



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αποτύπωση και μελέτη της χρήσης φαρμάκων στον
κυπριακό πληθυσμό**

Βέροια Κυριάκου

Επιβλέπων Καθηγητής

Ανδρέας Παυλάκης

Ιούνιος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Αποτύπωση και μελέτη της χρήσης φαρμάκων στον κυπριακό πληθυσμό

Βέροια Κυριάκου

Επιβλέπων Καθηγητής
Ανδρέας Παυλάκης

Ιούνιος 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
1.1 Ιστορική αναδρομή της έννοιας της χρήσης των φαρμάκων	17
1.2 Προσδιορισμός της έννοιας του φαρμάκου	22
1.3 Ορισμοί της έννοιας της χρήσης φαρμάκων, ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων	23
1.3.1 Χρήση φαρμάκων	24
1.3.2 Ορθολογική χρήση φαρμάκων	26
1.3.3 Μη ορθολογική χρήση φαρμάκων	28
1.3.3.1 Παράγοντες μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων	29
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	
2.1 Προβλήματα χρήσης φαρμάκων	30
2.2 Επιπτώσεις ακατάλληλης χρήσης των φαρμάκων	31
2.3 Παράγοντες χρήσης των φαρμάκων από τους καταναλωτές	32
2.4 Είδη φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε μια κοινότητα	44
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	
3.1 Εισαγωγή	49
3.1.1 Δημογραφικά στοιχεία	49
3.1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα	50
3.1.3 Κατανάλωση φαρμάκων	50
3.2 Φαρμακευτική δαπάνη στα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ΕΕ-27 και φαρμακευτική δαπάνη στην Κύπρο	65
3.2.1 Φαρμακευτική δαπάνη στην Κύπρο	65
3.2.2 Δαπάνη υγείας ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ)	67
3.2.3 Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας	70
3.2.4 Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος	73
3.2.5 Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη	75
3.2.6 Σύγκριση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα	76
3.2.6.1 Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2001-2011	76
3.2.6.1.1 Διαχωρισμός φαρμακευτικής δαπάνης δημόσιου τομέα ανά κατηγοριοποίηση ATC (2011)	78
3.2.7 Ανάλυση πωλήσεων	81
3.2.7.1 Γενική ανάλυση	81
3.2.7.2 Αριθμός φαρμάκων με πωλήσεις στον ιδιωτικό τομέα ανά θεραπευτική κατηγορία, όγκο πωλήσεων και δαπάνης	81
3.2.7.3 Ανάλυση φαρμάκων ανά κατηγορία εύρους τιμής	85
3.2.7.4 Ανάλυση φαρμάκων ανά αξία πωλήσεων και εύρους τιμής	86
3.2.7.5 Ανάλυση φαρμάκων ανά αξία πωλήσεων, θεραπευτικής κατηγορίας και εύρους τιμής	87
3.3 Κατανάλωση σε αντιβιοτικά, αντιδιαβητικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες	93

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
4.1 Σκοπός και αντικείμενο της έρευνας	98
4.2 Μεθοδολογία	99
4.2.1 Γεωγραφική κάλυψη	99
4.2.2 Στατιστική μονάδα	99
4.2.3 Περίοδος συλλογής στοιχείων	99
4.2.4 Δείγμα	100
4.2.5 Ανταπόκριση	100
4.2.6 Μέθοδος συλλογής στοιχείων	100
4.2.7 Στατιστική ανάλυση	100
4.2.8 Γενικά	101
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
5.1 Περιγραφή του δείγματος	102
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	102
5.1.2 Χρήση φαρμάκων	104
5.1.2.1 Συνταγογραφούμενα φάρμακα	104
5.1.2.2 Μη Συνταγογραφούμενα φάρμακα	111
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
6.1 Ο βαθμός κατανάλωσης, οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και οι ομάδες ' του κυπριακού πληθυσμού που καταναλώνουν φαρμακευτικά σκευάσματα- Ο επηρεασμός των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών σχετικά με το βαθμό χρησιμοποίησης των εν λόγω φαρμάκων	122
6.2. Τρόποι αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν από τις στάσεις των Κυπρίων καταναλωτών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και τα πιθανά δραστικά μέτρα αντιμετώπισης τους	127
6.2.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη χρήση φαρμάκων	129
6.2.1.1 Η απουσία διάκρισης μεταξύ συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	129
6.2.1.2 Απουσία ελεγκτικού μηχανισμού	130
6.2.1.3 Επαναλαμβανόμενη και κατευθυνόμενη συνταγογράφηση	131
6.2.1.4 Η γήρανση του πληθυσμού	132
6.2.1.5 Υψηλές τιμές ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης- Χαμηλή ποιότητα δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης	134
6.2.1.6 Αλλαγή στη στάση ζωής	135
6.2.1.7 Προτάσεις – Θέματα προς περαιτέρω διερεύνηση	136
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	147

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Αρχικά επιθυμώ να εκφράσω ένα πολύ μεγάλο και θερμό ευχαριστώ στους γονείς μου για την απέραντη υποστήριξη και συμπαράσταση τους αλλά και τη συνεχή ενθάρρυνση τους όλο το χρονικό διάστημα των σπουδών μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου Δρ. Ανδρέα Παυλάκη για τη συνεχή καθοδήγηση και επίβλεψη του καθ' όλη τη διάρκεια της ολοκλήρωσης της διατριβής μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων αποτελούσε από πολύ παλιά αντικείμενο διερεύνησης πολλών ερευνητών αλλά και προβληματισμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο πολλών χωρών. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια δραματική αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η εξακρίβωση του βαθμού χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους Κύπριους καταναλωτές και οι παράγοντες επηρεασμού του κυπριακού πληθυσμού ως προς τη χρήση των εν λόγω φαρμάκων. Παράλληλα, διερευνάται ποιες κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων χρησιμοποιούνται περισσότερο και πως οι παραπάνω διαστάσεις συσχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα ήταν τα ακόλουθα:

- 1) Ποιος είναι ο βαθμός κατανάλωσης, ποια είδη φαρμάκων χρησιμοποιούνται, από ποιες ομάδες του κυπριακού πληθυσμού καταναλώνονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα και πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά το βαθμό χρησιμοποίησης των εν λόγω φαρμάκων;
- 2) Ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν από τις στάσεις των Κυπρίων καταναλωτών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και ποια τα πιθανά δραστικά μέτρα αντιμετώπισης τους;

Μέθοδος: Η έρευνα κάλυψε όλες τις ελεύθερες περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας και ερωτήθηκαν άτομα που διαμένουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά και μένουν ή έχουν σκοπό να μείνουν στην Κύπρο για τουλάχιστον ένα χρόνο. Η περίοδος περισυλλογής στοιχείων ήταν από το Σεπτέμβριο μέχρι το Δεκέμβριο 2008. Η επιλογή δείγματος καθορίστηκε με βάση την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία με σύνολο εννέα στρώματα, τα οποία καθορίστηκαν βάση της επαρχίας και αστικής/αγροτικής περιοχής. Στην έρευνα συμμετείχαν 2.925 νοικοκυριά στα οποία διέμεναν 8.345 άτομα. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας φορητούς Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές (μέθοδος CAPI - Computer Assisted Personal Interview) και το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί με το πρόγραμμα Blaise. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της συγκεκριμένης εργασίας έγινε χρήση του λογισμικού SPSS version 20 (Statistical Package for Social Sciences), ενώ η επεξεργασία τους έγινε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής (αναλυτικής) στατιστικής. Στην

περιγραφική στατιστική οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και ποσοστά. Στην αναλυτική στατιστική ο έλεγχος των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Διαπιστώθηκε ότι 4 στους 10 Κύπριους παίρνουν φάρμακα με ιατρική συνταγή και οι γυναίκες κάνουν χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων πολύ περισσότερο από ότι οι άντρες (57,7% vs 42,3%). Παρουσιάζεται επίσης ότι οι ηλικίες 55-64 σε ποσοστό 22,3% κάνουν την πιο πολλή χρήση φαρμάκων συνταγής, ακολουθούν η ηλικιακή ομάδα 65-74 με ποσοστό 18,0% και οι ηλικίες 45-54 με ποσοστό 16,8%. Το ποσοστό των Κυπρίων που χρησιμοποίησαν συνταγογραφούμενα φάρμακα ήταν 91,3% ενώ μόλις 5,2% των ατόμων από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατανάλωσαν φαρμακευτικά σκευάσματα. Η πλειοψηφία που κάνει χρήση φαρμάκων είναι οι παντρεμένοι (72,2%) ενώ μόνο το 11,7% των ελεύθερων χορηγείται φάρμακα. το 27,6% των αποφοίτων δημοτικού και το 26,8% των αποφοίτων λυκείου να καταναλώνουν φάρμακα ενώ τα άτομα που κατείχαν διδακτορικό με ποσοστό μόλις 0,3% χρησιμοποιούν φαρμακευτικά προϊόντα. Το 58,9% των ατόμων που παίρνουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι γυναίκες ενώ το 41,1% είναι άντρες. Οι ηλικίες 35-44 χρησιμοποιούν πιο πολύ τα εν λόγω φάρμακα σε ποσοστό 19,7%. Ακολουθούν οι ηλικίες 46-54 με ποσοστό 17,6%, η ηλικιακή ομάδα 25-34 με ποσοστό 17,2% και τα άτομα ηλικίας 15-24 χρόνων να καταναλώνουν μη συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα σε ποσοστό 14,1%. Το 84,8% των Κυπρίων χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα έναντι των ατόμων που είναι γεννημένοι σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ποσοστό 8,5%. Οι έγγαμοι σε ποσοστό 64,7% κάνουν χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ενώ τα άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ καταναλώνουν τα συγκεκριμένα φάρμακα σε ποσοστό 25,2%. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, ποσοστό 33,7% των αποφοίτων λυκείου κάνουν χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το 24,4% των ατόμων τριτοβάθμιας μόρφωσης χρησιμοποιούν τα εν λόγω σκευάσματα, οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου καταναλώνουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ποσοστό 16,7% και 12,8% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή κατέγραψε τις καταναλωτικές τάσεις των Κυπρίων ασθενών καθώς και το βαθμό επηρεασμού τους σε σύγκριση με τα δημογραφικά στοιχεία. Σημαντικές πληροφορίες μπορούν να αναδείξουν το βαθμό επηρεασμού και μέτρων χάραξης πολιτικών

παρεμβάσεων/κοινωνικών πολιτικών και διαφόρων κυβερνητικών-ιδιωτικών φορέων, λειτουργών υγείας αλλά και του πληθυσμού με σκοπό τη λήψη βασικών τεκμηριωμένων αποφάσεων στην περίπτωση κατάχρησης φαρμάκων ή/και πολυφαρμακίας ούτως ώστε να ενισχυθεί η ορθολογική χρήση των φαρμάκων.

ABSTRACT

Introduction: The use of medications was a very old subject of investigation of many researchers and reflection at national and international level in many countries. Recent years have seen a dramatic increase in the consumption of drugs as a result of socioeconomic and demographic factors with significant impact on patients' health.

Purpose: The purpose of this research is to ascertain the degree of utilization of pharmaceutical products by Cypriot consumers and influencing factors of the Cypriot population in the use of these drugs. It also studies what categories of pharmaceuticals are mostly used and how these dimensions are related to demographics. The key research questions were as follows:

1. What is the level of consumption, what types of drugs are used, which groups of the Cypriot population consume medications and how much influence there is with the socio-demographic characteristics and the degree of use of these drugs?
2. What are the ways to address potential problems arising from the attitudes of Cypriot consumers on the use of drugs and what are the possible drastic measures to address them?

Method: The survey covered all the free areas of the Republic of Cyprus and interviewed people living in private households who stay or intend to stay in Cyprus for at least one year. The data collection period was from September to December 2008. Sample selection was based on stratified random sampling with a total of nine layers, laid down on the province and urban / rural area. The survey involved 2,925 households with 8,345 people living in. The collection of information was carried out by personal interviews using laptop computers (using CAPI - Computer Assisted Personal Interview) and the electronic questionnaire was developed using the software Blaise. The statistical analysis of the data of this study was performed using the software SPSS version 20 (Statistical Package for Social Sciences), while collated with methods of descriptive and inferential (analytical) statistics. In descriptive statistics categorical variables were expressed in frequencies and percentages. The detailed statistical control of categorical variables was done with the statistical test Chi-square test. In all cases the statistical tests used as the minimum level of statistical significance in $\alpha = 0.05$, which has been established in the field of medical and social sciences and the p value was rounded to three decimal places.

Results: In this survey significant statistical differences were identified with respect to demographic characteristics. It was found that 4 in 10 Cypriots take prescription drugs and women use more prescription drugs than men (57,7% vs 42,3%). In the 55-64 age group, 22,3% make much more use of prescription drugs, followed by the 65-74 age group with a rate of 18,0% and ages 45-54 with a percentage of 16,8%. The percentage of individuals who used prescription drugs was 91,3%, while only 5,2% of people from EU countries consumed pharmaceuticals. The majority who use drugs are married (72,2%) while only 11,7% of self administered drugs. Percentage of 27,6% of primary school graduates and 26,8% of high school students had consumed drugs while those who held a doctorate (0,3%) used pharmaceuticals. 58,9% of people who take non-prescription drugs are women while 41,1% are men. Ages 35-44 use mostly these kind of medicines with percentage 19,7%. Ages of 46-54 consume 17,6%, the 25-34 age group with 17,2% and people aged 15-24 years use non-prescription medications at a rate of 14,1%. The 84,8% of Cypriots use non-prescription drugs against people who are born in a country of the European Union at 8,5%. Married at the rate of 64,7% make use of non-prescription drugs while those who have not ever been married consume these medicines at a rate of 25,2%. Regarding the educational level, percentage 33,7% of high school students make use of non-prescription drugs, 24,4% of those with higher education use these formulations, the graduates of elementary and secondary school consume non-prescription drugs in 16,7% and 12,8% respectively.

Conclusions: This study recorded the consumption trends of Cypriot patients and the degree of influence of these medicines in comparison with demographics. Important information can show the degree of influence and intervention measures from policymakers / social policies and various government-private partnerships, health officials and the population, in order to obtain key evidence-based decision making in the case of drug abuse and / or polypharmacy in order to enhance rigorous use of medicines.

1.Εισαγωγή

Η ιερότητα της ανθρώπινης υγείας και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας αποτελούσε θεμελιώδες ζήτημα σε όλα τα συστήματα υγείας. Η συμβολή των φαρμάκων στη δημόσια υγεία αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός. Μέσα από τη διαχρονική και επιτακτική ανάγκη των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν τις ασθένειες από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα, αποτέλεσε το κομβικό σημείο γένεσης νέων αποτελεσματικών φαρμάκων και νέων θεραπειών. Σε αυτή τη διάσταση επήλθε μια πρωτοφανή θετική επίδραση στην υγεία, οδηγώντας σε μείωση της θνησιμότητας-νοσηρότητας και κατά συνέπεια στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αλλά και των υπηρεσιών που προσφέρονται σε όλα τα επίπεδα ενός συστήματος υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, οι δαπάνες υγείας και ιδιαίτερα οι διογκωμένες φαρμακευτικές δαπάνες έχουν απασχολήσει τις αναπτυγμένες αλλά και τις αναπτυσσόμενες χώρες σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Διεξοδικότερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι χώρες οδηγήθηκαν στην εφαρμογή στρατηγικών ελέγχου ως προς την πολλαπλασιαζόμενη ζήτηση των φαρμάκων από τους ασθενείς-καταναλωτές, περιορισμό της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης από το ιατρικό σώμα και την παροχή κινήτρων για τη συγκράτηση της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων (Μαλισιώτη 2011).

Ως ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας τείνει να γίνει η αλόγιστη χρήση των φαρμάκων, κυρίως χωρίς ιατρική συμβουλή, δημιουργώντας άμεσες και έμμεσες συνέπειες για την υγεία όλων των ηλικιών ατόμων που τα χρησιμοποιούν (Homrich Da Silva et al 2004).

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, η βασική έννοια της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων έχει γίνει ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαμόρφωση διεθνών και εθνικών παρεμβατικών πολιτικών υγείας, στοχεύοντας με αυτό τον τρόπο στη λήψη σημαντικών αποφάσεων ή εναλλακτικών λύσεων ως προς την βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο στον κρατικό όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Παρόλη τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί, οι φορείς χάραξης πολιτικής υγείας έχουν εστιάσει την προσοχή τους περισσότερο στις προσπάθειες για τη βελτίωση της συνταγογράφησης των επαγγελματιών υγείας, παρά στις προσπάθειες για εξασφάλιση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων από τους καταναλωτές (Hardon et al 2004).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η επιλογή ενός φαρμάκου για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας, είναι ορθό να ακολουθείται από την κατάλληλη του χρήση. Ο κάθε ασθενής έχει την υποχρέωση να λαμβάνει φάρμακα κατάλληλα για τις κλινικές ανάγκες του, σε δόσεις που να καλύπτουν τις δικές του ιδιαίτερες απαιτήσεις, για μια επαρκή χρονική περίοδο και με το χαμηλότερο κόστος προς αυτόν και την κοινότητά του''(Hardon et al 2004).

Το 2002, ο ορισμός που διατυπώθηκε για τη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην τεχνική έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι ο ακόλουθος: ‘‘Χρήση φαρμάκων είναι η διαδικασία της ανάπτυξης, του συντονισμού, της κυκλοφορίας, της διανομής, της συνταγογράφησης και της χρήσης των φαρμάκων στην κοινωνία, με ιδιαίτερη έμφαση στις ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες’’ (World Health Organization 2002).

Ο τρόπος με τον οποίο τα φάρμακα έχουν αναπτυχθεί ως θεραπευτικά και διαγνωστικά ‘‘εργαλεία’’, αντανακλά την κατάσταση της ανάπτυξης ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας αντιπροσωπεύοντας έτσι τις κοινωνικο-πολιτισμικές πεποιθήσεις για την υγεία (Lee 1991).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει παράλληλα προτείνει στρατηγικές ενίσχυσης του φαρμακευτικού τομέα κάτω από την οργανωμένη εποπτεία μιας εθνικής πολιτικής προσέγγισης. Πολλές χώρες έχουν καταρτίσει ένα εθνικό πρόγραμμα παρακολούθησης φαρμάκων, το οποίο δίνει έμφαση στην επιλογή, την προμήθεια, τη διανομή και τη χρήση του φαρμάκου στον κρατικό και ιδιωτικό τομέα με προτεινόμενες πολιτικές ενθάρρυνσης ως προς την καταλληλότητα της κατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων (Laing Ro et al 2001).

Ως εκ τούτου, η περαιτέρω ενδυνάμωση της στενής συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των κοινοτικών οργάνων και των διαφόρων κρατών, επικεντρώθηκε στην εκπόνηση ερευνητικών προγραμμάτων και στοχευόμενων μελετών σε σχέση με τη χρήση και ασφάλεια των φαρμάκων, οι οποίες έχουν γίνει ένα αξιοσέβαστο θέμα προς συζήτηση σε διεθνή συνέδρια στη φαρμακολογία, φαρμακευτική και επιδημιολογία (World Health Organization 2003).

Η πλειονότητα των διερευνητικών μελετών εντοπίζεται στη διαχείριση ενός συγκεκριμένου φαρμάκου ή ομάδας φαρμάκων ή στη διαμόρφωση μιας θεραπείας για μια συγκεκριμένη ασθένεια,

παρέχοντας με αυτό τον τρόπο τους κατάλληλους δείκτες χρήσης και κατανάλωσης για μια χώρα ή περιοχή (World Health Organization 2002).

Από την άλλη πλευρά, ανησυχία και προβληματισμός επικρατούν σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες από την υπερκατανάλωση των φαρμάκων και την πολυφαρμακία. Οι παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν συντείνοντας έτσι στη δημιουργία του εν λόγω φαινομένου για μια κοινότητα θεωρούνται οι ακόλουθοι: η ελεύθερη φαρμακευτική αγορά, η γήρανση του πληθυσμού, η υπερβολική από πλευράς των γιατρών και συγχρόνως χωρίς ιδιαίτερο λόγο συνταγογράφηση σκευασμάτων, η διαφήμιση, το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, η έλλειψη εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ασθενών για τη συμμετοχή του φαρμάκου στη διατήρηση της υγείας κ.ο.κ (Φούκα 1998).

Ο όρος πολυφαρμακία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία περιγράφει την ταυτόχρονη χρήση πολλών φαρμάκων για τη θεραπεία μιας νόσου και εμφανίζεται ιδιαίτερα σε άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία υποφέρουν συνήθως από πολλαπλές παθήσεις και τα οποία μπορούν να παρουσιάσουν αυξημένο αριθμό επιπλοκών κατά τη φαρμακοθεραπεία (Hajjar et al 2007).

Οι Hajjar και συν. (2007) αναφέρουν ότι η πολυφαρμακία καθορίζεται ως η χορήγηση περισσότερου φαρμάκων από ότι κλινικά ενδείκνυται, η οποία τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται περιττή. Η συστηματική κατανάλωση πολλών ή/και διαφορετικών φαρμάκων είναι συνυφασμένη με την παρουσία σοβαρών σωματικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας. Οι αλληλεπιδράσεις που μπορούν να εμφανισθούν μεταξύ των φαρμάκων με πιθανές μελλοντικές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς επηρεάζουν δυσμενώς την τήρηση του προτεινόμενου φαρμακευτικού δοσολογικού σχήματος της θεραπείας του. Η πολυφαρμακία έχει δηλωθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του κίνδυνου γηριατρικών συνδρόμων (π.χ. άνοια, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου) καθώς και στους δείκτες νοσηρότητας-θνησιμότητας ενός πληθυσμού (Hajjar et al 2007).

Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας όχι μόνο δεν οδηγεί μελλοντικά σε σημαντικές βλάβες στην υγεία του ασθενούς αλλά επηρεάζει και τους οικονομικούς πόρους μιας χώρας, οι οποίοι πολλές φορές είναι περιορισμένοι. (Τσιλιγιάννη 2008). Έχει αναφερθεί ότι το 50% περίπου των φαρμάκων παγκοσμίως χορηγείται άσκοπα και το 50% των ανθρώπων δεν προβαίνουν στη σωστή κατανάλωση τους. Αντίθετα, περίπου το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού δεν μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε βασικά φάρμακα. Επισημαίνεται ότι, η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί μια από τις πιο αποδοτικές ιατρικές παρεμβάσεις και το ποσοστό των εθνικών υγειονομικών

προϋπολογισμών (ειδικότερα των φαρμακευτικών δαπανών) κυμαίνεται για τις αναπτυγμένες χώρες μεταξύ 10% και 20% και για τις αναπτυσσόμενες γύρω στο 40% (World Health Organization 2012).

Ενώσω πραγματοποιούνται παγκόσμιες έρευνες για τη χρήση και υπερκατανάλωση των φαρμάκων, στην Κύπρο αντιθέτως δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς μια ερευνητική δραστηριότητα γύρω από το θέμα που αφορά την εξακρίβωση του βαθμού χρησιμοποίησης των φαρμάκων από τους Κύπριους ασθενείς, τους παράγοντες επηρεασμού του κυπριακού πληθυσμού ως προς την κατανάλωση των εν λόγω φαρμακευτικών σκευασμάτων και τις κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ευρέως. Επίσης, δεν έχουν συσχετισθεί σε μεγάλο βαθμό οι παραπάνω διαστάσεις με δημογραφικά στοιχεία (π.χ την ηλικία, το φύλο, τα εισοδηματικά κριτήρια, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο κύριας κατοικίας) ούτως ώστε να προσδιοριστούν οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις φαρμακολογικές συνήθειες των Κυπρίων ασθενών.

Η αντίληψη της σπουδαιότητας του καταναλωτικού επιπέδου φαρμακευτικών ουσιών, η ποικιλόμορφη αντίδραση των ασθενών απέναντι στη σπειροειδή τους χρήση καθώς και η διακρίβωση της έλλειψης αναλόγων ερευνών στη βιβλιογραφία που να αφορούν την Κύπρο, αποτέλεσαν το έναυσμα στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Η πραγματοποίηση μιας έρευνας, η οποία θα μπορούσε να συνδέσει αφενός μεν την ανταπόκριση και τα κίνητρα των Κυπρίων ασθενών ως προς το μέτρο χρησιμοποίησης φαρμακευτικών ειδών και αφετέρου πως αυτή επηρεάζει το γενικό επίπεδο της δημόσιας υγείας, θεωρείται ιδιαίτερα αξιοσημείωτη. Τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, η αναγκαιότητα, καταγραφή και αξιολόγηση του προβλήματος της χρήσης-υπέρχρησης φαρμάκων, θα αποτελέσει το βασικό πυλώνα διάνοιξης νέων κατευθυντήριων γραμμών, εισηγήσεων, προτάσεων και παρεμβάσεων καθώς και μηχανισμών παρακολούθησης, πρόληψης, διαχείρισης και ελέγχου δράσεων με απώτερο στόχο την ορθή/ασφαλή χρήση των εν λόγω σκευασμάτων στην Κύπρο.

Οι κύριοι άξονες της μελέτης βασίζονται σε δεδομένα από νοικοκυριά των αστικών και αγροτικών περιοχών της Κύπρου και τα κύρια θέματα της έρευνας σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό τομέα.

Η εκπόνηση της μελέτης έχει σκοπό την εξακρίβωση του μέτρου χρησιμοποίησης και τα είδη των φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη) που λαμβάνονται από τα άτομα σε σύγκριση με τους κοινωνικο-δημογραφικούς συντελεστές του πληθυσμού της Κύπρου. Πέραν από την καταγραφή της κατανάλωσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η μελέτη εξετάζει τον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, διερευνάται η έκταση των λαμβανομένων φαρμάκων για μια θεραπεία και γίνεται σύγκριση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται κατόπιν συνταγής με τη λήψη μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (over the counter medicines).

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας είναι η παρουσίαση των καταγεγραμμένων πληροφοριών της παρατεταμένης κατανάλωσης των φαρμακευτικών ειδών στην Κύπρο έτσι ώστε να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις σε σχέση με την αλόγιστη χρήση των φαρμάκων και τα αναγκαία διορθωτικά παρεμβατικά μέτρα για την επίτευξη της ελαχιστοποίησης των πιθανών σοβαρών παρενεργειών στην υγεία του κάθε ατόμου. Επιπρόσθετα, η καταγραφή του προβλήματος και η αξιολόγηση του, θα επιφέρει προσπάθειες περιορισμού της χρήσης των φαρμάκων, συγκρότηση ολοκληρωμένων σχεδίων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού ως προς τις μακροχρόνιες φαρμακολογικές επιδράσεις καθώς και διορθωτικές ενέργειες για αποτροπή της ανεξέλεγκτης χρήσης.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται ανάλυση της εννοιολογικής σημασίας του θέματος με τη διαδικασία της επισκόπησης των βιβλιογραφικών αναφορών, λεπτομερής παρουσίαση των διαστάσεων της χρήσης των φαρμάκων και συσχετισμός των παραπάνω διαστάσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει περιγραφή της μεθοδολογίας με την ανάπτυξη όλων των ενεργειών που έχουν διεξαχθεί κατά τη διάρκεια της έρευνας. Παρουσιάζεται επίσης, η μέθοδος που ακολουθήθηκε κατά τη συλλογή της δειγματοληψίας, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των πληροφοριών επεξηγώντας τη μέθοδο της στατιστικής ανάλυσης.

Τέλος, η μελέτη εστιάζεται στην παρουσίαση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας με παράλληλη συζήτηση και παραπομπή σε εισηγήσεις για περαιτέρω διερευνητική δραστηριότητα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Εισαγωγή

Η ανθρώπινη υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούσαν τη μεγαλύτερη πρόκληση της κοινωνικής προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες όπου τα φαρμακευτικά σκευάσματα αποτελούσαν κυρίαρχο ζήτημα στη βάση της θεραπευτικής αγωγής.

Μέσα από τους αιώνες και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, η ιατρική επιστήμη κατάφερε να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει τις ασθένειες με τις σημαντικές ανακαλύψεις νέων φαρμάκων και νέων θεραπειών. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν επιφέρει τεράστια οφέλη στο υγειονομικό επίπεδο πολλών χωρών, εντούτοις ορισμένα φάρμακα δεν αξιοποιούνται ορθά ή σταδιακά έχουν υποστεί κατάχρηση. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της αυξημένης χρήσης τους, παρατηρείται έντονος προβληματισμός τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, αφού και η φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει διαρκώς αυξητική τάση.

Μέσα στα πλαίσια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής, παρουσιάζεται η πραγματική διάσταση του καταναλωτικού επιπέδου φαρμάκων τόσο στις ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Κύπρο, η υπερχρήση, η κατάχρηση, οι συνέπειες της χρήσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον πληθυσμό και οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη τους.

Επιπρόσθετα, ακολουθεί μια επισκόπηση των αλλαγών που παρατηρήθηκαν τα τελευταία χρόνια και κατόπιν ανάλυση της οδήγησης των παραγόντων που διαμόρφωσαν την εξέλιξη του προβλήματος της φαρμακευτικής χρήσης, περιλαμβάνοντας μια σύντομη προοπτική για πιθανή μελλοντική κατεύθυνση προς το ερευνητικό πεδίο.

1.1 Ιστορική Αναδρομή της έννοιας της χρήσης των φαρμάκων

Από την αρχαιότητα, τα φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση ασθενειών, οι οποίες ήταν συνδεδεμένες με φυσικές, θρησκευτικές και πνευματικές θεραπείες.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα υπήρξαν συνυφασμένα με τις θρησκευτικές αντιλήψεις που μαζί με την άγνοια και φαντασία των ανθρώπων, δημιούργησαν τη μαγική-συμπτωματική θεραπευτική και χρησιμοποιήθηκαν από τις θρησκευτικές κοινότητες.

Η πεποίθηση αυτή ενισχύθηκε όταν τα πρώτα φάρμακα δημιουργήθηκαν με τη φαρμακευτική χρήση των φυτών ως πηγή φαρμακευτικών ιδιοτήτων για τη θεραπεία πληγών και τραυμάτων, αφού οι αρρώστιες καταλογίζονταν στις πράξεις των θεών. Στους διάφορους πολιτισμούς της αρχαιότητας, χρησιμοποιήθηκαν μέρη φυτών (π.χ. ρίζες, φύλλα, καρποί), ζωικά υλικά (π.χ. μέρη του σώματος, εκκρίματα ζώων) και ανόργανες ουσίες ως θεραπευτικά μέσα, τα οποία ανακάλυψε ο άνθρωπος για τη θεραπεία και ανακούφιση του από τον πόνο. Τα εν λόγω φυσικά προϊόντα για να καταστούν χρήσιμα ως φάρμακα, συχνά υποβάλλονταν σε απλή επεξεργασία όπως την πολτοποίηση των καρπών και των φύλλων του φυτού, την αποξήρανση τους, την κονιοποίηση και την ανάμειξη τους με άλλα παρασκευάσματα (Παπαδόπουλος, 2007).

Οι αρχαίοι Έλληνες ανέπτυξαν τη θεραπευτική σε τρεις περιόδους:

I. **Προϊποκρατική** περίοδος (3000 π.Χ.-5ο αιώνα π.Χ): Διαφοροποίηση της θεώρησης της θεραπευτικής και οι θεοκρατικές αντιλήψεις αναπληρώνονται από φιλοσοφικές απόψεις.

II. **Ιποκρατική** περίοδος (5ος-3ος π.Χ. αιώνας): Εφάπτεται με το απόγειο του ελληνικού πολιτισμού

III. **Αλεξανδρινή ή ελληνιστική** περίοδος (3ος π.Χ. αιώνα – 641 μ.Χ.): Υπάγεται και η **ελληνο-ρωμαϊκή** περίοδος (146 π.Χ., οι Ρωμαίοι κατακτούν την Ελλάδα έως το 395 μ.Χ., όπου το ρωμαϊκό κράτος διαχωρίστηκε σε δυτικό και ανατολικό) (Σκαλτσά, 2001).

Στην ελληνική αρχαιότητα, αξιοσημείωτες είναι οι αναφορές στους θεραπευτές δύο κατηγοριών: στους ριζοτόμους και στους φαρμακοπώλες. Οι ριζοτόμοι ήταν άνθρωποι που συνέλεγαν βότανα, εξόριζαν ρίζες και καλλιεργούσαν φαρμακευτικά φυτά ενώ οι φαρμακοπώλες πουλούσαν φάρμακα και φαρμακευτικά φυτά σε γιατρούς και ασθενείς, παρέχοντας ιατρικές συμβουλές (Παπαδόπουλος, 2007).

Στα Ομηρικά έπη, παρουσιάζονται αναφορές σχετικά με τις μεθόδους αναλγησίας των τραυματιών πολέμου όπου οι θεραπευτές χρησιμοποιούσαν φυτικές κυρίως ουσίες για να καταπραΰνουν τον πόνο των τραυματισμένων. Στην Ιλιάδα αναφέρεται πως ο Πάτροκλος έκανε χρήση φαρμακευτικών ουσιών στο τραυματισμένο από το βέλος ισχίο του Ευρύπυλου, τοποθετώντας ως επίθεμα «ρίζα μικρή» (Μυρωνίδου-Τζουβελέκη et al, 2009).

Σύμφωνα με τη Μυρωνίδου-Τζουβελέκη et al (2009), αναφορές γίνονται και για βότανα με ναρκωτικές ιδιότητες όπως το «νηπενθές», το οποίο ήταν ανάμειξη οίνου με φυτική ουσία που πρόσφερε η ωραία Ελένη στον Τηλέμαχο και στους συντρόφους του για να λησμονήσουν τη θλίψη τους για την άγνωστη τύχη του Οδυσσέα.

Στην αρχαία Ελλάδα, τα Ασκληπιεία ήταν χώροι ιεροί αφιερωμένοι στο θεό της ιατρικής, τον Ασκληπιό και ήταν χτισμένα σε περιοχές με πυκνή βλάστηση και τρεχούμενο νερό το οποίο ονόμαζαν «ιερό φρέαρ του Ασκληπιού». Η λειτουργία των Ασκληπιείων θα μπορούσε να προσομοιαστεί με αυτήν των σημερινών νοσοκομείων όπου ο ασθενής ακολουθούσε θεραπευτικές διαδικασίες συμπεριλαμβανομένων θρησκευτικών τελετών, δεήσεων, θυσιών, διαιτών, λουτρών κ.λ.π. Κατόπιν λήψης της φαρμακευτικής αγωγής (μανδραγόρα, οπιούχο παπαρούνα) που του χορηγούσαν οι ιερείς, κοιμόταν στο εγκοιμητήριο του ιερού, πιστεύοντας ότι ο θεός θα εμφανιζόταν στον ύπνο του, υποδεικνύοντας έτσι τη θεραπεία που θα ακολουθούσε για να γιατρευτεί (Καλλεγία, 2006).

Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της Ιατρικής (460-375 π.Χ.), έθεσε τις βάσεις για το διαχωρισμό της επιστημονικής ιατρικής από τη θρησκεία/μαγεία. Στην Ιπποκρατική Συλλογή υπήρξαν κείμενα που αναφέρονταν στις φαρμακευτικές ιδιότητες και στην καθοδήγηση ως προς τη χρήση τους. Τα φάρμακα που χρησιμοποίησε (οι δρόγες) περιείχαν συστατικά ζωικής (ζωικά προϊόντα), ορυκτής («λημνία γη»-το πρώτο φαρμακευτικό παρασκεύασμα) ή φυτικής προέλευσης (μέλι για επούλωση πληγών) και είχαν τη μορφή αφεψήματος, έγχυσης, αρωματικής αλοιφής κ.λ.π (Καλλεγία, 2006).

Στο έργο του αριθμούνται 336 δρόγες που εντάσσονται στις κατηγορίες των ιατρικών καθαρτικών, διαιτητικών καθαρτικών, εμετικών, αποχρεμπτικών, διουρητικών, εφιδρωτικών κ.λ.π. (Πίνακας 1)(Παράρτημα) (Σκαλτσά, 2001).

Το βιβλίο του Διοσκουρίδη «Περί ύλης ιατρικής» (25 μ.Χ-90 μ.Χ) περιείχε σημαντικό όγκο επιστημονικών γνώσεων για τα φαρμακευτικά φυτά, τα οποία μέσα από διάφορα ταξίδια που έκανε σε ρωμαϊκές επαρχίες της Ανατολής, κατέγραψε τα ονόματα των φαρμακευτικών φυτών και παρασκευασμάτων που γνώρισε (Πίνακας 2)(Παράρτημα) (Ρηγάτος, 2009).

Ο Γαληνός (129-199/200 ή 216/217 μ.Χ.) γεννημένος στην Πέργαμο της Μ. Ασίας, σπούδασε ιατρική στην Αλεξάνδρεια και υπήρξε προσωπικός γιατρός των αυτοκρατόρων Μάρκου Αυρήλιου και Κόμμοδου. Χρησιμοποίησε πολυσύνθετα σκευάσματα με αναλγητική, ηρεμιστική,

σπασμολυτική και υπνωτική δράση όπως το όπιο, το κώνειο, τον υοσκύαμο και το μανδραγόρα (φύλλα, καρπός, ρίζα) ή/και συνδυασμούς τους, τα οποία περιείχαν ναρκωτικές και αναλγητικές ιδιότητες και εφαρμόστηκαν σαν πρώτη επιλογή σε χειρουργικές επεμβάσεις (Ρηγάτος, 2009).

Από το πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα, τα φάρμακα ήταν φυτικής προέλευσης ενώ στο δεύτερο μισό άρχισε να αναπτύσσεται και η βιολογική τους δράση με την απομόνωση καθαρών βιολογικών μορίων για ιατρική χρήση.

Ισχυρό παράδειγμα είναι το σαλικυλικό οξύ (ο πρόδρομος της ασπιρίνης), το οποίο το 1874 απομονώθηκε από τον φλοιό ιτιάς. Ισχυρά παυσίπονα όπως η μορφίνη και η κωδεΐνη είχαν παραχθεί από την παπαρούνα, για τη θεραπεία της ελονοσίας η κινίνη από τα φύλλα της κίνας, η δακτυλίτιδα για τις καρδιαγγειακές παθήσεις κ.α (Σιδηροπούλου, 2006).

Σύμφωνα με τη Σιδηροπούλου (2006), τα πρώτα συνθετικά φάρμακα ανακαλύφθηκαν το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα βασιζόμενα στην ιατρική ανάπτυξη και φαρμακευτική βιομηχανία. Η «μικροβιακή θεωρία των ασθενειών» αποτέλεσε το έναυσμα του τρόπου εξήγησης των μολυσματικών νόσων και ο ρόλος των στοιχείων στην υγεία του πληθυσμού.

Σημαντικό γεγονός στις δύο πρώτες δεκαετίες του 1920-1930, ήταν η μνημειώδης ανακάλυψη των βιταμινών στην έλλειψη των οποίων οφείλονται πολλές ασθένειες, στην πρόοδο της χημείας και στη ραγδαία ανάπτυξη νέων φαρμάκων και εμβολίων.

Μια από τις πιο βασικές ανακαλύψεις ήταν το 1929, όταν ο άγγλος ερευνητής Αλεξάντερ Φλέμιγκ περιέγραψε την ανασταλτική δράση του μύκητα *Penicillium notatum*, η οποία ονομάστηκε πενικιλίνη που αρχικά είχε αντισηπτική χρήση.

Η δεκαετία του 1940 έγινε γνωστή από την ανακάλυψη των αντιβιοτικών και πολλών φαρμάκων για την αντιμετώπιση διάφορων ασθενειών. Το 1944, στο αγρόκτημα του Πανεπιστημίου Rutgers του New Jersey των ΗΠΑ, εντοπίστηκε ο μύκητας *Streptomyces griseus*, από τον οποίο απομονώθηκε η στρεπτομυκίνη. Μερικά χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 1948, το αντιβιοτικό χλωροτετρακυκλίνη απομονώθηκε από τον ακτινομύκητα *Streptomyces aureofaciens* και αποτέλεσε την αρχή για την παραγωγή των τετρακυκλινών.

Η εποχή αυτή χαρακτηρίστηκε από την εξέλιξη στην ιατρική τεχνολογία και την ανακάλυψη νέων ιατρικών εργαλείων για διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.

Η Σιδηροπούλου (2006) επισημαίνει ότι η δεκαετία του 1950 επηρεάστηκε από την αποκρυπτογράφηση του γενετικού κώδικα του ανθρώπου και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία ασθενειών αποτελώντας τη βάση για την ανακάλυψη των αντικών φαρμάκων. Το γλυκοπεπτίδιο βανκομυκίνη ανακαλύφθηκε και χρησιμοποιήθηκε κατά των σταφυλοκοκκικών λοιμώξεων ανθεκτικών στην μεθικιλίνη. Κύρια γνωρίσματα της δεκαετίας αυτής ήταν η συμβολή της βιοτεχνολογίας, της ανθρώπινης βιολογίας/χημείας και η ανάπτυξη του τεχνολογικού εξοπλισμού.

Η δεκαετία του 1960 χαρακτηρίστηκε ως «φαρμακευτική δεκαετία» αφού συνδυάστηκε συστηματικά η αναλυτική χημεία με τη βιολογία για την αναζήτηση νέων ναρκωτικών φαρμάκων. Η τεχνολογία της πληροφορικής και η κατανόηση της αιτίας των ασθενειών διευκόλυναν την επιστημονική ανάπτυξη με σκοπό την ανακάλυψη νέων φαρμάκων.

