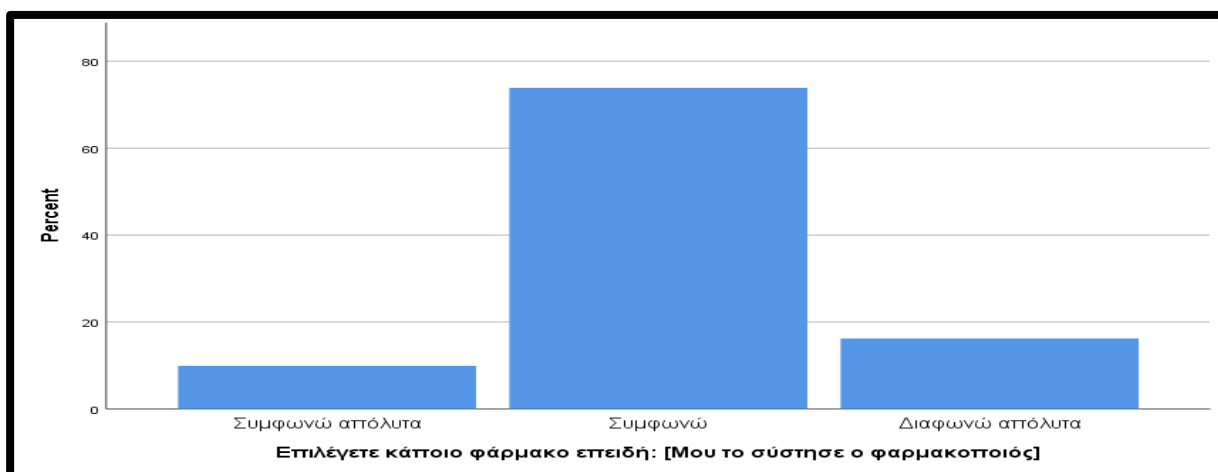
Σχ32. Στο παρελθόν έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο;



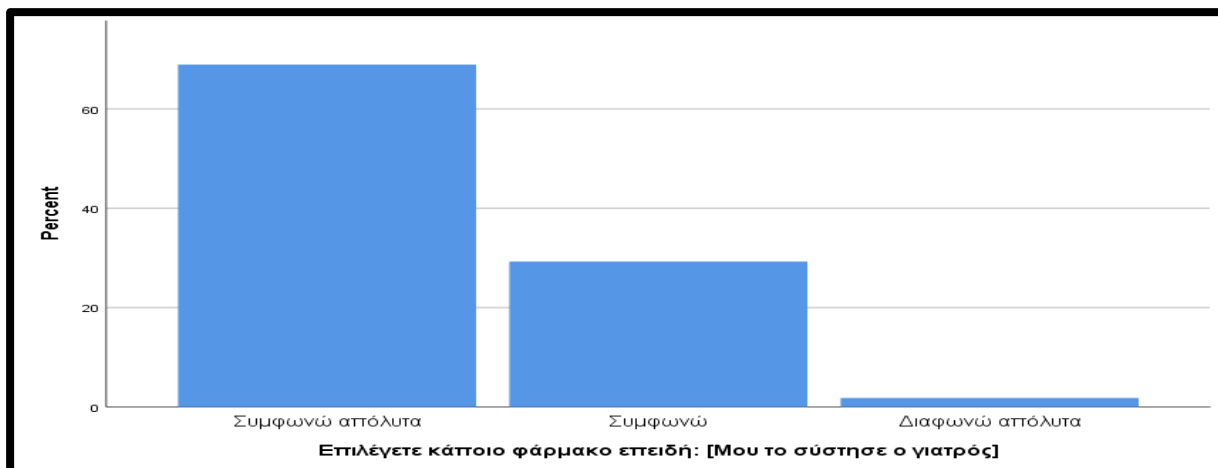
Σχ33. Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά



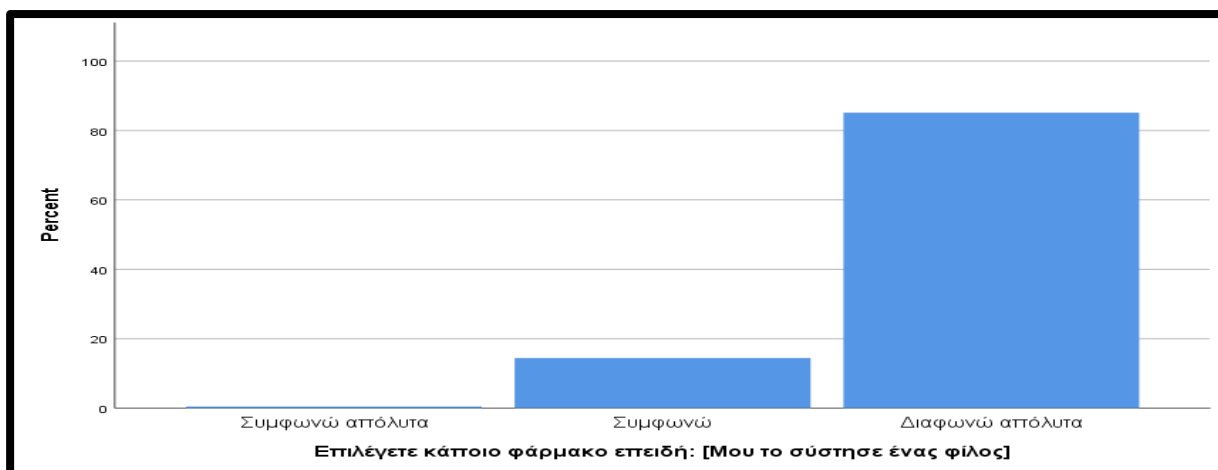
Σχ34. Εάν όχι ποιος λόγος σας οδηγεί στο να αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε τα γενόσημα φάρμακα;