Το 1970 γεννήθηκε η γενετική μηχανική μετά από συσχέτιση της τεχνολογίας με τις επιστήμες ζωής και το 1976 σηματοδοτήθηκε από την ανακάλυψη της βιοτεχνολογίας, την μοριακή κλωνοποίηση, την τεχνολογία του ανασυνδυσμένου DNA και την απομόνωση της ταξόλης, η οποία αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη ενός αντικαρκινικού παράγοντα.

Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 με την εμφάνιση του AIDS, έγιναν περισσότερες τεχνολογικές, επιστημονικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις προωθώντας τη μελέτη του ανοσοποιητικού συστήματος δηλαδή την ανοσολογία.

Η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (polymerase chain reaction, PCR, amplification) αποτελεί μια νέα τεχνική της μοριακής βιολογίας, η οποία εφευρέθηκε το 1984 από τον Kerry Mullis. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε μια βαθιά επίδραση στη σύγχρονη βιοτεχνολογία με βασικό αντίκτυπο τη δημιουργία νέων φαρμάκων, εντυπωσιακών εξελίξεων της μοριακής βιολογίας και σχεδιασμό νέων τεχνολογιών ειδικά της πληροφορικής (Σιδηροπούλου, 2006).

Η δεκαετία του 1980 χαρακτηρίστηκε επίσης από τη βιομηχανοποίηση/εμπορευματοποίηση της ανάπτυξης νέων φαρμάκων, ανακάλυψη νέων χημικών ενώσεων και εγκαθίδρυση τεράστιων φαρμακευτικών εταιρειών σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σημαντικός τομέας αποτέλεσε η μελέτη

ποικίλων οργανικών ενώσεων ως προς τις βιολογικές τους ιδιότητες με προϋπόθεση την παραγωγή νέων φαρμακευτικών προϊόντων.

Τα συστήματα βιομηχανικού αυτοματισμού και ρομποτικής έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην άνθηση της έρευνας στον εν λόγω τομέα. Η ορθολογική διαχείριση στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων και η ανάλυση των οικονομικών οφελών που μπορούν να προκύψουν, καθώς και η διάχυση νέων τεχνολογιών στη μοριακή βιολογία και στη βιοπληροφορική, αποτέλεσαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της δεκαετίας του 1990.

Την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, η ιατρική επιστήμη έχει πετύχει γιγαντιαία άλματα. Η σύζευξη της πληροφορικής και το εύρος των γνώσεων στη βιολογία, παρείχαν μια αφθονία σε πληροφορίες/γνώσεις και οικονομικούς πόρους με σκοπό την αξιοποίηση τους από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Τέλος, το μέσο του 20^{ου} αιώνα σηματοδοτήθηκε από τη γονιδιακή και κυτταρική/βλαστοκυτταρική θεραπεία στα γενετικά κύτταρα (Σιδηροπούλου, 2006).

1.2 Προσδιορισμός της έννοιας του φάρμακου

Τα φάρμακα συναποτελούσαν ένα από τα πιο βασικά μέρη του προγράμματος της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης στα Συστήματα Υγείας που τίθεται να προσφέρει η κάθε χώρα στους ασθενείς της, αφού μέσα από τις συγκροτημένες φαρμακευτικές πολιτικές που ακολουθούνταν από τους διάφορους φορείς ήταν και η δαπανηρή αλλά ορθολογική τους χρήση (Sterky et al, 1991).

Το φάρμακο ως έννοια προκαθορίστηκε από έναν από τους μεγαλύτερους χαρισματικούς γιατρούς της αρχαιότητας και τη σημαντικότερη φυσιογνομία της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, το Γαληνό. Σύμφωνα με τον Γαληνό, φάρμακο προσδιορίζεται κάθε ουσία που επιδρά στον ανθρώπινο οργανισμό, μεταρρυθμίζοντας τις πρωταρχικές ποιότητες θερμότητα, υγρότητα, ψυχρότητα, και ξηρότητα που τον συγκροτούν. Κάθε φάρμακο μπορεί να καταστεί ωφέλιμο ή βλαβερό, καθώς διαμορφώνεται στο ανθρώπινο σώμα με αποτέλεσμα αυτό να ονομάζεται δηλητήριο.

Παράλληλα ο Γαληνός, καθιέρωσε και διαχώρισε την πραγματική και τη δυνητική έννοια του φαρμάκου. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατύπωσε, κάθε ουσία χαρακτηρίζεται ως φάρμακο όταν διακρίνεται σε «εν ενεργεία» και το φάρμακο πραγματοποιεί την επίδραση του, ενώ όταν βρίσκεται σε «εν δυνάμει» σημαίνει ότι εάν δεν υπάρξει καμία εξωτερική παρέμβαση, μπορεί να λειτουργήσει ως φάρμακο (Κουτρούμπας, 2010).

Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, εντοπίζεται μια πιο πολύπλευρη προσέγγιση στον ορισμό του φαρμάκου. Ο ορισμός του φαρμάκου, σύμφωνα με την Οδηγία 65/65/ΕΟΚ του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 26ης Ιανουαρίου 1965 της περί της προσέγγισης των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων σχετικά με τα φάρμακα, καθορίζεται ως ακολούθως:

«Φάρμακο είναι κάθε ουσία ή σύνθεση ουσιών που χαρακτηρίζεται ως έχουσα θεραπευτικές ή προληπτικές ιδιότητες έναντι ασθενειών ανθρώπων. Θεωρείται, ομοίως, ως φάρμακο, κάθε ουσία ή σύνθεση ουσιών που δύναται να χορηγηθεί σε άνθρωπο, προς το σκοπό να γίνει ιατρική διάγνωση ή να αποκατασταθούν, να βελτιωθούν ή να τροποποιηθούν φυσιολογικές λειτουργίες στον άνθρωπο»(European Economic Community, 1965).

Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ορίζει το φάρμακο ως ακολούθως:

- α) Μια ουσία η οποία αναγνωρίζεται από μία επίσημη φαρμακοποιία ή συνταγολόγιο.
- β) Μια ουσία η οποία προορίζεται για τη διάγνωση, θεραπεία ή πρόληψη των ασθενειών.
- γ) Μια ουσία η οποία μπορεί να επηρεάσει τη δομή ή οποιαδήποτε λειτουργία του σώματος.
- δ) Μια ουσία η οποία προκαθορίζεται ως ένα συστατικό ενός φαρμάκου.
- ε) Βιολογικές ουσίες που καλύπτονται από τους ίδιους νόμους και κανονισμούς, αλλά υπάρχουν διαφορές αναφορικά με τις διαδικασίες παραγωγής τους (χημική διαδικασία σε σχέση με τη βιολογική διαδικασία).

1.3 Ορισμοί της έννοιας της χρήσης φαρμάκων, ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων

Από την αρχαιότητα, το φάρμακο έχει διακριθεί ως το κατεξοχήν αγαθό υγείας και έχει χρησιμοποιηθεί από διάφορους θεραπευτές σε όλες τις κοινωνίες στο πλαίσιο της ανάγκης του ανθρώπου για πρόληψη και διατήρηση της φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής του κατάστασης.

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η αναγκαιότητα για προστασία, προαγωγή και αποκατάσταση της δημόσιας υγείας και συγκεκριμένα του κάθε ατόμου ξεχωριστά, αποτέλεσε το έναυσμα για τη δημιουργία κινήτρων ανάπτυξης νέων φαρμάκων για την καταπολέμηση των ασθενειών.

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, η χρήση φαρμάκων παρουσιάζεται ως ένα θέμα αμέριστου ενδιαφέροντος. Ερευνητικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, υπογραμμίζουν μια σειρά από προβλήματα που σχετίζονται με τις ανεπαρκείς υποδομές φροντίδας στα συστήματα

υγείας, τον αδύναμο έλεγχο των φαρμάκων από τις διάφορες κυβερνήσεις, την αλόγιστη από βιοϊατρικής πλευράς κατανάλωση καθώς και την υπερχρήση και ταυτόχρονα έλλειψη φαρμάκων σε μια χώρα (Sachs et al, 1992).

Επιπλέον, οι συγκεκριμένες τάσεις μπορεί να οδηγήσουν μακροχρόνια στη μη ασφαλή χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, σε μεγάλες σπατάλες των λιγοστών διαθέσιμων οικονομικών πόρων ενός κράτους, στη μη συμμόρφωση των ασθενών με τις οδηγίες των ιατρικών λειτουργιών και σε περίσσεια ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να προκαλέσει ένα ή περισσότερα φάρμακα (Quick et al, 1991).

Τα τελευταία πενήντα χρόνια, έχει καταγραφεί σημαντική πρόοδος στη σύνθεση και χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών έτσι ώστε να παρέχεται προς τον ασθενή η μέγιστη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Ωστόσο λόγω γεωγραφικής ή οικονομικής αδυναμίας στο σύστημα υγείας, οι ασθενείς των αναπτυγμένων χωρών δεν έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να χρησιμοποιούν περίπου το 15% των διαθέσιμων φαρμάκων παγκοσμίως. Ανάλογα με το είδος του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας, φαρμακευτικά είδη δεν είναι συχνά διαθέσιμα, εξαιτίας προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από την επιλογή, την προμήθεια, τη διανομή ή τη χρηματοδότηση των εν λόγω προϊόντων (Ross- Degnan et al, 1992).

1.3.1 Χρήση Φαρμάκων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012), ο ορισμός της χρήσης του φαρμάκου είναι ο εξής: «Η εμπορία, η διανομή, η συνταγογράφηση και η χρήση των φαρμάκων σε μια κοινωνία με ιδιαίτερη έμφαση στις ιατρικές και κοινωνικο-οικονομικές της συνέπειες».

Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται ολοένα και περισσότερο σύνθετη με τους ακόλουθους παράγοντες να αποτελούν τροφή για προβληματισμό από τους ιθύνοντες λήψεων εθνικών αποφάσεων:

α) Υπάρχει μια γιγαντιαία αύξηση του αριθμού και της ποικιλίας των διαθέσιμων φαρμάκων, τα οποία μπορεί να έχουν διαφορετικούς τρόπους χορήγησης, διαφορετικό τρόπο δράσης (μακράς δράσης, βραχείας δράσης) καθώς και φάρμακα με την ίδια φαρμακολογική δράση να έχουν διαφορετική εμπορική ονομασία.

β) Παρά το γεγονός ότι σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών οι οποίες χρήζουν μακροχρόνια θεραπεία, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν πολλά φάρμακα ταυτόχρονα, με αποτέλεσμα

την αύξηση της πιθανότητας αλληλεπιδράσεων, παρενεργειών και σφάλματα στη χορήγηση φαρμάκων.

γ) Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως είναι ο πυλώνας της παροχής φαρμάκων προς τους ασθενείς. Προβλήματα στην επικοινωνία των δύο μερών μπορούν να οδηγήσουν στη διακοπή της σχέσης γιατρού-ασθενούς.

δ) Οι γιατροί συνταγογραφούν ένα μεγάλο φάσμα φαρμάκων, τα οποία είναι υποχρεωμένοι να γνωρίζουν καλά. Για το λόγο αυτό, οι εν λόγω γιατροί πρέπει να είναι σε θέση να θυμούνται πολλές πληροφορίες για το κάθε φάρμακο.

ε) Πολλοί γιατροί φροντίζουν ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φάρμακα που προέρχονται από άλλους συναδέλφους τους (π.χ ειδικευμένους γιατρούς) και ως εκ τούτου δεν γνωρίζουν τις πιθανές φαρμακευτικές επιδράσεις που ενδεχομένως ένας ασθενής να κατέχει.

Η χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορεί να μελετηθεί σε πολλαπλά επίπεδα χρησιμοποιώντας τα ακαθάριστα δεδομένα των πωλήσεων ή των συνταγών και συναφή στοιχεία ή ακόμη ασκώντας αναλυτικό έλεγχο σε συγκεκριμένους στόχους.

Οι διαθέσιμες τεχνικές επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων, γιατρών ή ατόμων και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για οικονομικούς λόγους, προγραμματισμό, βελτιστοποίηση της συνταγογράφησης, ορθολογική χρήση περιορισμένων πόρων, εκτίμηση συχνότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών φαρμάκων, αλληλεπιδράσεων, αναγνώριση προβλημάτων περαιτέρω διερεύνησης, πιθανών διαφοροποιήσεων σε νομοθετικές ρυθμίσεις και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Binns, 1980).

Σύμφωνα με τον Hovstadius (2010), η χρήση των φαρμάκων αποτελεί μέρος της ζωής πολλών ατόμων. Φάρμακα χρησιμοποιούνται ανεξάρτητα από όλες τις ηλικιακές ομάδες και η χρήση τους αυξάνεται τόσο με την ηλικία όσο και με τη νοσηρότητα. Οι διαφορές στη χρησιμοποίηση επηρεάζει τα δύο φύλα και επεκτείνεται σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες πληθυσμού. Η πλειονότητα των φαρμάκων είναι συνταγογραφούμενα φάρμακα, νοσοκομειακά φάρμακα, μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής, σκευάσματα εναλλακτικής ιατρικής.

Η πιο οικονομικά αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση είναι η συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού προϊόντος. Το ποσοστό της εθνικής συνολικής δαπάνης για την υγεία σε αναπτυγμένες χώρες ανήκει στο 10-20% ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το μερίδιο είναι μεταξύ 20-40% (Hovstadius 2010).

Συνοψίζοντας, πολλές έρευνες έχουν τεκμηριώσει τα πρότυπα χρήσης φαρμάκων και καταγράφουν τα πιο κοινά προβλήματα της αλόγιστης χρήσης των φαρμάκων από γιατρούς και καταναλωτές όπως είναι το θέμα της υπερ-συνταγογράφησης, της πολυφαρμακίας, της κατάχρησης φαρμακευτικών ουσιών, αντιβιοτικών και ενέσιμων σκευασμάτων (Le Grand, 1999).

1.3.2 Ορθολογική χρήση φαρμάκων

Η ορθολογική χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων κατέχει μια εξέχουσα θέση σε κάθε κοινωνία αφού υπάρχουν πολλές καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην κατάχρησή τους. Εκτιμάται ότι το ήμισυ των φαρμάκων που καταναλώνονται από τους ασθενείς, προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στο οικονομικό επίπεδο και στον τομέα της υγείας μιας χώρας (Vidotti, 2004).

Η ορθολογική χρήση φαρμάκων έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό μέρος της πολιτικής για την υγεία μιας χώρας. Το κάθε σύστημα διαχείρισης φαρμάκων έχει ως σκοπό τη χορήγηση του σωστού φαρμάκου στον ασθενή που το χρειάζεται. Τα σημεία της κατάλληλης επιλογής, προμήθειας και διανομής αποτελούν τους βασικούς κανόνες για την ορθολογική χρήση των φαρμάκων (Gurbani, 2011).

Στο Ναϊρόμπι, το 1988, στη σύγκλιση της Διάσκεψης των Εμπειρογνομόνων για την ορθολογική χρήση των φαρμάκων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προσδιορίστηκε ο ορισμός της ορθολογικής χρήσης, ο οποίος είναι ο ακόλουθος:

«Ορθολογική χρήση των φαρμάκων προεικάζεται όταν οι ασθενείς προμηθεύονται φάρμακα απαραίτητα για τις κλινικές τους ανάγκες, σε δόσεις που καλύπτουν τις δικές τους ιδιαίτερες απαιτήσεις για αρκετό χρονικό διάστημα και με το χαμηλότερο κόστος για αυτούς και την κοινότητά τους».

Η άποψη των καταναλωτών για τη σωστή φαρμακευτική χρήση μπορεί να διαφέρει από τον προαναφερόμενο ορισμό. Η χρήση ενός φαρμάκου για τον ασθενή, στηρίζεται στην αξία που επισκιάζει την καθημερινή του ζωή, τις πολιτιστικές του αντιλήψεις και τις οικονομικές διαστάσεις που τον χαρακτηρίζουν τη δεδομένη στιγμή (Le Grand, 1999).

Σύμφωνα με τους Vriesendorp et al (2010), οι παράγοντες που επηρεάζουν τα κατάλληλα προς χρήση φάρμακα είναι απαραίτητοι για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων πολιτικών και μέτρων για

τη μεγιστοποίηση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων. Οι ακόλουθες προϋποθέσεις καθορίζουν την πολιτική ορθής συνταγογράφησης και χρήσης φαρμάκων:

- α) Σωστό φάρμακο
- β) Κατάλληλη ένδειξη: Η συνταγογράφηση βασίζεται σε ορθές ιατρικές εκτιμήσεις
- γ) Κατάλληλη φαρμακευτική ουσία, η οποία θα αποφέρει τη σωστή αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και καταλληλότητα για τον ασθενή καθώς κατέχοντας επίσης προσιτή αξία για τον καταναλωτή
- δ) Κατάλληλη δοσολογία, χορήγηση και διάρκεια της θεραπείας
- ε) Κατάλληλος ασθενής: μηδαμινές αντενδείξεις και η πιθανότητα των ανεπιθύμητων παρενεργειών του φαρμάκου είναι ελάχιστες
- στ) Σωστή διανομή, συμπεριλαμβανομένων των αντίστοιχων ενημερώσεων για τους ασθενείς σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα
- ζ) Συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Για να επικρατήσουν τα πιο πάνω κριτήρια, οι γιατροί πρέπει να ακολουθήσουν τη διαδικασία της συνταγογράφησης, η οποία ξεκινά με τη διάγνωση της θεραπείας που θα ακολουθηθεί από τον ασθενή. Ο θεραπευτικός σκοπός είναι η απόφαση του συνταγογράφου για την ενδεικτική θεραπεία με φάρμακα τα οποία θα φέρουν τη μεγιστοποίηση του στόχου του κάθε ασθενούς. Το φάρμακο επιλέγεται προσεκτικά με βάση την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την καταλληλότητα, το κόστος, τη δοσολογία του φαρμάκου, τον τρόπο χορήγησης, τη διάρκεια ίασης και την κατάσταση του ασθενούς. Ο γιατρός προσφέρει την κατάλληλη πληροφόρηση στον ασθενή για το φάρμακο παίρνοντας τις κατάλληλες αποφάσεις για τη θεραπευτική του παρακολούθηση (Vriesendorp et al, 2010).

Το επόμενο στάδιο είναι η κατανάλωση του φαρμάκου με τον πιο ασφαλή και υγιεινό τρόπο ούτως ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να καταλάβει τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Η συμμόρφωση του ασθενούς προέρχεται όταν αναγνωρίσει την αξία χρήσης ειδικών φαρμάκων για ειδικές περιπτώσεις (Vriesendorp et al, 2010).

Ο στόχος των συστημάτων υγείας είναι η προσφορά υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη με αποδεκτό για τους πολίτες κόστος. Οι ηγέτες των συστημάτων υγείας λαμβάνουν διαφορετικές αποφάσεις για τη βελτιστοποίηση των περιορισμένων πόρων, υπό το φως πολιτικο-οικονομικών συμφερόντων.

Σε πολλές χώρες του κόσμου, το μεγάλο χρέος και τα δημοσιονομικά ελλείμματα έχουν τοποθετηθεί στις προτεραιότητες μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης με τα φάρμακα να κατέχουν υψηλή θέση στην πολιτική ατζέντα. Αντίθετα, σε υποανάπτυκτες χώρες έχουν εισαχθεί τεχνολογίες υγείας για την εφαρμογή της καθολικής υγειονομικής κάλυψης.

Η χρήση των φαρμάκων αποτελεί έναν από τους κρίσιμότερους παράγοντες για την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας. Από τη μία πλευρά, ορισμένες χώρες δαπανούν για την αγορά φαρμάκων το ένα πέμπτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Από την άλλη πλευρά, τα φάρμακα έχουν έμμεσα συνεισφέρει στην εποικοδομητική διαχείριση του συστήματος υγείας μέσα από την πρόληψη ή αποφυγή σοβαρών και δαπανηρών καταστάσεων (π.χ. εμβόλια, στατίνες σε καρδιαγγειακή νόσο).

Τα φάρμακα συχνά υπερκαταναλώνονται (π.χ αντιβιοτικά) ή υποχρησιμοποιούνται (π.χ., λόγω μη τήρησης της αγωγής) με αποτέλεσμα την πρόκληση ανεπιθύμητων ενεργειών, χειρότερη ποιότητα ζωής και κατώτερα προσδοκώμενα αποτελέσματα υγείας (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2012).

1.3.3 Μη ορθολογική χρήση φαρμάκων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), ακατάλληλη ή εσφαλμένη χρήση των φαρμάκων παρατηρείται όταν ένας ή περισσότεροι από τους προαναφερόμενους για την ορθολογική χρήση όρους δεν ικανοποιείται.

Σε παγκόσμια κλίμακα, το μισό περίπου του συνόλου των φαρμάκων συνταγογραφούνται, διανέμονται ή πωλούνται με ακατάλληλο τρόπο ενώ παράλληλα το ήμισυ των ασθενών αποτυγχάνει να λάβει σωστά τα φάρμακά του ή όπως ορίζεται στη συνταγογράφηση του ιατρικού λειτουργού.

Παγκόσμια, η αλόγιστη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων παίρνει τη μορφή πολλών διαστάσεων, όπως πολυφαρμακία, υπερ-χρήση αντιβιοτικών και ενέσεων, αποτυχημένη συνταγογράφηση σύμφωνα με κλινικά κατευθυντήρια πρωτόκολλα και ακατάλληλη αυτοθεραπεία από τον ασθενή. Ωστόσο, λίγες είναι οι χώρες που λαμβάνουν επαρκή μέτρα ελέγχου και διορθωτικές κινήσεις (World Health Organization, 2011).

1.3.3.1 Παράγοντες μη ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολλών ερευνητικών μελετών, οι κυριότεροι συντελεστές, οι οποίοι συμβάλλουν στον επηρεασμό της αλόγιστης χρήσης των φαρμάκων είναι οι διαφορετικές κουλτούρες προβολής φάρμακων με διαφορετικούς τρόπους, ιδιαίτερα σε αυτές που πηγάζουν από τους ασθενείς, τους γιατρούς, τον εργασιακό χώρο και το φαρμακευτικό σύστημα τροφοδοσίας συμπεριλαμβανομένων των επιρροών της βιομηχανίας, της φαρμακορύθμισης, της ιατρικής πληροφόρησης και παραπληροφόρησης, καθώς και συνδυασμοί των πιο πάνω παραγόντων (Πίνακας 1) (Gurbani, 2011).

Πίνακας 1: Παράγοντες μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων

Κατηγορία	Παράγοντες ακατάλληλης χρήσης φαρμάκων
Ασθενείς	<ul style="list-style-type: none">● ιατρική παραπληροφόρηση● παραπλανητικές πεποιθήσεις● απαιτήσεις/προσδοκίες των ασθενών
Ιατρικοί Λειτουργοί	<ul style="list-style-type: none">● έλλειψη εκπαίδευσης● ακατάλληλα πρότυπα● έλλειψη αντικειμενικής ιατρικής πληροφόρησης● γενικευμένη και περιορισμένη εμπειρία● παραπλανητικές απόψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων
Περιβάλλον εργασίας	<ul style="list-style-type: none">● Βαρύ φορτίο ασθενών● Πίεση για συνταγογράφηση● Ανεπαρκής στελέχωση
Προμήθεια φαρμάκων	<ul style="list-style-type: none">● Αναξιόπιστοι προμηθευτές● Ελλείψεις σε φάρμακα● Ληγμένα φάρμακα
Φαρμακορύθμιση	<ul style="list-style-type: none">● Μη διαθέσιμα βασικά φάρμακα● Άτυπη συνταγογράφηση● Η έλλειψη επιβολής κανονισμών
Βιομηχανία	<ul style="list-style-type: none">● Προωθητικές ενέργειες● Παραπλανητικές αξιώσεις

Πηγή: Gurbani, (2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

2.1 Προβλήματα χρήσης φαρμάκων

Σύμφωνα με τη Μαλισιώτη (2011), τα φάρμακα διαιρούνται σε δύο κατηγορίες:

- i) Τα συνταγογραφούμενα (τα φάρμακα τα οποία ο ασθενής προμηθεύεται κατόπιν συνταγής γιατρού),
- ii) τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (τα φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή)

Στην περίπτωση των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων, ο γιατρός λαμβάνει την απόφαση για το είδος του φαρμάκου που θα χορηγηθεί στον ασθενή, ενώ στην περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ο καταναλωτής αποφασίζει τη λήψη του φαρμάκου, η οποία πολλές φορές μπορεί να είναι αλόγιστη ή/και ακατάλληλη.

Πιο κάτω παρατίθενται τα συχνότερα φαρμακοθεραπευτικά προβλήματα, τα οποία οφείλονται σε αρκετά μεγάλο βαθμό στην αποτυχία της φαρμακοθεραπείας κυρίως σε επίπεδο ασθενή αλλά πολλές φορές και σε επίπεδο ιατρικού λειτουργού.

α) Υπερχρήση φαρμάκων και ενέσιμων διαλυμάτων

Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται στη διάρκεια της υπερσυνταγογράφησης των γιατρών και της υπερκατανάλωσης και αφορά τα αντιβιοτικά, τα αντιδιαρροϊκά, τα παυσίπονα, τις ενέσεις, τα αντιβηχικά και τα φάρμακα κατά του κοινού κρυολογήματος. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι πωλήσεις των συγκεκριμένων σκευασμάτων υπερβαίνουν τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Οι ενέσεις ως ένα ιδιαίτερα ταχέως δραστικό φάρμακο υπερ-καταναλώνονται τόσο από τους ιατρικούς λειτουργούς όσο και από τους ασθενείς.

β) Πολλαπλή χρήση φαρμάκων ή πολυφαρμακία

Σύμφωνα με την 27^η έκδοση του ιατρικού λεξικού του Dorland η πολυφαρμακία είναι η «ταυτόχρονη χρήση πολλών διαφορετικών φαρμάκων». Στη βιβλιογραφία ορίζεται ποσοτικά συνήθως ως «χρήση δύο ή περισσότερων φαρμάκων για 240 ημέρες ή περισσότερο, ταυτόχρονη χορήγηση δύο ή περισσότερων φαρμάκων, τριών ή περισσότερων ή τεσσάρων ή περισσότερων φαρμάκων και χρήση δέκα ή περισσότερων φαρμάκων». Ωστόσο ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός είναι «η ταυτόχρονη λήψη πέντε ή περισσότερων φαρμάκων». Ποιοτικά, η πολυφαρμακία

έχει ορισμό ως «η τακτική ημερήσια κατανάλωση πολλαπλών φαρμάκων καθώς και η χρήση φαρμάκων υψηλού κινδύνου και αμφισβητήσιμη δοσολογία και η χορήγηση ή χρήση περισσότερων φαρμάκων από ότι ενδείκνυται κλινικά σε έναν δεδομένο ασθενή» (Haider, 2008).

Ο αριθμός των φαρμάκων ανά συνταγή (μέσος όρος 2,4-10 φάρμακα) είναι συχνά υψηλότερος από ότι χρειάζεται. Η πολλαπλή χρήση φαρμάκων αποτελεί κοινό γεγονός μεταξύ των καταναλωτών που προμηθεύονται τα εν λόγω σκευάσματα από τα ιδιωτικά ή ανεπίσημα καταστήματα σε υποανάπτυκτες κυρίως χώρες (Le Grand, 1999).

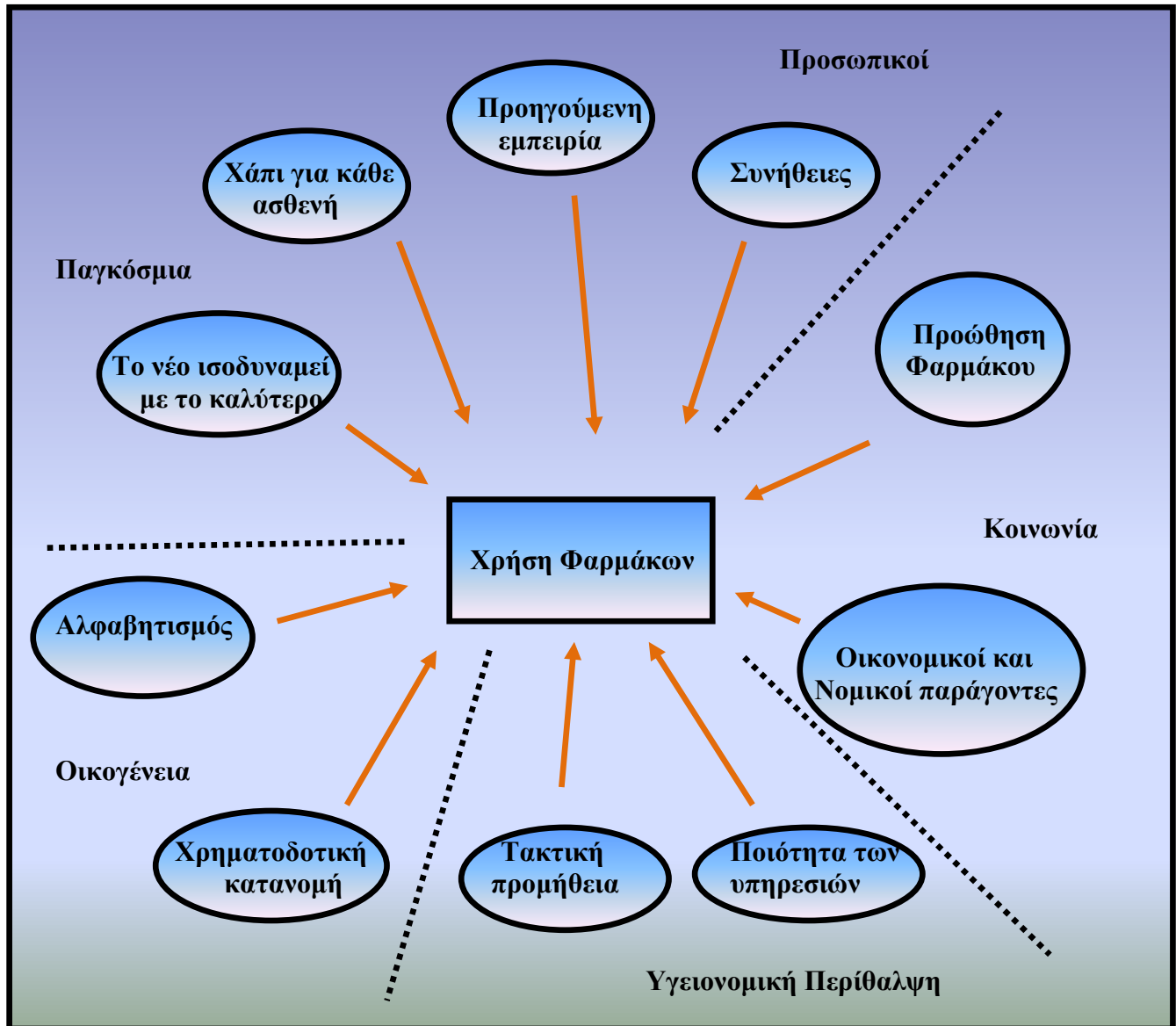
γ) Λανθασμένη χρήση φαρμάκων

Περιλαμβάνει την εσφαλμένη συνταγογράφηση καθώς και την ακατάλληλη χρησιμοποίηση των φαρμάκων από τους καταναλωτές. Επίσης ο ορισμός εσωκλείει το λανθασμένο φάρμακο που χορηγείται για μια ενδεδειγμένη κατάσταση. Για παράδειγμα, φάρμακα αμφίβολης αποτελεσματικότητας, φάρμακα αβέβαιου χαρακτήρα ασφάλειας, χρήση φαρμάκων με ακατάλληλη δοσολογία κ.λ.π (Le Grand, 1999).

2.2 Επιπτώσεις ακατάλληλης χρήσης των φαρμάκων

Σύμφωνα με τον Gurbani (2011), ο αντίκτυπος της αλόγιστης χρήσης των φαρμάκων μπορεί να έχει τις ακόλουθες επιπτώσεις:

- α) Μείωση της φαρμακευτικού θεραπευτικού σχήματος οδηγώντας έτσι σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα
- β) Μεγάλο μέρος των οικονομικών πόρων οδηγούν σε μειωμένη διαθεσιμότητα άλλων σημαντικών φαρμάκων με αποτέλεσμα να προκληθεί αύξηση του κόστους
- γ) Αυξημένες ανεπιθύμητες επιδράσεις όπως είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων και εμφάνιση φαρμακευτικής αντίστασης
- δ) Ψυχοκοινωνικές συνέπειες, π.χ οι ασθενείς πιστεύουν ότι υπάρχει «ένα χάπι για κάθε άρρωστο» προκαλώντας έτσι μία φαινομενική αύξηση της ζήτησης για τα φάρμακα (Σχήμα 1) (Gurbani, 2011).



Σχήμα 1. Πολύπλοκη αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων

Πηγή: Gurbani, (2011)

2.3 Παράγοντες χρήσης των φαρμάκων από τους καταναλωτές

Το πλαίσιο που συνδέει την ατομική συμπεριφορά και την πολύ-επίπεδη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων περιλαμβάνει το εθνικό και διεθνές επίπεδο, καθώς και τους παράγοντες νοικοκυριού, κοινότητας και υπηρεσιών υγείας (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

A) Επίπεδο Νοικοκυριού

Ο τρόπος με τον οποίον τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, επηρεάζεται από τις ατομικές πεποιθήσεις των ανθρώπων καθώς και το στενό τους περιβάλλον όπως είναι μέλη της οικογένειας ή συγγενείς.

Διάχυτη ανάγκη για φάρμακα

Δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι άνθρωποι δεν έχουν την πεποίθηση πλέον ότι το σώμα έχει την ικανότητα να καταπολεμά τις αρρώστιες χωρίς τη βοήθεια των φαρμάκων. Πολλά άτομα καταναλώνουν φάρμακα στην έναρξη της ασθένειας τους πιστεύοντας ότι θα επέλθει η ίαση χωρίς τα χειρότερα αποτελέσματα.

Οι άνθρωποι υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα των φαρμάκων στο να παραμένουν υγιείς και όχι μόνο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής τους αποκατάστασης. Η σημασία του τομέα της πρόληψης διαφόρων ασθενειών παραμένει μικρού ενδιαφέροντος θέμα προς συζήτηση ιδιαίτερα σχετικά με την ορθολογική χρήση των φαρμάκων. Ωστόσο, οι βιταμίνες αποτελούν ένα από τα πρώτα σκευάσματα σε πωλήσεις αφού οι άνθρωποι τις εκλαμβάνουν προληπτικά (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

i. Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των φαρμάκων

Οι άνθρωποι καθορίζοντας τη δική τους αντίληψη για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, σύμφωνα με τις ακόλουθες πηγές:

α) Το χρώμα και το σχήμα του φαρμάκου

β) Μέθοδος χορήγησης π.χ η ταχύτητα απορρόφησης στο αίμα των ενέσιμων φαρμάκων είναι πιο γρήγορη από αυτήν των φαρμάκων δια του στόματος χορήγηση

γ) Ο βαθμός της συμβατότητας του φαρμάκου και του λήπτη. Η αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ένα χορηγούμενο φάρμακο μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό για έναν άνθρωπο ενώ για κάποιον άλλον να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

δ) Σκεύασμα το οποίο στο παρελθόν είχε αποτελεσματική χρήση στην καταπολέμηση μιας ασθένειας, μπορεί να ξαναχρησιμοποιηθεί για θεραπεία.

ε) Τα νεότερης γενιάς φάρμακα πιστεύεται ότι είναι πιο αποτελεσματικά.

Η επιλογή των ανθρώπων στη χρήση των φαρμάκων που θα καταναλώσουν εξαρτάται από το βαθμό σοβαρότητας που προσδίδουν στην αρρώστια τους. Σε πολλές πατροπαράδοτες κοινωνίες του κόσμου, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η αρρώστια προέρχεται από τη μαγεία και καταφεύγουν σε παραδοσιακούς θεραπευτές παρά σε φαρμακευτική αγωγή.

Τέλος, σε πολυάριθμες τεκμηριωμένες μελέτες, έχουν συσχετιστεί οι φυσιολογικές και ψυχολογικές επιδράσεις ψευδοφαρμάκου και τυφλών δοκιμών με νέα φάρμακα, όπου το ένα τρίτο των ατόμων ανταποκρινόταν θετικά σε εικονικό φάρμακο.

ii. Αβεβαιότητα κατά την πολυθεραπεία

Η αβεβαιότητα που προκαλεί μια ασθένεια και οι επιπτώσεις της, συχνά οδηγεί τους ανθρώπους στην αναζήτηση διαφορετικών θεραπευτικών σχημάτων συνδυάζοντας ταυτόχρονα σύγχρονες και παραδοσιακές φροντίδες.

Ο ρόλος της κατανάλωσης φαρμάκων

Η χρήση των φαρμάκων δε σχετίζεται μόνο με τις ατομικές αντιλήψεις αλλά και με το ρόλο που παίζουν οι άνθρωποι μέσα στον ίδιο τον οικογενειακό περίγυρο κατά τη διαδικασία της αγοράς, της χρήσης και της διαχείρισης ενός φαρμακευτικού προϊόντος.

Για παράδειγμα, σε ορισμένες κοινωνίες όπως στις Φιλιππίνες είναι γνωστό ότι η μητέρα αποφασίζει για την αγορά ή όχι ενός φαρμάκου για το παιδί της και ο πατέρας δε λαμβάνει μέρος σε τέτοιες καθοριστικές αποφάσεις για την αρρώστια του παιδιού του. Πολλές φορές οι μητέρες συμβουλευονται τους γείτονες ή τους συγγενείς τους. Στην εν λόγω χώρα, οι παντρεμένες γυναίκες διαχειρίζονται τα έξοδα και το εισόδημα του νοικοκυριού χωρίς να συμβουλευονται τους συζύγους τους σχετικά με το κόστος των φαρμάκων παρά μόνο όταν υπάρχει σοβαρή ασθένεια.

Το κόστος των φαρμάκων

Το κόστος είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες σε επίπεδο οικογένειας ανάμεσα σε αναπτυσσόμενες και βιομηχανικές μη καλυπτόμενες από ασφαλιστικό σύστημα χώρες (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Dolovich et al, (2008), τεκμηριώθηκε ότι αρκετοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα με την εθνική ασφαλιστική κάλυψη των φαρμάκων που καταναλώνουν για τις ασθένειες τους. Οι εν λόγω ερευνητές αναφέρθηκαν αφενός στο μεγάλο χρονικό διάστημα προσημονής πριν οι ασφαλιστικές εταιρείες καλύψουν τα έξοδα των φαρμάκων τους και αφετέρου στο υψηλό κόστος πληρωμής των φαρμακευτικών προϊόντων που οι ίδιοι επωμίζονταν στο μεταξύ. Στις πιο πολλές περιπτώσεις, οι ίδιοι οι ασθενείς ήταν διατεθειμένοι να αναλάβουν το οικονομικό βάρος των φαρμάκων τους.

Από την άλλη πλευρά, καταναλωτές σε πολλά μέρη του κόσμου δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν την οικονομική δαπάνη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους. Στην Αφρική, Ασία και Ανατολική Ευρώπη, τα φάρμακα αντιπροσωπεύουν μέχρι και το 80% της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών.

Πολλοί άνθρωποι ξοδεύουν αρκετά χρήματα για τα φάρμακα τους και συχνά αγνοούν ότι υπάρχουν φθηνότερες εναλλακτικές λύσεις όπως είναι τα γενερικά φάρμακα ή ακόμη πολλές φορές δεν είναι σε θέση να συνειδητοποιήσουν ότι πολλά φάρμακα δεν μπορούν να προσφέρουν την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Επιπρόσθετα, μεγάλη μερίδα ανθρώπων είναι σε θέση να αναλάβουν το κόστος για μια αποτελεσματική θεραπεία πληρώνοντας για φάρμακα που μπορούν να προμηθευτούν από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ στην ουσία τα ίδια φάρμακα τα εξασφαλίζουν εντελώς δωρεάν από το δημόσιο.

Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι τα ακριβότερα φάρμακα προσφέρουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από ότι τα φθηνότερα. Μεγάλη μερίδα όμως ανθρώπων που δεν έχουν μεγάλη οικονομική ευχέρεια, καταφεύγουν σε φθηνότερες εναλλακτικές λύσεις όπως τη σύγκριση των τιμών δύο φαρμάκων (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Τα επίπεδα αλφαριθμητισμού των καταναλωτών

Η πρόσβαση στο φύλλο οδηγιών χρήσης ενός φαρμάκου, στη συσκευασία ή σε εκπαιδευτικό φαρμακευτικό υλικό, καθορίζεται από το επίπεδο της παιδείας/μόρφωσης που κατέχει ο κάθε άνθρωπος αλλά και την ικανότητα κατανόησης και αξιοποίησης οδηγιών (όπως παρέχονται μέσα από κατάλληλα προφορικά ή γραπτά έντυπα) από κάποιον επαγγελματία υγείας.

Αυτό εξηγείται στο γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι δεν έχουν τη δυνατότητα να διαβάσουν και να κατανοήσουν το φύλλο οδηγιών χρήσης του φαρμάκου με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εφαρμόσουν τις γραπτές οδηγίες λήψης ενός φαρμάκου. Αξιοσημείωτο παράδειγμα είναι τα ηλικιωμένα άτομα που είτε δεν έχουν αποκτήσει ευρύτερη μόρφωση, είτε για οποιοδήποτε άλλο λόγο, ζητούν από άλλους να τους αποσαφηνίσουν τι γράφει στη φαρμακευτική συσκευασία.

B) Το επίπεδο της κοινότητας

Τα άτομα και οι οικογένειες τους αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας τους μέσα από την κοινότητα και ανταλλάζουν απόψεις για τη θεραπευτική τους αγωγή, δημιουργούν κουλτούρες

σχετικές με τα φάρμακα βασιζόμενες σε τοπικές πηγές. Παράγοντες που συμβάλλουν στη χρήση φαρμάκων σε κοινοτικό επίπεδο είναι οι ακόλουθοι:

Κουλτούρες χρησιμοποίησης των φαρμάκων

Σε τοπικές κοινότητες, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν φάρμακα για την αποκατάσταση κοινών προβλημάτων υγείας, τα οποία προμηθεύονται από τα τοπικά φαρμακεία ή από καταστήματα γενικής χρήσης.

Συστήματα φαρμακευτικής τροφοδοσίας

Τα συστήματα παροχής φαρμάκων κατέχουν ένα αξιόλογο ρόλο στη χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων από τους καταναλωτές. Βασικά φάρμακα και υλικά πρώτης ανάγκης παρέχονται από τις δημόσιες υπηρεσίες μιας χώρας και συγκεκριμένα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σε πολλές περιπτώσεις, μελέτες καταγράφουν τις ανθρώπινες ανάγκες σε φάρμακα να στηρίζονται σε ανεπίσημα ιδιωτικά καταστήματα όπου και προβαίνουν στην αγορά των φαρμάκων τους χωρίς ιατρική συνταγή. Είναι αξιοσημείωτο ότι μπορούν να προμηθευτούν τα φάρμακα τους σε ώρες βολικές για αυτούς ή κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου.

Η απόφαση των χρηστών για τη λήψη των φαρμάκων τους εξαρτάται από την προηγούμενη εμπειρία τους, το μεταφορικό κόστος, την απόσταση, τη δουλειά ή τις απαιτήσεις της οικογένειάς τους.

Διάλογοι πληροφοριών

Οι πληροφορίες για ένα φάρμακο διαμορφώνουν συνήθως τη συμπεριφορά των καταναλωτών. Φάρμακα που αγοράζονται από το φαρμακείο περιέχουν σπάνια ένθετη πληροφόρηση παρά μόνο την εμπορική ονομασία. Ως εκ τούτου, οι χρήστες παίρνουν τις πληροφορίες από τα ραδιοφωνικά ή τηλεοπτικά μέσα, εκπαιδευτικά σεμινάρια διοργάνωσης στα πλαίσια προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από λειτουργούς υγείας της κοινότητας, από πωλητές φαρμάκων μικρών καταστημάτων, από παραδοσιακούς θεραπευτές που έχουν εντάξει τα φάρμακα στο θεραπευτικό τους σύστημα, περιοδικά, εφημερίδες, βιβλία για την υγεία και διαφημίσεις.

Τα προγράμματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν ως στόχο να ενισχύσουν την κατάλληλη χρήση φαρμάκων αγνοώντας συχνά τα μηνύματα που αναμεταδίδονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης από τους κατασκευαστές προς τους καταναλωτές. Στις Φιλιππίνες, έχει

διαπιστωθεί ότι τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα ήταν εκείνα που διαφημίστηκαν έντονα από τοπικό ραδιοσταθμό (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Γ) Το επίπεδο υγείας

Διευκολύνσεις υγείας, νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας ιδιωτικού και κρατικού τομέα έχουν ενάγουσα επιρροή στους καταναλωτές φαρμάκων.

Συμβουλές από τους λειτουργούς υγείας

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, τα φάρμακα λαμβάνονται χωρίς την ιατρική συνταγή. Ερευνητές επισκέφτηκαν χώρες όπως την Ταϊλάνδη, τις Φιλιππίνες και το Πακιστάν για καταγραφή κοινών προβλημάτων υγείας και απεκάλυψαν ότι μέλη οικογενειών δεν είχαν την κατάλληλη πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτικές εγκαταστάσεις, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίσουν τις συγκεκριμένες ασθένειες χωρίς συμβουλή ιατρικού λειτουργού.

Ποιότητα συνταγογράφησης

Η ποιότητα της συνταγογράφησης φαρμακευτικών ουσιών από γιατρούς ανήκει στο η πιο καθοριστικούς παράγοντες χρήσης φαρμάκων αφού τα περισσότερα λαμβάνονται χωρίς ιατρική συμβουλή. Η ποιότητα διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη θεραπεία σοβαρών καταστάσεων όταν οι ασθενείς συμβουλευονται το γιατρό τους και επηρεάζει τις λιγότερο σοβαρές νόσους όταν οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις οδηγίες σε κατοπινό στάδιο της αυτοθεραπείας τους.

Τα μέλη του Διεθνούς Δικτύου για την Ορθολογική Χρήση των Φαρμάκων (International Network for Rational Use of Drugs-INRUD) υπογράμμισαν την εφαρμογή της πολυφαρμακίας από τους εργαζόμενους στην υγεία. Στην Ινδονησία εκπονήθηκε μελέτη σε παιδιά ηλικίας μέχρι 5 ετών, στην οποία διαπιστώθηκε ότι ο μέσος αριθμός φαρμάκων ανά συνταγή ήταν 3,8 και στην οποία η κάθε συνταγή περιείχε παυσίπονα, αντιβιοτικά και βιταμίνες. Ο τρόπος με τον οποίο οι ιατρικοί λειτουργοί συνταγογραφούν πολλά φάρμακα για πολλαπλές αρρώστιες, ενισχύει την πεποίθηση των καταναλωτών ότι υπάρχει «ένα φάρμακο για κάθε ασθένεια».

Σε πολλές χώρες, έχουν συγκροτηθεί επαγγελματικές οργανώσεις και φορείς για τη σωστή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για το θέμα της ορθολογικής συνταγογράφησης και χρήσης φαρμάκων. Επιπλέον, διάφορα θεραπευτήρια υγείας έχουν καθορίσει κατευθυντήριες γραμμές/οδηγίες θεραπείας με σκοπό την αύξηση της κατάλληλης χρήσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Ποιότητα της συμβουλής

Πολυάριθμες έρευνες υποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι σπάνια ακολουθούν τις ιατρικές συμβουλές για την ενδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία τους και περιορίζονται σε ακανόνιστα φαρμακευτικά περιθώρια ειδικά για χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο διαβήτης και η υπέρταση.

Η μη τήρηση της αγωγής μπορεί να επηρεαστεί από τη δομική και συγχρόνως καλή σχέση γιατρού-ασθενή. Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς, η συνεργασία και η επικοινωνία με το γιατρό του παίζει τον πιο σημαντικό ρόλο στο να επεξηγηθεί επακριβώς το δοσολογικό σχήμα, να καθοριστούν οι παρενέργειες που πιθανόν να προκαλέσει κάποιο φάρμακο, ο τρόπος διαχείρισης τους καθώς και η επιβεβαίωση της ολοκλήρωσης μιας θεραπείας.

Η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να επιφέρει και θετικά αποτελέσματα. Έχει αναφερθεί ότι παιδιά που υποφέρουν από άσθμα, έχουν ρυθμίσει τη συχνότητα και την ένταση των εισπνοών του φαρμάκου ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης τους.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα υγείας έχουν υιοθετήσει πιο ευέλικτες λύσεις αναφορικά με τη δοσολογία του φαρμάκου που χρειάζονται και ανταποκρίνονται με αυτό τον τρόπο στις προτεινόμενες απαιτήσεις της καθημερινότητας τους. Έχουν την άποψη ότι η λήψη λιγότερων φαρμάκων θα μεγιστοποιήσει την ποιότητα της ζωής τους.

Το επικοινωνιακό χάσμα γιατρού-ασθενούς επεκτείνεται με τους γιατρούς να εκφράζουν την ακλόνητη γνώμη ότι η μη λήψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μπορεί να επιφέρει δυσμενέστερα αποτελέσματα στην υγεία των ανθρώπων, ενώ αντίθετα οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι μόνοι οι ίδιοι έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν τη θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθήσουν.

Η γεφύρωση του χάσματος επιτυγχάνεται με τη συμβατική διαδικασία λήψης αποφάσεων και την εξεύρεση της όσο το δυνατόν καλύτερης εφικτής λύσης σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων των απαιτήσεων, των εμπειριών και των πεποιθήσεων του αρρώστου (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Η ποιότητα χορήγησης

Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, η διανομή φαρμάκων διέπεται από αυστηρούς ρυθμιστικούς παράγοντες. Όσα άτομα χορηγούν φάρμακα πρέπει να κατέχουν ορισμένα επίπεδα στοιχειώδους εκπαίδευσης ανάλογα με τα είδη των φαρμάκων προς παροχή. Ο ρόλος του

φαρμακοποιού αναγνωρίζεται παγκοσμίως στην παροχή των απαραίτητων φαρμακευτικών πληροφοριών συμπληρώνοντας έτσι τις πληροφορίες που παρέχει ο γιατρός.

Τα φαρμακεία αποτελούν σημαντικούς στόχους προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων. Σε χώρες που δεν είναι αρκετά αναπτυγμένες, ανειδίκευτοι εργαζόμενοι με μηδαμινές γνώσεις για τα φάρμακα, διανέμουν σκευάσματα συσκευασμένα σε μικρά φακελάκια με λίγες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση και τις προφυλάξεις τους. Στα ένθετα συσκευασίας του φαρμάκου ενσωματώνονται χρήσιμες πληροφορίες, οι οποίες όμως δε διατίθενται όταν το φάρμακο αγοραστεί. Φάρμακα πωλούνται ανά δισκίο σε αγορές ή ανεπίσημα φαρμακεία και συχνά τυλίγονται σε εφημερίδα.

Τακτική προμήθεια

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όταν οι άνθρωποι προσφεύγουν σε κέντρα υγείας κατόπιν συμβουλή του γιατρού τους, ανακαλύπτουν ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα και καταφεύγουν σε φαρμακεία για να προμηθευτούν, με ίδιες δαπάνες, τα απαραίτητα προϊόντα.

Κόστος φαρμάκων

Στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας τα τέλη φαρμάκων είναι συνήθως χαμηλά ενώ στον ιδιωτικό τομέα το κόστος είναι πιο ψηλό και πιστεύουν ότι τα ακριβότερα φάρμακα κατέχουν και την πιο καλή αποτελεσματικότητα (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Δ) Το εθνικό επίπεδο

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες οικονομίες, τα φάρμακα αντιπροσωπεύουν τη δεύτερη μεγαλύτερη δαπάνη υγείας μετά τη δαπάνη προσωπικού. Αδιαμφισβήτητα, η πολιτική φαρμάκου στοχεύει στη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η χάραξη πολιτικών υγείας, με δεδομένο το διογκούμενο δημογραφικό πρόβλημα, που αυξάνει τη χρήση των φαρμάκων, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, παρέχει έγκυρη καθοδήγηση με κατευθυντήριες οδηγίες μέσω των οποίων, επιτρέπει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, στους επαγγελματίες υγείας, στην κοινωνία των ατόμων και στους οργανισμούς, να βελτιώσουν τη φαρμακευτική θεραπεία που χρειάζεται το κάθε άτομο με την εξασφάλιση των μέγιστων δυνατών αποτελεσμάτων για τη δημόσια υγεία (Παγκόσμιος Οργανισμός Φαρμάκων, 2011).

Εφαρμογή βασικών πολιτικών για τα φάρμακα

Στη σημερινή εποχή οι περισσότερες χώρες κατέχουν λίστα με βασικά φάρμακα, η οποία οδήγησε σε σύναψη συμβάσεων από το δημόσιο τομέα, ενώ δεν συνομολογήθηκε καμία σύμβαση για τον ιδιωτικό.

Βασικά φάρμακα είναι τα φάρμακα που ικανοποιούν τις ανάγκες της υγείας για τη φροντίδα ενός πληθυσμού. Έχουν επιλεγεί σε σχέση με τον επιπολασμό της νόσου, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και τη συγκριτική σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Προορίζονται για τα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών σε επαρκείς ποσότητες, σε κατάλληλες μορφές δοσολογίας, με εξασφαλισμένη ποιότητα και σε τιμές που τα άτομα της κοινότητας μπορούν να αντέξουν οικονομικά.

Ο προσδιορισμός του καταλόγου βασικών φαρμάκων για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, μπορεί να βοηθήσει τις χώρες να θέσουν ως προτεραιότητα την αγορά και διανομή των φαρμάκων, μειώνοντας έτσι το κόστος για το σύστημα υγείας και κατ'επέκταση τη φαρμακευτική δαπάνη (World Health Organization, 2003).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπογραμμίζει τις βασικές φαρμακευτικές πολιτικές αναφορικά με την προμήθεια φαρμάκων, τον επηρεασμό της σωστής συνταγογράφησης από τους ιατρικούς λειτουργούς, τον έλεγχο της συνταγογράφησης των γιατρών και την υπεύθυνη πληροφόρηση του πληθυσμού σχετικά με τα φάρμακα.

Η δραστική περιστολή των δημόσιων δαπανών έχει ως αποτέλεσμα τη μη παροχή ποιοτικής φροντίδας και την παρεμπόδιση της πρόσβασης στα βασικά φάρμακα χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο για τον τρόπο χορήγησης τους. Το φαινόμενο της σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αποτελεί δύσκολο εγχείρημα για την προώθηση καινοτόμων δράσεων που μπορεί να εμπλέκουν τα συμφέροντα του ιδιωτικού εμπορίου και της ελεύθερης αγοράς.

Η ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης και η ενεργός υποστήριξη του δημόσιου τομέα δεν αποτελούν άξονες προτεραιότητας όλων των κυβερνήσεων. Αντιθέτως, αναζητούνται ολοκληρωμένες λύσεις τόνωσης του ιδιωτικού τομέα και της βιομηχανίας παραβλέποντας προσωρινά τόσο το μέγεθος και την ανακατανομή των υγειονομικών πόρων όσο και την ενδυνάμωση των ουσιώδη υπηρεσιών (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Προώθηση φαρμάκων

Η προώθηση των φαρμάκων ανήκει στους καθοριστικούς παράγοντες της μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων. Η προώθηση των φαρμάκων καθορίζει και τη ζήτηση στα φάρμακα με διάφορες προσεγγίσεις. Αρχικά, ορίζονται οι συνθήκες ασθένειας που χρήζουν θεραπείας με τη διατύπωση ότι τα φάρμακα προσφέρουν την καλύτερη θεραπευτική λύση σε αντίθεση με την εναλλακτική ιατρική. Υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα του κάθε φαρμάκου και δίνει έμφαση στην ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων για την υγεία του ασθενούς.

Τεράστια χρηματικά ποσά ξοδεύουν κάθε χρόνο οι παγκόσμιες φαρμακοβιομηχανίες που ασχολούνται με την παραγωγή και εμπορία φαρμάκων, τα οποία πολλές φορές είναι διπλάσια του ποσού που δαπανείται για την έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Δεν δαπανούνται πλέον χρήματα για τις εκστρατείες που επικεντρώνονται στην καθοδήγηση ορθολογικής χρησιμοποίησης φαρμάκων, ούτε και η κοινότητα μπορεί να παρέμβει για να ρυθμίσει κατάλληλα την προώθηση των φαρμάκων (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Η φαρμακευτική βιομηχανία ξοδεύει περίπου 15-25% του συνολικού της προϋπολογισμού (το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε πολύ πιο υψηλά επίπεδα για της Χώρες του Τρίτου Κόσμου) σε ενέργειες προώθησης των προϊόντων της.

Η αντικειμενικότητα των πληροφοριών από τους κατασκευαστές παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Τα διαφημιστικά έντυπα που παρέχονται στη χώρα προέλευσης του φαρμάκου είναι πολύ πιο στοχευμένα από αυτά που χρησιμοποιούνται σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (Laporte, 1985).

Όλο το ενδιαφέρον των φαρμακευτικών εταιρειών έχει εστιαστεί αυξητικά στο μάρκετινγκ των φαρμάκων, ενώ πρόσφατα οι εταιρείες έχουν ξεκινήσει να προάγουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Σε κάποια κράτη, η απευθείας καταναλωτική διαφήμιση για συνταγογραφούμενα φάρμακα θεωρείται παράνομη παρόλο που επιτρέπεται σε κάποιες άλλες χώρες (π.χ. στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη Νέα Ζηλανδία).

Στην Αυστραλία πραγματοποιήθηκε μελέτη για 140 διαφημίσεις και ανευρέθηκε ότι μόνο το 29% διέθεταν στο περιεχόμενο τους προειδοποιήσεις για τους κινδύνους στην υγεία των ανθρώπων (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Χρηματοδότηση και αποζημίωση

Σημαντική διαφορά στους μηχανισμούς χρηματοδότησης φαρμάκων παρουσιάζουν οι βιομηχανικές σε σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις αναπτυγμένες χώρες, το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καλύπτεται από κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση. Με τη σειρά τους, οι ασφαλιστικές εταιρείες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη χρήση φαρμάκων από τα ασφαλισμένα μέλη τους. Οι κυβερνήσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ολλανδία αποφασίζουν τον τρόπο με τον οποίο εξασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση στα βασικά φάρμακα.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (National Institute for Clinical Excellence -NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου προσδιόρισε τα νέα φάρμακα προς ένταξη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας. Στις μη ανεπτυγμένες χώρες, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας προσφέρουν φάρμακα προς τους πολίτες, οι οποίοι επωμίζονται ένα τέλος χρήσης που αρκετές φορές είναι ανάλογο με το ποσό του φαρμάκου που λήφθηκε. Η πρόσβαση σε φάρμακα των υπηρεσιών του δημοσίου παραμένει δύσκολη. Από την άλλη πλευρά, ο ιδιωτικός τομέας των περισσότερων χωρών περιλαμβάνει τις περισσότερες αγορές φαρμακευτικών ουσιών.

Συνηγορία των καταναλωτών

Ο εν λόγω παράγοντας μπορεί να καταστεί παράγοντας επηρεασμού της χρήσης φαρμάκων από τους καταναλωτές σε εθνικό επίπεδο. Πρωτοβουλίες συνηγορίας περιλαμβάνουν φαρμακευτικές πολιτικές για βασικά φάρμακα, σφαιρική ενημέρωση των ατόμων για την κατάλληλη χρήση φαρμάκων και υπογράμμιση αντιδεοντολογικών πρακτικών στην προώθηση φαρμάκων. Ωστόσο, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες δεν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις στη σύγκλιση καταναλωτικών οργανώσεων και αυτές που ήδη υπάρχουν δεν κατέχουν ισχυρή δύναμη για να επηρεάσουν πολιτικές αποφάσεις.

Οι οργανώσεις υποστήριξης ασθενών συμμετέχουν στην προώθηση των φαρμακευτικών αναγκών του κάθε ατόμου οδηγώντας τις κυβερνήσεις των χωρών τους στον επαναπροσδιορισμό νέων φαρμάκων στην αγορά. Σε αυτές τις εκστρατείες, οι ομάδες ασθενών υποστηρίζουν ακράδαντα τους φαρμακευτικούς παρασκευαστές.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

Οι δημοσιογράφοι και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις προσπάθειες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και παρέμβασης σχετικά με τα προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν τα φάρμακα και τους σοβαρούς κινδύνους στην υγεία των ασθενών. Τα

μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί να έχουν θετικές επιδράσεις στη ψυχοσύνθεση του καταναλωτή για τη χρήση φαρμάκων με τον επηρεασμό τους προς την ανακάλυψη/αποτελεσματικότητα νέων μη δοκιμασμένων φαρμάκων. Συχνά, οι βιομηχανίες φαρμάκων χρησιμοποιούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την προώθηση των προϊόντων τους με το μανδύα της ‘‘κεκαλυμμένης διαφήμισης’’ (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

Οι φαρμακευτικές εταιρείες προσπαθούν να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των δημοσιογράφων για τα προϊόντα τους. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι δημοσιογράφοι δημοσιοποιούν στην επικαιρότητα φαρμακευτικά άρθρα κατόπιν άντλησης πηγών από τη βιομηχανία. Συγκεκριμένα, γνωστή φαρμακευτική εταιρεία, σε προγραμματισμένη επιστημονική συνάντηση, παρουσίασε σε Ολλανδούς δημοσιογράφους το καινούργιο της φάρμακο για την ημικρανία, προτού το προϊόν επίσημα εγγραφεί ως φάρμακο. Το γεγονός αυτό οδήγησε εφημερίδες και περιοδικά να κάνουν εκτενή αναφορά «στην αποτελεσματικότητα του νέου φαρμάκου κατά της ημικρανίας» με αποτέλεσμα την κατάληξη τους στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο ως «παράνομη διαφήμιση».

Δημόσια εκπαίδευση των καταναλωτών για τα φάρμακα

Αποτελεσματικά προγράμματα δημόσιας ενημέρωσης για τα φάρμακα με περιορισμένη κάλυψη αναγκών επιμόρφωσης και πληροφοριακό περιεχόμενο, εφαρμόζουν πολύ λίγες χώρες (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

E) Το διεθνές επίπεδο

Η χρήση φαρμάκων επηρεάζεται από συνθήκες διεθνές επιπέδου όπως είναι οι ακόλουθες:

Παγκόσμιες εμπορικές κανονιστικές διατάξεις και πρόσβαση στα φάρμακα

Οι συνέπειες στην πολιτική υγείας από την παγκοσμιοποίηση και τις διεθνείς εμπορικές συναλλαγές είναι τεράστιες. Για πρώτη φορά το 1996, στη Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει περιγραφεί η έννοια «μη ισότιμος όρος ανταγωνισμού». Η σοβαρή έλλειψη οικονομικής υποστήριξης για φάρμακα που είναι κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας στις αναπτυσσόμενες χώρες και οι συμμαχίες μεταξύ ομάδων υγείας και ανάπτυξης σε αναπτυγμένες –λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, αποτελούν προτεραιότητες στην παγκόσμια, ευρύτερα εθνική και πολιτική ατζέντα.

Αναφορικά με τα Δικαιώματα Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου (World Trade Organization –W.T.O), υποχρεώνει όλα τα κράτη-μέλη να παρέχουν είκοσι χρόνια προστασίας των διπλωμάτων φαρμακευτικής ευρεσιτεχνίας.

Η υποστήριξη των χορηγών

Την τελευταία δεκαετία, η υποστήριξη των χορηγών από κάθετα προγράμματα, επέφερε σημαντικές ανακατατάξεις στην μεταρρύθμιση υγείας και ανάπτυξη στις τομεακές δεξιότητες. Τα μεταρρυθμιστικά προγράμματα για την υγεία αλλοιώνουν τοπικά την εφαρμογή των προγραμμάτων για τα βασικά φάρμακα, βελτιώνουν τη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, προσφεύγουν στην εφαρμογή τελών χρήσης και προσδοκούν στη μετάθεση δικαιοδοσίας για λήψη αποφάσεων συμπεριλαμβανομένων των προμηθειών φαρμάκων. Πρόσφατα πραγματοποιήθηκαν δυναμικές προσπάθειες ανακύκλωσης πόρων με σκοπό την πρόσβαση σε αναπτυσσόμενες χώρες που χρειάζονται επείγον συγκεκριμένα φάρμακα, εμβόλια και ιατρική τεχνολογία.

Παγκόσμια υπεράσπιση καταναλωτών

Το παγκόσμιο ενδιαφέρον για την υπεράσπιση των χρηστών φαρμάκων αποτελεί μείζον θέμα για την ορθολογική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι καταναλωτικές οργανώσεις δραστηριοποιούνται στα πλαίσια της παγκόσμιας αρένας για την κατάλληλη χρήση των φαρμάκων μέσα από τη χάραξη αποτελεσματικότερων πολιτικών υγείας παρακολουθώντας τη θέσπιση και εφαρμογή διεθνών συμφωνιών. Επιπλέον, δημοσιεύουν επιβλαβείς κινήσεις που διεξάγονται στις φαρμακευτικές βιομηχανίες. Η διεθνής οργάνωση συνηγορίας υπερασπίζει τις εθνικές εκστρατείες για τις προωθούμενες σαρωτικές αλλαγές.

Το διαδίκτυο

Το διαδίκτυο θεωρείται ως ένα σημαντικό εργαλείο προάσπισης, δικτύωσης και άντλησης πληροφοριών για την υγεία και τα φάρμακα. Είναι επίσης ένας δημοφιλής τρόπος διαφήμισης φαρμάκων σε ιστοσελίδες που ανήκουν σε φαρμακευτικές βιομηχανίες, οι οποίες ανεβάζουν υλικό χρήσιμο για ορισμένες υγειονομικές παθήσεις (World Health Organization, University of Amsterdam, 2004).

2.4 Είδη φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε μια κοινότητα

Οι ποσότητες και οι κατηγορίες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε μια κοινότητα καθορίζονται από μια σειρά προϋποθέσεων όπως η προμήθεια των απαιτούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων, η διαμόρφωση της δομής/οργάνωσης ενός συστήματος υγείας και η ιατρική

πληροφόρηση για τα φάρμακα. Αναφορικά με τη χρήση των φαρμάκων, οι παράγοντες κατανάλωσης τους εμπερικλείουν την έλλειψη φαρμακολογικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η συμπεριφορά και η ασκούμενη πίεση των χρηστών και η επιδημιολογική διερεύνηση σε μια κοινότητα (Laporte, 1985).

α) Μορφή της νόσου

Η ιατρική συνταγή ενός φαρμάκου έχει συσχετιστεί εν ολίγοις με τη νόσο και τα συμπτώματα που εμφανίζονται στον ασθενή ενώ από επιδημιολογικής άποψης αυτό μπορεί να μην εμφανίζεται ως ορθό. Για παράδειγμα:

Διεθνείς μελέτες χρήσης φαρμάκων που πραγματοποιούνται σε Ευρωπαϊκές χώρες ειδικά για το διαβήτη και την υπέρταση, υποδεικνύουν ότι η κατανάλωση των αντιυπερτασικών και αντιδιαβητικών φαρμάκων δεν σχετίζεται με τις τιμές του επιπολασμού των συγκεκριμένων ασθενειών.

Επιπλέον, η διεθνής ευρεία τροποποίηση των φαρμακευτικών δαπανών ανά κεφαλή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον μετά από την καταγραφή των πωλήσεων ορισμένων ειδών φαρμάκων που θεωρούνται αναπόδεικτα αποτελεσματικές.

β) Προμήθεια φαρμάκων

Ο αριθμός των κυκλοφορούντων φαρμάκων που διατίθενται στην αγορά της Δυτικής Ευρώπης ποικίλει από χώρα σε χώρα. Ο Dukes πραγματοποίησε μια έρευνα στην οποία καταγράφηκαν περίπου 15.000 φαρμακευτικά σκευάσματα στη Γερμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, 14.750 στην Ισπανία, 13.700 στην Ιταλία, 7.900 στο Βέλγιο, 7.800 στη Γαλλία, 7.400 στην Ιρλανδία, 3.700 τη Φιλανδία, 3.400 στην Ολλανδία, 2.700 στη Σουηδία, 1.870 στη Νορβηγία κ.λ.π. Οι διαφορές αυτές προκύπτουν από τις διαρθρωτικές δομές των αγορών των φαρμακευτικών ονομασιών και ο αριθμός των δραστικών συστατικών δεν παρουσιάζεται ως μεταβλητός.

Διαφορές καταγράφηκαν και σε μια άλλη μελέτη που έλαβε χώρα στο Τμήμα Κλινικής Φαρμακολογίας στο Πανεπιστήμιο της Βαρκελώνης και που κατέδειξε ότι μια ομάδα αγχολυτικών/υπνωτικών χαπιών, οι βενζοδιαζεπίνες, στη Γερμανία το 1982, υπήρχαν 22 διαφορετικά σκευάσματα, ενώ στη Γαλλία 15. Παρομοίως, το 1980 στη Φιλανδία και Νορβηγία 9 σκευάσματα και το 1982 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κατέδειξαν επίσης 9 σκευάσματα.

Το 1979, ο Lunde εξέφρασε τη γνώμη ότι ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε ένα συγχυσμένο θεραπευτικό σύστημα με απώλειες ανθρώπινου δυναμικού και χρημάτων.

Αξιοσημείωτο είναι τα προβλήματα που καταγράφονται κατά τη διάρκεια της εγγραφής των φαρμάκων, του έλεγχου ποιότητας καθώς και της εκτίμησης των αναγκών του κάθε ανθρώπου στο υγειονομικό σύστημα της κάθε χώρας. Σύγχυση προκαλείται στο επίπεδο της φαρμακευτικής διανομής επιδεινώνοντας τις γεωγραφικές ανισότητες μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, μετριάζοντας τη συμμόρφωση με τους υφιστάμενους κανονισμούς της πώλησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Έχει τονιστεί επανειλημμένα στους γιατρούς ότι θα ήταν καλύτερα να μη χρησιμοποιούν μεγάλο αριθμό φαρμάκων με περιορισμένη γνώση για αυτά, αλλά αντιθέτως να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι για ένα περιορισμένο αριθμό ουσιών. Ο λόγος της μη συμπερίληψης τεράστιου αριθμού φαρμάκων στη συνταγογράφηση είναι η επίτευξη καλύτερου έλεγχου των οφελών και των δυσμενών επιπτώσεων των φαρμακευτικών προϊόντων που χρησιμοποιεί ο κάθε ασθενής. Σημαντικό παράδειγμα αποτελούν οι λειτουργοί υγείας πολλών βιομηχανικών χωρών, οι οποίοι προβαίνουν σε συνταγογράφηση περιορισμένων φαρμάκων με αποτέλεσμα οι ελλείψεις σε φαρμακευτικά σκευάσματα να είναι μηδαμινές.

Ασάφειες μεταξύ των χρηστών μπορεί να προκύψουν όταν δεν χρησιμοποιείται το γενερικό όνομα ενός φαρμάκου και το ίδιο φάρμακο μπορεί να κατέχει περισσότερες από μια εμπορικές ονομασίες (Laporte, 1985).

γ) Η δομή και οι προτεραιότητες ενός συστήματος υγείας

Οι βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της κατανάλωσης φαρμάκων είναι οι αναλογούντες οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι σε κάθε υγειονομικό σύστημα, η αναλογία των δαπανών του δημοσίου-ιδιωτικού τομέα και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους ειδικούς, η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη υγείας και η ύπαρξη/απουσία συγκεκριμένων προγραμμάτων για την ασθένεια.

Οι σκανδιναβικές χώρες δαπανούν το 7- 9% των προϋπολογισμών για την υγεία σε φάρμακα και το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες: περίπου 19% σε Ισπανία και στην Ιταλία και 23% στην Ελβετία. Αντιθέτως, σε αφρικανικές χώρες το ποσοστό αυτό μπορεί να ανέλθει μέχρι και 60% (Laporte, 1985).

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των φαρμάκων. Για παράδειγμα, ανάμεσα στις πολιτικές υγείας μιας χώρας ανήκει η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα σε γενόσημα φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά, τα

οποία προσφέρουν στους καταναλωτές την ευκαιρία αναζήτησης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε αρκετά χαμηλότερες τιμές. Διαφημιστικές εκστρατείες και τεχνικές μάρκετινγκ επηρεάζουν την κατανάλωση και τη συμπεριφορά των ασθενών, των γιατρών και των φαρμακοποιών (Telles, 2009).

Οι υποδομές δημόσιας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η διαθεσιμότητα αλλά και η οικονομική προσέγγιση των συστημάτων ασφάλισης αποτελούν απαραίτητο προσδιορισμό της ζήτησης αφού οι ασθενείς πρέπει να διαθέτουν προσβασιμότητα στο σύστημα για να τύχουν της κατάλληλης θεραπείας και συνταγογράφησης από το γιατρό.

Ατομικές συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των εισοδηματικών κριτηρίων, της εκπαίδευσης και την κατάσταση υγείας αφορούν τους παράγοντες επηρεασμού της κατανάλωσης φαρμάκων (Telles, 2009).

Το πιο κάτω σχήμα (Σχήμα 2) απεικονίζει τη σχέση των πιο πάνω συντελεστών με το επίπεδο υγείας μιας χώρας (Telles, 2009).



Σχήμα 2: Συντελεστές επηρεασμού του επίπεδου υγείας μιας χώρας

Πηγή: Telles, (2009)

Στην Κύπρο μέχρι σήμερα, οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί ελάχιστα με το θέμα της χρήσης φαρμάκων από τους κύπριους καταναλωτές. Για το λόγο αυτό υπάρχει και έλλειψη βιβλιογραφίας. Η παρούσα διατριβή καταπιάνεται με τη συστηματική μέτρηση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των εμπειρικών μελετών, οι οποίες αναλύουν διεξοδικά την αμφίροπη σχέση των φαρμακευτικών σκευασμάτων με τον πληθυσμό της Κύπρου. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν και θα ακολουθήσουν, συμβάλλουν στην αναγκαιότητα ή μη της ταυτόχρονης χρήσης πολλών φαρμάκων στη θεραπεία των ασθενών, παρέχοντας έτσι την ευκαιρία να αποσπαστούν χρήσιμες πληροφορίες για τη συμβολή τους στη βελτίωση της υγείας του κυπριακού πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

3.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία λόγω της ταχείας ανάπτυξης της, έχει αναδειχθεί ως μία από τις πιο αστραπιαίες αναπτυσσόμενες βιομηχανίες στον κόσμο. Ωστόσο, η παγκόσμια φαρμακευτική κατανάλωση εξακολουθεί να είναι άνισα κατανεμημένη με τις αναπτυγμένες χώρες να κυριαρχούν ως οι κορυφαίοι παραγωγοί και καταναλωτές των φαρμακευτικών προϊόντων (World Health Organization, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), η ανισότητα στην πρόσβαση των φαρμάκων είναι σύμπτωμα των αδυναμιών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζοντας την αποτυχία των εθνικών κυβερνήσεων να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στην υγεία των πολιτών τους. Η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικά φαρμακευτικά σκευάσματα είναι η θεμελιακή αναπτυξιακή συνιστώσα του συστήματος υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλο τον κόσμο.

Διαχρονικά, η δαπάνη υγείας και η φαρμακευτική δαπάνη ακολουθούν μια αυξητική τάση. Οι λόγοι για τους οποίους οφείλεται η εν λόγω αύξηση είναι η γήρανση του πληθυσμού, η ηλικιακή δομή του πληθυσμού, το κατά κεφαλήν εισόδημα (ΑΕΠ), η τιμή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, περιβαλλοντικοί παράγοντες και η δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενειών που στο παρελθόν ήταν δυσκολότερο να θεραπευτούν με καινοτόμα φάρμακα (Πασιαρδής et al, 2006).

3.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Η ζήτηση για φάρμακα μεταβάλλεται από τα πληθυσμιακά δεδομένα τα οποία επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αυξητική τάση του πληθυσμού οφείλεται κυρίως στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, το οποίο μαζί με τις συνθήκες διαβίωσης/εργασίας, διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, αλκοόλ, ραγδαία πρόοδο της τεχνολογίας υγείας και ανακάλυψη νέων φαρμάκων έχουν επιφέρει σημαντικές επιδράσεις στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού.

Στις χώρες της ΕΕ-27, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει αυξηθεί κατά 6 έτη από το 1980 και μετά, ενώ η πρόωγη θνησιμότητα έχει δραστικά μειωθεί. Κατά μέσο όρο, το 2009, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 79,2 έτη για τους άνδρες και 82,2 έτη για τις γυναίκες. Στην Κύπρο, το προσδόκιμο ζωής ήταν 78,6 έτη για τους άνδρες και 83,6 έτη για τις γυναίκες (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

3.1.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Οι συχνότερες μακροχρόνιες ασθένειες στην Κύπρο είναι τα καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, ο καρκίνος, το άσθμα, κ.α. (Πίνακας 2) (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2008).

Πίνακας 2: Ποσοστό πληθυσμού που υποφέρει ή υπέφερε από τις πιο κάτω ασθένειες ή παθήσεις κατά φύλο στην Κύπρο

Ασθένεια/Πάθηση	Άνδρες	Γυναίκες
Υπέρταση	14,5%	14,7%
Διαταραχή στη χοληστερίνη και στα λιπίδια	12,3%	12,6%
Άσθμα	5,1%	5,0%
Σακχαρώδης διαβήτης	5,6%	4,0%
Στεφανιαία νόσος ή/και στηθάγχη	1,2%	0,7%
Χρόνια κατάθλιψη	1,6%	3,2%
Εγκεφαλικό επεισόδιο	1,1%	0,9%
Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)	1,0%	1,4%

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2008).

3.1.3 Κατανάλωση φαρμάκων

Η ανακάλυψη και ανάπτυξη των φαρμάκων χρονολογείται από τις αρχές του ανθρώπινου πολιτισμού. Το φάρμακο αποτελούσε το κατεξοχήν είδος προς χρησιμοποίηση στην πρόληψη, στη θεραπεία και στη διάγνωση των νόσων δια μέσω των αιώνων. Σταδιακά, κυριάρχησε ο συσχετισμός των θεραπευτικών μέσων με την κατανάλωση φαρμάκων, η οποία αποτέλεσε

κομβικό σημείο στην εφαρμογή κανόνων υγείας και ποιότητας ζωής του ανθρώπου, καλύπτοντας τόσο τις πτυχές της επιστημονικής/θεραπευτικής ιδιότητας όσο και της κοινωνικο-οικονομικής πολιτικής μιας χώρας (Ορκούλα, 2010).

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα αποτελούν τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα προϊόντα στις Δυτικές κοινωνίες με στόχο περισσότερο στην ανακούφιση συμπτωμάτων και λιγότερο στην πρόληψη ασθενειών. Ένα μεγάλο τμήμα φαρμάκων χρησιμοποιείται στη θεραπεία ή στην προφύλαξη ασθενειών του σύγχρονου τρόπου ζωής όπως υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία καρδιακή νόσο, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο και άλλες παθήσεις.

Φάρμακο ορίζεται ως η ουσία που χορηγείται στον άνθρωπο ή στο ζώο ή στο φυτό και αποβλέπει στην πρόληψη, στη διάγνωση ασθενειών, στην αποκατάσταση της υγείας ή στη βελτίωση οποιασδήποτε φυσιολογικής λειτουργίας σε κάποιον οργανισμό (Ορκούλα, 2010).

Το φάρμακο εκλαμβάνεται ως κοινωνικό αγαθό και η παροχή της φαρμακευτικής περίθαλψης κατευθύνεται και εποπτεύεται κάτω από εξειδικευμένη φαρμακευτική νομοθεσία της εκάστοτε χώρας με σκοπό τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας (Δημητρίου, 2012). Το φάρμακο επίσης χρησιμοποιείται ως καταναλωτικό αγαθό και υπόκειται στους κανόνες της αγοράς. Παράγεται από φαρμακευτικές βιομηχανίες, μπορεί να εισαχθεί από εταιρείες με σκοπό το οικονομικό κέρδος, διατίθεται σε συνθήκες έντονου ανταγωνισμού με συνεχείς προσπάθειες αύξησης της κατανάλωσης του.

Η κατανάλωση φαρμακευτικών ειδών υποδιαιρείται σε τρεις κατηγορίες:

α) Μη ορθολογική χρήση φαρμάκων: Συμβαίνει όταν οι ασθενείς δεν έχουν πλήρως κατανοήσει τις οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων και συχνά οδηγούνται σε σοβαρές συνέπειες. Για παράδειγμα, πολλά άτομα χρησιμοποιούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) για αναλγησία, συμπεριλαμβανομένων της ασπιρίνης και της ιβουπροφαίνης μη συνειδητοποιώντας ότι η κακή χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε γαστρεντερική αιμορραγία ή σε νεφρική ανεπάρκεια.

β) Κατάχρηση φαρμάκων: Παρατηρείται σε περιπτώσεις που καταναλώνονται πάρα πολλά φάρμακα ή όταν έχει χρησιμοποιηθεί η λανθασμένη δόση του φαρμάκου. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ωφελούνται από τη λήψη αντιβιοτικών (η κατάχρησή τους μπορεί να

οδηγήσει σε ανθεκτικότητα των μικροβίων στα αντιβιοτικά και δυνητικά απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις), αλλά καταγράφονται, ετησίως, πάνω από 23 εκατομμύρια συνταγές για αντιβίωση.

γ) Υπο-χρησιμοποίηση φαρμάκων: Συμβαίνει όταν ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο δεν λαμβάνεται σωστά. Παράκαμψη δόσης ενός φαρμάκου ή χρησιμοποίηση λανθασμένου φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ή σε άλλες σοβαρές συνέπειες. Αυτό θεωρείται ως αυξανόμενο πρόβλημα ιδίως στα παιδιά. Η πλειοψηφία των λανθασμένων φαρμάκων τα οποία αναφέρθηκαν σε σχολεία, οφείλονται στις ελλιπείς δόσεις.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1993, υποστήριξε ότι σε πολλές μη βιομηχανικές χώρες, μεγάλος αριθμός του πληθυσμού που ζει σε αγροτικές περιοχές, έχει ελάχιστη ή καθόλου πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα και πολλές φορές δεν έχει την οικονομική δυνατότητα για την όποια περίθαλψη. Η αύξηση στη χρήση φαρμάκων υποστηρίζεται από την προώθηση των φαρμακευτικών εταιρειών με προφανές πολιτιστικές επιπτώσεις: αυξημένη εξάρτηση στην εναλλακτική ιατρική, και ως εκ τούτου, οι ασθενείς αναζητούν σε μεγάλο βαθμό εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους.