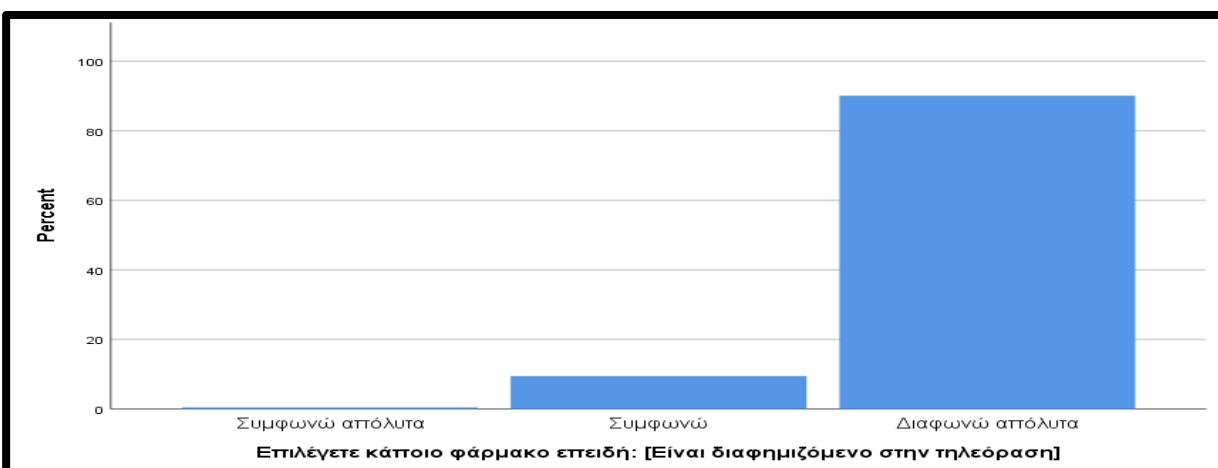
Σχ35. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]



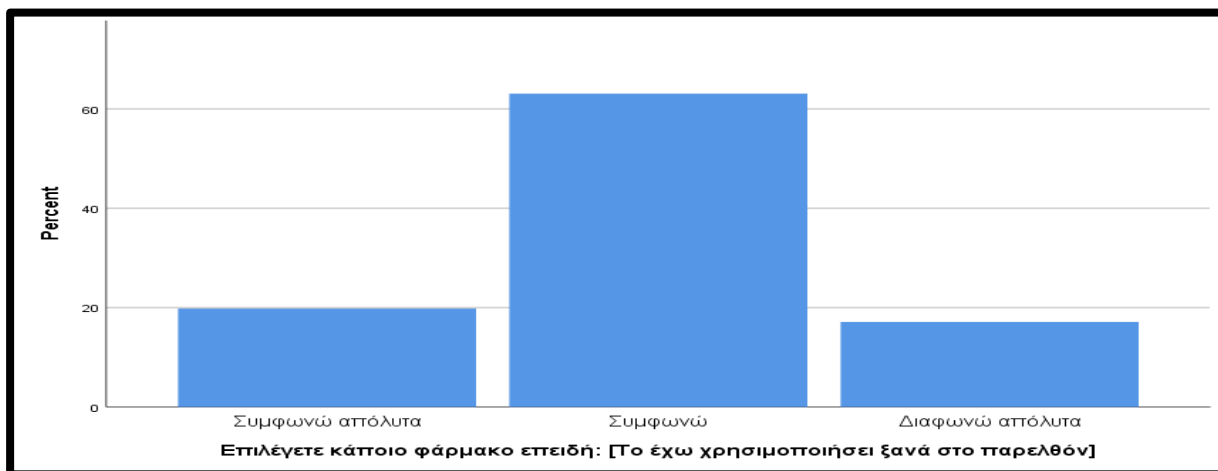
Σχ36. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]



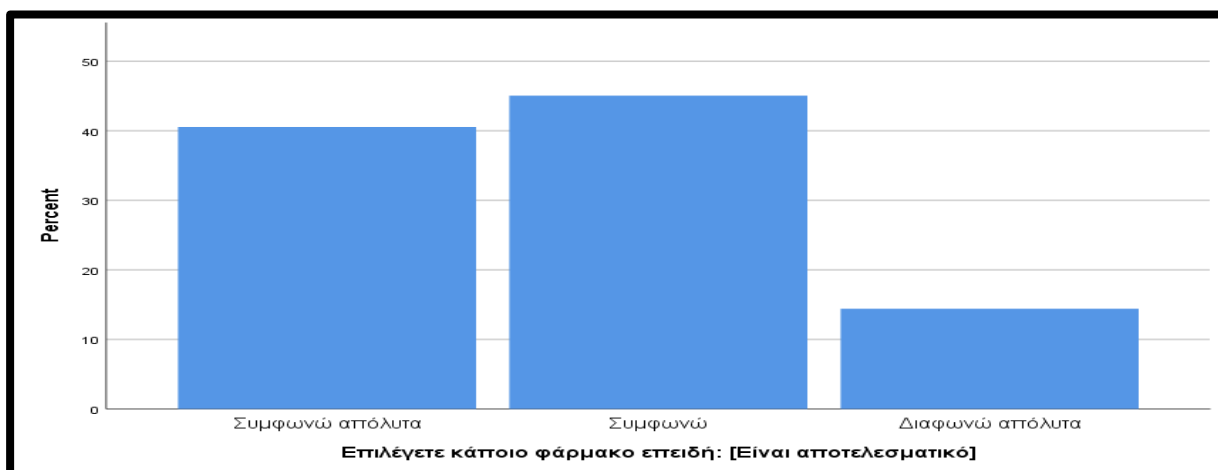
Σχ37. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]



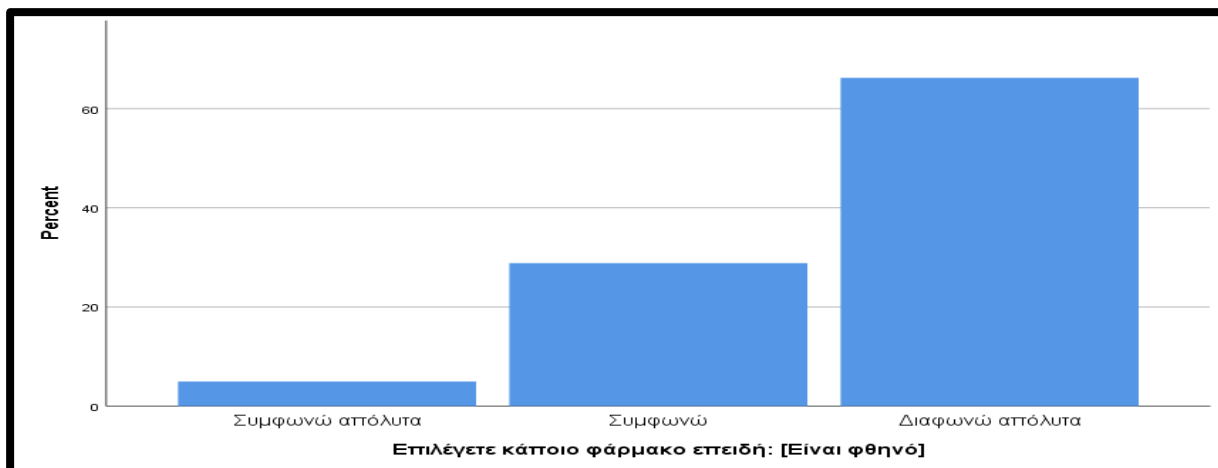
Σχ38. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι διαφημιζόμενο στην τηλεόραση]



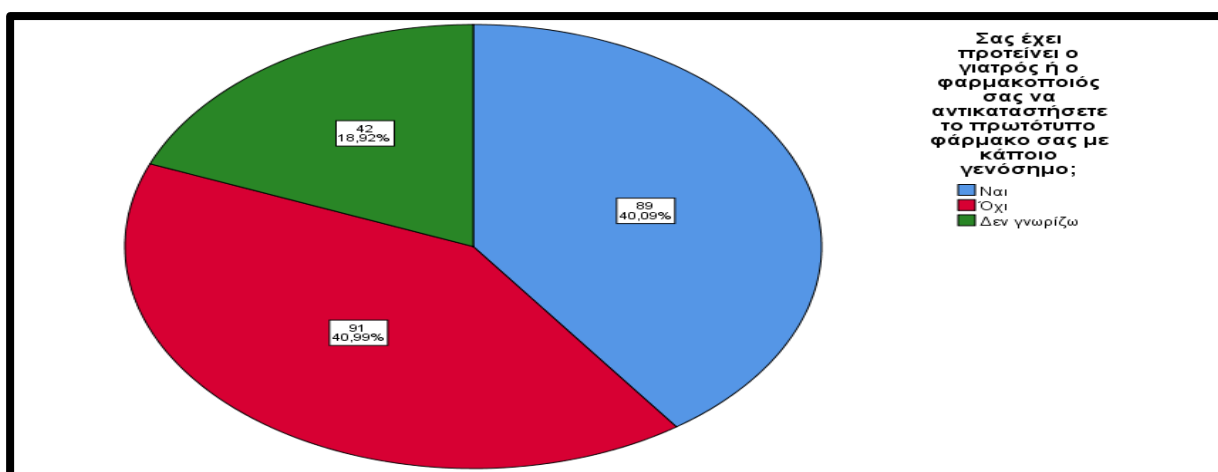
Σχ39. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Το έχω χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν]



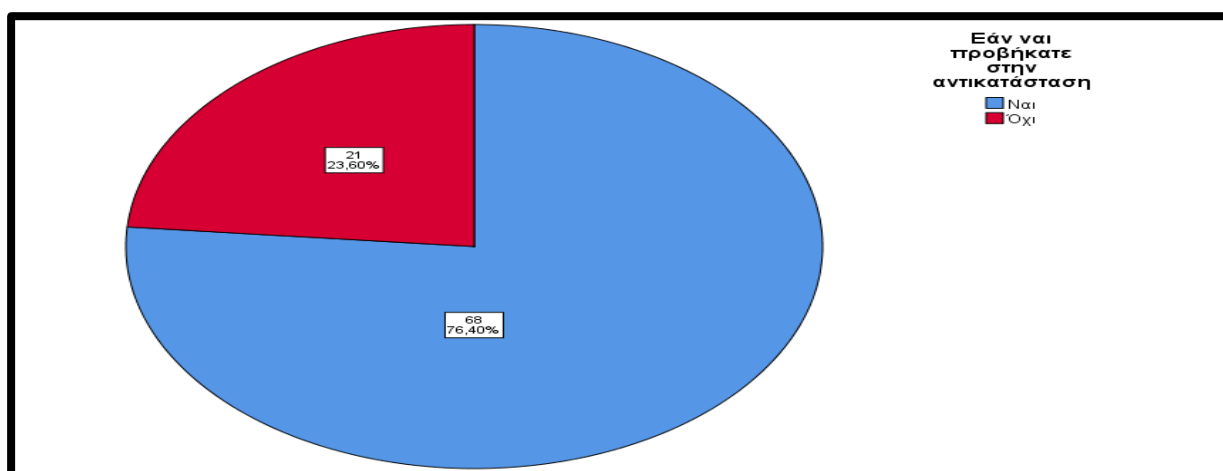
Σχ40. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι αποτελεσματικό]