Για τους πιο πάνω λόγους, είναι σημαντική η επιλογή χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με τη συχνότητα της χρήσης των φαρμάκων σε ένα πληθυσμό. Για παράδειγμα, μπορεί να μελετηθούν αφενός τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των ατόμων που καταναλώνουν φάρμακα και αφετέρου ποιες ομάδες πληθυσμού τα χρησιμοποιούν.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τους Qato et al (2008), εντοπίστηκε ότι μεταξύ των ετών 2005-2006, το 91% των ενηλίκων (50,5 εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας 57-85 ετών) χρησιμοποιεί τουλάχιστον ένα φάρμακο. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ήταν τα πιο διαδεδομένα, αφού τα χρησιμοποιούσαν οκτώ στους δέκα ενήλικες (44,9 εκατομμύρια ενήλικες). Ταυτόχρονα, σχεδόν ο μισός πληθυσμός ενηλίκων κατανάλωσαν τουλάχιστον ένα μη συνταγογραφούμενο φάρμακο.

Η επικράτηση των φαρμάκων συνταγής ήταν υψηλότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ποσοστό 89,7% των ατόμων ηλικίας 75-85 χρονών χρησιμοποιούσαν τουλάχιστον ένα συνταγογραφημένο φάρμακο σε σύγκριση με το 74,3% των ατόμων ηλικίας 57-64 χρονών.

Οι γυναίκες κατανάλωσαν περισσότερα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα (86,0%) από τους άντρες (76,6%) (Πίνακας 3) ενώ στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα οι γυναίκες τα χρησιμοποίησαν σε ποσοστό 41,9% και οι άντρες 38,7%.

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα (συνταγογραφούμενα) ήταν τα φάρμακα του καρδιαγγειακού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των αντιυπερλιπιδαιμικών (π.χ. ατορβαστατίνη, σιμβαστατίνη κ.α.) και των αντιπηκτικών (π.χ. βαρφαρίνη, κλοπιδογρέλη κ.α) ενώ τα συμπληρώματα διατροφής συμπεριλαμβανομένων των πολυβιταμινών ή μετάλλων χρησιμοποιήθηκαν αρκετά συχνά. Επιπλέον, εναλλακτικές θεραπείες για βελτίωση του καρδιαγγειακού συστήματος (π.χ. ωμέγα-3-λιπαρά οξέα, σκόρδο, κ.α.) και άλλες σχετιζόμενες με την ηλικία χρόνιες παθήσεις (π.χ. βιταμίνες ματιού για την εκφύλιση της ωχράς κηλίδας) χρησιμοποιήθηκαν ευρέως (Qato et al, 2008).

Πίνακας 3: Χρήση Φαρμάκων και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικά		Ποσοστό %	
		Συνταγογραφούμενα φάρμακα	Μη Συνταγογραφούμενα φάρμακα
Σύνολο		81,0	42,0
Ηλικία	57-64	74,3	36,1
	65-74	84,2	46,0
	75-85	89,7	47,3
Φύλο	Άντρες	76,6	42,6
	Γυναίκες	86,0	41,9
Μόρφωση	< Γυμνάσιο	82,1	45,8
	Γυμνάσιο ή ισοδύναμο	81,3	42,7
	Κολλέγιο	83,0	41,6
	Πτυχίο Πανεπιστημίου	79,1	39,8

Πηγή: Qato et al (2008).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία για τη χρήση των αντιβιοτικών από τους Campos et al (2007), εντοπίστηκε ότι η αμοξικιλίνη / κλαβουλανικό οξύ και η αμοξυκιλλίνη ήταν τα πιο διαδεδομένα αντιβιοτικά και η συνολική τους κατανάλωση, σύμφωνα με τα στοιχεία των πωλήσεων, αντιπροσώπευε το 57,0% (2001), 57,1% (2004) και 58,8% (2005). Η συνολική κατανάλωση αντιβιοτικών αυξήθηκε στην Ισπανία από το 2002-2004 κατά 6,8% και κατά τη χρονική περίοδο 2004-2005 γύρω στο 2,9%.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, τα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών, τα οποία ήταν και οι μεγαλύτεροι καταναλωτές αντιβιοτικών, το ποσοστό αύξησης στην κατανάλωση ανήλθε το 2002 σε 4,29% και το 2005 σε 4,74%.

Ωστόσο, σε άλλες κατηγορίες αντιβιοτικών ανιχνεύτηκε σημαντική αύξηση. Για παράδειγμα, το 2002, η αύξηση στη σεφουροξίμη κυμάνθηκε στο 12,3% ενώ το 2005 στο 26,0%, η ερυθρομυκίνη στο 50,7% (2002) έναντι 72,0% (2005), η δοξυκυκλίνη σε ποσοστό 35,8% το 2002 και 46,5% το 2005 (Campos et al, 2007).

Σύμφωνα με τους Ferech et al (2006), στη μεγαλύτερη ίσως έρευνα που έγινε το 2005 στις Ευρωπαϊκές χώρες μέσω της Ευρωπαϊκής Εποπτείας της κατανάλωσης αντιμικροβιακών ουσιών (European Surveillance of Antimicrobial Consumption-ESAC), πήραν μέρος 34 χώρες, συμπεριλαμβανομένων όλων των 25 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τεσσάρων υποψήφιων χωρών (Βουλγαρία, Κροατία, Ρουμανία και Τουρκία), 3 από τα 4 μέλη της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (Ισλανδία, Νορβηγία, Ελβετία και Λιχτενστάιν), το Ισραήλ και η Ρωσία.

Η κατανάλωση είχε διασπαστεί σε 7 μεγάλες ομάδες αντιβιοτικών σύμφωνα με την ταξινόμηση ATC: πενικιλίνες (J01C), κεφαλοσπορίνες (J01D), μακρολίδες (J01F), κινολόνες (J01M), τετρακυκλίνες (J01A), σουλφοναμίδες (J01E) και άλλα αντιβιοτικά [συνένωση των αμφενικολών (J01B), οι αμινογλυκοσίδες (J01G), συνδυασμοί των αντιβακτηριακών (J01R) και άλλα αντιβακτηριακά (J01X)].

Οι πενικιλίνες αντιπροσώπευαν το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο αντιβιοτικό σε όλες τις χώρες και κυμάνθηκε από 31,0% στη Φινλανδία έως 63,0% στη Δανία. Η αναλογική χρήση των κεφαλοσπορινών ανήλθε στο 0,2% στη Δανία και 20,0% στην Ελλάδα, για τις μακρολίδες από 6,0% στη Σουηδία και 30,0% στην Ελλάδα και οι κινολόνες καταναλώθηκαν σε ποσοστό 2,0% στη Δανία και 12,0% στην Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία (Ferech et al, 2006).

Ο Πίνακας 4 καταγράφει τις τάσεις στη χρήση των αντιβιοτικών σε 25 χώρες κατά τα έτη 1997-2003. Παρατηρήθηκε συνεχή αύξηση στην Ελλάδα, στην Κροατία, στην Ιρλανδία, στην Πορτογαλία, στο Λουξεμβούργο και στη Δανία. Μια αρχική αύξηση ακολουθούμενη από μια μείωση στο Βέλγιο, στη Γαλλία, στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ουγγαρία, στην Πολωνία, στη Σλοβενία και στη Σουηδία. Ακολουθήθηκε μετέπειτα μια αύξηση στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ισπανία.

Πίνακας 4: Χρήση αντιβιοτικών κατά τα έτη 1997-2003

Χώρες	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Αυστρία	NA	12,51	13,19	12,34	11,86	11,75	12,49
Βέλγιο	25,44	26,36	26,21	25,26	23,73	23,82	24,22
Κροατία	NA	NA	NA	18,42	17,65	21,61	23,50
Τσεχική Δημοκρατία	NA	18,27	18,62	18,56	18,49	17,09	16,65
Δανία	12,22	12,74	12,13	12,19	12,82	13,32	13,58
Φινλανδία	19,38	18,44	18,41	18,97	19,70	17,83	18,73
Γαλλία	33,02	33,56	34,33	33,24	32,71	32,05	28,97
Γερμανία	14,57	14,63	14,94	14,89	13,82	13,76	13,90
Ελλάδα	25,06	24,86	28,50	29,13	29,43	30,53	31,40
Ουγγαρία	NA	18,62	23,92	18,91	19,11	17,05	19,63
Ισλανδία	22,12	22,98	21,58	20,47	20,28	20,98	20,36
Ιρλανδία	17,34	17,21	19,03	18,52	19,87	19,82	20,48
Ιταλία	NA	NA	24,50	24,03	25,16	24,38	25,63
Λουξεμβούργο	25,78	25,48	26,72	25,68	26,08	26,42	27,34
Ολλανδία	10,21	10,07	10,09	9,86	9,93	9,83	9,78
Νορβηγία	NA	15,45	NA	NA	15,67	14,78	15,72
Πολωνία	16,56	20,70	22,18	22,64	24,77	21,14	NA
Πορτογαλία	23,22	23,20	24,98	24,93	24,25	26,14	27,10
Σλοβακία	NA	NA	NA	25,59	27,99	25,56	26,63
Σλοβενία	17,51	19,30	19,76	18,01	17,36	16,40	17,10
Ισπανία	21,39	20,90	20,45	19,43	18,70	19,35	20,58
Σουηδία	14,64	15,53	15,82	15,50	15,81	15,42	14,88
Ηνωμένο Βασίλειο	16,87	15,76	14,46	13,98	14,48	14,49	14,90

NA=Not available=Μη διαθέσιμο

Πηγή: Ferech et al, 2006.

Εαφνικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν στη Γερμανία (μείωση κατανάλωσης το 2001), στην Πολωνία (μείωση κατανάλωσης το 2002) και στην Ελλάδα (αύξηση κατανάλωσης το 1999). Αύξηση καταγράφηκε στην Ουγγαρία το 1999 και το 2001 στη Φινλανδία και στη Σλοβακία (Ferech et al, 2006).

Οι λόγοι για την εμφάνιση των μεγάλων διαφορών στην κατανάλωση των αντιβακτηριακών ουσιών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, αφορούν πολιτισμικούς, κοινωνικούς παράγοντες, διαθέσιμους πόρους, αξιοποίηση των γνώσεων σχετικά με τα αντιβιοτικά, τάσεις/προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς και ρυθμιστικές πρακτικές-διαδικασίες. Για παράδειγμα, παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ των εγγραφόμενων εμπορικών ονομάτων των αντιμικροβιακών σκευασμάτων και της κατανάλωσης των συγκεκριμένων ουσιών. Η σχέση αυτή παρατηρήθηκε τόσο στις υψηλής κατανάλωσης χώρες όσο και στις λιγότερης κατανάλωσης χώρες και ανεξάρτητα από τη δυνατότητα κατοχής αντίγραφων των πρωτότυπων αντιβιοτικών στην αγορά.

Σε έρευνα τους οι Porteous et al (2005), θέλησαν να περιγράψουν την καταναλωτική τάση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη Σκωτία. Σχεδόν το 45,0% των ερωτηθέντων είχε χρησιμοποιήσει ένα μη συνταγογραφούμενο φάρμακο τις δύο προηγούμενες βδομάδες. Τα αναλγητικά ήταν η πιο συχνή χρησιμοποιούμενη ομάδα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (37,0%) ενώ μόλις το 8,0% των ερωτηθέντων έκανε χρήση συμπληρωμάτων διατροφής και το 4,0% αντιόξινα, αντισηπτικά ή αντιμυκητιασικά σκευάσματα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Αναλογίες των ερωτηθέντων που χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στις προηγούμενες δύο εβδομάδες

Φάρμακα	Ποσοστό % των ερωτηθέντων που χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα
Αναλγητικά (π.χ. παρακεταμόλη, ιβουπροφαίνη, ασπιρίνη)	37,0
Διαιτητικά συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες, ανόργανα άλατα, ιχθυέλαιο, σκόρδο)	8,0
Συμπληρωματικά προϊόντα (π.χ. γλυκοζαμίνη)	4,0
Αντιόξινα, καθαρτικά, αντι-διαρροϊκά	4,0
Τοπικά παρασκευάσματα (π.χ. μαλακτικά, αντισηπτικά, αντιμυκητιασικά)	4,0
Φάρμακα κατά του κρυολογήματος (π.χ. αντιβηχικά, αποσυμφορητικά)	2,0
Αντιισταμινικά	1,0

Πηγή: Porteous et al (2005).

Τα νεαρά άτομα (44,0%), οι γυναίκες (41,0%), οι μορφωμένοι άνθρωποι (45,0%), οι έγγαμοι (40,0%), οι χρήστες αλκοόλ (40,0%), τα άτομα με καλή ή με πολύ καλή υγεία (41,0%) και οι πιο εύπορες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες πληθυσμού, παρουσιάστηκαν στην εν λόγω έρευνα ως χρήστες μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (αναλγητικών) (Porteous et al, 2005).

Αρκετοί από τους ερωτηθέντες (19,0%) ανέφεραν ότι λάμβαναν συνταγογραφούμενα αναλγητικά κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και 51,0% είχε χρησιμοποιήσει κάποιο είδος παυσίπονου κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων εβδομάδων με το 41,0% του πληθυσμού να καταναλώνει δύο μη συνταγογραφούμενα αναλγητικά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι 72 ερωτηθέντες (13,0% πρόσφατοι χρήστες) χρησιμοποίησαν μη συνταγογραφούμενα αναλγητικά καθημερινά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συγκεκριμένα φάρμακα λαμβάνονταν για μικρό χρονικό διάστημα, για παράδειγμα κατά τη θεραπεία ενός κρυολογήματος παρόλο που 16 ερωτηθέντες (3%) ανέφεραν μακροπρόθεσμη χρήση μη συνταγογραφούμενων αναλγητικών (για πολλά έτη ή για αόριστο χρονικό διάστημα) για τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων (Porteous et al, 2005).

Η έρευνα των Daban et al (2010) αποδεικνύει ότι το 75,8% των γυναικών και το 60% των αντρών κατανάλωσε κάποιο φάρμακο (είτε συνταγογραφούμενο είτε μη συνταγογραφούμενο) κατά τη διάρκεια των δύο εβδομάδων πριν από τη συνέντευξη.

Στην περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, η κατηγορία των παυσίπονων και παρόμοιων φαρμάκων είχε την περισσότερη χρήση και στα δυο φύλα. Αναφορικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ένα υψηλότερο ποσοστό γυναικών με κακή αντίληψη για την υγεία, χρησιμοποίησε αγχολυτικά και αναλγητικά σε σύγκριση με τους άντρες. Η χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι πιο συχνή στα νεαρά άτομα (41,0%) ενώ η κατανάλωση των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς (45,0%).

Πίνακας 6: Αριθμός αντρών που χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (N) και η επικράτηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ποσοστό επί %, 15 μέρες πριν τη συνέντευξη

Χαρακτηριστικά	Μεταβλητές	Καλή αντίληψη της κατάστασης υγείας		Κακή αντίληψη της κατάστασης υγείας	
		N.	Ποσοστό %	N.	Ποσοστό %
Ηλικία	15-34	239	37,0	7	19,3
	35-54	192	36,9	16	17,3
	55-64	51	27,4	26	28,3
	>=65	47	22,6	17	9,2
	Σύνολο	528	33,9	66	16,4
Καθεστώς απασχόλησης	Μισθωτοί	365	33,0	34	21,4
	Άνεργοι	31	31,0	7	18,3
	Συνταξιούχοι	55	34,3	22	12,1
	Φοιτητές	73	31,2	0	0

Πηγή: Daban et al, 2010.

Όσον αφορά το καθεστώς απασχόλησης, βασικότερες διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των γυναικών από ότι των αντρών. Στην ανάλυση δύο μεταβλητών, μεταξύ των γυναικών με καλή υγεία, τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κατέχουν λιγότερο κατανάλωση μεταξύ των συνταξιούχων (20,8%) και των μισθωτών γυναικών (34,8%).

Στα άτομα που θεώρησαν ότι έχουν κακή υγεία, η χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων παρουσιαζόταν μεταξύ των άνεργων γυναικών (35,3%). Λήψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μεταξύ των γυναικών με καλή υγεία (Πίνακας 7) είναι πιο συχνή μεταξύ των μαθητών και των συνταξιούχων (27,1% και 26,4% αντίστοιχα) ενώ μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι είχαν κακή υγεία, συχνότερη χρήση έγινε μεταξύ των συνταξιούχων γυναικών (56,1%) και λιγότερο συχνή στους άνεργους (20,0%) (Daban et al, 2010).

Πίνακας 7: Αριθμός γυναικών που χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (N) και η επικράτηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ποσοστό επί %, 15 μέρες πριν τη συνέντευξη

Χαρακτηριστικά	Μεταβλητές	Καλή αντίληψη της κατάστασης υγείας		Κακή αντίληψη της κατάστασης υγείας	
		N.	Ποσοστό %	N.	Ποσοστό %
Ηλικία	15-34	242	41,8	14	31,7
	35-54	232	40,6	28	21,7
	55-64	47	27,0	26	20,8
	>=65	51	20,4	60	16,7
	Σύνολο	572	36,3	128	19,5
Καθεστώς απασχόλησης	Μισθωτές	297	34,8	38	21,2
	Νοικοκυρές	113	38,1	53	14,6
	Άνεργες γυναίκες	35	46,0	5	35,3
	Συνταξιούχοι	29	20,8	26	9,6
	Φοιτήτριες	97	40,6	4	15,9

Πηγή: Daban et al, 2010.

Τονίζεται ότι στην περίπτωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι συνταξιούχοι λαμβάνουν πιο πολλά αγχολυτικά, ανεξάρτητα εάν έχουν αναφέρει ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή ή κακή (11,7% και 24,1% αντίστοιχα). Οι ομάδες που λαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι οι άντρες και οι γυναίκες με καλή υγεία, οι φοιτητές και οι συνταξιούχοι. Ένα χαμηλότερο ποσοστό των συνταξιούχων με κακή αντίληψη υγείας, κατανάλωσε φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή.

Υποστηρίζεται πως για τη μεγάλη χρήση των φαρμάκων από τις γυναίκες, οφείλεται στη μεγαλύτερη νοσηρότητα γυναικείου φύλου. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται ότι οι γυναίκες κατέχουν μικρότερο κοινωνικό στίγμα για την ένταξη τους στο συναίσθημα του πόνου κάτι που επηρεάζει τα αναλγητικά που λαμβάνουν (Daban et al, 2010).

Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα της επίδρασης της ηλικίας με τη χρήση φαρμάκων, συμπίπτουν με τη βιβλιογραφία, αφού τα ηλικιωμένα άτομα χρησιμοποιούν συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ τα νεαρότερα κάνουν χρήση φαρμάκων χωρίς συνταγή. Ο πιο σημαντικός λόγος που οδηγεί τον ηλικιωμένο πληθυσμό στη χρήση φαρμάκων είναι η υψηλή νοσηρότητα, αφού έχει διαπιστωθεί ότι κάνουν συχνότερη χρήση υπηρεσιών υγείας με πιθανότητα εξασφάλισης μιας συνταγής για τις χρόνιες παθήσεις που υποφέρουν (Daban et al, 2010).

Αντίθετα, οι νέοι μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους χωρίς ιατρική επίσκεψη δεδομένου ότι τα περισσότερα κοινά φάρμακα δεν χρειάζονται συνταγή γιατρού. Για παράδειγμα, παυσίπονα ή άλλα παρόμοια φάρμακα, αντιβιοτικά, βιταμίνες και φάρμακα κατά του κρυολογήματος.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι διαφορές μεταξύ των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μειώνονται με την ηλικία μεταξύ των ατόμων με κακή υγεία. Σε ένα καθολικής κάλυψης σύστημα υγείας, τα άτομα με κακή αντίληψη υγείας επισκέπτονται το γιατρό τους ανεξάρτητα από την ηλικία. Οι ηλικιωμένοι άνω των 65 χρόνων με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και χωρίς επιμερισμό του κόστους φαρμάκων, κάνουν μεγαλύτερη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών προϊόντων (Daban et al, 2010).

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Nielsen et al (2003) στη Δανία και πήραν μέρος 16.690 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης 74,2%. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των χρηστών των φαρμάκων αυξάνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα με τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι συμμετέχοντες μεταξύ των ηλικιών 25-44 χρόνων χρησιμοποίησαν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι γυναίκες χρησιμοποίησαν σε ευρύτερο βαθμό από ότι οι άντρες τόσο τα φάρμακα συνταγής όσο και τα μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα. Οι ερωτηθέντες με ένδειξη κακής υγείας (παρουσία χρόνιων ασθενειών) ήταν πιο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν και τις δύο προαναφερθέντες κατηγορίες φαρμάκων (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Επικράτηση της χρήσης φαρμάκων (%) με βάση το φύλο, την ηλικία, την αυτοαντίληψη της υγείας και τις χρόνιες παθήσεις

Χαρακτηριστικά		Χρήση ιατρικής συνταγής εντός 14 ημερών	Χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων εντός 14 ημερών
		Ποσοστό %	Ποσοστό %
Σύνολο		34,9%	31,1%
Φύλο	Άντρες	30,5%	24,5%
	Γυναίκες	39,2%	37,3%
Ηλικία	16-24	17,5%	29,4%
	25-44	22,6%	33,1%
	45-66	39,3%	29,5%
	67+	67,7%	31,3%
Προσωπική αντίληψη υγείας	Καλή	25,8%	28,1%
	Λιγότερο από καλή	66,9%	41,6%
Χρόνιες ασθένειες	Όχι	19,1%	27,1%
	Ναι	57,5%	36,7%

Πηγή: Nielsen et al, 2003.

Στην πιο πάνω έρευνα ανευρέθηκε ότι τόσο τα συνταγογραφούμενα όσο και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα συσχετίζονταν με το επάγγελμα. Οι αυτοαπασχολούμενοι και τα άτομα που είχαν κάποια αναπηρία χρησιμοποιούσαν λιγότερο τα μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα.

Πίνακας 9: Επικράτηση της χρήσης φαρμάκων (%) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 14 ημερών σε σύνδεση με το επάγγελμα

	Χαρακτηριστικά	Ποσοστό %
Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		
Επάγγελμα	Μισθωτός	24,8
	Αυτοεργαζόμενος	24,3
	Εργάτης	23,9
	Άνεργος	34,7
	Συνταξιούχος με αναπηρία	74,6
	Άλλοι	52,5
Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		
Επάγγελμα	Μισθωτός	32,0
	Αυτοεργαζόμενος	23,2
	Εργάτης	28,7
	Άνεργος	35,6
	Συνταξιούχος με αναπηρία	36,5
	Άλλοι	37,7

Πηγή: Nielsen et al, 2003.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 9, υψηλότερη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων έκαναν οι συνταξιούχοι με αναπηρία (74,6%) ενώ η κατηγορία «άλλοι» χρησιμοποίησαν τα εν λόγω φάρμακα σε ποσοστό 52,5%.

Επιπλέον, υπήρχε συσχέτιση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το εισόδημα. Τα υψηλότερα ποσοστά των χρηστών ανεβρέθηκαν στην ομάδα με το χαμηλότερο εισόδημα ενώ διαπιστώθηκε ότι η χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων μειώνεται με την αύξηση του εισοδήματος. Ποσοστό 44,8% των ατόμων με χαμηλό εισόδημα χρησιμοποίησαν συνταγογραφούμενα φάρμακα

ενώ 27,2% μέτριου εισοδήματος έκαναν χρήση των προαναφερθέντων φαρμάκων (Πίνακας 10) (Nielsen et al, 2003).

Πίνακας 10: Επικράτηση της χρήσης φαρμάκων (%) με βάση κατά τη διάρκεια των τελευταίων 14 ημερών σε σύνδεση με το εισόδημα

	Χαρακτηριστικά	Ποσοστό %
Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		
Εισόδημα	Χαμηλό	44,8
	Μέτριο	27,2
	Ψηλό	23,8
Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		
Εισόδημα	Χαμηλό	36,1
	Μέτριο	32,1
	Ψηλό	25,2

Πηγή: Nielsen et al, 2003.

Αναφορικά με την κατηγορία μόρφωση, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κατανάλωσαν μεγαλύτερο ποσοστό φαρμάκων σε ποσοστό 44,5% των αντρών έναντι 55,1% των γυναικών. Οι άντρες με 11-12 χρόνια εκπαίδευσης χρησιμοποιούσαν λιγότερο τα συνταγογραφημένα φάρμακα από ότι εκείνους με λιγότερα χρόνια μόρφωσης (Πίνακας 11) (Nielsen et al, 2003).

Πίνακας 11: Επικράτηση της χρήσης φαρμάκων (%) με βάση κατά τη διάρκεια των τελευταίων 14 ημερών σε σύνδεση με τη μόρφωση (άντρες και γυναίκες)

	Χαρακτηριστικά	Ποσοστό % των συνταγογραφούμενων φαρμάκων
Άντρες		
Μόρφωση	Μικρή, max 10 χρόνια	44,5
	Μεσαία, 11-12 χρόνια	36,6
	Μακροχρόνια, 13-14 χρόνια	23,9
	Περαιτέρω μακροχρόνια, 15+ χρόνια	28,6
Γυναίκες		
Μόρφωση	Μικρή, max 10 χρόνια	55,1
	Μεσαία, 11-12 χρόνια	48,9
	Μακροχρόνια, 13-14 χρόνια	32,4
	Περαιτέρω μακροχρόνια, 15+ χρόνια	31,6

Πηγή: Nielsen et al, 2003.

Οι συγκεκριμένες έρευνες κατέδειξαν σημαντικούς παράγοντες να άπτονται της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Είναι σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας αλλά και οι κατάλληλοι αρμόδιοι φορείς κάθε χώρας να προβούν σε ορθή αξιολόγηση της χρήσης φαρμάκων, ασκώντας πραγματικό έλεγχο σε όλα τα αλυσιδωτά επίπεδα διάθεσης φαρμάκου.

Επιπρόσθετα, περισσότερες έρευνες απαιτούνται για οριοθέτηση των συνεπειών που σχετίζονται με την άσκοπη χρησιμοποίηση φαρμακευτικών ειδών. Τόσο η πρόληψη όσο και εκπαιδευτικά σεμινάρια για την ασφαλή χρήση φαρμάκων θα έπρεπε να καθιερωθούν συστηματικά για την πλήρη και καταρτισμένη ενημέρωση των σοβαρών κινδύνων που συνεπάγονται από την αλόγιστη χρήση φαρμάκων.

3.2 Φαρμακευτική Δαπάνη στα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ΕΕ-27 και Φαρμακευτική Δαπάνη στην Κύπρο

3.2.1 Φαρμακευτική Δαπάνη στην Κύπρο

Η δαπάνη ως μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ειδικά η φαρμακευτική δαπάνη στην Κύπρο, παρουσιάζει μακροχρόνια αυξητική τάση.

Κατά την περίοδο 2001-2011, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του ιδιωτικού τομέα σε αξίες λιανικών τιμών φαρμάκων ήταν 8,1%, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες του δημόσιου τομέα αυξήθηκαν κατά 14,1% (σε τιμές προσφοράς). Ο συνολικός ετήσιος κύκλος εργασιών για τα φάρμακα το 2011 στην Κύπρο ήταν €263.2 εκ. ευρώ συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ. Οι λιανικές πωλήσεις φαρμάκων στον ιδιωτικό τομέα ήταν €153.9 εκ. ευρώ, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες του δημόσιου τομέα ήταν €109.3 εκ. ευρώ σε τιμές προσφοράς (Πίνακας 12) (Διάγραμμα 1) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 12: Δαπάνη Υγείας και Φαρμακευτική Δαπάνη στην Κύπρο κατά τα έτη 2001-2011

Δαπάνες	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Συνολική Δαπάνη Υγείας εκ. (€)	652.0	697.6	770.7	776.8	838.3	923.2	968.3	1.070.6	1.134.6		
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	5,6	5,9	6,2	5,9	5,9	6,0	5,9	5,8			
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	301.8	338.4	392.8	389.0	408.2	449.6	458.4	511.8	552.7	576.2	
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	46,3	48,5	51,0	50,1	48,7	48,7	47,3	47,8	48,7		
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	122.5 (100.3)	132.7 (109.9)	146.2 (122.2)	157.0 (132.4)	178.6 (151.3)	207.4 (175.6)	231 (195.8)	267.2 (226.6)	264.5 (225.0)		- (263.2)
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	18.8 (15.4)	19.0 (15.8)	19.0 (15.9)	20.2 (17.0)	21.3 (18.0)	22.5 (19.0)	23.9 (20.2)	25.0 (21.2)	23.3 (19.8)		
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	29.9	37.7	46.2	54.4	64.8	75.2	84.5	98.3	99.7	103.1	109.3
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	24.4 (29.8)	28.4 (34.3)	31.6 (37.8)	34.6 (41.1)	36.3 (42.8)	36.3 (42.8)	36.6 (43.2)	36.8 (43.4)	37.7 (44.3)		- (41.5)
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	92.6 (70.4)	95.0 (72.2)	100.0 (76.0)	102.6 (78.0)	113.8 (86.5)	132.2 (100.4)	146.5 (111.3)	168.9 (128.3)	164.8 (125.3)		- 153.9

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου (2012).

Στην Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη, τα ποσά που αναφέρονται με έντονη μαύρη γραμματοσειρά περιλαμβάνουν τις ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, συσκευές και εξοπλισμό.

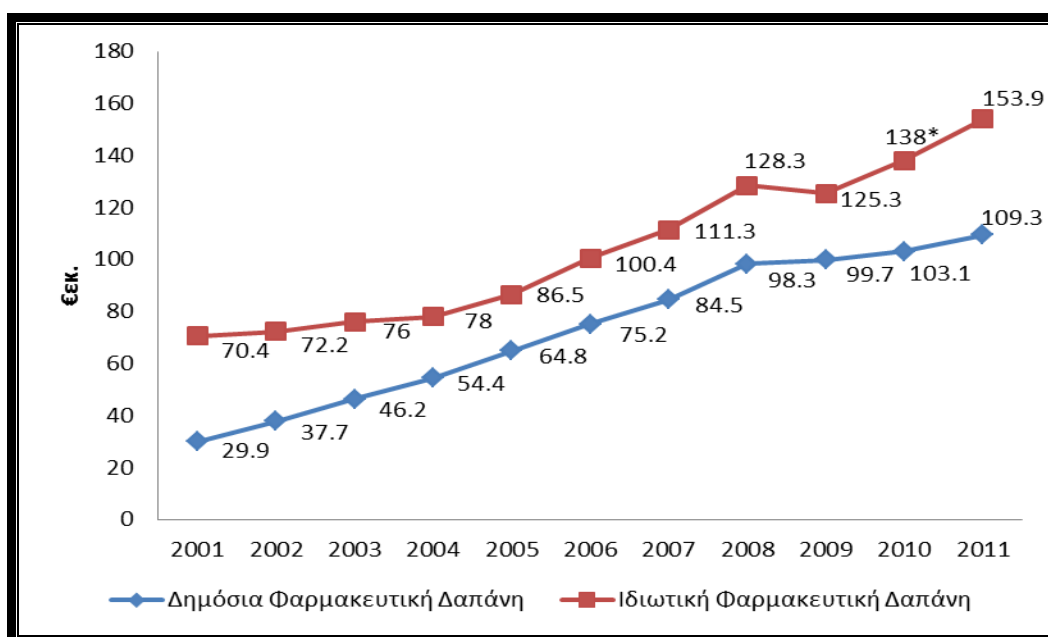
Τα ποσά με έντονη μαύρη γραμματοσειρά αφορούν τη Συνολική Φαρμακευτική δαπάνη και την ιδιωτική δαπάνη για συσκευές και εξοπλισμό ενώ τα ποσά σε παρένθεση αντιστοιχούν στην πραγματική φαρμακευτική δαπάνη.

Τα ποσοστά που αναφέρονται σε παρένθεση αφορούν τα πραγματικά ποσοστά της Δημόσιας Δαπάνης ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης. Τα ποσοστά στην πρώτη σειρά περιλαμβάνουν εκτός και τις δαπάνες για συσκευές/εξοπλισμό του ιδιωτικού τομέα.

Τα ποσοστά που αναφέρονται στην παρένθεση αφορούν στην πραγματική Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας. Τα ποσοστά στην πρώτη σειρά περιλαμβάνουν και τις δαπάνες για συσκευές/εξοπλισμό του ιδιωτικού τομέα.

Αναφορικά με την Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη έγινε ανάλυση βάσει στοιχείων του 2011 που παρέχουν οι κάτοχοι άδειας χονδρικής πώλησης, σύμφωνα με τις πρόνοιες της νομοθεσίας προς τις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, για τις πωλήσεις όλων των φαρμάκων το υ προς τα ιδιωτικά φαρμακεία (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Διάγραμμα 1: Σύγκριση Δημόσιας και Ιδιωτικής Φαρμακευτικής Δαπάνης (2001-2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.2 Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ)

Τα τελευταία χρόνια, στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η συνολική δαπάνη υγείας έχει αυξηθεί δραματικά ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος. Το μερίδιο του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος που είναι διαθέσιμο στις διάφορες χώρες για δαπάνες στον υγειονομικό τομέα διαφέρει σημαντικά και ανέρχεται από 5,8% για την Κύπρο (το 2008) (Πίνακας 13, Διάγραμμα 2) και πάνω από 11% για τη Γαλλία, τη Γερμανία, τη Δανία, την Ελβετία και την Ολλανδία (το 2009) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία των κρατών- μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνδέονται στενά με το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν της κάθε χώρας. Χώρες με υψηλότερο εισοδηματικό επίπεδο (π.χ η Ολλανδία, η Δανία, η Γερμανία κ.α.) κατέχουν μεγαλύτερη δαπάνη υγείας δεδομένου και του υψηλού κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος που παρουσιάζουν.

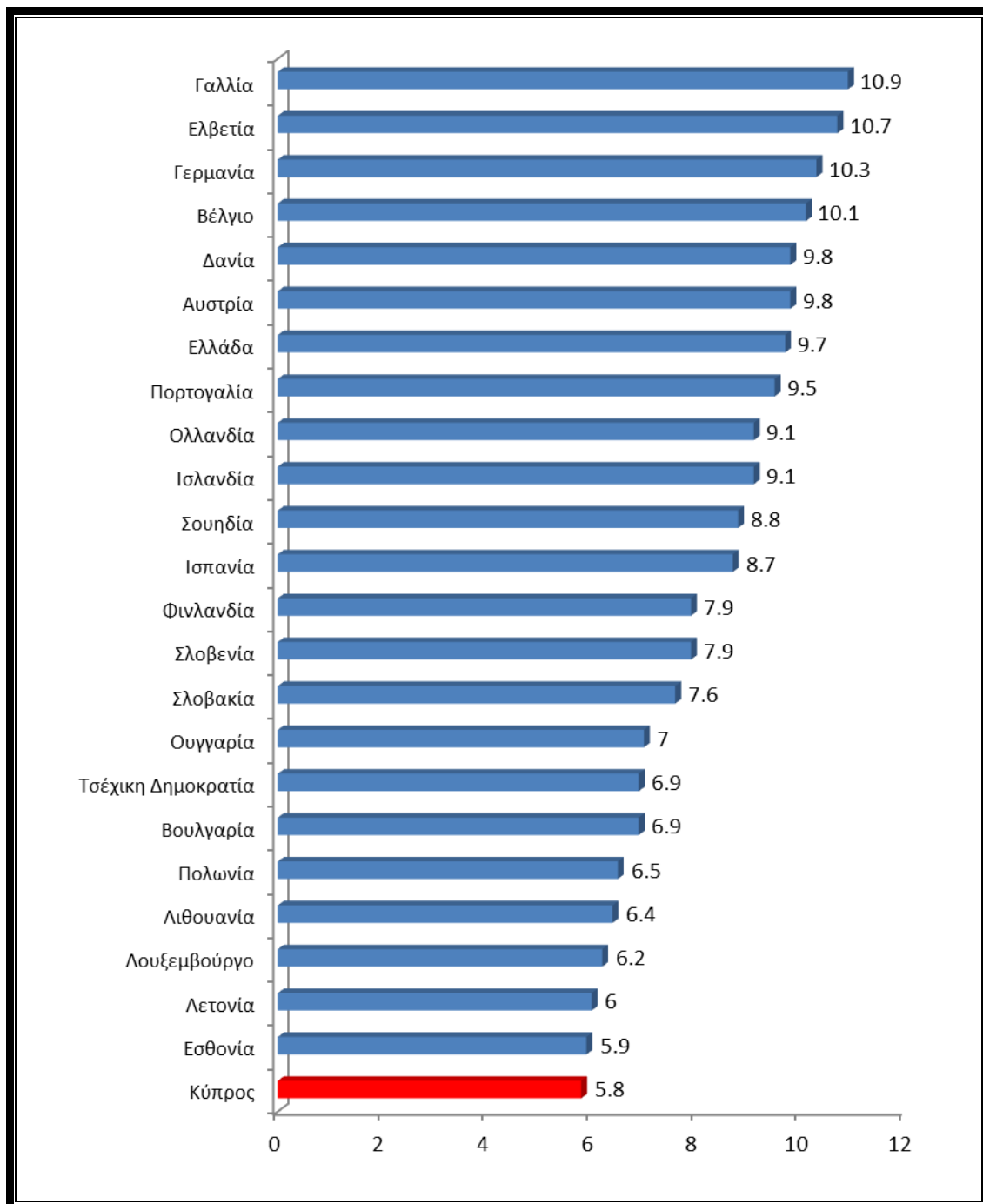
Κατά την τελευταία δεκαετία, οι δαπάνες υγείας στην Κύπρο αναμφισβήτητα παρουσιάζουν σταδιακή άνοδο και το επίπεδο δαπανών να παραμένει χαμηλό σε σχέση με τα επίπεδα δαπάνης υγείας των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πίνακας 12). Ωστόσο, όλο και μεγαλύτερο ποσοστό χρημάτων δαπανάται για την υγειονομική φροντίδα από τα δημόσια ταμεία και τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 13: Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ)

Χώρες	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αυστρία	....	9,9	9,8	9,8	9,7	9,8	....
Βέλγιο	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Βουλγαρία	7,6	7,3	7,6	7,1	6,9	6,9	....
Γαλλία	10,6	10,7	10,8	10,8	10,8	10,9	11,6
Γερμανία	10,4	10,2	10,3	10,2	10,1	10,3	11,2
Δανία	8,9	9,0	9,1	9,2	9,6	9,8	11,1
Ελβετία	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
Ελλάδα	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6	9,7	....
Εσθονία	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	5,9	6,7
Ισλανδία	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,7
Ισπανία	7,9	8,0	8,0	8,1	8,2	8,7	9,2
Κύπρος	6,2	5,9	6,0	6,0	5,9	5,8	....
Λετονία	....	....	6,2	6,2	6,2	6,0	....
Λιθουανία	....	5,5	5,7	5,9	5,9	6,4	7,5
Λουξεμβούργο	7,1	7,5	7,1	6,7	6,5	6,2	....
Νορβηγία	9,4	9,0	8,5	8,1	8,3	....	....
Ολλανδία	9,00	9,1	9,0	8,9	8,9	9,1	11,2
Ουγγαρία	8,1	7,7	8,1	7,9	7,2	7,0	7,3
Πολωνία	6,0	5,9	5,9	5,9	6,0	6,5	6,9
Πορτογαλία	9,2	9,5	9,8	9,4	9,4	9,5	....
Σλοβακία	....	....	6,8	7,0	7,4	7,6	8,6
Σλοβενία	8,1	8,0	8,0	7,8	7,4	7,9	8,7
Σουηδία	8,9	8,7	8,7	8,6	8,5	8,8	9,6
Τσέχικη Δημοκρατία	7,2	7,0	7,0	6,8	6,5	6,9	8,0
Φινλανδία	7,8	7,9	8,1	7,9	7,6	7,9	8,6
Αυστραλία	7,9	8,1	8,0	8,0	8,0	8,3	....
ΗΠΑ	14,9	15,0	15,0	15,1	15,2	15,6	16,7
Ιαπωνία	7,9	7,9	8,0	8,0	8,1	8,4	....
Καναδάς	9,4	9,4	9,4	9,5	9,6	9,8	....
Νέα Ζηλανδία	....	8,3	8,7	9,1	8,8	9,6	10,3
Νότιος Κορέα	4,9	5,0	5,4	5,7	5,9	6,1	6,6

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 2: Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) (2008)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.3 Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης Υγείας

Τα Εθνικά Σχέδια Υγείας για την κάθε χώρα καλύπτουν περίπου τα δύο τρίτα των συνολικών δαπανών υγείας. Στην Κύπρο, το μισό της συνολικής δαπάνης υγείας καλύπτεται από το δημόσιο τομέα (Πίνακας 14) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 14: Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης Υγείας

Χώρες	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Αυστρία	75,5	75,7	76,1	76,0	76,4	77,2	77,7	....
Βέλγιο	74,8	76,0	75,9	73,9	73,5	75,0	75,1	....
Γαλλία	78,9	78,8	78,8	78,7	78,3	77,7	77,9	....
Γερμανία	78,4	76,7	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9	....
Δανία	84,5	84,3	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	....
Ελβετία	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	59,5	59,7	59,0
Ελλάδα	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	....	....	....
Εσθονία	77,0	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8	75,3	....
Ηνωμένο Βασίλειο	80,0	81,3	81,9	81,3	81,3	82,4	84,1	....
Ιρλανδία	76,5	77,4	77,0	76,8	76,9	76,7	75,0	....
Ιταλία	74,5	76,0	76,2	76,6	76,6	77,5	77,9	....
Ισλανδία	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	82,5	82,0	80,5
Ισπανία	70,3	70,4	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6	....
Κύπρος	51,0	50,1	48,7	48,7	47,3	47,8	48,7	....
Λουξεμβούργο	84,2	84,8	84,9	85,1	84,1	84,1	84,0	....
Νορβηγία	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1	84,3	84,1	....
Ουγγαρία	72,8	72,4	72,3	72,5	70,3	71,0	69,7	....
Πολωνία	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2	....
Πορτογαλία	68,0	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2	....
Σλοβακία	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7	....
Σλοβενία	71,9	73,1	72,1	72,3	72,3	73,4	73,4	....
Σουηδία	82,0	81,4	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	....
Τσέχικη Δημοκρατία	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0	....
Φινλανδία	74,6	75,0	75,4	74,8	74,4	74,4	74,7	75,1
ΗΠΑ	43,6	44,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7	....
Ισραήλ	61,7	60,9	59,3	59,0	58,3	58,4	58,5	....