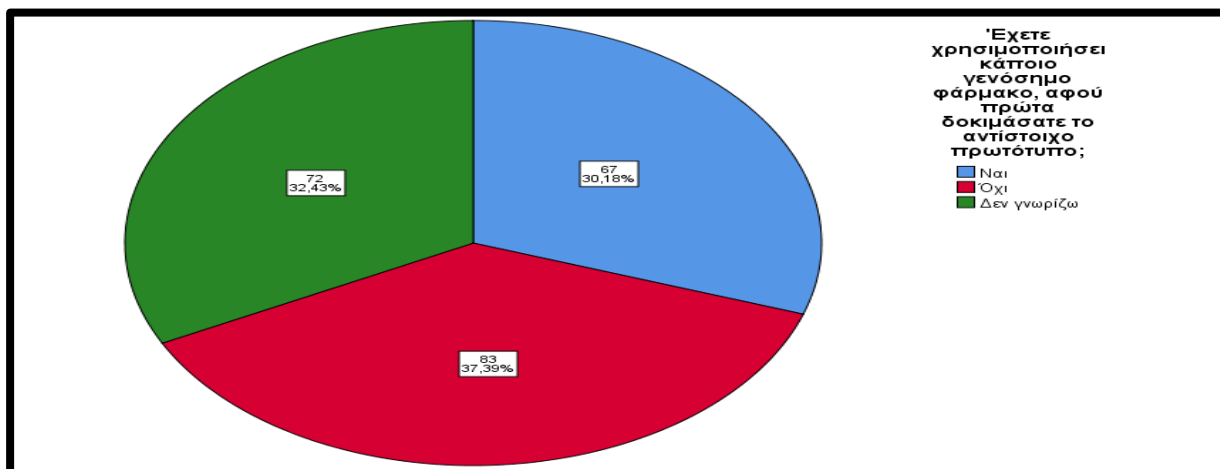
Σχ41. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή: [Είναι φθηνό]



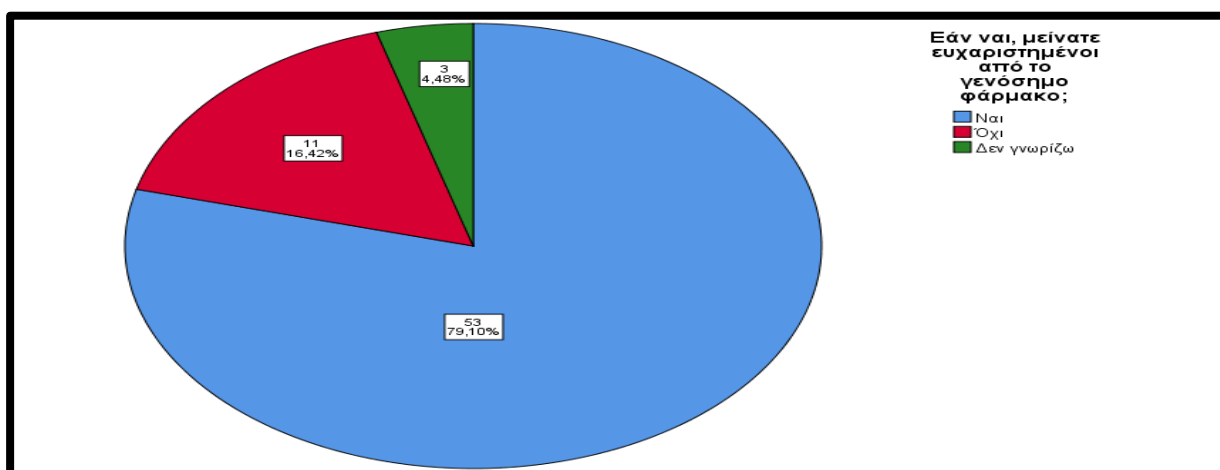
Σχ42. Σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το πρωτότυπο φάρμακο σας με κάποιο γενόσημο;



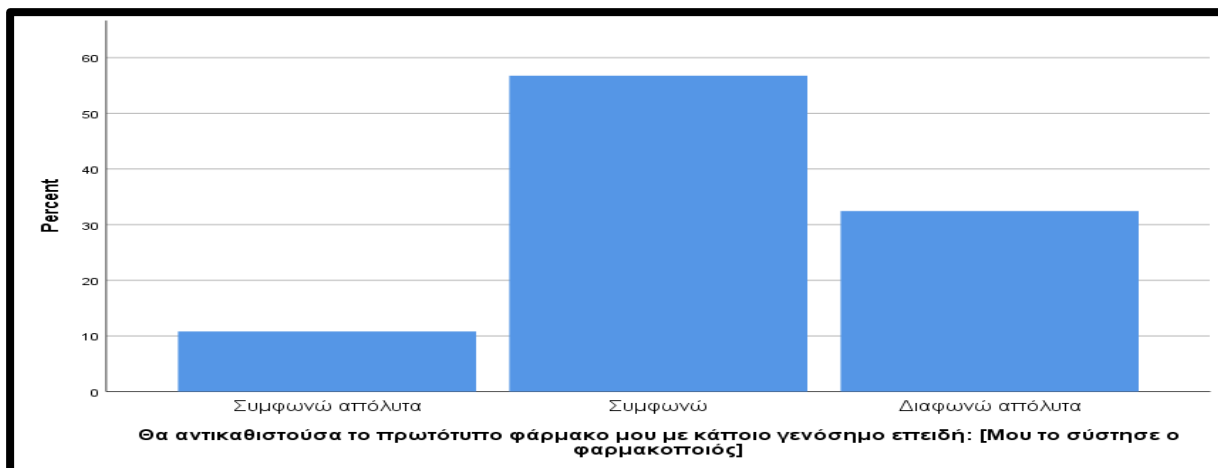
Σχ43. Εάν ναι προβήκατε σε αυτή την αντικατάσταση;



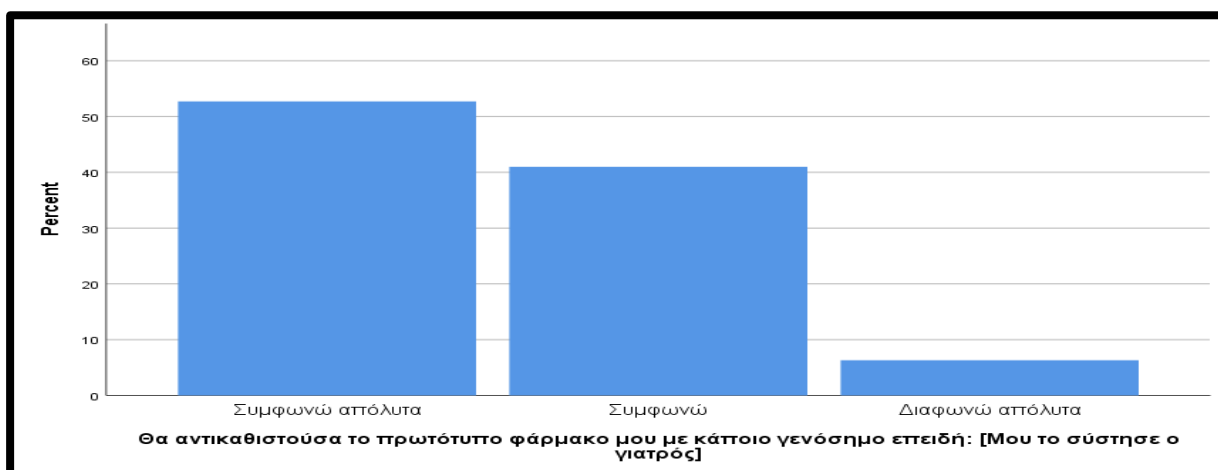
Σχ44. Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο, αφού πρώτα δοκιμάσατε το αντίστοιχο πρωτότυπο;



Σχ45. Εάν ναι, μείνατε ευχαριστημένοι από το γενόσημο φάρμακο;



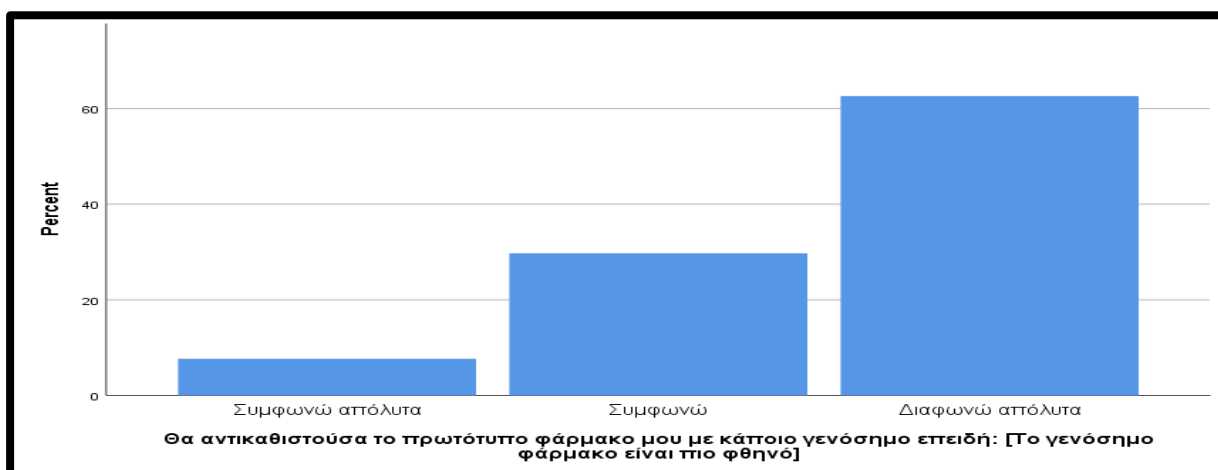
Σχ46. Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός]



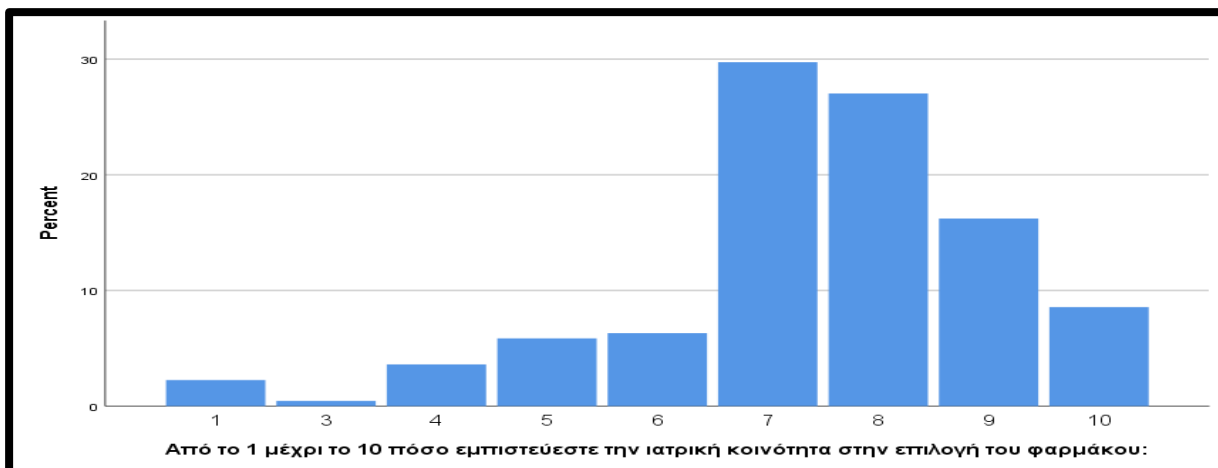
Σχ47. Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ο γιατρός]