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

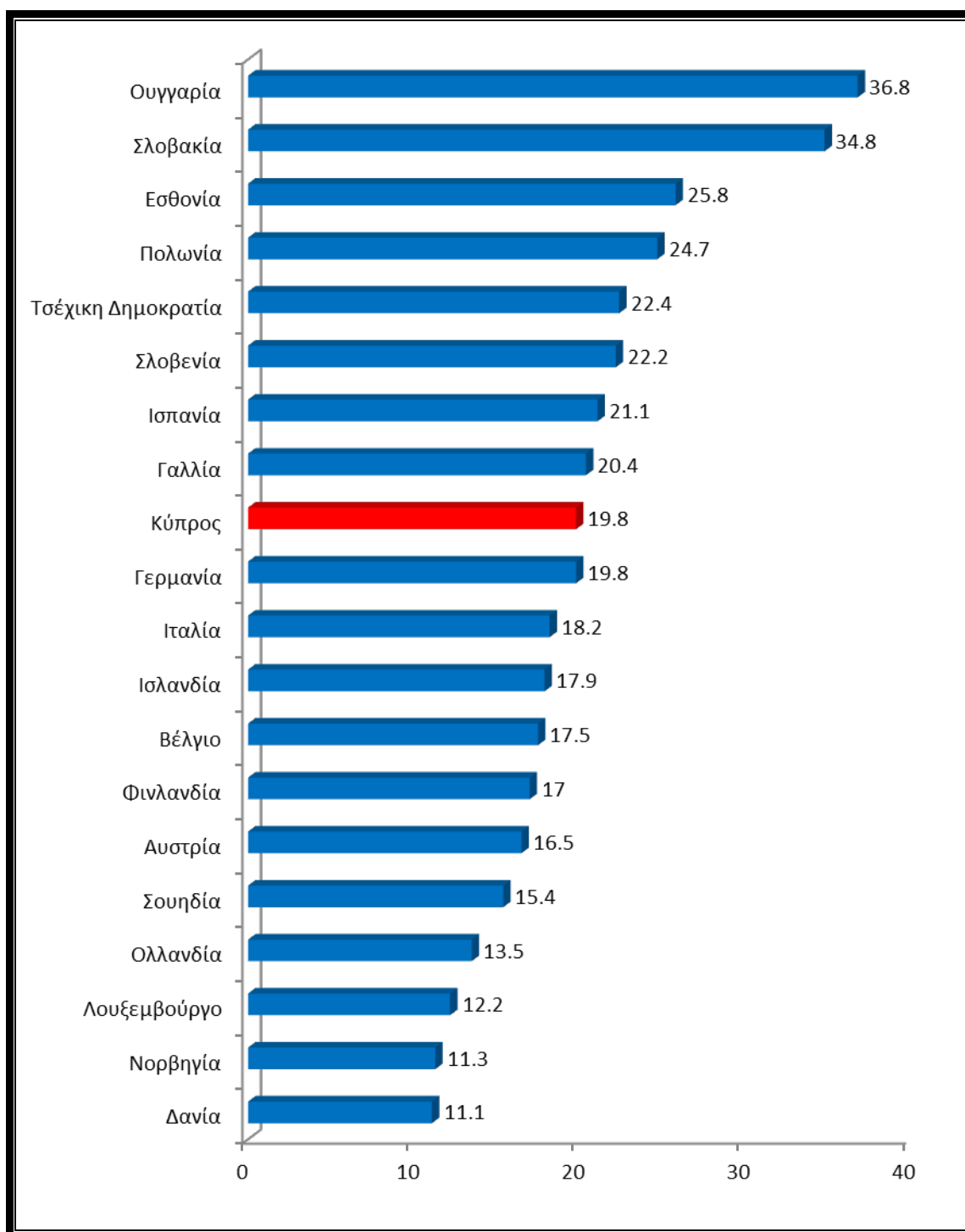
Μετά τη νοσοκομειακή και τη δαπάνη για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, η φαρμακευτική δαπάνη κατέχει το τρίτο μεγαλύτερο μερίδιο από τις δαπάνες υγείας. Το 2009, η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας ανήλθε στα 11,0% στη Δανία, 20,0% στη Γαλλία, 20,0% στην Κύπρο και ως 37,0% περίπου στην Ουγγαρία (Πίνακας 15, Διάγραμμα 3) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 15: Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό (%) της Δαπάνης Υγείας

Χώρες	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αυστρία	16,3	16,8	17,3	17,0	16,6	16,9	17,1	17,2	16,5
Βέλγιο			19,5	19,7	19,8	18,2	18,1	17,9	17,5
Γαλλία	20,9	20,8	20,7	20,9	20,8	20,4	20,7	20,7	20,4
Γερμανία	19,0	19,2	19,8	18,6	19,9	19,7	20,0	20,0	19,8
Δανία	12,7	13,1	12,9	12,6	12,2	12,3	12,5	11,9	11,1
Ελβετία	12,8	12,4	12,8	12,8	12,8	12,4	12,2	12,1	
Ελλάδα			20,4	22,0	21,5	22,7	24,8		
Εσθονία	27,8	28,7	26,6	28,0	26,7	27,1	24,8	23,8	25,8
Ιταλία	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,8	19,3	18,3	18,2
Ισλανδία	16,8	16,6	17,2	17,3	16,4	16,2	15,6	16,6	17,9
Ισπανία	24,6	25,0	23,6	23,2	22,8	21,8	21,4	20,9	21,1
Κύπρος	15,4	15,8	15,9	17,0	18,0	19,0	20,2	21,2	19,8
Λουξεμβούργο	17,3	11,3	12,3	11,6	11,2	10,8	11,1	11,3	12,2
Νορβηγία	13,9	14,2	13,8	14,0	13,5	13,0	12,4	11,6	11,3
Ολλανδία	17,3	16,7	16,2	15,7	15,9	15,6	15,7	10,8	13,5
Ουγγαρία	32,9	31,8	31,3	33,0	35,0	35,9	34,8	35,5	36,8
Πολωνία		30,4	32,4	31,9	30,6	29,8	27,0	25,1	24,7
Πορτογαλία	24,8	25,3	24,6	24,6	24,2	24,8	24,6	24,4	
Σλοβακία	38,8	42,8	43,6	38,3	39,5	37,3	35,8	35,1	34,8
Σλοβενία		23,9	23,3	23,4	23,3	22,9	22,7	21,6	22,2
Σουηδία	16,7	16,7	16,5	16,5	16,5	16,5	16,1	15,8	15,4
Τσέχικη Δημοκρατία	27,4	26,9	27,4	28,2	28,2	26,2	25,1	24,0	22,4
Φινλανδία	18,4	18,5	18,5	18,7	17,0	17,4	17,5	17,3	17,0
Αυστραλία	18,5	17,9	18,5	18,1	17,6	17,6	17,4	17,6	
ΗΠΑ	13,4	13,6	13,7	13,7	13,6	13,8	13,6	13,4	13,4
Ιαπωνία	19,5	19,1	20,4	20,3	20,8	21,3	21,0	20,4	
Ισραήλ	13,9	14,1	14,0	13,4	14,8	14,3	15,1	14,8	
Καναδάς	19,1	19,5	19,6	19,9	19,8	20,0	19,8	19,6	19,7
Μεξικό	19,5	21,2	25,2	26,1	25,4	26,3	28,3	28,3	27,2
Νέα Ζηλανδία				11,6	11,7	12,3	11,5	10,8	10,6
Νότιος Κορέα	26,2	26,9	27,2	27,5	26,8	26,2	25,3	25,1	24,0

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 3: Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό (%) της Δαπάνης Υγείας (2009)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.4 Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος

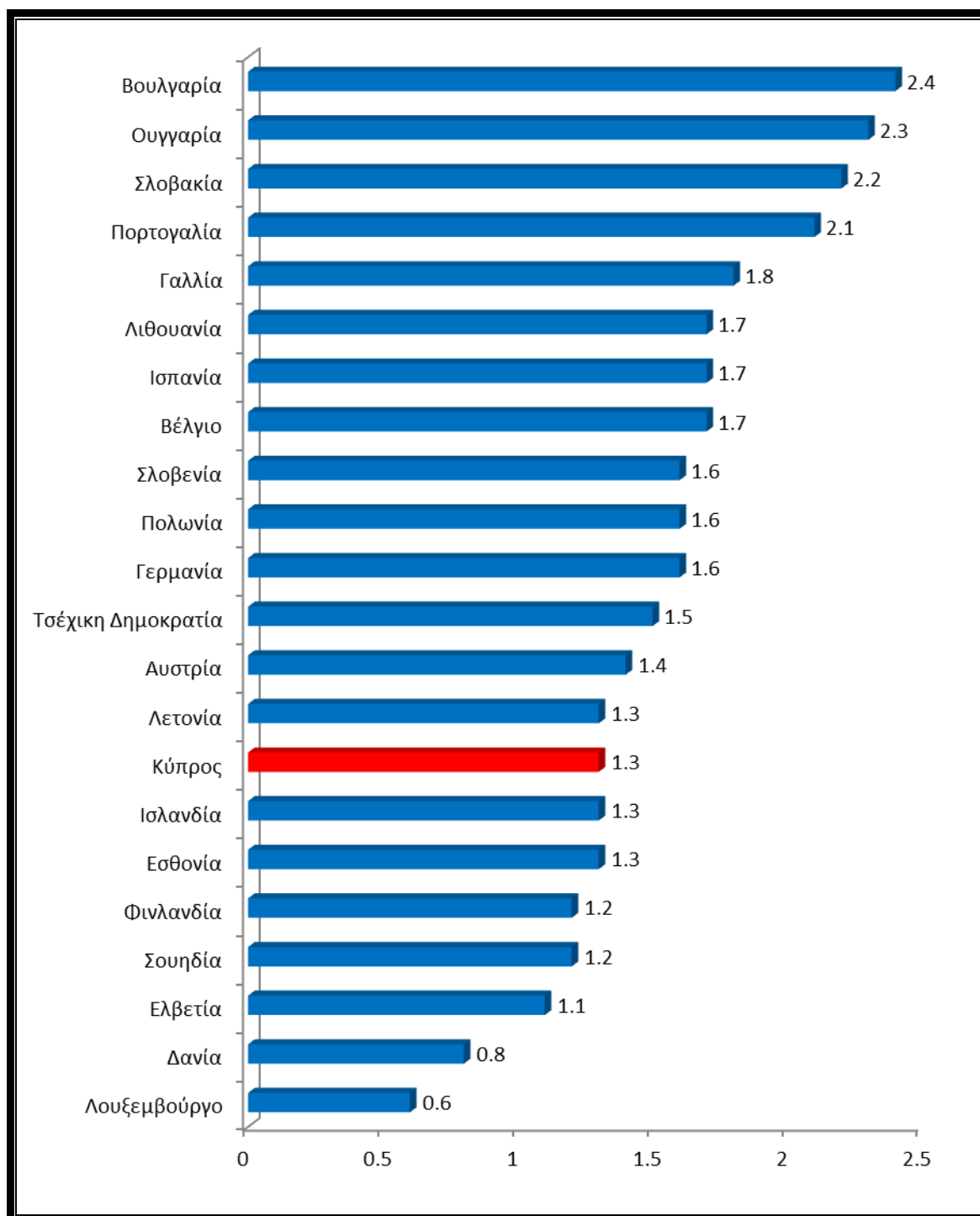
Ανάμεσα στις χώρες- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ξοδεύουν περισσότερα χρήματα για τα φάρμακα κατά κεφαλήν ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι η Πορτογαλία, η Γαλλία και η Ισπανία ενώ η Δανία, η Σουηδία, η Φινλανδία, η Ολλανδία, η Αυστρία και η Κύπρος συγκαταλέγονται μεταξύ εκείνων που ξοδεύουν λιγότερα (Πίνακας 16, Διάγραμμα 4) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 16: Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ)

Χώρες	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αυστρία	....	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Βέλγιο	1,9	1,9	1,9	1,6	1,6	1,7	1,8
Βουλγαρία	2,8	2,6	2,6	2,6	2,4	2,4	2,4
Γαλλία	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9
Γερμανία	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
Δανία	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Ελβετία	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2
Ελλάδα	1,5	1,5	1,6	1,8	2,0	....	....
Εσθονία	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,3	1,6
Ισλανδία	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3	1,5
Ισπανία	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	1,8
Κύπρος	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	....
Λετονία	....	....	1,4	1,4	1,6	1,3	....
Λιθουανία	....	1,9	2,0	1,8	1,7	1,7	2,0
Λουξεμβούργο	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	....
Νορβηγία	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	....	....
Ολλανδία	....	....	....	....	....	....	1,15
Ουγγαρία	2,3	2,3	2,6	2,6	2,3	2,3	2,4
Πολωνία	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7
Πορτογαλία	2,0	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	
Σλοβακία	....		2,2	2,2	2,2	2,2	2,4
Σλοβενία	1,8	1,7	1,7	1,7	1,5	1,6	1,7
Σουηδία	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Τσέχικη Δημοκρατία	1,8	1,8	1,8	1,6	1,5	1,5	1,6
Φινλανδία	1,3	1,3	1,4	1,2	1,2	1,2	1,3
Αυστραλία	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	....
ΗΠΑ	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1
Ιαπωνία	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	....
Καναδάς	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	....
Νέα Ζηλανδία		0,9	0,9	1,00	0,9	0,9	1,0
Νότιος Κορέα	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 4: Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) (2008)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.5 Κατά Κεφαλήν Φαρμακευτική Δαπάνη

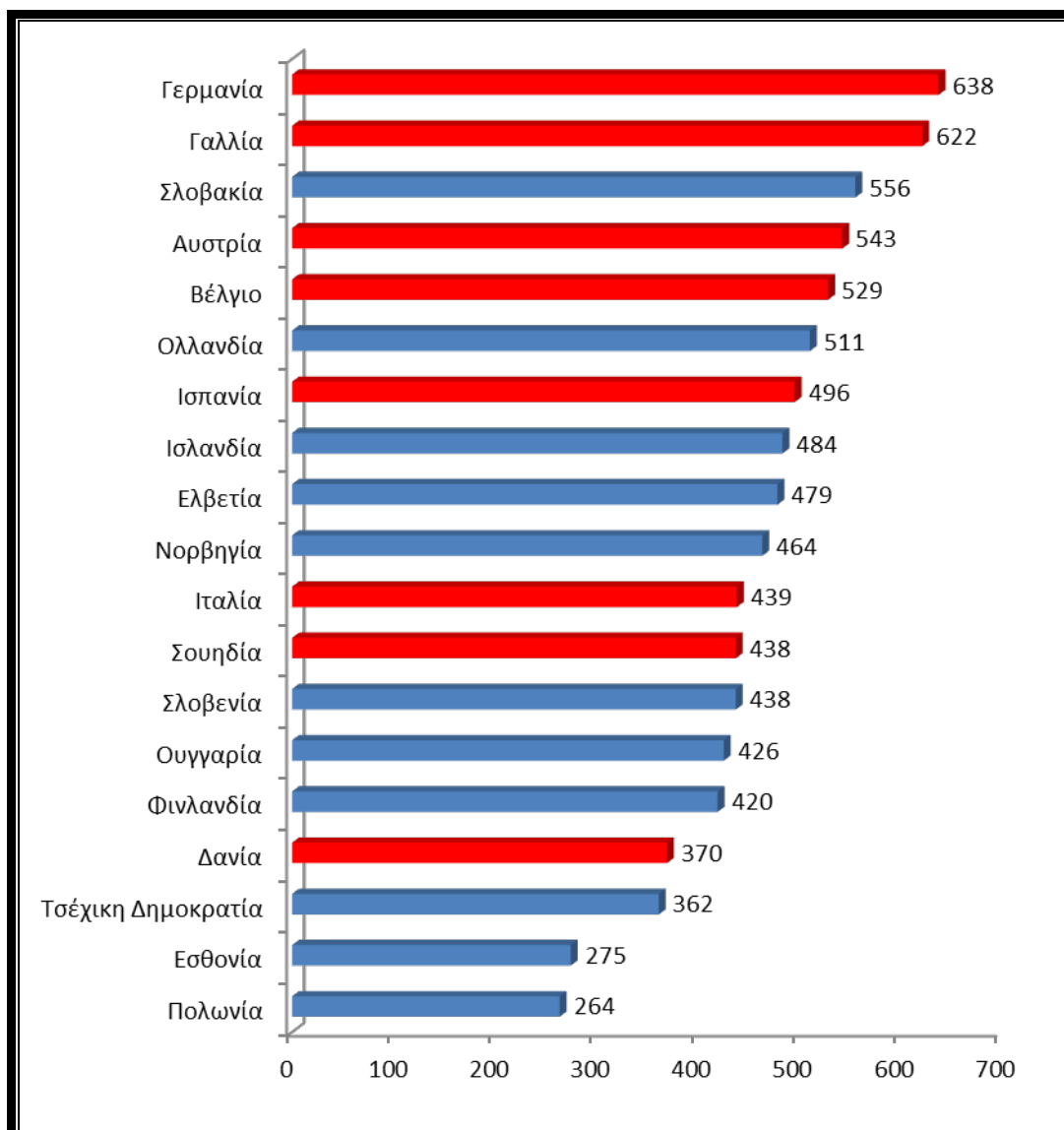
Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατέχει βασικές διαφορές. Για παράδειγμα, μεταξύ Γερμανίας (€638 κατά κεφαλήν) και Πολωνίας (€264 κατά κεφαλήν), το 2009, υπάρχει μια δυσαναλογία σχεδόν διπλάσια στην κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (Πίνακας 17, Διάγραμμα 5) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 17: Συνολική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη

Χώρες	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αυστρία	363	395	423	441	442	469	497	545	543
Βέλγιο	....	....	453	480	490	572	476	510	529
Γαλλία	437	466	475	500	527	547	583	603	622
Γερμανία	408	432	467	453	513	538	571	607	638
Δανία	261	288	287	303	303	338	361	369	370
Ελβετία	336	350	370	386	395	395	419	456	479
Ελλάδα	....	....	314	350	384	449	514	....	....
Εσθονία	111	128	137	163	170	200	212	243	275
Ιταλία	385	385	378	386	389	414	410	430	439
Ισλανδία	366	401	422	442	415	396	396	455	484
Ισπανία	308	335	366	379	395	425	449	476	496
Λουξεμβούργο	297	324	342	365	356	382	384	386	....
Νορβηγία	348	396	406	437	445	451	464	466	464
Ολλανδία	339	363	386	400	420	433	476	501	511
Ουγγαρία	244	271	308	329	379	409	382	406	426
Πολωνία	....	171	186	197	206	214	224	244	264
Πορτογαλία	327	346	357	377	410	437	457	469	....
Σλοβακία	198	239	265	311	345	386	444	500	556
Σλοβενία	....	313	316	333	352	370	370	406	438
Σουηδία	320	346	357	374	374	404	423	441	438
Τσέχικη Δημοκρατία	227	247	281	300	319	312	320	339	362
Φινλανδία	279	305	319	351	368	368	390	419	420
Αυστραλία	339	350	379	399	403	427	448	464	....
ΗΠΑ	526	581	628	666	697	745	776	792	819
Ιαπωνία	310	314	349	365	398	426	444	451	....
Ισραήλ	200	202	188	188	207	209	233	243	....
Καναδάς	401	428	458	490	521	561	585	606	660
Μεξικό	83	95	121	138	142	157	183	195	192
Νέα Ζηλανδία	....	....	....	182	197	233	224	230	244
Νότιος Κορέα	185	199	218	239	266	295	320	335	345

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 5: Συνολική κατά Κεφαλήν Φαρμακευτική Δαπάνη



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.6 Σύγκριση Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα

3.2.6.1 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2001-2011

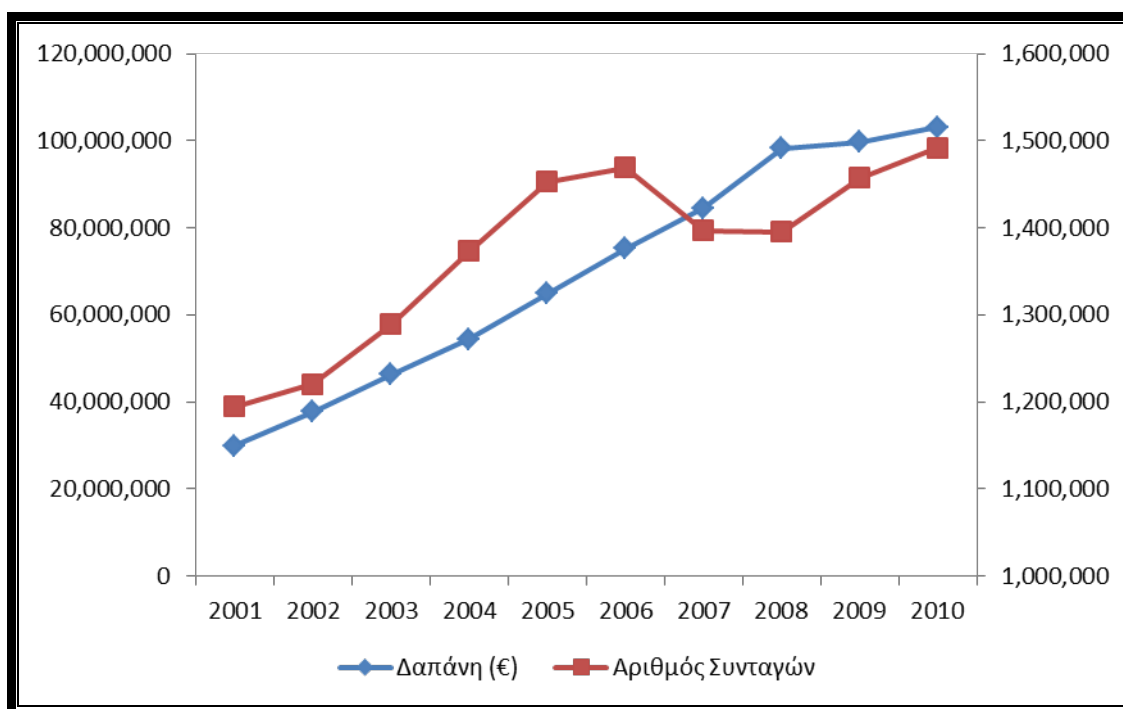
Το 2011, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη της Κύπρου ήταν 109.353.421 Ευρώ (Πίνακας 18). Η αύξηση των δαπανών κατά 34.975.398 Ευρώ από το 2001-2005, αντιστοιχεί σε παράλληλη αύξηση των συνταγών κατά 258,357 ενώ από το 2006-2010, η αύξηση των δαπανών κατά 38.244.123 Ευρώ αντιστοιχεί σε αύξηση των συνταγών κατά 41,566 (Πίνακας 18) (Διάγραμμα 6).

Πίνακας 18: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2001-2011)

Έτος	Δαπάνη (€)	Αριθμός Συνταγών
2001	29.868.479	1,194,619
2002	37.748.975	1,220,490
2003	46.283.862	1,288,984
2004	54.413.075	1,373,058
2005	64.843.877	1,452,976
2006	75.158.416	1,469,376
2007	84.557.142	1,396,550
2008	98.282.075	1,395,407
2009	99.702.127	1,457,002
2010	103.088.000	1,494.542
2011	109.353.421	....

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 6: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (2001- 2010)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.6.1.1 Διαχωρισμός Φαρμακευτικής Δαπάνης Δημόσιου Τομέα ανά Κατηγοριοποίηση ATC (2011)

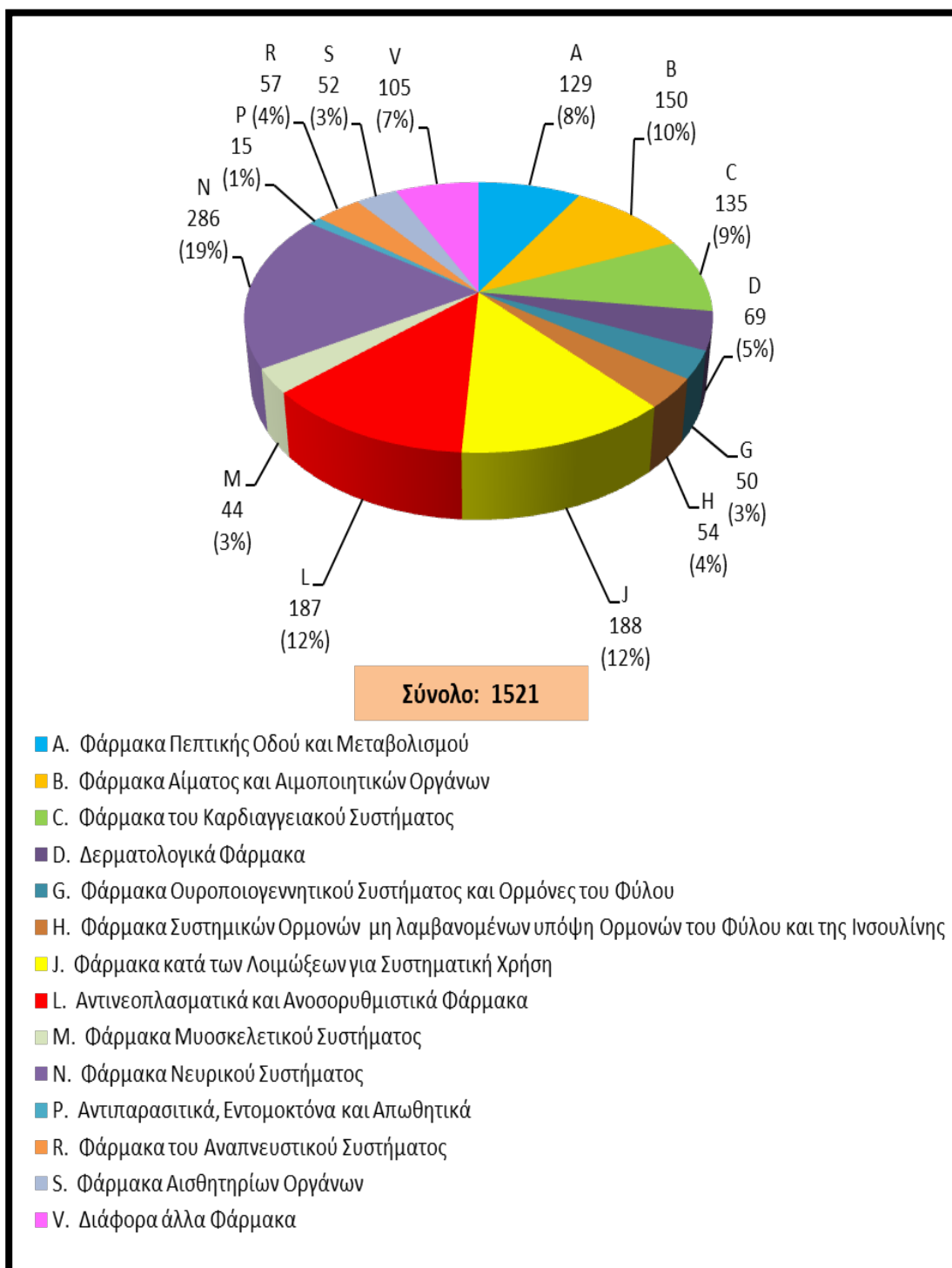
Το 36,0% (39.696.938 Ευρώ) της φαρμακευτικής δαπάνης του δημόσιου τομέα ανήκει στην κατηγορία των αντινεοπλασματικών και ανοσορρυθμιστικών φαρμάκων ενώ το 11,0% της δαπάνης (12.351.653 Ευρώ) αφορά την κατηγορία φαρμάκων Αίματος και Αιμοποιητικών Οργάνων (Διαγράμματα 7 και 8).

Στα κρατικά νοσηλευτήρια διατίθενται 1521 σκευάσματα, από τα οποία, τα 187 (12,0%) είναι τα αντινεοπλασματικά και ανοσορρυθμιστικά φάρμακα, ενώ ο αριθμός Φαρμάκων του Αίματος και Αιμοποιητικών Οργάνων είναι 150 (10,0%). Για τις δύο αυτές κατηγορίες, η δαπάνη του προϋπολογισμού για τα φάρμακα αντιστοιχεί στο 47,0%, με την αγορά των 337 φάρμακων από τα 1521 (22,0%) (Διάγραμμα 7) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Τα αντιβιοτικά κατέχουν το ποσοστό 11,0% (11.571.120 Ευρώ), δηλαδή την τρίτη θέση στη φαρμακευτική δαπάνη του δημοσίου. Στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου χρησιμοποιούνται 188 (12,0%) φάρμακα κατά των λοιμώξεων.

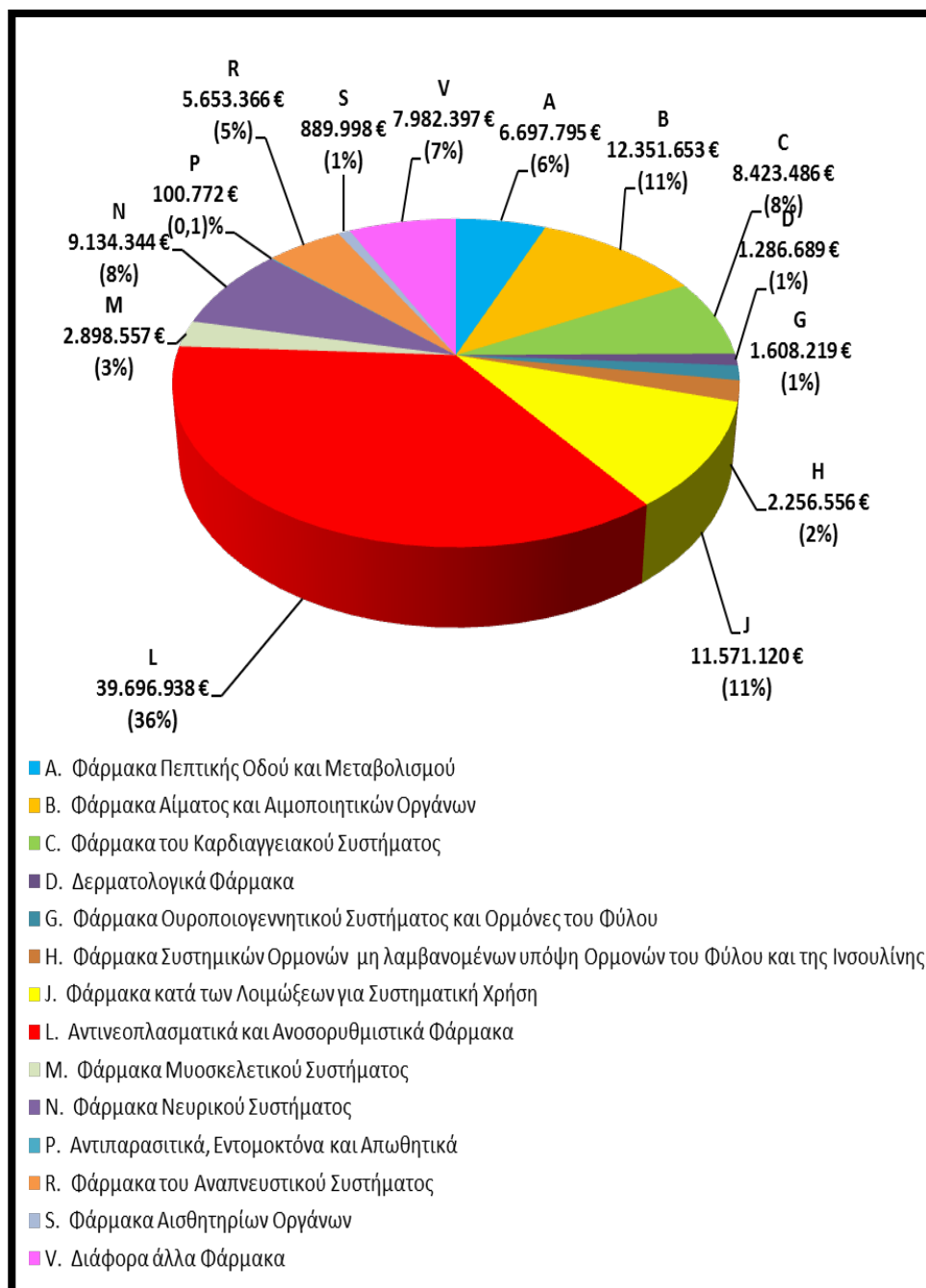
Τα φάρμακα του Νευρικού Συστήματος καταλαμβάνουν το 8% και η δαπάνη ανέρχεται σε 9.134.344 Ευρώ, ενώ η δαπάνη για τα φάρμακα του Καρδιαγγειακού Συστήματος κυμαίνεται περίπου στα €8.423.486 Ευρώ. Ο αριθμός των φαρμάκων για την αντιμετώπιση των νόσων των δύο εν λόγω κατηγοριών είναι 286 (19,0%) και 135 (9,0%) αντίστοιχα (Διάγραμμα 7 και 8) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Διάγραμμα 7: Αριθμός Σκευασμάτων Δημόσιου Τομέα ανά ATC (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 8: Δαπάνη Φαρμάκων Δημόσιου Τομέα ανά ATC (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.7 Ανάλυση Πωλήσεων

3.2.7.1 Γενική Ανάλυση

Δεδομένου ότι στον τιμοκατάλογο συμπεριλαμβάνονται 3.581 φάρμακα, το 47,5% (1700 φάρμακα) έχει καταγράψει μηδενική πώληση και το 52,5% (1881 φάρμακα) παρουσιάζουν πωλησεις. Ο Πίνακας 19 περιγράφει αναλυτικά τον αριθμό των φαρμάκων που πωλούνται ανά κατηγοριοποίηση ATC (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 19: Αναλογία Αριθμού Φαρμάκων που πωλούνται στον Ιδιωτικό Τομέα σε Σύγκριση με το Σύνολο των Φαρμάκων του Τιμοκαταλόγου (2011)

Θεραπευτική Κατηγορία ανά ATC	Αριθμός Φαρμάκων Τιμοκαταλόγου	Αριθμός Φαρμάκων με Πωλήσεις	Ποσοστό Φαρμάκων με Πωλήσεις (%)
A	337	206	61,1
B	218	82	37,6
C	488	303	62,1
D	212	157	74,1
G	148	110	74,3
H	63	30	47,6
J	555	245	44,1
L	260	30	11,5
M	199	114	57,3
N	690	339	49,1
P	38	23	60,5
R	209	153	73,2
S	76	61	80,3
V	88	28	31,8
Σύνολο	3581	1881	

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.7.2 Αριθμός Φαρμάκων με Πωλήσεις στον Ιδιωτικό Τομέα ανά Θεραπευτική Κατηγορία, Όγκο Πωλήσεων και Δαπάνης

Τα φάρμακα κατά των Λοιμώξεων Συστηματικής Χρήσης (245 φάρμακα-13,0%) ανήκουν στην πρώτη θεραπευτική ομάδα βάσει της δαπάνης του ιδιωτικού τομέα αξίας 24.563.854 Ευρώ (16,0% της συνολικής αξίας πωλήσεων (153.895.496 Ευρώ)).

Η δεύτερη θεραπευτική ομάδα καταλαμβάνει τα φάρμακα του Καρδιαγγειακού Συστήματος αξίας 24.492.388 Ευρώ (15,9%), όπου ανήκουν 303 φάρμακα (16,1%). Στην τρίτη θεραπευτική ομάδα υπάγονται τα φάρμακα του Νευρικού Συστήματος αξίας 24.241.693 Ευρώ (15,8%), τα οποία είναι

ο μεγαλύτερος αριθμός φαρμάκων σε πωλήσεις στον ιδιωτικό τομέα. Απαρτίζονται από 339 φάρμακα (18,0%) με δύομιση φορές μεγαλύτερο αριθμό τεμαχίων πώλησης (3,775,277) (25,7%) από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία (Πίνακας 20) (Διάγραμμα 9) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Το 2011, οι τρεις πιο πάνω θεραπευτικές κατηγορίες αντιστοιχούσαν στο 48,0% (73.297.935 Ευρώ) των συνολικών πωλήσεων του ιδιωτικού τομέα με αξία 153.895.496 Ευρώ, ενώ το ίδιο έτος στο δημόσιο τομέα, οι τρεις κατηγορίες αναλογούσαν στο 27,0% (29.128.950 Ευρώ) των συνολικών δαπανών για τα φάρμακα αξίας 110.551.000 Ευρώ (Διάγραμμα 10).

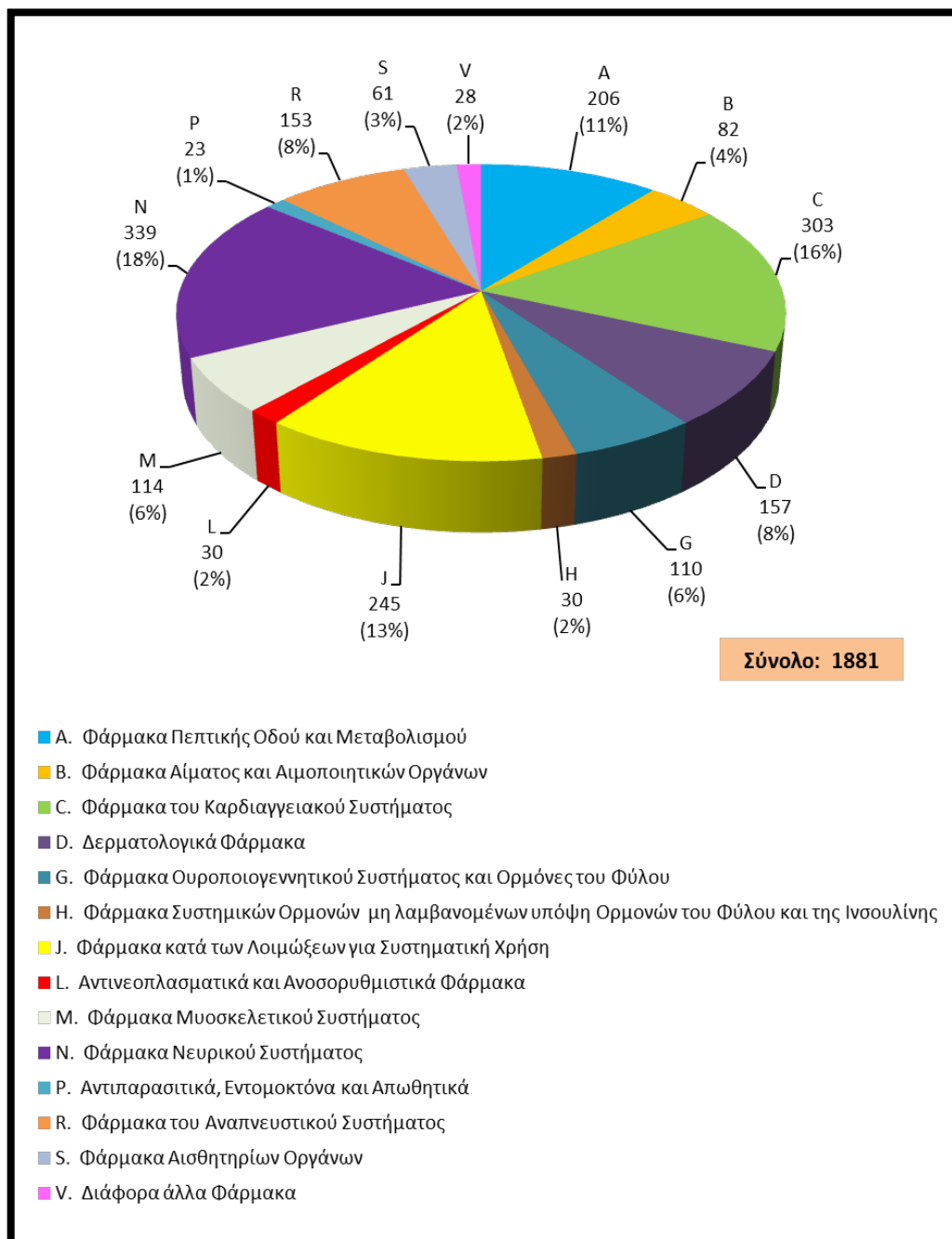
Η ομάδα των αντινεοπλασματικών και ανοσορρυθμιστικών φαρμάκων κατακρατεί μία από τις τελευταίες θέσεις σε αριθμό πωλήσεων στα ιδιωτικά φαρμακεία, με 30 φάρμακα (1,6%) και με πωλήσεις 1.820.297 Ευρώ (1,2%), ενώ η συγκεκριμένη κατηγορία κατέχει την πρώτη θέση σε δαπάνες του δημοσίου τομέα με αξία 39.696.938 Ευρώ (36,0% και 187 φάρμακα).