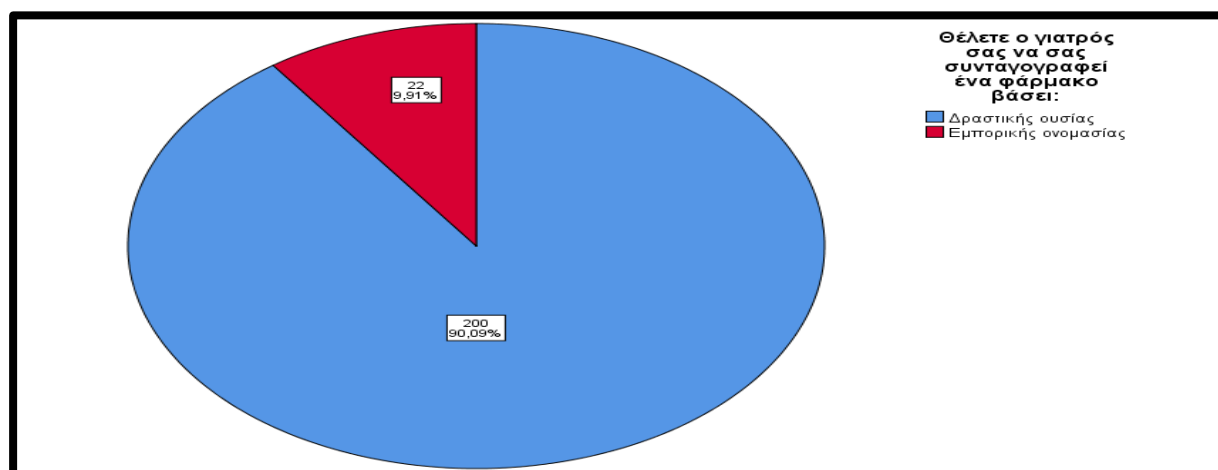
Σχ48. Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Μου το σύστησε ένας φίλος]



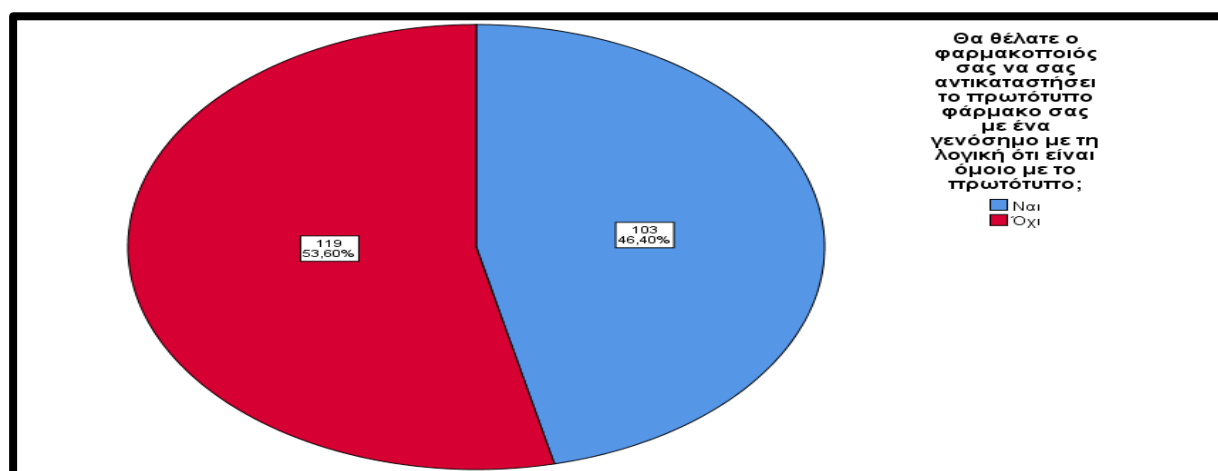
Σχ49. Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή: [Το γενόσημο φάρμακο είναι πιο φθηνό]



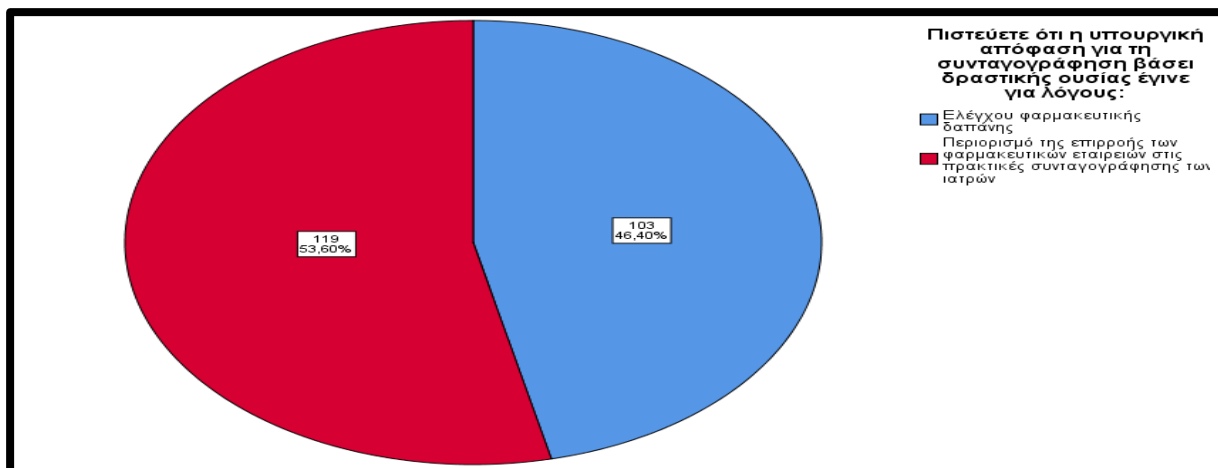
Σχ50. Από το 1 μέχρι το 10 πόσο εμπιστεύεστε την ιατρική κοινότητα στην επιλογή του φαρμάκου:



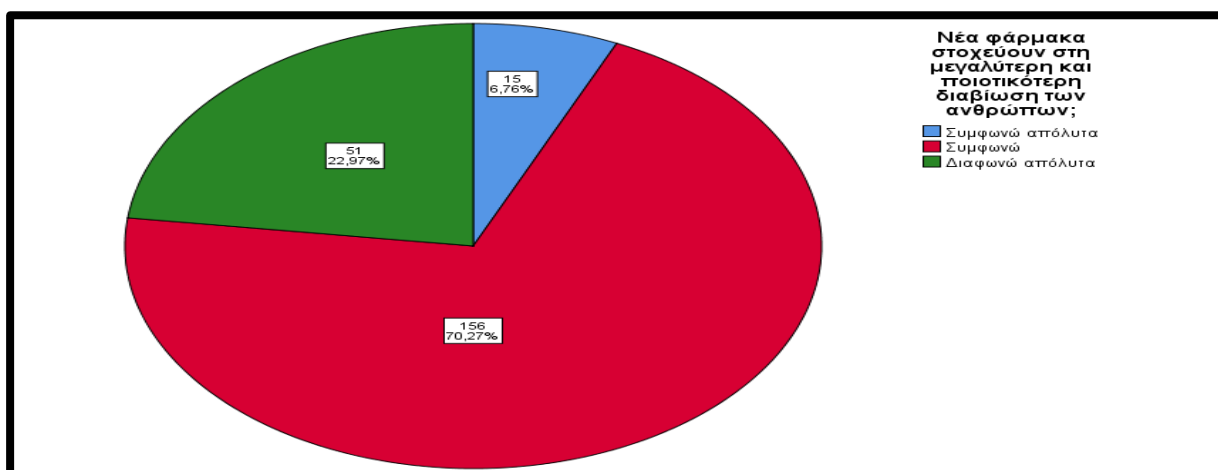
Σχ51. Θέλετε ο γιατρός σας να σας συνταγογραφήει ένα φάρμακο βάσει:



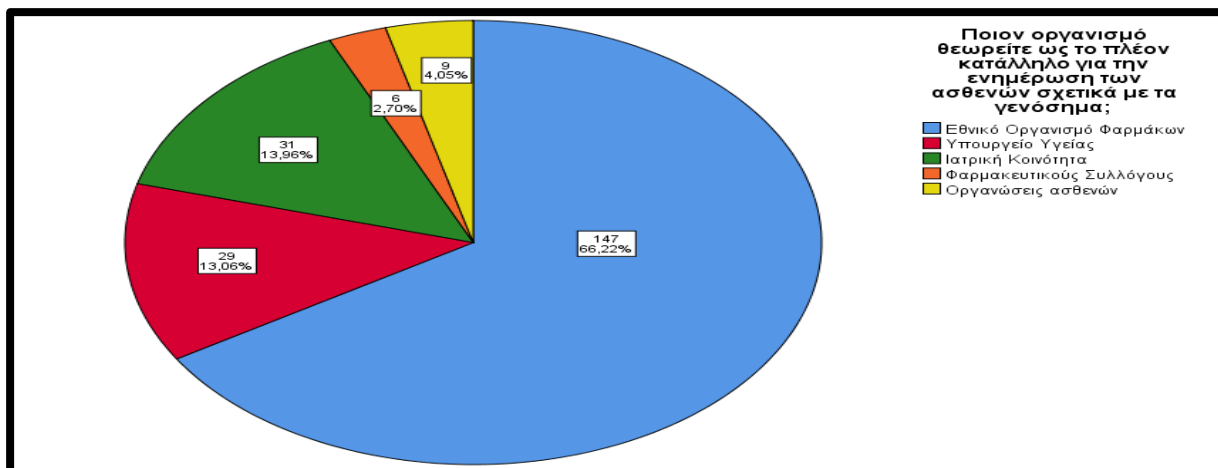
Σχ52. Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο;



Σχ53. Πιστεύετε ότι η υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας έγινε για λόγους:



Σχ54. Πιστεύετε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων τα οποία συνεισφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και καλύτερη ποιότητα διαβίωσης στους ανθρώπους;



Σχ55. Ποιον οργανισμό θεωρείτε ως το πλέον κατάλληλο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ συνάδελφε το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου διεξάγει μια μελέτη για την εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των Ελλήνων πολιτών αναφορικά με τα γενόσημα φάρμακα. Η μελέτη αυτή αφορά όλους τους Έλληνες πολίτες που επισκέπτονται ιατρεία, νοσοκομεία, φαρμακεία και ακολουθούν χρόνια ή περιστασιακή φαρμακευτική αγωγή για να θεραπεύσουν ασθένειες από τις οποίες πάσχουν. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 5 λεπτά. Σημειώστε με Χ στα κενά τετράγωνα που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Αργυρώ Αντωνοπούλου και είμαι υπεύθυνος για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν τη μελέτη αυτή. Η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) μου με την οποία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία είναι η εξής: argyro1938@hotmail.com.

Στάσεις πολιτών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα

Δημογραφικές ερωτήσεις

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

*

Άνδρας

Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

*

18-24

25-39

40-54

55-65

>65

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

*

- Ανύπαντρος-η
- Παντρεμένος-η
- Διαζευγμένος-η
- Χήρος-α

4. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελματιών ανήκει το δικό σας;

*

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Συνταξιούχος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Οικιακά
- Φοιτητής-τρια
- Άνεργος

5. Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει;

*

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΙΕΚ-Ανώτερη Σχολή
- ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

6. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το μηνιαίο καθαρό εισόδημα σας;

*

- 1-500 ευρώ
- 501-1000 ευρώ
- 1001-2000 ευρώ
- >2001 ευρώ

Ποιότητα ζωής

7. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

*

- Άριστη
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή

8. Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:

*

- Πολύ Καλύτερα
- Κάπως Καλύτερα
- Τα ίδια
- Κάπως Χειρότερα
- Πολύ Χειρότερα

9. Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει:	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα			
Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο			

Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ			
Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες			
Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες			
Να σκύβετε ή να γονατίζετε			
Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο			
Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα			
Να περπατάτε ένα τετράγωνο			
Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος /η σας			

Γνώσεις σχετικά με τα γενόσημα

10. Γνωρίζετε τι είναι τα γενόσημα φάρμακα;

*

- Ναι, έχω ακούσει για τα γενόσημα αλλά δεν ξέρω ακριβώς τι είναι.
- Ναι, τα γνωρίζω πολύ καλά.
- Όχι, δεν τα γνωρίζω.

11. Τα γενόσημα φάρμακα είναι αντίγραφα των πρωτότυπων φαρμάκων.

*

- Σωστό
- Λάθος

12. Τα γενόσημα φάρμακα χορηγούνται με την ίδια δοσολογία με αυτή των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων.

*

Σωστό

Λάθος

13. Τα γενόσημα φάρμακα παρασκευάζονται μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων.

*

Σωστό

Λάθος

14. Μόνο τα γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται από τις Ελληνικές Φαρμακευτικές Εταιρείες είναι ασφαλή.

*

Σωστό

Λάθος

15. Τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν χαμηλότερα πρότυπα ασφαλείας σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.

*

Σωστό

Λάθος

Ασφάλεια φαρμάκων

16. Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα συγκρινόμενα με τα πρωτότυπα είναι:

*

Λιγότερο αποτελεσματικά

Το ίδιο αποτελεσματικά

Περισσότερο αποτελεσματικά

17. Ποια είναι η άποψη σας σχετικά με την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων;

*

Λιγότερο ασφαλή

Το ίδιο ασφαλή

Περισσότερο ασφαλή

18. Η παραδοχή ότι <<Σε γενικές γραμμές τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά>> σας βρίσκει σύμφωνους:

*

Συχνά

Σχεδόν ποτέ

Πάντα

19. Πιστεύετε ότι τα γενόσημα φάρμακα προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες:

*

Λιγότερες από τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα

Το ίδιο με τα πρωτότυπα φάρμακα

Περισσότερες από τα πρωτότυπα φάρμακα

20. Θεωρείτε ότι τα γενόσημα φάρμακα δημιουργήθηκαν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες μόνο των οικονομικά αδύνατων πολιτών;

*

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

21. Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα;

*

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

22. Εάν ναι από ποιον θα θέλατε να ενημερωθείτε για να εμπιστευτείτε περισσότερο ένα γενόσημο φάρμακο;

Γιατρό

Φαρμακοποιό

Συγγενή/Φίλο

Κράτος

Επιλογή φαρμάκων

23. Στο παρελθόν έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο;

*

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

24. Είστε πρόθυμος να χρησιμοποιήσετε κάποιο γενόσημο φάρμακο μελλοντικά

*

Ναι

Όχι

25. Εάν όχι ποιος λόγος σας οδηγεί στο να αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε τα γενόσημα φάρμακα;

- Δεν τα γνωρίζω
- Ο γιατρός μου δεν τα γνωρίζει
- Ο φαρμακοποιός μου δεν τα γνωρίζει
- Δεν τα εμπιστεύομαι
- Είχα άσχημη εμπειρία στο παρελθόν με κάποιο γενόσημο φάρμακο
- Δεν τα βρίσκω εύκολα στο φαρμακείο

26. Επιλέγετε κάποιο φάρμακο επειδή:	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός			
Μου το σύστησε ο γιατρός			
Μου το σύστησε ένας φίλος			
Το έχω χρησιμοποιήσει ξανά στο παρελθόν			
Είναι διαφημιζόμενο στην τηλεόραση			
Είναι αποτελεσματικό			
Είναι φθινό			

27. Σας έχει προτείνει ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας να αντικαταστήσετε το πρωτότυπο φάρμακο σας με κάποιο γενόσημο;

*

- Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

28. Εάν ναι προβήκατε σε αυτή την αντικατάσταση;

Ναι

Όχι

29. Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιο γενόσημο φάρμακο, αφού πρώτα δοκιμάσατε το αντίστοιχο πρωτότυπο;

*

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

30. Εάν ναι, μείνατε ευχαριστημένοι από το γενόσημο φάρμακο;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

31. Θα αντικαθιστούσα το πρωτότυπο φάρμακο μου με κάποιο γενόσημο επειδή:	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Μου το σύστησε ο φαρμακοποιός			
Μου το σύστησε ο γιατρός			
Μου το σύστησε ένας φίλος			
Το γενόσημο φάρμακο είναι πιο			

φθηνό			
-------	--	--	--

Εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας

32. Από το 1 μέχρι το 10 πόσο εμπιστεύεστε την ιατρική κοινότητα στην επιλογή του φαρμάκου:

*

Καθόλου

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Απόλυτα

33. Θέλετε ο γιατρός σας να σας συνταγογραφήσει ένα φάρμακο βάσει:

*

- Δραστικής ουσίας
- Εμπορικής ονομασίας

34. Θα θέλατε ο φαρμακοποιός σας να σας αντικαταστήσει το πρωτότυπο φάρμακο σας με ένα γενόσημο με τη λογική ότι είναι όμοιο με το πρωτότυπο;

*

- Ναι
- Όχι

35. Πιστεύετε ότι η υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας έγινε για λόγους:

*

- Ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης

Περιορισμό της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στις πρακτικές συνταγογράφησης των ιατρών

36. Πιστεύετε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων τα οποία συνεισφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και καλύτερη ποιότητα διαβίωσης στους ανθρώπους;

*

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

37. Ποιον οργανισμό θεωρείτε ως το πλέον κατάλληλο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα;

*

Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων

Υπουργείο Υγείας

Ιατρική Κοινότητα

Φαρμακευτικούς Συλλόγους

Φαρμακευτικές Εταιρείες

Οργανώσεις ασθενών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Άδεια χρήσης του στατιστικού προγράμματος SPSS

Περιγραφή αρχείου	Contact: Your local administrator
Τύπος	Εφαρμογή
Έκδοση αρχείου	16.0.0.400
Όνομα προϊόντος	IBM SPSS Statistics 20
Έκδοση προϊόντος	20.0.0.0
Πνευματικά δικαιώματα	© Copyright IBM Corp. 1989, 2011
Μέγεθος	919 MB
Ημερομηνία τροποποίησης	25/9/2018 9:42 μμ
Γλώσσα	Αγγλικά (ΗΠΑ)
Αρχικό όνομα αρχείου	Setup.exe

Ψηφιακή υπογραφή

Όνομα υπο...	Αλγόριθμος Dig...	Χρονική σήμανση
International ...	sha1	Τετάρτη, 5 Οκτωβρίου 2011 7:05:23