Πίνακας 20: Αριθμός Φαρμάκων με Πωλήσεις στον Ιδιωτικό Τομέα ανά Θεραπευτική Κατηγορία, Όγκο Πωλήσεων και Δαπάνης (2011)

Θεραπευτική Κατηγορία (ATC)	Αριθμός Φαρμάκων	Ποσοστό Αριθμού Φαρμάκων (%)	Όγκος Πωλήσεων 2011	Ποσοστό Όγκου Πωλήσεων (%)	Δαπάνη 2011 (€)	Ποσοστό Δαπάνης (%)
A	206	11,0%	1,447,973	9,9%	14.901.075	9,7%
B	82	4,4%	970,312	6,6%	6.027.215	3,9%
C	303	16,1%	1,540,609	10,5%	24.492.388	15,9%
D	157	8,3%	1,139,362	7,8%	9.354.716	6,1%
G	110	5,8%	539,781	3,7%	11.742.768	7,6%
H	30	1,6%	201,368	1,4%	5.480.677	3,6%
J	245	13,0%	1,275,227	8,7%	24.563.854	16,0%
L	30	1,6%	67,317	0,5%	1.820.297	1,2%
M	114	6,1%	1,379,394	9,4%	10.824.755	7,0%
N	339	18,0%	3,775,277	25,7%	24.241.693	15,8%
P	23	1,2%	83,698	0,6%	508,426	0,3%
R	153	8,1%	1,755,883	12,0%	15.196.054	9,9%
S	61	3,2%	472,057	3,2%	3.611.228	2,3%
V	28	1,5%	27,541	0,2%	1.130.351	0,7%
ΟΛΙΚΟ	1881	100,0%	14.675.799	100,0%	153.895.496	100,0%

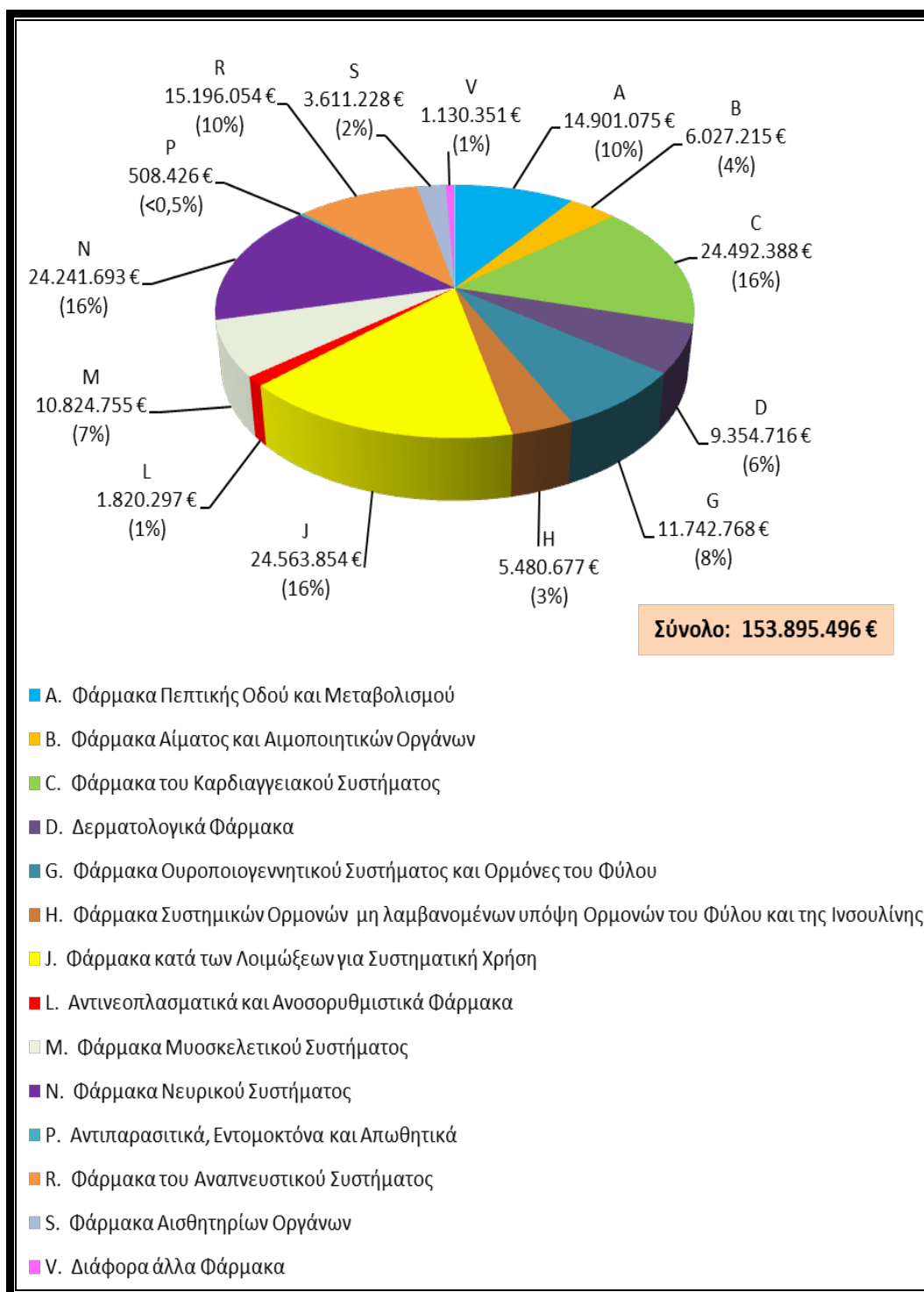
Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 9: Αριθμός Φαρμάκων με Πωλήσεις στον Ιδιωτικό Τομέα ανά ATC (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 10: Φαρμακευτική Δαπάνη του Ιδιωτικού Τομέα ανά ATC (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.7.3 Ανάλυση Φαρμάκων ανά Κατηγορία Εύρους Τιμής

Σύμφωνα με την έρευνα των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών (2012), έγινε διαχωρισμός φαρμάκων σε εννέα κατηγορίες ανά κόστος και λήφθηκε υπόψη η λιανική τιμή (Πίνακας 21). Από τα 3.581 φαρμακευτικά σκευάσματα, τα 757 (21,1%) ανήκουν στην κατηγορία των 10.00-24.99 Ευρώ, ενώ τα 2.234 φάρμακα (62,3 %) κυμαίνεται από 0,62-24.99 Ευρώ ανά συσκευασία.

Φαρμακευτικά είδη με ποσοστό 13,7% (492 φάρμακα) κοστολογούνται από 25.00-49.99 Ευρώ ανά κουτί, 292 φάρμακα (8,2%) έχουν τιμή από 50.00-99.99 Ευρώ ανά κουτί, 7,2% (257) τιμολογούνται από 100.00-299.99 Ευρώ, το 1.7% (62 φάρμακα) έχουν τιμή από 300.00-499.99 Ευρώ ανά κουτί και το 6,9% (244 φάρμακα) η τιμή κυμαίνεται πάνω από 500.00 Ευρώ ανά κουτί (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Αναφορικά με τα φάρμακα που πωλούνται στον ιδιωτικό τομέα, τα περισσότερα φαρμακευτικά σκευάσματα (897) εμπίπτουν στην κατηγορία των 0,62-9,99 Ευρώ (47,7% επί του συνόλου των φαρμάκων προς πώληση).

Πίνακας 21: Ανάλυση Φαρμάκων ανά Κατηγορία Εύρους Τιμής (2011)

Τιμές	Φάρμακα Τιμοκαταλόγου		Φάρμακα με πωλήσεις στον Ιδιωτικό Τομέα	
	Αριθμός Φαρμάκων	Ποσοστό (%)	Αριθμός Φαρμάκων	Ποσοστό (%)
0-4,99	750	20.9	444	23,6
5-9,99	727	20.3	453	24,1
10-24,99	757	21.1	429	22,8
25-49,99	492	13.7	280	14,9
50-99,99	292	8.2	137	7,3
100-299,99	257	7.2	102	5,4
300-499,99	62	1.7	9	0,5
500-999,99	120	3.4	13	0,7
1000 -	124	3.5	14	0,7
Σύνολο	3581	100.0	1881	100,0

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.7.4 Ανάλυση Φαρμάκων ανά Αξία Πωλήσεων και Εύρος Τιμής

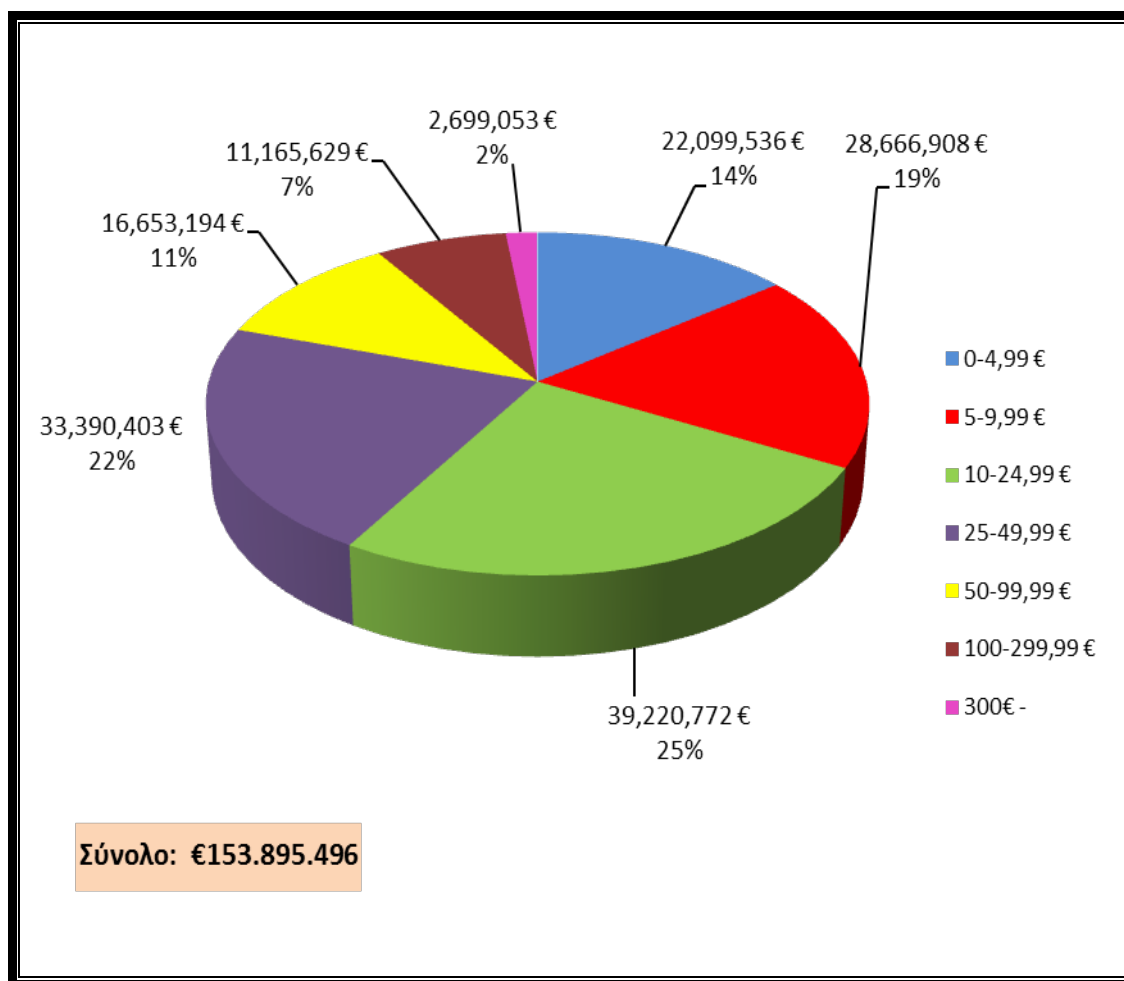
Σύμφωνα με τον Πίνακα 22 και το Διάγραμμα 11, τα φάρμακα αξίας 10.00-24.99 Ευρώ, κατέχουν το ποσοστό 25,5% της συνολικής αξίας πωλήσεων στον ιδιωτικό τομέα (39.220.772 Ευρώ) ενώ το 80% (123.377.619 Ευρώ) ανήκει σε φάρμακα με τιμή μέχρι 50,00 Ευρώ. Για το έτος 2011, οι πωλήσεις των φαρμάκων σε λιανικές τιμές μέχρι 10.00 Ευρώ, ανέρχονται στο 33,0% επί των συνολικών πωλήσεων (50.766.444 Ευρώ).

Πίνακας 22: Κατηγοριοποίηση Φαρμάκων ανά Αξία Πωλήσεων και Εύρος Τιμής (2011)

Κατηγορία ανά Εύρος Τιμών (€)	Αξία Πωλήσεων (€)	Ποσοστό Αξίας Πωλήσεων (%)
0-4.99	22.099.536	14.0
5.00-9.99	28.666.908	19.0
10.00-24.99	39.220.772	25.0
25.00-49.99	33.390.403	22.0
50.00-99.99	16.653.194	11.0
100.00-299.99	11.165.629	7.3
300.00-499.99	533.537	0.3
500.00-999.99	1.031.108	0.7
>1000	1.134.408	0.7
Σύνολο	€153.895.496	100.0%

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 11: Ανάλυση Πωλήσεων των Φαρμάκων του Ιδιωτικού Τομέα ανά Εύρος Τιμών (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

3.2.7.5 Ανάλυση Φαρμάκων ανά Αξία Πωλήσεων, Θεραπευτική Κατηγορία και Εύρος Τιμής

Οι περισσότερες πωλήσεις στον ιδιωτικό τομέα (10.528.514 Ευρώ) αφορούν 70 φάρμακα της κατηγορίας του Καρδιαγγειακού Συστήματος με τιμή από 25,00-49,00 Ευρώ, με ποσοστό 43,0% των συνολικών πωλήσεων της εν λόγω θεραπευτικής κατηγορίας (33.390.403 Ευρώ) και 6,8% της συνολικής αξίας των πωλήσεων του ιδιωτικού τομέα (Πίνακες 23, 24 και 25) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Τα Φάρμακα του Νευρικού Συστήματος (97 φάρμακα) κατέχουν πωλήσεις μέχρι 4,99 Ευρώ ανά συσκευασία με αξία 9.515.142 Ευρώ (39,0% επί της συνολικής αξίας των πωλήσεων της συγκεκριμένης κατηγορίας) και 6,2% επί των συνολικών πωλήσεων της ιδιωτικής φαρμακευτικής αγοράς.

Η κατηγορία των Φαρμάκων Συστηματικών Ορμονών κυμαίνεται στο 3,6% (5.480.677 Ευρώ) επί της συνολικής αξίας των πωλήσεων του ιδιωτικού τομέα και το 73,0% περίπου (3.993.956 Ευρώ) των πωλήσεων ανήκει σε φάρμακα από 100.00-299.99 Ευρώ (2,6% επί των συνολικών πωλήσεων).

Όσον αφορά την κατηγορία των Φαρμάκων κατά των Λοιμώξεων για Συστηματική Χρήση, 15.784.640 Ευρώ, δηλαδή το 10,3% ισοδυναμεί σε φάρμακα με εύρος τιμής 10,00-50,00 Ευρώ (Πίνακες 23, 24 και 25) (Διάγραμμα 12) (Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012).

Πίνακας 23: Ανάλυση Αριθμού Φαρμάκων που Πωλούνται στον Ιδιωτικό Τομέα, ανά Θεραπευτική Κατηγορία και Εύρος Τιμών (2011)

Εύρος Τιμών €	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Φάρμακα	Ολικό
0-4,99	62	30	43	46	6	5	24		45	97	9	48	28	1	444	23,6%
5-9,99	55	18	74	64	29	8	47	4	29	52	10	45	17	1	453	24,1%
10-24,99	43	8	95	27	22	4	104	4	18	58	4	28	12	2	429	22,8%
25-49,99	24	11	70	16	21	3	40	2	14	47	--	23	3	6	280	14,9%
50-99,99	17	5	16	4	15	6	16	5	3	32	--	9	--	9	137	7,3%
100-299,99	4	8	3	--	11	1	11	6	2	50	--	--	--	6	102	5,4%
300-499,99	1	--	--	--	1		1		2	3	--	--	--	1	9	0,5%
500-999,99	--	--	1	--	5	1	2	2	1	--	--	--	--	1	13	0,7%
1000 -	--	2	1	--	--	2	--	7	--	--	--	--	1	1	14	0,7%
Φάρμακα με Πώληση	206	82	303	157	110	30	245	30	114	339	23	153	61	28	1881	100%

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Πίνακας 24: Στρωματοποίηση Φαρμάκων ανά Εύρος Τιμής, Θεραπευτική Κατηγορία και Αξία (2011)

Εύρος Τιμής €	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Σύνολο Αξίας Πωλήσεων
0-4.99	1.947.819	883.376	687.442	1.576.679	192.792	298.298	429.878		2.250.167	9.515.142	112.845	2.876.532	1.326.560	2.007	22.099.536
5-9.99	2.825.559	2.034.073	3.480.268	4.391.556	1.310.399	632.742	1.996.943	17.690	4.065.632	2.076.327	323.177	4.825.142	633.438	53.961	28.666.908
10-24.99	6.442.035	1.571.917	7.570.713	1.848.171	2.530.835	87.195	8.817.726	1.115.924	2.182.994	3.345.448	72.404	2.560.392	995.934	79.084	39.220.772
25-49.99	1.178.156	952.046	10.528.514	1.019.245	3.235.246	112.899	6.966.914	51.200	1.409.630	4.396.703		3.251.887	172.388	115.575	33.390.403
50-99.99	2.414.099	170.957	2.052.200	519.064	1.535.300	209.185	4.437.452	45.204	161.647	2.961.701	0	1.682.101	0	464.284	16.653.194
100-299.	93.071	286.818	162.571		2.396.420	3.993.956	1.737.348	251.764	36.234	1.913.763		0		293.685	11.165.629
300-499	336	0			46.407	0	159.293	0	292.945	32.609				1.948	533.537
500-999	0	0	1.298		495.368	54.292	18.300	35.343	425.508	0		0	0	999	1.031.108
1000 –	0	128.028	9.383			92.110	0	303.172	0	0			482.907	118.809	1.134.408
Σύνολο Αξίας Πωλήσεων	14.901.075	6.027.215	24.492.388	9.354.716	11.742.768	5.480.677	24.563.854	1.820.297	10.824.755	24.241.693	508.426	15.196.054	3.611.228	1.130.351	153.895.496

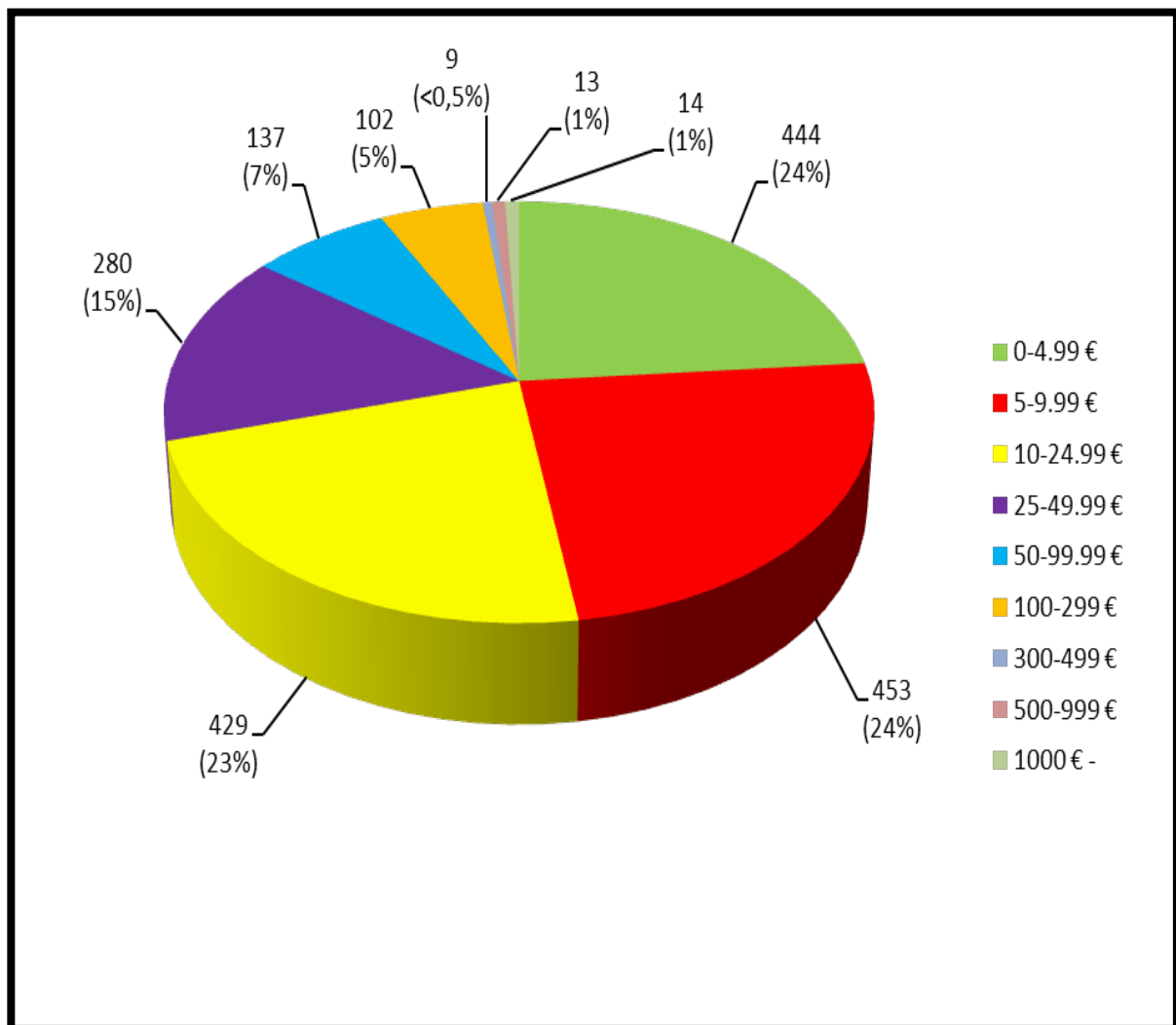
Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Πίνακας 25: Ποσοστό Φαρμάκων ανά Εύρος τιμής, Θεραπευτική Κατηγορία και Αξία (2011)

Εύρος Τιμής €	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Ποσοστό Αξίας Πωλήσεων
0-4.99	13%	15%	3%	17%	2%	5%	2%	0%	21%	39%	22%	19%	37%	0%	14%
5-9.99	19%	34%	14%	47%	11%	12%	8%	1%	38%	9%	64%	32%	18%	5%	19%
10-24.99	43%	26%	31%	20%	22%	2%	36%	61%	20%	14%	14%	17%	28%	7%	25%
25-49.99	8%	16%	43%	11%	28%	2%	28%	3%	13%	18%	0%	21%	5%	10%	22%
50-99.99	16%	3%	8%	6%	13%	4%	18%	2%	1%	12%	0%	11%	0%	41%	11%
100-299	1%	5%	1%	0%	20%	73%	7%	14%	0%	8%	0%	0%	0%	26%	7%
300-499	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
500-999	0%	0%	0%	0%	4%	1%	0%	2%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
1000 –	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%	17%	0%	0%	0%	0%	13%	11%	1%
Ποσοστό Αξίας Πωλήσεων	9.7%	3.9%	15.9%	6.1%	7.6%	3.6%	16.0%	1.2%	7.0%	15.8%	0.3%	9.9%	2.3%	0.7%	100%

Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.

Διάγραμμα 12: Αριθμός και Ποσοστό Φαρμάκων ανά Εύρος Τιμών (2011)



Πηγή: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012

3.3 Κατανάλωση σε αντιβιοτικά, αντιδιαβητικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές Χώρες

Η κατανάλωση των φαρμάκων έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όχι μόνο από τη φαρμακευτική άποψη αλλά και από την άποψη της ποσότητας των φαρμάκων.

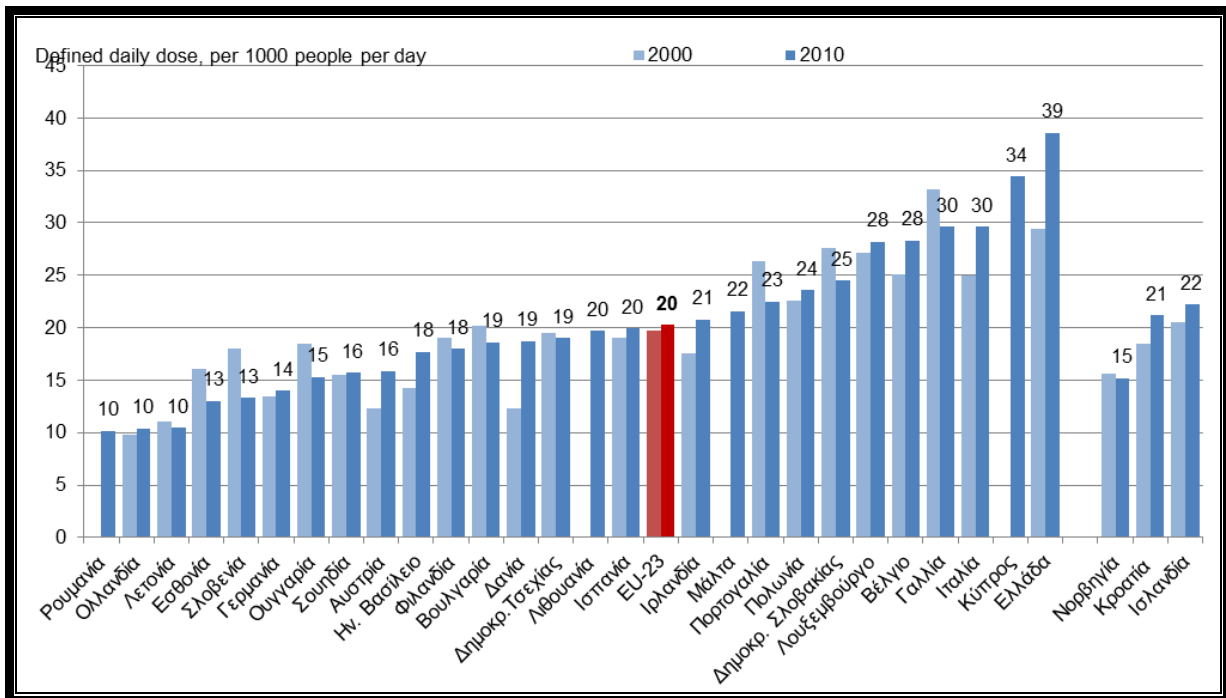
Η έρευνα που πραγματοποίησε ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2012) αφορά τον όγκο της κατανάλωσης τριών κατηγοριών: των αντιβιοτικών, των φαρμάκων του διαβήτη και των φαρμάκων εναντίον της κατάθλιψης. Η κατανάλωση των συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων έχει μετρηθεί μέσω της καθορισμένης ημερήσιας δόσης (DDD), η οποία συστήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ορίζεται ως η υποθετική μέση δόση συντήρησης ανά ημέρα για ένα φάρμακο χρησιμοποιημένο από ενήλικες (OECD, 2012).

Τα αντιβιοτικά δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται άσκοπα, καθώς υπάρχει άμεση συσχέτιση της χρήσης τους με την εμφάνιση ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών ενώ η υπερσυνταγογράφηση τους από τους γιατρούς και η λανθασμένη χρήση τους από τους ασθενείς, ενέχει κινδύνους με σοβαρές παρενέργειες.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2012), η χρήση των αντιβιοτικών διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα και κυμαίνεται από 10 DDDs ανά 1000 άτομα την ημέρα στη Λετονία, στην Ολλανδία και στη Ρουμανία ενώ πάνω από 30 στην Ελλάδα και στην Κύπρο (Διάγραμμα 13) (OECD, 2012).

Κατά την τελευταία δεκαετία, η κατανάλωση από τη μια πλευρά έχει καταγράψει σταθερές τιμές σε αρκετές χώρες ενώ έχει μειωθεί σε άλλες όπως στη Γαλλία, στη Πορτογαλία, στην Ουγγαρία, στη Σλοβενία και στην Εσθονία. Από την άλλη πλευρά, η χρήση των αντιβιοτικών έχει παρουσιάσει αύξηση σε χώρες όπως στην Ιταλία, στο Βέλγιο και στην Ελλάδα. Πολλές χώρες έχουν ξεκινήσει εκστρατείες ενημέρωσης με σκοπό την προώθηση της κατάλληλης και ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών (OECD, 2012).

Διάγραμμα 13: Κατανάλωση αντιβιοτικών κατά τα έτη 2000 και 2010



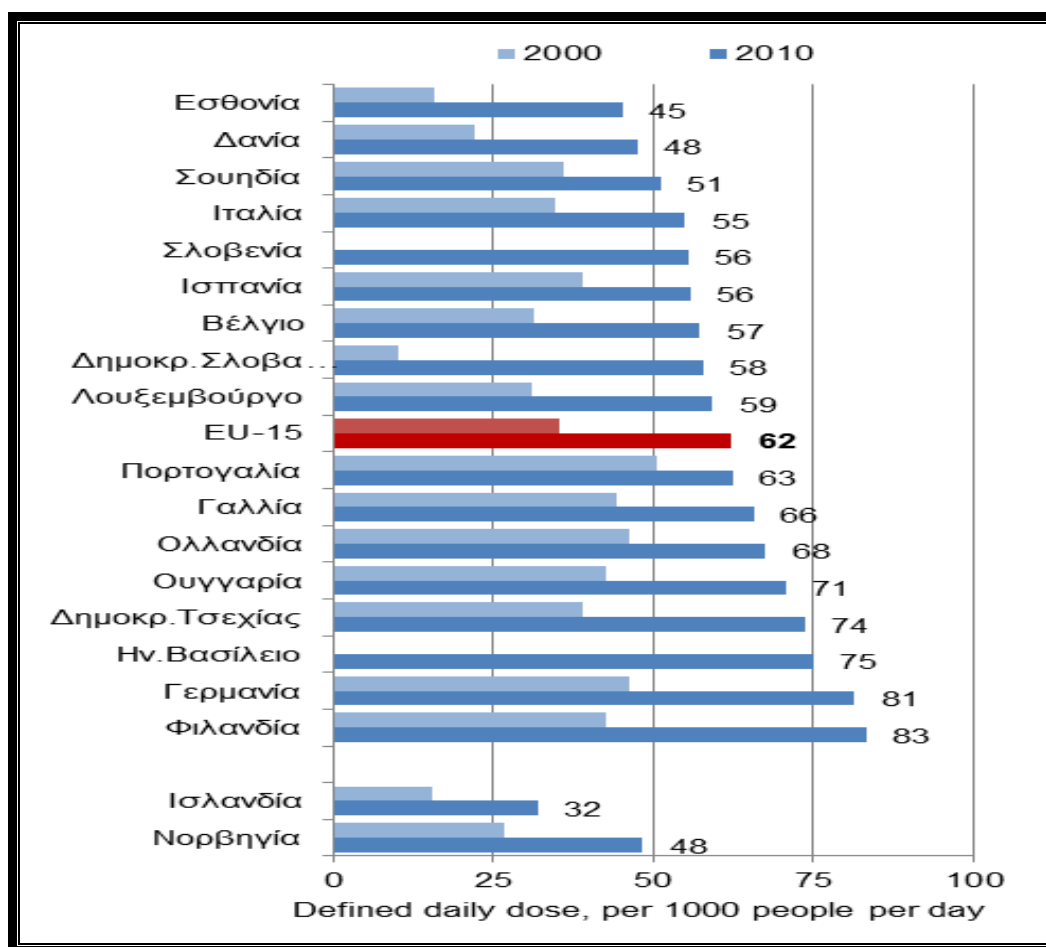
Πηγή: OECD, 2012.

Αναφορικά με τα αντιδιαβητικά φάρμακα, παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στη χρήση τους ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες με κατανάλωση σχεδόν στο μισό στην Εσθονία και Ισλανδία, από ότι στη Γερμανία ή Φινλανδία (Διάγραμμα 14).

Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από την επικράτηση του διαβήτη, η οποία παρουσιάζεται σε χαμηλά επίπεδα στην Ισλανδία ενώ σε χώρες με μεγαλύτερη κατανάλωση, όπως στη Γερμανία, στη Φινλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν καταγράφεται υψηλή συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ο διαβήτης.

Μεταξύ του 2000 και 2010, η χρήση των αντιδιαβητικών αυξήθηκε κατά μέσο όρο 75% περίπου σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ιδιαίτερα έντονο ποσοστό αύξησης στη Φινλανδία, στη Γερμανία και στη Δημοκρατία της Σλοβακίας. Οι βασικοί λόγοι για τη σημαντική αυτή άνοδο είναι η αναλογία των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία και οι κατά μέσο όρο δοσολογίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αγωγή (OECD, 2012).

Διάγραμμα 14: Κατανάλωση αντιδιαβητικών φαρμάκων κατά τα έτη 2000 και 2010



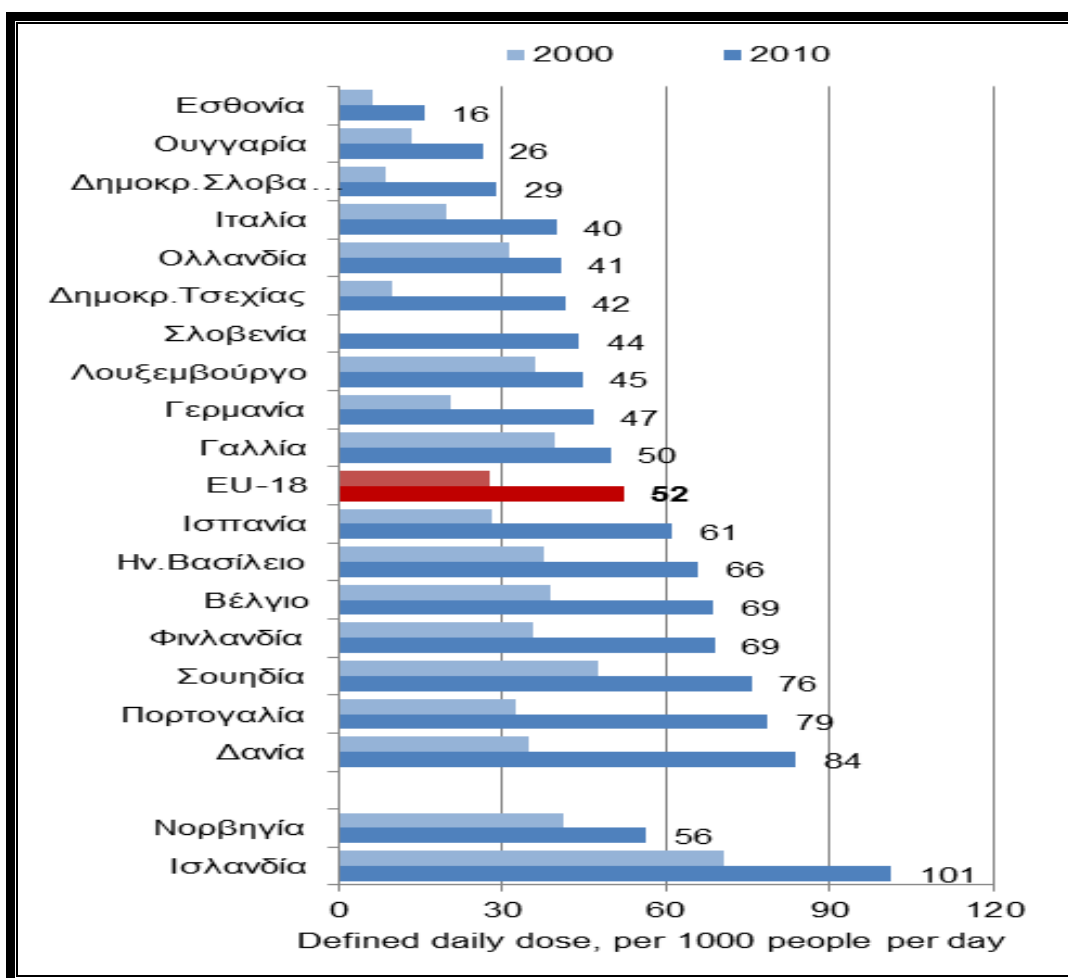
Πηγή: OECD, 2012.

Οι καταναλωτικές τάσεις στη φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη ποικίλουν μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών και σημαντική μεταβολή στις συνταγογραφικές συμπεριφορές των γενικών γιατρών και ψυχιάτρων.

Η Ισλανδία, η Δανία και η Πορτογαλία κατέχουν το υψηλότερο επίπεδο χρήσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Διάγραμμα 15). Μια εξήγηση για τη μεγάλη κατανάλωση στην Ισλανδία στηρίζεται στο γεγονός ότι κάθε έτος, μια πολύ υψηλότερη αναλογία πληθυσμού λαμβάνει τουλάχιστον μια συνταγή για ένα αντικαταθλιπτικό.

Το 2008 στην Ισλανδία, το 30,0% των γυναικών ηλικίας άνω των 65 ετών κατείχαν μια αντικαταθλιπτική συνταγή σε σύγκριση με τη Νορβηγία, η οποία είχε ποσοστό μόνο 15,0% (OECD, 2012).

Διάγραμμα 15: Κατανάλωση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά τα έτη 2000 και 2010



Πηγή: OECD, 2012.

Αξιόλογο ρόλο στην εξήγηση των παραλλαγών και των διαχρονικών τάσεων ανάμεσα στις χώρες παίζει η διάρκεια της θεραπείας. Την τελευταία δεκαετία σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χρήση των φαρμάκων εναντίον της κατάθλιψης έχει αυξηθεί κατά μέσο όρο πάνω από 80,0%.

Αναλυτές δίνουν τη δική τους ερμηνεία για τα φαινόμενα αυτά, ως προς την αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και στις μεγαλύτερες προσπάθειες των γιατρών να παρέχουν έντονες θεραπείες σε ανθρώπους με βαριά κατάθλιψη. Η συγκεκριμένη αύξηση μπορεί επιπλέον να διευκρινιστεί από την επέκταση των ενδείξεων ορισμένων αντικαταθλιπτικών σε κατάθλιψη ηπιότερης μορφής, σε γενικευμένες διαταραχές άγχους και σε κοινωνική φοβία (OECD, 2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί τη διερεύνηση και την αποτίμηση της χρήσης των φαρμάκων από τον πληθυσμό της Κύπρου.

Τα αποτελέσματα που απορρέουν κρίνονται ιδιαιτέρως σημαντικά για την αξιολόγηση και τη μελλοντική χρησιμοποίηση τους αναφορικά με οποιεσδήποτε άλλες συγκρίσεις αποτελεσμάτων μεταξύ διαφόρων χωρών.

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που εφαρμόστηκε στην παρούσα έρευνα, ώστε να καταγραφεί η κατανάλωση φαρμάκων στους Κύπριους και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η έρευνα αφορούσε εξεύρεση στοιχείων για την ανάλυση και επισκόπηση του θέματος μέσω βιβλιογραφίας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε μέσω της βιβλιοθήκης του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου και μέσα από συγγραφικές μελέτες στην ελληνική και αγγλική γλώσσα που ανευρέθηκαν από τις βάσεις δεδομένων PUB MED, MEDLINE, PROQUEST και CINAHL. Χρησιμοποιήθηκε ξένη αλλά και ελληνική βιβλιογραφία, προερχόμενη από βιβλία, έντυπα και επιστημονικά άρθρα, τα οποία είχαν αναρτηθεί σε επίσημες και έγκυρες ιστοσελίδες του διαδικτύου.

Η αναζήτηση των δημοσιευμένων άρθρων έγινε με αναδρομή στην τελευταία δεκαετία και χρησιμοποιήθηκαν λέξεις- κλειδιά όπως «drug use, medicine use, rational use of medicines, irrational use of medications».

4.1 Σκοπός και Αντικείμενο της Έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η εξακρίβωση του βαθμού χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους Κύπριους καταναλωτές και οι παράγοντες επηρεασμού του κυπριακού πληθυσμού ως προς τη χρήση των εν λόγω φαρμάκων. Παράλληλα, διερευνάται ποιες κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων χρησιμοποιούνται περισσότερο και πως οι παραπάνω διαστάσεις συσχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία,

ούτως ώστε να αναζητηθούν οι παράγοντες ώστε να γίνουν αντικείμενο σύγκρισης με τις στάσεις των Κυπρίων ασθενών.

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία της Ευρωπαϊκής Έρευνας Υγείας 2008 που αφορούν την υγεία του πληθυσμού σε σχέση με την κατανάλωση φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat).

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι τα ακόλουθα:

1) Ποιος είναι ο βαθμός κατανάλωσης, ποια είδη φαρμάκων χρησιμοποιούνται, από ποιες ομάδες του κυπριακού πληθυσμού καταναλώνονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα και πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά το βαθμό χρησιμοποίησης των εν λόγω φαρμάκων;

2) Ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν από τις στάσεις των Κυπρίων καταναλωτών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και ποια τα πιθανά δραστικά μέτρα αντιμετώπισης τους;

Η αξιολόγηση των συγκεκριμένων θεμάτων αποσκοπεί στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού της Κύπρου και τη χρήση ορισμένων κατηγοριών φαρμάκων, δεδομένα τα οποία στο μέλλον θα αποτελέσουν κομβικό σημείο για τη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας.

4.2 Μεθοδολογία

4.2.1 Γεωγραφική κάλυψη

Η έρευνα κάλυψε όλες τις ελεύθερες περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας.

4.2.2 Στατιστική Μονάδα

Όλα τα άτομα που διαμένουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά και μένουν ή έχουν σκοπό να μείνουν στην Κύπρο για τουλάχιστον ένα χρόνο.

4.2.3 Περίοδος συλλογής στοιχείων

Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2008.

4.2.4 Δείγμα

Χρησιμοποιήθηκε ο κατάλογος νοικοκυριών της Απογραφής Πληθυσμού 2001 ως δειγματοληπτικό πλαίσιο.

Η επιλογή δείγματος καθορίστηκε με βάση την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία με σύνολο εννέα στρώματα, τα οποία καθορίστηκαν βάση της επαρχίας και αστικής/αγροτικής περιοχής.

4.2.5 Ανταπόκριση

Η αρχική δειγματοληψία της έρευνας ήταν 4.202 νοικοκυριά. Τα 619 ήταν κενές/εξοχικές/δεύτερες κατοικίες καθιστώντας τα ακατάλληλα για τους σκοπούς της έρευνας. Επιπρόσθετα, εντοπίστηκαν ή αποκλείστηκαν 132 διευθύνσεις λόγω ελλιπών στοιχείων. Από τα υπόλοιπα 3.451 νοικοκυριά, τα 526 δεν ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, λόγω άρνησης συνεργασίας ή απουσίας τους κατά το χρονικό περιθώριο διεξαγωγής της.

Στην έρευνα τελικά ανταποκρίθηκαν 2.925 νοικοκυριά στα οποία διέμεναν 8.345 άτομα ενώ το ποσοστό μη ανταπόκρισης ήταν 15,2%.

4.2.6 Μέθοδος συλλογής στοιχείων

Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας φορητούς Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές (μέθοδος CAPI - Computer Assisted Personal Interview) και το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί με το πρόγραμμα Blaise.

4.2.7 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της συγκεκριμένης εργασίας έγινε χρήση του λογισμικού SPSS version 20 (Statistical Package for Social Sciences), ενώ η επεξεργασία τους έγινε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής (αναλυτικής) στατιστικής. Στην περιγραφική στατιστική οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και ποσοστά. Στην αναλυτική στατιστική ο έλεγχος των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

4.2.8 Γενικά

Στην Έρευνα Υγείας 2008, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις κατόπιν εισηγήσεων της Eurostat και άλλων ομάδων εργασίας, οι οποίες δημιούργησαν ειδικά μεθοδολογικά εργαλεία και ενότητες. Το προσωπικό της Στατιστικής Υπηρεσίας μετάφρασε τις ερωτήσεις από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική, σύμφωνα με συγκεκριμένο προτεινόμενο πρωτόκολλο της Eurostat.

Οι αριθμοί που εμφανίζονται στους πίνακες που ακολουθούν προσαρμόστηκαν ανάλογα με τα αποτελέσματα των πραγματικών αναλογιών του πληθυσμού και πιθανόν με ορισμένες διαφορές μερικών μονάδων στα σύνολα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 Περιγραφή του δείγματος

Η εν λόγω μελέτη αποτελεί περιγραφική διερευνητική μέθοδος και αφορά τον πληθυσμό της Κύπρου. Χαρακτηρίζεται τόσο από δημογραφικά δεδομένα όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το νοικοκυριό, το επίπεδο μόρφωσης, την κατάσταση υγείας, όσο και τη σύγκριση τους με τη χρήση συνταγογραφημένων και μη συνταγογραφημένων φαρμάκων.

5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον Πίνακα 26 της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο και οι ηλικιακές ομάδες) των αντρών και των γυναικών της Κύπρου.

Πίνακας 26: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο και ηλικία)

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα	Ποσοστό %
Φύλο	Άντρες	3995	47,9
	Γυναίκες	4350	52,1
	Σύνολο	8345	100,0
Ηλικιακές ομάδες	0 – 4	335	4,0
	5 – 14	1079	12,9
	15 – 24	1308	15,7
	25 – 34	1008	12,1
	35 – 44	1066	12,8
	45 – 54	1276	15,3
	55 – 64	1043	12,5
	65 – 74	727	8,7
	75+	503	6,0
	Σύνολο	8345	100,0

Στην κατηγορία “φύλο”, το 47,9% του δείγματος ήταν άντρες και το 52,1% ήταν γυναίκες. Αναφορικά με την ηλικία, το δείγμα κατανέμεται σχεδόν ισόποσα στις παραγωγικές ηλικίες με την πλειοψηφία του δείγματος να βρίσκεται στις ηλικίες 25-74.

Πίνακας 27: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο μόρφωσης)

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα	Ποσοστό %
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος, δεν παντρεύτηκε ποτέ	1937	27,9
	Έγγαμος	4310	62,2
	Χήρος	432	6,2
	Διαζευγμένος που δεν παντρεύτηκε ξανά	252	3,6
	Σύνολο	6931	100,0
Επίπεδο μόρφωσης	Καμία επίσημη μόρφωση ή κατώτερη	496	7,2
	Απόφοιτος δημοτικού	1270	18,3
	Απόφοιτος γυμνασίου	969	14,0
	Απόφοιτος λυκείου	2383	34,4
	Μεταλυκειακή μη τριτοβάθμια	391	5,6
	Τριτοβάθμια	1399	20,2
	Διδακτορικό	23	0,3
	Σύνολο	6931	100,0

Από τον Πίνακα 27, ο οποίος αναφέρεται στην οικογενειακή κατάσταση και στο μορφωτικό επίπεδο, προκύπτει ότι τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν ήταν έγγαμοι σε ποσοστό

62,2%, ακολουθούν οι ανύπαντροι με ποσοστό 27,9%, τα άτομα που βρίσκονταν σε χηρεία αποτέλεσαν το 6,2% ενώ οι διαζευγμένοι κατείχαν ποσοστό 3,6%.

Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, το 34,4% των ατόμων που συμμετείχε στο δείγμα ήταν απόφοιτοι λυκείου ενώ το 20,2% κατείχε τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ο Πίνακας 28 περιγράφει την κατάσταση υγείας των ατόμων, όπου 3391 άτομα (48,9%) απάντησαν ότι η υγεία τους θεωρείται πολύ καλή ενώ μόλις το 1,4% ανέφερε ότι κατείχε πολύ κακή υγεία.

Πίνακας 28: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (κατάσταση υγείας)

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα	Ποσοστό %
Κατάσταση Υγείας	Πολύ καλή	3391	48,9
	Καλή	2002	28,9
	Μέτρια	1112	16,0
	Κακή	325	4,7
	Πολύ κακή	100	1,4
	Δεν γνωρίζω	1	0,0
	Σύνολο	6931	100,0

5.1.2 Χρήση Φαρμάκων

5.1.2.1 Συνταγογραφούμενα Φάρμακα

Συνταγογραφημένα φάρμακα σύμφωνα με την εκάστοτε νομοθεσία κάθε κράτους, χρήζουν απαραίτητως συνταγής γιατρού για να χορηγηθούν για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων. Παραδείγματα είναι οι αντιβιώσεις, τα φάρμακα υπερχοληστεριναιμίας, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυχωσικά φάρμακα κ.α (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

Πίνακας 29: Χρήση Συνταγογραφημένων Φαρμάκων

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα	Ποσοστό %
Χρήση Συνταγογραφημένων Φαρμάκων	Ναι	3252	39,0
	Όχι	5086	61,0
	Σύνολο	8338	100,0

Στον Πίνακα 29 εμφανίζεται ότι 4 στους 10 Κύπριους παίρνουν φάρμακα με ιατρική συνταγή.

Πίνακας 30: Συσχέτιση μεταξύ φύλου και συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φύλο	Άντρες	Συχνότητα	1375	2616	3991
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	42,3%	51,4%	47,9%
	Γυναίκες	Συχνότητα	1877	2470	4347
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	57,7%	48,6%	52,1%
Σύνολο		Συχνότητα	3252	5086	8338
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Σημαντική στατιστική διαφορά παρουσιάστηκε ανάμεσα στο φύλο και στη χρήση των συνταγογραφημένων φαρμάκων ($\chi^2 = 66.605$, $df=1$, $p=.000$).

Σύμφωνα με τον Πίνακα 30, οι γυναίκες κάνουν χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων πολύ περισσότερο από ότι οι άντρες (57,7% vs 42,3%).

Πίνακας 31: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Ηλικιακές ομάδες	0-4	Συχνότητα	108	227	335
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	3,3%	4,5%	4,0%
	5-14	Συχνότητα	109	970	1079
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	3,4%	19,1%	12,9%
	15-24	Συχνότητα	202	1104	1306
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	6,2%	21,7%	15,7%
	25-34	Συχνότητα	217	788	1005
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	6,7%	15,5%	12,1%
	35-44	Συχνότητα	302	764	1066
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	9,3%	15,0%	12,8%

Πίνακας 31: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συνταγογραφούμενων φαρμάκων (συνέχεια)

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο	
			Ναι	Όχι		
Ηλικιακές ομάδες	45-54	Συχνότητα	545	730	1275	
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	16,8%	14,4%	15,3%	
	55-64	Συχνότητα	724	318	1042	
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	22,3%	6,3%	12,5%	
	65-74	Συχνότητα	584	143	727	
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	18,0%	2,8%	8,7%	
	75+	Συχνότητα	461	42	503	
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	14,2%	0,8%	6,0%	
	Σύνολο		Συχνότητα	3252	5086	8338
			Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και της χρήσης των συνταγογραφημένων φαρμάκων ($\chi^2 = 2390.780$, $df=8$, $p=.000$).

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζεται ότι οι ηλικίες 55-64 σε ποσοστό 22,3% κάνουν την πιο πολλή χρήση φαρμάκων συνταγής, ακολουθούν η ηλικιακή ομάδα 65-74 με ποσοστό 18,0% και οι ηλικίες 45-54 με ποσοστό 16,8%.

Πίνακας 32: Συσχέτιση μεταξύ χώρας γέννησης και συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Χώρα Γέννησης	Κύπρος	Συχνότητα	2968	4406	7374
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	91,3%	86,6%	88,4%
	Χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης	Συχνότητα	168	371	539
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	5,2%	7,3%	6,5%
	Χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης	Συχνότητα	116	309	425
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	3,6%	6,1%	5,1%
Σύνολο		Συχνότητα	3252	5086	8338
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Παρουσιάζεται σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της χώρας γέννησης και της χρήσης των συνταγογραφημένων φαρμάκων ($\chi^2 = 43.213$, $df=2$, $p=.000$).

Το ποσοστό των Κυπρίων που χρησιμοποίησαν συνταγογραφημένα φάρμακα ήταν 91,3% ενώ μόλις 5.2% των ατόμων από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατανάλωσαν φαρμακευτικά σκευάσματα (Πίνακας 32).

Στον Πίνακα 33 φαίνεται ότι η πλειοψηφία που κάνει χρήση φαρμάκων είναι οι παντρεμένοι (72,2%) ενώ μόνο το 11,7% των ελεύθερων χορηγείται φάρμακα. Παρουσιάζεται σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της χρήσης των συνταγογραφημένων φαρμάκων ($\chi^2 = 915.862$, $df=3$, $p=.000$).

Πίνακας 33: Συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος, δεν παντρεύτηκε ποτέ	Συχνότητα	355	1577	1932
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	11,7%	40,6%	27,9%
	Έγγαμος	Συχνότητα	2191	2117	4308
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	72,2%	54,4%	62,2%
	Χήρος	Συχνότητα	374	58	432
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	12,3%	1,5%	6,2%
	Διαζευγμένος που δεν παντρεύτηκε ξανά	Συχνότητα	115	137	252
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	3,8%	3,5%	3,6%
	Σύνολο	Συχνότητα	3035	3889	6924
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 34: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Μόρφωση	Καμία επίσημη μόρφωση ή κατώτερη	Συχνότητα	438	58	496
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	14,4%	1,5%	7,2%
	Απόφοιτος δημοτικού	Συχνότητα	839	431	1270
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	27,6%	11,1%	18,3%
	Απόφοιτος γυμνασίου	Συχνότητα	325	642	967
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	10,7%	16,5%	14,0%
	Απόφοιτος λυκείου	Συχνότητα	814	1566	2380
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	26,8%	40,3%	34,4%
	Μεταλυκειακή μη τριτοβάθμια	Συχνότητα	138	252	390
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	4,5%	6,5%	5,6%

Πίνακας 34: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και συνταγογραφούμενων φαρμάκων (συνέχεια)

			Χρήση Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Μόρφωση	Τριτοβάθμια	Συχνότητα	473	925	1398
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	15,6%	23,8%	20,2%
	Διδακτορικό	Συχνότητα	8	15	23
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	0,3%	0,4%	0,3%
Σύνολο		Συχνότητα	3035	3889	6924
		Ποσοστό % στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Ο Πίνακας 34 εμφανίζει το 27,6% των αποφοίτων δημοτικού και το 26,8% των αποφοίτων λυκείου να καταναλώνουν φάρμακα ενώ τα άτομα που κατείχαν διδακτορικό με ποσοστό μόλις 0,3% χρησιμοποιούν φαρμακευτικά προϊόντα.

Προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και στη χρήση των συνταγογραφημένων φαρμάκων ($\chi^2 = 852.966$, $df=6$, $p=.000$).

5.1.2.2 Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα

Τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα είναι οι ουσίες που προορίζονται για χρήση στη διάγνωση, τη θεραπεία ή την πρόληψη ασθενειών και που μπορεί να προμηθευτεί ο ασθενής χωρίς να χρειάζεται συνταγή ιατρικού λειτουργού (π.χ τα αναλγητικά, φάρμακα κατά του κρυολογήματος, αντιαλλεργικά κ.α) (World Health Organization, 2000).

Πίνακας 35: Συσχέτιση μεταξύ φύλου και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φύλο	Αντρες	Συχνότητα	527	3456	3983
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	41,1%	49,0%	47,8%
	Γυναίκες	Συχνότητα	755	3590	4345
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	58,9%	51,0%	52,2%
Σύνολο		Συχνότητα	1282	7046	8328
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Το 58,9% των ατόμων που παίρνουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι γυναίκες ενώ το 41,1% είναι άντρες. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο με τη χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($\chi^2 = 27.414$, $df=1$, $p=.000$) (Πίνακας 35).

Πίνακας 36: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Ηλικιακές ομάδες	0-4	Συχνότητα	15	320	335
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	1,2%	4,5%	4,0%
	5-14	Συχνότητα	75	1004	1079
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	5,9%	14,2%	13,0%
	15-24	Συχνότητα	181	1120	1301
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	14,1%	15,9%	15,6%
	25-34	Συχνότητα	220	783	1003
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	17,2%	11,1%	12,0%
	35-44	Συχνότητα	253	812	1065
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	19,7%	11,5%	12,8%
	45-54	Συχνότητα	226	1049	1275
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	17,6%	14,9%	15,3%

**Πίνακας 36: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων
(συνέχεια)**

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Ηλικιακές ομάδες	55-64	Συχνότητα	162	880	1042
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	12,6%	12,5%	12,5%
	65-74	Συχνότητα	94	632	726
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	7,3%	9,0%	8,7%
	75+	Συχνότητα	56	446	502
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	4,4%	6,3%	6,0%
Σύνολο		Συχνότητα	1282	7046	8328
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Ο Πίνακας 36 αποτυπώνει τη σχέση της ηλικίας με τη χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων όπου παρατηρείται ότι οι ηλικίες 35-44 χρησιμοποιούν πιο πολύ τα εν λόγω φάρμακα σε ποσοστό 19,7%. Ακολουθούν οι ηλικίες 46-54 με ποσοστό 17,6%, η ηλικιακή ομάδα 25-34 με ποσοστό 17,2% και τα άτομα ηλικίας 15-24 χρόνων να καταναλώνουν μη συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα σε ποσοστό 14,1%. Η διαφορά ανάμεσα στις διακυμάνσεις είναι στατιστικά σημαντική αφού το $\chi^2 = 197.619$, $df=8$, $p=.000$.

Πίνακας 37: Συσχέτιση μεταξύ χώρας γέννησης και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Χώρα Γέννησης	Κύπρος	Συχνότητα	1087	6278	7365
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	84,8%	89,1%	88,4%
	Χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης	Συχνότητα	109	429	538
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	8,5%	6,1%	6,5%
	Χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης	Συχνότητα	86	339	425
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	6,7%	4,8%	5,1%
Σύνολο	Συχνότητα	1282	7046	8328	
	Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%	

Το 84,8% των Κυπρίων χρησιμοποιούν μη συνταγογραφημένα φάρμακα έναντι των ατόμων που είναι γεννημένοι σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ποσοστό 8,5%. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις ανά χώρα γέννησης και χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($\chi^2 = 19.710$, $df=2$, $p=.000$) (Πίνακας 37).

Πίνακας 38: Συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος, δεν παντρεύτηκε ποτέ	Συχνότητα	300	1625	1925
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	25,2%	28,4%	27,8%
	Έγγαμος	Συχνότητα	771	3534	4305
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	64,7%	61,8%	62,3%
	Χήρος	Συχνότητα	61	371	432
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	5,1%	6,5%	6,2%
	Διαζευγμένος που δεν παντρεύτηκε ξανά	Συχνότητα	60	192	252
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	5,0%	3,4%	3,6%
	Σύνολο	Συχνότητα	1192	5722	6914
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Ο Πίνακας 38 συνοψίζει τα αποτελέσματα μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανάμεσα στα άτομα που πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα.

Οι έγγαμοι σε ποσοστό 64,7% κάνουν χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ενώ τα άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ καταναλώνουν τα συγκεκριμένα φάρμακα σε ποσοστό 25,2%.

Στατιστικά σημαντική διαφορά αναδείχθηκε ανάμεσα του οικογενειακού πλαισίου και της χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων ($\chi^2 = 15.619$, $df=3$, $p=.000$).

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, ποσοστό 33,7% των αποφοίτων λυκείου κάνουν χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το 24,4% των ατόμων τριτοβάθμιας μόρφωσης χρησιμοποιούν τα εν λόγω σκευάσματα, οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου καταναλώνουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ποσοστό 16,7% και 12,8% αντίστοιχα.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μόρφωσης και της χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($\chi^2 = 50.208$, $df=6$, $p=.000$) (Πίνακας 39).

Πίνακας 39: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Μόρφωση	Καμία επίσημη μόρφωση ή κατώτερη	Συχνότητα	48	446	494
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	4,0%	7,8%	7,1%
	Απόφοιτος δημοτικού	Συχνότητα	199	1071	1270
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	16,7%	18,7%	18,4%
	Απόφοιτος γυμνασίου	Συχνότητα	152	815	967
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	12,8%	14,2%	14,0%
	Απόφοιτος λυκείου	Συχνότητα	402	1970	2372
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	33,7%	34,4%	34,3%
	Μεταλυκειακή μη τριτοβάθμια	Συχνότητα	95	295	390
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	8,0%	5,2%	5,6%

Πίνακας 39: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (συνέχεια)

			Χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Μόρφωση	Τριτοβάθμια	Συχνότητα	291	1107	1398
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	24,4%	19,3%	20,2%
	Διδακτορικό	Συχνότητα	5	18	23
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	0,4%	0,3%	0,3%
Σύνολο		Συχνότητα	1192	5722	6914
		Ποσοστό % στη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων	100,0%	100,0%	100,0%

Κατά την περίοδο αναφοράς, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που καταναλώθηκαν περισσότερο είναι τα φάρμακα της υπέρτασης με ποσοστό 36,7%, της μείωσης χοληστερόλης με ποσοστό 24,4%, παυσίπονα 12,7%, φάρμακα για τον πονοκέφαλο ή ημικρανία 11,3%, αντιδιαβητικά φάρμακα 10,8% και για στομαχικούς πόνους 10,3%. Στη συνέχεια, ακολουθούν φάρμακα για καρδιαγγειακά νοσήματα (9,6%), για τον πόνο στους συνδέσμους (9,0%), για πόνους στον αυχένα/πλάτη/μέση (7,6%), αντιβιοτικά (7,2%) κ.τ.λ (Πίνακας 40) (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), το 2002 στη Γαλλία, ξεκίνησε μια μακροχρόνια πανεθνική εκστρατεία για τη μείωση της χρήσης αντιβιοτικών στην κοινότητα κατά 25%. Η εκστρατεία στόχευε τη χρήση των αντιβιοτικών στα μικρά παιδιά και

επαναλαμβάνεται κάθε χειμώνα, λόγω υψηλότερης συνταγογράφησης κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής.

Ο συνολικός αριθμός των αντιβιοτικών ανά 100 κατοίκους μειώθηκε κατά 26,5% σε διάστημα πέντε ετών και η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε σε παιδιά ηλικίας 6-15 ετών (35,8%). Με αυτό τον τρόπο, η γαλλική εθνική εκστρατεία έχει καταφέρει να μειώσει την άσκοπη χρήση των αντιβιοτικών.

Πίνακας 40 : Ποσοστό ατόμων που έκαναν χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων ως προς το σύνολο των ατόμων που χρησιμοποίησαν συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά Είδος Φαρμάκων και Φύλο

Φάρμακα για	Σύνολο %	Άνδρες %	Γυναίκες %
Υπέρταση;	36,7	42,1	32,8
Μείωση του επιπέδου χοληστερόλης στο αίμα;	24,4	28,6	21,4
Άλλο είδος πόνου (παυσίπονα);	12,7	10,8	14,0
Πονοκέφαλο ή ημικρανία;	11,3	7,0	14,4
Διαβήτης;	10,8	14,8	7,9
Στομαχικά προβλήματα;	10,3	9,3	10,9
Άλλη καρδιαγγειακή νόσο, όπως έμφραγμα και εγκεφαλικό;	9,6	14,0	6,4
Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα);	9,0	6,0	11,2
Πόνο στον αυχένα, στην πλάτη ή στη μέση;	7,6	4,7	9,8
Αντιβιοτικά όπως την πενικιλίνη (ή οποιοδήποτε άλλο αντιβιοτικό);	7,2	7,5	6,9

Φάρμακα για	Σύνολο %	Άνδρες %	Γυναίκες %
Κατάθλιψη;	4,4	2,9	5,5
Άσθμα;	4,3	5,1	3,7
Υπερένταση ή νευρική κατάσταση, ηρεμιστικά;	3,4	2,0	4,5
Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός);	3,3	2,4	4,1
Υπνωτικά χάπια;	3,0	2,1	3,8
Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εμφύσημα;	2,4	2,8	2,1
Φάρμακα για τον καρκίνο (χημειοθεραπεία);	1,0	0,8	1,0
Αντισυλληπτικά χάπια (μόνο για γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, δηλ. 50 ετών ή νεαρότερες);	..	..	2,8
Ορμόνες για την εμμηνόπαυση (για γυναίκες κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου ή μετά την εμμηνόπαυση, δηλ. 45 ετών ή μεγαλύτερες);	..	..	1,4

Κατά τις τελευταίες 2 βδομάδες, χρήση φαρμάκων χωρίς συνταγή γιατρού έγινε από το 16,1% των ερωτηθέντων, ενώ οι περισσότεροι δεν χρησιμοποίησαν καθόλου φάρμακα (83,8%).

Μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης παρουσιάζουν τα φάρμακα για τον πονοκέφαλο/ημικρανίες (50,3%), βιταμίνες, μέταλλα ή άλλα τονωτικά φάρμακα (29,8%), άλλου είδους παυσίπονα (22,5%), σιρόπια για κρυολόγημα (8,5%) κ.τ.λ (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας βάση της στατιστικής ανάλυσης που παρουσιάστηκε στο προηγούμενο. Στη συνέχεια επιτυγχάνεται συσχετισμός ανάμεσα στα αντίστοιχα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας όπως αυτά καταγράφηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας διερευνητικής μελέτης. Επιπρόσθετα, υποβάλλονται εισηγήσεις προς περαιτέρω διερεύνηση και αξιολόγηση/αξιοποίηση των εν λόγω πληροφοριών.

Η έρευνα αυτή είχε σκοπό να απαντήσει στα πιο κάτω βασικά ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία αναλύονται εκτενέστερα στη συζήτηση:

1) Ποιος είναι ο βαθμός κατανάλωσης, ποια είδη φαρμάκων χρησιμοποιούνται, από ποιες ομάδες του κυπριακού πληθυσμού καταναλώνονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα και πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά το βαθμό χρησιμοποίησης των εν λόγω φαρμάκων;

2) Ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν από τις στάσεις των Κυπρίων καταναλωτών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και ποια τα πιθανά δραστικά μέτρα αντιμετώπισης τους;

6.1 Ο βαθμός κατανάλωσης, οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και οι ομάδες του κυπριακού πληθυσμού που καταναλώνουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα- Ο επηρεασμός των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών σχετικά με το βαθμό χρησιμοποίησης των εν λόγω φαρμάκων

Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία στην έρευνα έδειξε ότι 4 στους 10 κύπριους ασθενείς παίρνουν φάρμακα με ιατρική συνταγή (39%) και ότι το γυναικείο φύλο στην Κύπρο είναι αυτό που κάνει την περισσότερη χρήση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (57,7%) σε σχέση με τους άντρες (42,3%).

Παράλληλα, βρέθηκε ότι το 3,8% των γυναικών της Κύπρου καταναλώνει υπνωτικά φάρμακα και το αντίστοιχο ποσοστό των αντρών είναι 2,1%. Παρόμοια σχετικά ευρήματα κατέληξε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Αμερικανικό Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας Αμερικής, 2012). Συγκεκριμένα, η εν λόγω έρευνα κατέδειξε ότι το 5,7% των γυναικών έναντι του 3,2% των αντρών κατά τα έτη 2005-2008, κατανάλωσε τουλάχιστον ένα συνταγογραφημένο φάρμακο (κυρίως αγχολυτικά /υπνωτικά) 30 ημέρες πριν την πραγματοποίηση της έρευνας.

Στην ίδια έρευνα, οι γυναίκες σε ποσοστό 4,4% χρησιμοποίησαν συνταγογραφημένα φάρμακα της ομάδας των υπερτασικών φαρμάκων ενώ οι άντρες που κατανάλωσαν την ίδια κατηγορία ήταν σε ποσοστό 3,6%.

Συγκρίνοντας, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, συμπεραίνεται ότι οι γυναίκες τόσο στην Κύπρο όσο και στις ΗΠΑ καταναλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό συνταγογραφούμενα φάρμακα σε σχέση με τους άντρες.

Σύμφωνα με την Πεγκλίδου (2005), ο λόγος για την κατανάλωση ψυχοτρόπων φαρμάκων από το γυναικείο φύλο είναι ότι η γυναίκα λόγω της φύσης και της έμφυτης της αδυναμίας της είναι επιρρεπής στη νόσο και εμφανίζεται σαν ο ιδανικός τύπος άρρωστου.

Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν την τάση να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις παρενέργειες και να αποζητούν θεραπεία. Λόγω της αναπαραγωγικής της φύσης, η γυναίκα είναι πιο επιρρεπής στο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης και στην αναζήτηση φαρμάκων. Παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα έναντι στο αντρικό φύλο, αποκτώντας έτσι, αυξημένη κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων (Μαλισιώτη, 2011).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο, είναι η μείωση της χοληστερόλης στο αίμα, όπου οι άντρες σε ποσοστό 28,6% παρουσιάζονται να καταναλώνουν τα αντιχολινεστερασικά φάρμακα και οι γυναίκες σε ποσοστό 21,4%. Στην Αμερικανική έρευνα (2005-2008), οι άντρες είχαν την τάση να καταναλώνουν σε ποσοστό 12,0% τα φάρμακα αυτά ενώ κάπως λιγότερες γυναίκες (10,8%) έκαναν χρήση των εν λόγω φαρμάκων.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Bhatt et al. (2006), η χρήση στατινών ήταν χαμηλότερη στην Ιαπωνία (44,6%) και υψηλότερη στη Μέση Ανατολή (82,4%). Υψηλά επίπεδα αντιχολινεστερασικών προϊόντων καταγράφηκαν στην Αυστραλία σε ποσοστό 78,8% και στη Βόρεια Αμερική με ποσοστό 76,9%. Ακολούθως παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό στη Δυτική Ευρώπη (69,9%), στη Λατινική Αμερική (64,2%), στην Ασία (60,5%) και στην Ανατολική Ευρώπη (57,6%).

Οι συγγραφείς απέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διακύμανση της χρήσης φαρμάκων ανάλογα με την ειδικότητα των γιατρών. Συγκεκριμένα, οι καρδιολόγοι συνταγογραφούν πολύ πιο συχνά στατίνες από άλλες ιατρικές ειδικότητες (83,2% σε σύγκριση, για παράδειγμα, με τους γενικούς γιατρούς σε 75,9%).

Στις ηλικιακές ομάδες των 45-54 καταγράφηκε το υψηλότερο ποσοστό 15,3% στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Κύπρο, ενώ στην Αμερική το 88,4% των 60 χρόνων και άνω καταναλώνουν φάρμακα συνταγής. Επισημαίνεται ότι στην Κύπρο τα ηλικιωμένα άτομα άνω των 75 χρησιμοποιούν συνταγογραφούμενα σκευάσματα σε ποσοστό μόλις 6,0%.

Αποκρυπτογραφώντας τα νούμερα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι Αμερικανοί προβαίνουν σε πολλαπλή χρήση φαρμάκων, γνωστό ως το φαινόμενο της πολυφαρμακίας. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πολυφαρμακία ορίζεται ως η λήψη περισσότερων από πέντε διαφορετικών φαρμάκων από έναν ασθενή, τα οποία μπορεί να ανήκουν ή όχι στην ίδια κατηγορία φαρμάκων (Πινότση, 2010). Στην Κύπρο, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, όλα τα άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας δεν προβαίνουν, σε ιδιαίτερα ανησυχητικό βαθμό, στην υπέρμετρη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στην καθημερινή όμως ζωή, πολλά φάρμακα συνταγογραφούνται αυξητικά ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα που υποφέρουν από πολλαπλές ιατρικές παθήσεις. Η αύξηση του επιπολασμού της πολυφαρμακίας μπορεί να έχει διαφορετικές αιτίες όπως η αλλαγή στη συνιστώμενη δοσολογία και η εισαγωγή νέων φαρμάκων στην θεραπευτική αγωγή του ασθενή. Επιπλέον, τα άτομα είναι ολοένα και πιο ενημερωμένα για τη φαρμακολογική θεραπεία τους και γίνονται πιο επιρρεπή στην αύξηση της ζήτησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Στην κατηγορία των αναλγητικών, το 10,8% των Κύπριων αντρών καταναλώνει παυσίπονα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 14,0%. Η χρήση των φαρμάκων για τον

κεφαλόπονο ή και την ημικρανία είναι περισσότερη στις γυναίκες αφού χρησιμοποιούνται από το 7,0% των αντρών και το 14,4% των γυναικών.

Σύμφωνα με την Gombert (1982), οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τον πόνο, και είναι κοινωνικά αποδεκτό να ζητήσουν βοήθεια για τον πόνο τους. Οι άντρες καλούνται να ξεπεράσουν την αίσθηση του πόνου λόγω των πολιτισμικών επιδράσεων που υποβάλλονται από την παιδική τους ηλικία και λόγω της αντρικής τους δύναμης, καλούνται να αντέχουν τον πόνο και να κρύβουν την αδυναμία τους.

Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου στην Κύπρο επηρεάζει τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων αφού οι παντρεμένοι άντρες έχουν συχνότερη κατανάλωση φαρμάκων από τους άγαμους σε ποσοστό 72,2% και 11,7% αντίστοιχα. Ίσως αυτό οφείλεται στο ότι οι παντρεμένοι άντρες διακατέχονται από περισσότερο άγχος ή υποφέρουν περισσότερο από ασθένειες. Επιπρόσθετα, είτε ενθαρρύνονται από τις συζύγους τους να αναζητούν θεραπεία είτε χρησιμοποιούν περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Wastila, 2000). Η μελέτη των πιο πάνω ευρημάτων πρέπει να συνεχιστεί με έρευνες – ποσοτικές και ποιοτικές- για να καταγραφεί σφαιρικά η όλη κατάσταση και κατ' επέκταση να εφαρμοστούν συναφή προγράμματα πρόληψης.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο στην Κύπρο, το ποσοστό συνταγογραφούμενων φαρμάκων που χρησιμοποιείται από απόφοιτους δημοτικού είναι 72,2% ενώ οι απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό 11,7%, καταναλώνουν φάρμακα συνταγής.

Οι Steve Morgan και Jae Kennedy (2010) ενισχύουν την πιο πάνω διαπίστωση με την έρευνα τους, στην οποία βρέθηκε ότι οι γιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τείνουν να συνταγογραφούν φάρμακα σε σχετικά υγιή νεαρούς ανθρώπους, απόφοιτους δημοτικού ή λυκείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και η Νέα Ζηλανδία είναι οι μόνες χώρες που επιτρέπουν την απευθείας διαφήμιση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Η κατάχρηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε πολλές χώρες. Εκτιμάται ότι 52 εκατομμύρια άνθρωποι (20% των ατόμων ηλικίας 12 ετών και μεγαλύτερα) έχουν χρησιμοποιήσει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα για μη ιατρικούς σκοπούς, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους, ιδιαίτερα τα

νεαρότερα άτομα. Στην πραγματικότητα, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών -National Institute on Drug Abuse (NIDA) διαπίστωσε ότι κατά το έτος 2010, 1 στους 12 απόφοιτους λυκείου περίπου έκαναν κατάχρηση παυσίπων (National Institute on Drug Abuse of U.S, 2011).

Αναφορικά με τα μη συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά προϊόντα στην Κύπρο, υπερισχύει το γυναικείο φύλο με ποσοστό 58,9%. Οι γυναίκες πιστεύουν πως είναι ασφαλέστερα καθώς το φύλλο οδηγιών χρήσης δεν περιέχει μεγάλο εύρος παρενεργειών και λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με ήπιες παθολογικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, όπως πονοκέφαλος, βήχας, στομαχικές διαταραχές, δερματικές παθήσεις, μικροτραυματισμοί κ.τ.λ.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Boardman et al (2005), κατέδειξε ότι τα προβλήματα ύπνου είναι κοινά σε γυναίκες και άντρες ενώ η αγορά των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ύπνου ήταν υψηλότερη στις γυναίκες (46%) έναντι των αντρών (32%).

Η υψηλότερη συχνότητα χρήσης μεταξύ των γυναικών έχει συνδεθεί με μια φτωχότερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Μια άλλη στενά συνδεδεμένη υπόθεση είναι η ύπαρξη μεγαλύτερης νοσηρότητας, σε σχέση με τους άνδρες, οδηγώντας έτσι σε υψηλότερες χρήσεις φαρμάκων (Daban et al, 2010).

Όσον αφορά την επίδραση της ηλικίας στη χρήση φαρμάκων, τα αποτελέσματά στην Κύπρο δείχνουν ότι στις ηλικιακές ομάδες 35-54 ανήκει το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης μη συνταγογραφημένων φαρμάκων και συγκεκριμένα με ποσοστό 19,7% (για την ηλικία των 35-44) ενώ σε ποσοστό 17,6% παρουσιάζεται στην ηλικία των 45-54. Οι ηλικίες αυτές μπορούν να καλύπτουν τις ανάγκες τους χωρίς ιατρική επίσκεψη, δεδομένου ότι τα περισσότερα κοινά φάρμακα δεν χρειάζονται συνταγή: αναλγητικά και παρόμοια φάρμακα, φάρμακα για το βήχα και τα κρυολογήματα, καθώς και βιταμίνες (Daban et al, 2010).

Στην Κύπρο, τα έγγαμα άτομα κάνουν μεγαλύτερη χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων από ότι τα άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ. Έξι στους δέκα παντρεμένους καταναλώνουν τα συγκεκριμένα φάρμακα (64,7%) ενώ το ποσοστό για τους ελεύθερους είναι 25,2%.

Παράλληλα, στην Κύπρο καταγράφηκε ότι οι απόφοιτοι λυκείου και οι πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κάνουν χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ποσοστό 33,7% και 24,4%, αντίστοιχα ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού (16,7%) και γυμνασίου (12,8%).

Παρατηρείται ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης φαρμάκων που δεν χρειάζονται συνταγή γιατρού, παρουσιάζουν τα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου άτομα, ποσοστά που αντικατοπτρίζουν τις υποθέσεις που προκύπτουν από την παράγραφο των συνταγογραφημένων φαρμάκων και ατόμων που τα καταναλώνουν. Αντίθετα, σύμφωνα με τη Lo (2006), άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και και υψηλά εισοδήματα είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη θεραπεία ασθενειών και τη διατήρηση της υγείας τους.

Τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, χαμηλής επαγγελματικής τάξης ή εισοδήματος ζουν λιγότερο, υποφέρουν από έναν υψηλό επιπολασμό των περισσότερων προβλημάτων υγείας και αποφεύγουν να ζητήσουν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη στις ουσιαστικές υπηρεσίες υγείας. Ίσως το φαινόμενο αυτό παρατηρείται λόγω των κοινωνικο-οικονομικών και εισοδηματικών ανισοτήτων που παρουσιάζονται στα άτομα αυτά, στις οικογένειες τους αλλά και στις φτωχές συνθήκες διαβίωσης τους.

Είναι αυτονόητο ότι τα άτομα με υψηλό εισόδημα, μπορούν ταυτόχρονα να έχουν πρόσβαση τόσο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε θεραπευτικές παρεμβάσεις όσο και στην εξασφάλιση των φαρμάκων τους

6.2 Τρόποι αντιμετώπισης των πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν από τις στάσεις των Κυπρίων καταναλωτών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και τα πιθανά δραστικά μέτρα αντιμετώπισης τους

Από τις ενδείξεις των πιο πάνω αποτελεσμάτων, σημαντικές πληροφορίες μπορούν να αναδείξουν το βαθμό επηρεασμού και μέτρων χάραξης πολιτικών παρεμβάσεων/κοινωνικών πολιτικών τόσο των Υπηρεσιών Υγείας όσο και των διαφόρων κυβερνητικών-ιδιωτικών φορέων, των λειτουργιών υγείας αλλά και του κάθε ατόμου ξεχωριστά με σκοπό τη λήψη

βασικών τεκμηριωμένων αποφάσεων στην περίπτωση κατάχρησης φαρμάκων ή/και πολυφαρμακίας ούτως ώστε να ενισχυθεί η ορθολογική χρήση των φαρμάκων.

Επιπλέον, χρειάζεται να καταβληθούν προσπάθειες περιορισμού της χρήσης τους λόγω πιθανών σοβαρών παρενεργειών στην υγεία του ατόμου καθώς και διαρκή ενημέρωση του κοινού ως προς τις μακροχρόνιες συνέπειες της χρήσης των φαρμάκων καθώς και διορθωτικές ενέργειες για αποτροπή της αλόγιστης τους χρήσης.

Η σημαντικότητα των πιο πάνω αποτελεσμάτων αφορά άμεση παρέμβαση και εξεύρεση ολοκληρωμένων λύσεων που θα συνέβαλαν στην καλύτερη πληροφόρηση/κατατόπιση των ασθενών, των οικογενειών τους αλλά και των επαγγελματιών υγείας ως προς τη συμπεριφορά τους απέναντι στα φαρμακευτικά προϊόντα.

Πολλά παρεμβατικά μέτρα και άλλες εμπειρίες από αναπτυσσόμενες χώρες, έχουν παρουσιαστεί σε διεθνή συνέδρια στο Τσιάνγκ Μάι της Ταϊλάνδης, το 1997 και το 2004, με σκοπό τη βελτίωση της χρήσης των φαρμάκων.

Στο συνέδριο του 2004 εξακριβώθηκε ότι πολλές επιτυχημένες παρεμβάσεις είχαν επιληφθεί και η παγκόσμια πρόοδος περιορίστηκε κυρίως σε έργα επίδειξης με μερικά εθνικά σχέδια να έχουν τεθεί σε εφαρμογή για την επιτυχία των επιπτώσεων στη δημόσια υγεία (World Health Organization, 2011).

Ακολούθως, κατατέθηκαν τρεις σημαντικές συστάσεις:

- i) Οι χώρες θα πρέπει να εκπονήσουν εθνικά προγράμματα για φάρμακα με μακροπρόθεσμο συντονισμό πολλαπλών επιπέδων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για βελτίωση της χρήσης φαρμακευτικών προϊόντων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα
- ii) Σε εθνικό επίπεδο, επιτυχής πολύπλευρες παρεμβάσεις θα πρέπει να αναβαθμιστούν, και ενσωματωμένα συστήματα παρακολούθησης θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων

iii) Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα στην Κοινότητα, κυρίως με εκπαίδευση σε σχολεία και σε φαρμακεία. Επιπλέον, παροχή μέτρων σε θέματα φαρμακορύθμισης και προώθησης φαρμακευτικών ειδών, καθώς και τη συμμετοχή των πολιτών, οι οποίοι εκλαμβάνονται ως εκπρόσωποι της κοινότητας και των επαγγελματιών φορέων (World Health Organization, 2011)

6.2.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη χρήση φαρμάκων

Δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική κατανάλωση έχει εκτιναχθεί στα ύψη και σε συνδυασμό με την πολυφαρμακία, την υπερκατανάλωση φαρμάκων, την τεράστια φαρμακευτική δαπάνη, αναδεικνύουν την ανάγκη μελέτης των τάσεων που διαμορφώνουν τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

6.2.1.1 Η απουσία διάκρισης μεταξύ συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Ο ασθενής έχει ως στόχο την αντιμετώπιση της ασθένειας του με την κατάλληλη φαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή και δεν γνωρίζει επαρκώς για την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες, την αποτελεσματικότητα και τις πιθανές παρενέργειες. Με αυτό τον τρόπο, ο γιατρός εκπροσωπεί τον ασθενή ως προς το είδος των φαρμάκων που θα καταναλώσει λαμβάνοντας έτσι την απόφαση χορήγησης τους με τη συνταγογράφηση (Malliarou et al, 2011).

Ο γιατρός εκμεταλλευόμενος την ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει στην προκλητή ζήτηση προβαίνοντας σε υπερσυνταγογράφηση και ο ασθενής να προχωρεί σε αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων. Κατά τα έτη 1996-2005, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο αριθμός των επισκέψεων σε γιατρούς και νοσηλευτήρια, οδήγησε στη σύσταση κατανάλωσης ενός συγκεκριμένου φαρμάκου, σε ποσοστό 79% και με αύξηση σε άλλα είδη φαρμάκων (π.χ. αντι-υπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, αντι-ασθματικά κ.λ.π). Ως εκ τούτου, η συνεχής αύξηση του αριθμού των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων επηρεάζει την καταναλωτική συμπεριφορά των ασθενών (Μαλισιώτη, 2011).

Τα τελευταία χρόνια, η σχέση γιατρού-ασθενούς έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά με τον ασθενή να ενημερώνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για οτιδήποτε αφορά την αγωγή της θεραπείας του καθώς και για τα φάρμακα που του χορηγούνται. Επιπρόσθετα πολλές φορές παρατηρείται ότι ο ασθενής αγοράζει ο ίδιος τα φάρμακα του με σκοπό την αυτοθεραπεία, η οποία σχετίζεται με την προσωπική αντίληψη της υγείας του και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς του. Όταν η αυτοθεραπεία εφαρμοστεί σωστά, τα αποτελέσματα είναι ορατά για την υγεία του ασθενούς, αφού διακρίνεται μείωση στη συνταγογράφηση, οικονομικές ελαφρύνσεις στην ασφαλιστική κάλυψη και αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων.

Ωστόσο, η αυτοθεραπεία δεν υποκαθιστά σε καμία περίπτωση την υγειονομική περίθαλψη από ιατρικής πλευράς ενώ παράλληλα μπορεί να κατευθύνει τον ασθενή σε αύξηση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί χωρίς να είναι σε θέση να υπολογίσει το είδος και την ποσότητα των φαρμάκων που χρειάζεται (Μαλισιώτη, 2011).

6.2.1.2 Απουσία ελεγκτικού μηχανισμού

Η έλλειψη ενός ελεγκτικού μηχανισμού αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας στοιχείο στην αυξημένη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων και η προσφορά αποκτά κυρίαρχο ρόλο. Συγκεκριμένα, η φαρμακευτική ζήτηση δεν αποτελεί ορθολογική επιλογή λόγω ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και λόγω απουσίας ευαισθητοποίησης στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εμπόδιο στη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγοράς παρουσιάζουν οι χρονοβόρες διαδικασίες αξιολόγησης φαρμάκου, η τιμολογιακή πολιτική, τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας κ.λ.π. Οι εθνικές κυβερνήσεις και οι διαδικασίες διευθέτησης της φαρμακευτικής αγοράς αποτελούν τα κίνητρα στη δημιουργία μηχανισμών ελέγχου. Η αδυναμία ανταπόκρισης σε όλα τα στάδια παραγωγής, διακίνησης και διανομής φαρμάκου, συμβάλλουν στην παραμέληση και χρησιμοποίηση μηχανισμών ελέγχου. Για παράδειγμα, σε θέματα προστασίας πνευματικής ιδιοκτησίας ενός προϊόντος, αρμόδια επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χορηγεί τα Συμπληρωματικά Πιστοποιητικά Προστασίας (SPC), τα οποία παρατείνουν τα χρονικά περιθώρια της προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας ενός φαρμάκου. Αντιθέτως, τα κίνητρα έρευνας και ανάπτυξης, ο καθορισμός τιμών των φαρμάκων, οι διαδικασίες

αποζημίωσης των προϊόντων, παραμένουν σε εθνικό επίπεδο για την κάθε χώρα (Μαλισιώτη, 2011).

Η ανυπαρξία μηχανισμών ρύθμισης της φαρμακευτικής αγοράς συμβάλει στην αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη και κατανάλωση αφού οι μηχανισμοί αξιολόγησης, παρέμβασης και παρακολούθησης στην παραγωγή, διακίνηση και συνταγογράφηση των φαρμάκων είναι μηδαμινοί.

6.2.1.3 Επαναλαμβανόμενη και κατευθυνόμενη συνταγογράφηση

Οι εταιρείες φαρμάκων επενδύουν χρησιμοποιώντας ως εργαλείο τη φαρμακευτική διαφήμιση για να ικανοποιήσουν την ανάγκη των χρηστών των διαφόρων φαρμακευτικών προϊόντων τους, με σκοπό την αύξηση του κέρδους τους και το μερίδιο τους στη φαρμακευτική αγορά. Το αποτέλεσμα αυτής της επιχειρηματικής δραστηριότητας αναπτύσσει μια ισχυρή σχέση φαρμάκων-καταναλωτών, επηρεάζοντας την αγορά του φαρμάκου, την πολιτική των Εθνικών Συστημάτων Υγείας της κάθε χώρας αλλά και τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Αρσένου, 2011).

Η προώθηση και η αύξηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων των εταιρειών γίνεται διαμέσου των ιατρικών επισκεπτών, οι οποίοι μέσα στα πλαίσια των επαγγελματικών καθηκόντων τους, ασκούν επιρροή στους γιατρούς προκειμένου να προβούν σε συνταγογράφηση των προϊόντων τους και συνεπώς έμμεσα να επηρεάζουν την ίδια τη συνταγογράφηση.

Η Μαλισιώτη (2011), υποστηρίζει ότι οι φαρμακοβιομηχανίες επιδιώκοντας αύξηση των πωλήσεων τους, χρησιμοποιούν τη διαφημιστική προωθητική ενέργεια των προϊόντων τους, με σκοπό τη μεγέθυνση της καταναλωτικής επιθυμίας και μεγιστοποίηση του μεριδίου της αγοράς.

Οι αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τη φαρμακευτική διαφήμιση είναι πολλές, αφού από τη μια πλευρά, κάποιιοι υποστηρικτές της ισχυρίζονται ότι το πεδίο πληροφόρησης των καταναλωτών διευρύνεται μέσω της διαφήμισης των φαρμάκων και παράλληλα επιτυγχάνεται η πρόληψη των συμπτωμάτων μιας ασθένειας με την έγκαιρη αντιμετώπιση τους. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται ότι η διαφήμιση φαρμακευτικών σκευασμάτων

είναι παραπλανητική και συμβάλλει στη διόγκωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και στο μη ορθολογικό τρόπο κατανάλωσης τους (Μαλισιώτη, 2011).

Αποτέλεσμα των παραπάνω γεγονότων είναι η καταληκτική διαμόρφωση της συνταγογράφησης του γιατρού από τις φαρμακευτικές εταιρείες ρυθμίζοντας έτσι την κατανομή του φαρμάκου σε μεγάλο βαθμό.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας αύξησης στην κατανάλωση φαρμάκων είναι η συνήθεια στη συνταγογράφηση ορισμένων φαρμακευτικών κατηγοριών. Οι εναλλακτικές επιλογές με μικρές διαφορές στο εύρος αποτελεσμάτων ενός φαρμάκου, μπορεί να προκαλέσει επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση με αποτέλεσμα την αυξημένη χορήγηση φαρμάκων (Μαλισιώτη, 2011).

6.2.1.4 Η γήρανση του πληθυσμού

Η ηλικιακή γήρανση του πληθυσμού, ένα αναπόφευκτο βιολογικό φαινόμενο για κάθε ζωντανό οργανισμό, είναι μια παράμετρος αύξησης των δαπανών υγείας, των φαρμακευτικών δαπανών αλλά και των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, στις βιομηχανικές χώρες, το προσδόκιμο επιβίωσης υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται σφοδρή πρόοδος στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αξίζει να επισημανθεί ότι οι δείκτες γονιμότητας βρίσκονται σε δραματική πτώση στις χώρες του ΟΟΣΑ και κυμαίνονται σήμερα στο 1,6 ανά γυναίκα με ανάλογες τάσεις στις μη αναπτυγμένες χώρες (Κυριόπουλος, 2009, 2011).

Τόσο στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Κύπρο, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων έχει αυξητική τάση με κύρια χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης δημογραφικής κατάστασης, τη χαμηλή γεννητικότητα και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Σημαντικές διακυμάνσεις παρατηρούνται στη θνησιμότητα και νοσηρότητα του πληθυσμού ειδικότερα στα άτομα της τρίτης ηλικίας, αφού μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων αντιμετωπίζει προβλήματα με την κατάσταση της υγείας του και συνεπώς χρήζουν υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψης (Μαλισιώτη, 2011).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός λαμβάνει περισσότερα φάρμακα. Καθώς το σώμα γερνάει, επεξεργάζεται τα φάρμακα με διαφορετικό τρόπο. Σύμφωνα με την Pervin (2008) οι τέσσερις διαδικασίες που πλήττονται περισσότερο από τη χρήση φαρμάκων στα ηλικιωμένα άτομα είναι οι ακόλουθες:

- α) Η παραμονή των φαρμάκων στον οργανισμό περισσότερο λόγω αργής απορρόφησης τους
- β) Τα φάρμακα διαμένουν σε υψηλή συγκέντρωση σε διακριτά μέρη του σώματος λόγω κακής κυκλοφορίας
- γ) Το ήπαρ συρρικνώνεται και υπάρχει μειωμένη καρδιακή παροχή, η οποία επηρεάζει το μεταβολισμό
- δ) Η μειωμένη νεφρική λειτουργία επιδρά στον τρόπο με τον οποίο το φάρμακο αποβάλλεται από το σώμα

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο ευάλωτοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, οι οποίες πολλές φορές μπορεί να εκληφθούν ως εσφαλμένες για «κανονικά» σημάδια γήρανσης όπως η απώλεια όρεξης, η αστάθεια, η σύγχυση και η ακράτεια ούρων. Ωστόσο αυτά τα συμπτώματα δεν είναι τα μόνα που συνδέονται με τη γήρανση. Ο συνδυασμός της ηλικίας, πολλαπλή χρησιμοποίηση διαφορετικών κατηγοριών φαρμάκων και ανεπιθύμητες αντιδράσεις είναι μερικά αίτια ανησυχίας.

Στην παρούσα έρευνα, παρατηρείται ότι οι Κύπριοι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν παρουσιάζουν αυξημένες καταναλωτικές τάσεις ή συμπεριφορές πολυφαρμακίας, αφού τα άτομα ηλικίας 65-74 καταναλώνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα μόνο σε ποσοστό 18% ενώ τα άτομα άνω των 75 χρησιμοποιούν τα εν λόγω φάρμακα σε ποσοστό 14,2%.

Σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής στις οποίες τα ηλικιωμένα άτομα καταναλώνουν το 30% του συνόλου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων κάθε χρόνο ενώ στην Ευρώπη, οι ηλικιωμένοι κάνουν χρήση κατά μέσο όρο μέχρι και τρεις φορές περισσότερα φάρμακα από άλλους ανθρώπους (Papapetrou et al, 2012).

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Paparetrou et al (2012), διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα πολυφαρμακίας στους ηλικιωμένους σε Κέντρο Υγείας της Λευκωσίας, ιδιαίτερα με τα συνταγογραφούμενα φαρμάκα, η οποία σχετίζεται κυρίως με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και τις ασθένειες των ατόμων. Το ποσοστό της πολυφαρμακίας ανέρχεται στο 54,6% των ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι επισκέπτονται το εν λόγω κέντρο για την εξασφάλιση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους και για τη θεραπεία των χρόνιων ασθενειών τους.

6.2.1.5 Υψηλές τιμές ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης- Χαμηλή ποιότητα δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης

Συγκρίνοντας τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας, διαπιστώνει κανείς ότι όσο μεγαλύτερο είναι το ιδιωτικό ποσοστό δαπανών υγείας τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση για τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα με χαμηλό επίπεδο υγείας. Οι χρήστες υγείας εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στις νοσοκομειακές μονάδες υγείας σε θέματα ξενοδοχειακής ποιότητας, λειτουργίας, απόδοσης, κόστους και αξιοπιστίας.

Η σημερινή υποβάθμιση και η αδυναμία ανταπόκρισης στην πολυπλοκότητα των αυξανόμενων όγκων των νοσολογικών καταστάσεων, η απουσία στήριξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το χαμηλό μισθολόγιο ιατρικού και παραϊατρικού δυναμικού, είχαν ως αποτέλεσμα την προσφορά υποβιβασμένων ποιοτικά υπηρεσιών, μεγάλων χρόνων αναμονής και αδυναμία κάλυψης γενικών αναγκών (Μαλισιώτη, 2011).

Ως εκ τούτου, οι πιο πάνω συνθήκες αποτέλεσαν έναυσμα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες πριν επέλθει η οικονομική κρίση στην Κύπρο και στην ανάστροφη σχέση ιδιωτικών-δημόσιων δαπανών υγείας. Με τα σημερινά δεδομένα λόγω της οικονομικής κρίσης, τα πράγματα έχουν διαφοροποιηθεί με τους πολίτες να καταφεύγουν στα δημόσια νοσηλευτήρια και λιγότερο στα ιδιωτικά.

Ο ιδιωτικός τομέα είχε προσελκύσει τα υψηλά αμειβόμενα άτομα και η υψηλή υπεροχή του έναντι του δημόσιου τομέα συμβάλλει στην υψηλή ταχύτητα ανταπόκρισης στις απαραίτητες υποδομές, στις νέες διαγνωστικές θεραπευτικές μεθόδους, στην ιατροτεχνολογική καινοτομία, στην απουσία λιστών αναμονής και στην ικανοποιητική ποιότητα υπηρεσιών παροχής υγείας (Μαλισιώτη, 2011).

Συνεπώς, το υψηλό κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα δημόσιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ωθούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών στην αυτό-ίαση και στη μη ορθολογική χρήση/κατάχρηση φαρμάκων. Γεγονός που εξηγείται ότι η φαρμακευτική χρησιμοποίηση κατέχει σχεδόν μηδαμινή τιμή σε σχέση με τις ακριβότερες τιμές της νοσοκομειακής περίθαλψης ή/και χειρουργικής επέμβασης.

Αρκετές φορές η σωστή κατανάλωση φαρμάκων αποτρέπει την εισαγωγή ασθενών στα νοσοκομεία, βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο την απόδοση των εξωνοσοκομειακών παροχών.

6.2.1.6 Αλλαγή στη στάση ζωής

Η οικονομική κρίση έχει αλλάξει τα δεδομένα στον τρόπο ζωής των ανθρώπων και έχει προκαλέσει κοινωνικο-οικονομικές ανακατατάξεις. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων έχει επιδράσει στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η ανεργία, οι εισοδηματικές ανισότητες, η εργασιακή επισφάλεια, η έλλειψη στέγης οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό πολλών ομάδων πληθυσμού, πράγμα που αποτελεί πηγή ψυχολογικών διαταραχών με αυξημένο κίνδυνο μεγαλύτερων και σοβαρότερων ασθενειών, με αποτέλεσμα ορισμένα άτομα να στρέφονται στην αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων.

Μελέτες κατέδειξαν ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, αφού δύναται να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης για την εξασφάλιση τους. Το χαμηλό εισόδημα μπορεί να επιφέρει μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές/συμβουλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Στην προσπάθεια τους τα άτομα να θεραπευτούν, καταφεύγουν σε χρήση μη συνταγογραφημένων φαρμάκων που σε ορισμένες περιπτώσεις είναι και πιο φθηνά (Malliarou et al, 2012). Οι εν λόγω πληροφορίες αντιστοιχούν στα ευρήματα της παρούσας έρευνας, στην οποία άτομα χωρίς μόρφωση κατανάλωσαν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ποσοστό 4,0%, απόφοιτοι δημοτικού σε ποσοστό 16,7%, απόφοιτοι γυμνασίου 12,8% και απόφοιτοι λυκείου 33,7%.

6.2.1.7 Προτάσεις-Θέματα προς περαιτέρω διερεύνηση

Πολλοί τύποι παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων έχουν αναληφθεί στις αναπτυγμένες χώρες. Για την Κύπρο, αναφέρονται πιο κάτω ορισμένες εισηγήσεις ως προς την κατάλληλη διαχείριση της φαρμακευτικής συμπεριφοράς των Κυπρίων ασθενών αλλά και των ιατρικών λειτουργιών ως προς την ορθή συνταγογράφηση.

α) Δημιουργία ομάδων “καταγραφής προβλημάτων” με εκπαιδευμένο προσωπικό ούτως ώστε να προσδιοριστούν και να ελαχιστοποιηθούν επαρκώς τα προβλήματα στη χρήση των φαρμάκων

β) Σχηματισμός ομάδων ελέγχου απέναντι στα κατάλληλα φάρμακα, τη δόση, την ποσότητα, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και τις αντενδείξεις τους

γ) Καταγραφή μεγάλων αριθμών στατιστικών μελετών, οι οποίες προβλέπουν πληροφορίες σχετικά με τη διαφορετικότητα κάθε φαρμακευτικής θεραπείας όπως ο αριθμός φαρμάκων ανά ασθενή, το ποσοστό των ασθενών που τους χορηγούνται ενέσιμα διαλύματα, το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν αντιβίωση, η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν κατευθυντήριες γραμμές μέσα από μια θεραπευτική αγωγή

δ) Σύσταση μεθόδου αξιολόγησης και κριτικής φαρμάκων, η οποία επικεντρώνεται στη χρήση πληροφοριών, μηχανισμού διαπίστωσης προβλημάτων στη χρησιμοποίηση των φαρμακευτικών ουσιών και διορθωτικών μέσων εξάλειψης του προβλήματος. Στόχοι της εν λόγω μεθόδου περιλαμβάνουν τον εντοπισμό τομέων στους οποίους απαιτείται περαιτέρω ενημέρωση/εκπαίδευση, διασφάλιση ότι η φαρμακευτική θεραπεία πληροί τα ισχύοντα πρότυπα της φροντίδας, δημιουργία κατευθυντήριων γραμμών για την κατάλληλη χρήση φαρμάκων, ενίσχυση της ευθύνης/λογοδοσία στη διαδικασία της κατανάλωσης φαρμάκων, έλεγχο κόστους φαρμάκων, προώθηση της βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής, κ.α.

ε) Στήριξη του ιατρικού σώματος ως προς την ορθολογική συνταγογράφηση με συνεχή προσπάθεια πληροφόρησης για τα χαρακτηριστικά των επιλογών μιας θεραπείας και επιβράβευση της σωστής πρακτικής συνταγογράφησης

στ) Παροχή κινήτρων προς τους γιατρούς για την υιοθέτηση συνηθειών οι οποίες να ταιριάζουν με τις κατευθυντήριες γραμμές ορθής συνταγογράφησης. Τα κίνητρα αυτά μπορεί να είναι οικονομικά (π.χ. αμοιβή για τους γιατρούς), εκπαιδευτικά (π.χ. πληροφόρηση, κλινικές/θεραπευτικές κατευθυντήριες γραμμές) ή μικτά κίνητρα (κατευθυντήριες οδηγίες με οικονομικά μέσα και ενδεικτικούς θεραπευτικούς σκοπούς)

ζ) Εκστρατείες ενημέρωσης για την καταπολέμηση της πολυφαρμακίας και εκπαίδευση τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στον πληθυσμό για βελτιστοποίηση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων. Οι συνδυασμοί εκπαιδευτικού υλικού και εκπαιδευτικών προσεγγίσεων θα μπορούσε να είναι σχετικά αποτελεσματικοί και οι εκπαιδευτικές προεκτάσεις, οι οποίες θα πρέπει να εκληφθούν ως ο μέγιστος στόχος επίτευξης αυτής της αλλαγής

η) Επηρεασμό διαφόρων αρμόδιων εμπλεκόμενων φορέων ως προς τη διαφοροποίηση των συνηθειών και τη συμπεριφορά των ιατρικών λειτουργιών

θ) Περαιτέρω διερεύνηση αναφορικά με τον τομέα της πολυφαρμακίας στην Κύπρο με σκοπό τις συντονισμένες προσπάθειες και ενημέρωση όλων των ατόμων ανεξαρτήτου ηλικίας με σκοπό την επιμόρφωση για την ορθολογική χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων

ι) Διαμόρφωση και χρήση τεκμηριωμένων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών ή τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών για την κατάρτιση, εποπτεία και υποστήριξη κρίσιμων αποφάσεων σχετικά με τα φάρμακα

Ένας σημαντικός λόγος για την αποτυχία υιοθέτησης μιας συντονισμένης προσέγγισης αποτελεί το γεγονός ότι η προώθηση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων δεν έχει «θεσμοθετηθεί»/ νομοθετηθεί στα συστήματα υγείας πολλών χωρών. Η αναγκαία και απαραίτητη νομοθεσία για τη σωστή χρήση των φαρμάκων από τον πληθυσμό μιας χώρας θα μπορούσε να επιτευχτεί η κατάλληλη παρακολούθηση, έλεγχος, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων και συνεπειών της κατάχρησης των φαρμάκων.

Τα συστήματα υγείας πολλών χωρών λειτουργούν με βάση:

- i. την επιλογή φαρμάκων (κατάλογος βασικών φαρμάκων, τα οποία ικανοποιούν τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης της πλειοψηφίας του πληθυσμού),
- ii. την παρακολούθηση των ιατρικών συνταγών μέσω ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και
- iii. την συνεχιζόμενη παρακολούθηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων/συνεδρίων προς ενημέρωση των επιστημόνων υγείας για τις τρέχουσες εξελίξεις στα ιατροφαρμακευτικά δρώμενα.

Στην Κύπρο όπου μέχρι και σήμερα δεν έχει εφαρμοστεί το Εθνικό Σχέδιο Υγείας, πιθανόν να αποτελεί μια σημαντική πρόκληση δημιουργίας του. Η προσπάθεια εφαρμογής του σαφώς θα φέρει σημαντικά αποτελέσματα ως προς τους βασικούς στόχους που έχει διαμορφώσει όπως είναι η χρηματοδότηση, η καθολική κάλυψη, η μετατόπιση παροχής υπηρεσιών από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η αποτελεσματικότητα, τα υψηλά πρότυπα ποιότητας καθώς και ο περιορισμός του κόστους μέσω ενός συνολικού προϋπολογισμού.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στα φάρμακα που ο πληθυσμός θα προμηθεύεται μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα οποία θα καταγραφούν σε συγκεκριμένη λίστα φαρμάκων και ο γιατρός τον οποίο ο ασθενής θα επιλέξει, θα μπορεί να τα συνταγογραφήσει. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η διασφάλιση της ποιότητας της φαρμακευτικής περίθαλψης και η μείωση αλόγιστων δαπανών για την υγεία, αφού με τις κατάλληλες παραμέτρους του Εθνικού Σχεδίου Υγείας, θα καταφέρει να επιτύχει τους σκοπούς που έχουν διαμορφώσει τα περισσότερα συστήματα υγείας πολλών χωρών παγκόσμια.

Η παρούσα έρευνα ασχολήθηκε με το τεράστιο κεφάλαιο της χρήσης των φαρμάκων (συνταγογραφημένων και μη) τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό. Εισήγηση όπως το διευρυμένο πεδίο της εν λόγω χρήσης, διερευνηθεί εκτενέστερα και λεπτομερέστερα για περισσότερα φάρμακα από τα συνταγογραφούμενα και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Ένα σωστά διερευνημένο πεδίο θα συμβάλει στην ολοκληρωτική εικόνα των τάσεων που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους ως προς την κατανάλωση φαρμάκων με απώτερο στόχο την ορθολογική πάντα χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και κατ' επέκταση την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών της Κύπρου.

Με την ολοκλήρωση της, η παρούσα έρευνα, αναμένεται τόσο να παράσχει τις πιο πάνω σημαντικότερες πληροφορίες για να αξιοποιηθούν με επιστημολογική ευρωστία από τους κατάλληλους αρμόδιους φορείς, όσο και να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο για παρακίνηση άλλων ερευνητών στην ορθή επεξεργασία εμπειριστατωμένων αποτελεσμάτων για τη μεγιστοποίηση της ορθολογικής χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην Κύπρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ

Bhatt D, Steg P, Ohman E, Hirsch A, Ikeda Y, Mas J, et al. (2006), International prevalence, recognition and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*, 295:180-89.

Binns, T., (1980), Drug Utilization and Therapeutic Audit, *Br. J. clin. Pharmac*, Vol.9, pp. 227-228.

Boardman, H., Lewis, M., Croft., P. (2005), The use of community pharmacies: a population based survey, *Journal of Public Health*, Vol.27, Issue 3, pp. 254-262.

Campos, J., Ferech, M., Lazaro, E., Abajo, F., Oteo, J., Stephens, P., Goossens, H., (2007), Surveillance of outpatient antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Vol.60, pp. 698–701.

Daban, F., Pasarin, I., Rodríguez-Sanz, M., García-Altés, A., Villalbí-J., Zara, C., Borrell, C., (2010), Social determinants of prescribed and non-prescribed medicine use, *International Journal for Equity in Health*, Vol.9, pp.1-11.

Dolovich, L., Nair, K., Sellors, C., Lohfeld, L., Lee, A., Levine, M. (2008), Do patients' expectations influence their use of medications? *Canadian Family Physician*, Vol.54, pp.384-393.

European Economic Community (1965), Council Directive 65/65/EEC of 26 January 1965 on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to medicinal products, *OJ L*, No 22 of 9. 2. 1965, p. 369.

Ferech, M., Coenen, S., Kumar, S., Dvorakova, K., Hendrickx, E., Suetens, C., Goossens, H.,(2006), European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 58, pp.401–407.

Gomberg, E. (1982), Historical and Political Perspective: Women and Drug Use, *Journal of Social Issues*, Vol.38, pp.9-23.

Gurbani, N., (2011), Problems and Impact of Irrational Medicines: Use and Tools & Interventions to Improve Medicines Use, *Pharma Times*, Vol.43, pp. 23-24.

Haider, S. (2008), *Socioeconomic Differences in Drug Use Among Older People*, Ph.D.Thesis, Karolinska Institutet.

Hovstadius, B., (2010), *On drug use, multiple medication and poly-pharmacy in a national population*, Ph.D. Thesis, Linnaeus University.

IMS Institute for Healthcare Informatics, *Advancing the responsible use of medicines: Applying levers for change*, 2012.

Laporte, J. Towards a Healthy Use of Pharmaceuticals. In: *The Rational Use of Drugs*, Nairobi, November 25-29, 1985, ed. by WHO, pp. 48-55.

Le Grand, A., Hogerzeil, H., Haaijer-Ruskamp, F. (1999), Intervention research in rational use of drugs: a review, *Health Policy and Planning*, 14(2): 89–102.

Lo, Y., (2006), Consumer's expectations of over-the-counter (OTC) medicines: Location of sale, Ph.D. Thesis, University of Saskatchewan.

Morgan, S., Kennedy, J., (2010), Prescription drug accessibility and affordability in the United States and abroad, *Commonwealth fund*, Vol.89, pp. 1-11.

National Institute on Drug Abuse of U.S (2011), Prescription drugs: Abuse and addiction, Research Report Series, United States.

OECD, (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

Nielsen, M., Hansen, E., Rasmussen, N., (2003), Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position, *Eur J Clin Pharmacol* 59: 677–684.

Papapetrou, I., Jelastopulu, E., Symeonidou, E., Kleridou, M., Floridou, D., Charalampous, G., (2012), Investigation of polypharmacy and rational prescribing in elderly patients in a health centre in Nicosia, Cyprus, *China-USA Business Review*, Vol. 11, No. 12, pp.1587-1594.

Pervin, L., Polypharmacy and aging: Is there cause for concern?, *Gerontology update*, 2008.

Porteous, T., Bond, C., Hannaford, P., Sinclair, H., (2005), How and why are non-prescription analgesics used in Scotland? *Family Practice*; **22**: 78–85.

Qato, D., Alexander, G., Conti, R., Johnson, M., Schumm, P., Linday, S., (2008), Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States, *JAMA*, Vol. 300, No.24, pp. 2867-2878.

Quick, J., Laing, R., Ross-Degnan, D., (1991), Intervention research to promote clinically effective and economically efficient use of pharmaceuticals: The International network for rational use of drugs, *J Clin Epidemiol*, Vol. 44, Suppl. II, pp. 57S-65S.

Ross- Degnan, D., Laing, R., Quick, J., Mohamed-Ali, H., Ofori-Adjei, D., Salako, L., Santoso, B. (1992), A Strategy for Promoting Improved Pharmaceutical Use: The International Network for Rational Use of Drugs, *Sm. Sci. Med*, Vol. 35, No. 11, pp. 1329-1341.

Sachs, L., Tomson, G., (1992), Medicines and culture – A double perspective on drug utilization in a developing country, *Sot. Sci. Med*, Vol. 34, No. 3. pp. 307-315.

Sterky, G., Tomson , G., Kuman Diwan, V., Sachs, L., (1991), Drug use and the role of patients and prescribers, *J Clin Epidemiol*, Vol.44, Suppl I, pp. 67S-72S.

Telles, R., (2009), *Drug Subsidy Programs in the Developing World: The Impact of the ‘Farmacia Popular’ Program on Health Outcomes in Brazil*, Ph.D. Thesis, Georgetown University.

United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *The Non-Medical Use of Prescription Drugs-Policy Direction Issues*, New York.

U.S. Food and Drug Administration, *Drugs@FDA Glossary of Terms*.

U.S. National Center for Health Statistics (2012), *Health, United States, 2011*, Washington.

Vidotti, C., (2004), Drug Information Centers in developing countries and the promotion of rational use of drugs: A viewpoint about challenges and perspectives, *International Pharmacy Journal*, Vol. 18, No.1, pp.21-23.

Vriesendorp, S., Peza, L., Perry, C., Seltzer, J., O'Neil, M., Reimann, S., Gaul, N., Clark, M., Barraclough, A., LeMay, N., Buxbaum, A. (2010), *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*, Management Science for Health, Cambridge.

Wastila, L. (2000), The use of abusable prescription drugs: the role of gender, *Journal of women's health & gender-based medicine*, Vol. 9, No.3, pp. 289-297.

World Health Organization (1993), *Drug Utilization Studies. Methods and Uses*, *Who Regional Publications*, European Series, No.45, Denmark.

World Health Organization (2000), *Drug Information*, Vol.14, No.1, Geneva.

World Health Organization (2003), *The selection and use of essential medicines*, Geneva.

World Health Organization, University of Amsterdam (2004), *How to investigate the use of medicines by consumers*, Switzerland.

World Health Organization (2011), *The World Medicines Situation 2011- Rational Use of Medicines*, Geneva.

World Health Organization (2011), *The World Medicines Situation 2011-Medicines Prices, availability and affordability*, Geneva.

World Health Organization, (2012), *Improving medication Safety*, Geneva.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

Αρσένου, Ε., (2011), *Συγκριτική Μελέτη Διαφημιστικών Καταχωρήσεων Φαρμάκων*, Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Δημητρίου, Π. (2012), *Η κρατική παρέμβαση στη φαρμακευτική βιομηχανία στην Ελλάδα*, Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Καλλεγία, Α., (2006), Ιπποκράτης ο πατέρας της Ιατρικής, *Ιστορικά Θέματα*, vol. 51, pp.1-6.

Κουτρούμπας, Δ., (2010), *Η Φαρμακολογία του Γαληνού*, Ph.D. Thesis, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κυριόπουλος, Γ. (2009), *Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας*, Ένθεσης.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σωτηριάδου, Κ. (2011), Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 3, Τεύχος 2, 38-43.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., (2012), Οικονομική Κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Vol. 11, Τεύχος 1, pp.202-212.

Μαλισιώτη, Β. (2011), *Αντιλήψεις και στάσεις των κατοίκων της Αττικής σχετικά με την ορθολογική χρήση και διάθεση φαρμακευτικών σκευασμάτων*, Ph.D. Thesis, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, Μ., Καλούσης, Κ., Χριστοπούλου-Αλετρά, Ε., (2009), Η αναλγητική αγωγή από την Ομηρική στην Ιπποκρατική Ιατρική, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 26(1):124-129.

Ορκούλα, Μ. (2010), *Οι στρατηγικές προώθησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι σύγχρονες τάσεις της διαφήμισης. Η περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ)*, Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Παγκόσμιος Οργανισμός Φαρμάκων, (2011), *Διασφάλιση της ισορροπίας των εθνικών πολιτικών σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες*, Γενεύη.

Παπαδόπουλος, Γ., (2007), Τα Φάρμακα στην Αρχαία Ελλάδα: Ανάμεσα στο μύθο, τη λαϊκή εμπειρική θεραπευτική και την επιστήμη, *Αρχαιολογία και Τέχνες*, vol. 102, pp.32-38.

Πασιαρδής, Π., Πασιουρτίδου, Ν., Πωστταντή, Ν., (2006), *Ανάλυση Δαπανών Υγείας: Ανασκόπηση, Συγκρίσεις και Προοπτικές*, Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Πεγκλίδου, Α. (2005), *Το φάρμακο και το φαρμάκι, όταν οι γυναίκες καταναλώνουν ψυχοφάρμακα*, Αθήνα.

Πινότση, Υ. (2010), *Επισκόπηση του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Χαρακτηριστικά και οφέλη της υιοθέτησης του σύγχρονου τρόπου λειτουργίας των ανεξάρτητων φαρμακείων*, Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ρηγάτος, Γ., (2009), *Ο Πόνος στον Πολιτισμό και στην Ιστορία της Ιατρικής*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Σκαλτσά, Ε. (ed). Τα φάρμακα στην αρχαία Ελλάδα. In: *Θεραπευτική και Φάρμακα στην Αρχαία Ελλάδα*, Ωρωπός - Κάλαμος, 21-22 Απριλίου, 2001.

Σιδηροπούλου, Μ, (2006), Το φάρμακο ως κοινωνικό αγαθό, η θέση του και η συμβολή του στην προστασία της δημόσιας υγείας, *Ιατρικά Θέματα*, Vol.61, pp.1-8.

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, (2010), *Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας 2008, Στατιστικές Υγείας, Σειρά II, Αρ. Έκθεσης 7*.

Τούντας, Γ. (2007), *Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας*, Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής (ΙΑΣΠΙΣ).

Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2012), *Συγκριτική Μελέτη της Φαρμακευτικής Αγοράς στην Κύπρο με άλλες Χώρες Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Λευκωσία.

Χαραλάμπους, Α., Σωκράτους, Σ. (2009), Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας, *Νοσηλευτική*, 48(2): 136–142.

Παράρτημα 1

Πίνακας 1. Δρόγες Ιπποκρατικής Συλλογής

Ιπποκρατική συλλογή- Δρόγες
Ιατρικά καθαρτικά
μέλας ελλέβορος (<i>Helleborus officinalis</i>), λευκός ελλέβορος (<i>Veratrum album</i>), ευφόρβιες: τιθύμαλλος (<i>Euphorbia characias</i> L.), ιπποφαές (<i>E. spinosa</i> L.), πέπλος (<i>E. perplus</i> L.), κυπαρυσσία (<i>E. cyparissias</i> L.), σίλφιο (<i>Ferula assa-foetida</i> L.), κνέστρον (<i>Daphne gnidium</i>), κνέωρον, κνίκος (<i>Carthamus tinctorius</i> L.), κολοκυνθίς αγρία (<i>Citrullis colocynthis</i> L.) κλπ.
Διαιτητικά καθαρτικά
Λινόζωστις (<i>Merculialis annua</i> L.), κράμβη (<i>Brassica oleracea</i> L.), σκόροδο, πράσο, κρόμμυο, σέλινο, γλήχων (<i>Mentha pulegium</i>), ορίγανον, καλαμίνθη, θύμβρα, θύμος, εύζωμον (<i>Eruca sativa</i> L.), σκολοπένδριον (<i>Asplenium ceterach</i> L.) κλπ
Ανθελμινθικά
Άγνος (<i>Vitex agnus-castus</i> L.), κεδρέλαιο, κρόμμυα κλπ
Εμετικά
σκαμμωνία (<i>Convolvulus scammonia</i> L.), θαψία (<i>Thapsia garganica</i> L.-Umbelli-ferae), ύσσωπος, σκόροδον κλπ
Σε διαρκείς εμέτους : βασιλικός
Σε αιματεμέσεις: τορδύλιο, σήσαμον
Αποχρεμπτικά
διάφορα χειλανθή, λιβανωτός, σμύρνα (<i>Balsamodendron myrrha</i> Nees), χαλβάνη (<i>Ferula galbaniflua</i> Boiss. et Buhse), βήχιον (<i>Tussilago farfara</i> L.), τρίφυλλον (<i>Psoreia bituminosa</i> L.) κλπ
Γαργαρίσματα, εισπνοές ορίγανον, θύμβρα, πήγανον, άνισον, μύρρα, ρους (<i>Rhus coriaria</i> L.-Anacardiaceae)
Διουρητικά
σκόροδον, κρόμμυον, πράσον, πετροσέλινο, κρίθμον (<i>Crithmum maritimum</i> L.-Umbelliferae), βούπρηστις (ζωική δρόγη, πιθανόν ανάλογη των κανθαρίδων) κλπ
Εφιδρωτικά
τρίφυλλον, χυμός σιλφίου

Ιπποκρατική συλλογή- Δρόγες
Στυπτικά εντερικού σωλήνος
μήκων, σίδια (=ο φλοιός από τα ρόδια), μέσπιλα, κυδώνια, λίνον, ερυθρόδανον (<i>Gallium aparine</i> L. ή <i>Rubia tinctoria</i> L. ή <i>R. lucida</i> L.), κορίαννον
Πταρμικά
ελλέβορος, βέρατρον, σίλφιον, πέπερι, κρόμμουα, σκίλλα κλπ
Καυστικά
ελλέβορος, ελατήριο (<i>Ecbalium elaterium</i> L.), χυμός συκής, ευάνθεμον (<i>Matricaria chamomilla</i> L.), χαμαιλέων μέλας (<i>Carthamus corymbosus</i> L.?)
Δερματικά
γλίσχρασμα κριθής, ρίζα και σπέρματα κράμβης, χυμός σεύτλου, ρίζα ελατηρίου, λάπαθο άγριο, αλκούνειο (<i>Alcyoneum cortoneum</i> Pall. ή <i>A. papilosum</i> Pall. ή <i>A. palmatum</i> Pall.)
Ψηκτικά
σεύτλον, σέλινο, βάτος (<i>Rubus</i> sp.), ράμνος (<i>Rhamnus oleoides</i> L.) κλπ.
Τριχαυξητικά
κύμινο, ομφάκιο (χυμός από άωρα σταφύλια)
Τραυματικά
κόμμι, κηρόπισσος, ρητίνη, λιβανωτός, μύρρα, ρητίνη τερμινθίνη (<i>Pistacia terebinthus</i> L.), μαστίχα κλπ.
Στυπτικά
κηκίδες (οι καρποί της βελανιδιάς), μυρική (<i>Tamarix africana</i> Desf.), κέδρος (<i>Juniperus oxycedrus</i> L.), πίτυς (πέυκο, <i>Pinus pinea</i>), νάρθηξ (<i>Ferula glauca</i> L.), πολύκνημον (<i>Mentha vulgaris</i> L. ή <i>Prunella vulgaris</i> L ή <i>Melissa</i> sp.)
Οφθαλμικά
μύρρα, κρόκος, έβενος, όπιο, ανεμόνη, αίγειρος (<i>Populus nigra</i> L.). Ως έκδοχον χρησιμοποιοιείτο το νέτωπον (πικραμυγδαλέλαιο)
Επί μητρικών νόσων
μελάνθιο (<i>Nigella sativa</i> L.- Ranunculaceae), ψευδομελάνθιο (τα εργότια της ερυσιβόδους όλυρας)
Επί γυναικολογικών νόσων
μάραθο, κύμινο, άνισο, γλήχων, μύρρα, κρόκος, ακτή (<i>Sambucus nigra</i> L.), μίνθη, πετροσέλινο, ελελίφασκος, χαμαίμηλο, κιννάμ

Πηγή: Σκαλτσά, Ε. (ed), 2001.

Πίνακας 2. Οίνοι που περιγράφονται στο έργο του Διοσκουρίδη "Περί ιατρικής ύλης"

Οίνοι που περιγράφονται στο έργο του Διοσκουρίδη	
αβροτονίτης (πιθανόν από <i>Absinthium ponticum</i> L. ή <i>Artemisia abrotonum</i> L.)	σε δυσπεψία, ανορεξία, υποχον-δριακούς πόνους
ακορίτης (<i>Acorus calamus</i> L.), ο από γλυκυρρίζης	σε πόνους του θώρακα και των πλευρών, διουρητικοί
απίτης (<i>Pirus communis</i> L.-Rosaceae), ο των μεσπίλων (<i>Crataegus tanacetifolia</i> Pers. ή <i>Mespilus azarolus</i> Smith.-Rosaceae): παρασκευάζονται όμοια, προστίθεται και μέλι	στυπτικοί, ευστόμαχοι
αρωματίτης (παρασκευάζεται δια φοίνικος, ασπαλάθου, καλάμου, Κελτικής νάρδου)	σε πόνους του θώρακα, των πλευρών, σε δυσουρία, σε παθήσεις των νεφρών και της ουροδόχου κύστεως, υπναγωγό.
ασαρίτης (<i>Asarum europeum</i> L.- Aristolochiaceae)	διουρητικό, σε υδρωπικία, ίκτερο
αψινθίτης (συνήθως εξ αψινθίου Ποντικού: <i>Artemisia absinthium</i> L.- Compositae)	ευστόμαχον, διουρητικόν, ανθελμινθικόν, εμμηναγωγόν
δαυκίτης (<i>Athamanta cretensis</i> L. ή <i>Ammi majus</i> L.- Umbelliferae)	εμμηναγωγό, άφυσο, αντι-βηχικό, αντισπασμωδικό, σε υστερία, σε πόνους του θώρακα
δικταμνίτης	εμμηναγωγό
ελελιφασκίτης	σε πόνους των νεφρών, της κύστεως, αντιβηχικό
ελλεβορίτης (από μέλανα ελλέβορο)	Εκτρωτικό
θυμβρίτης, θυμίτης, οριγανίτης, καλαμινθίτης, γληχωνίτης	σε δυσπεψία, ανορεξία, υποχον-δριακούς πόνους
κέδρινος, κυπαρίσσινος, ελάτινος, δάφνινος, πιτύινος, αρκεύθινος	διουρητικοί, θερμαντικοί, υπο-στύφοντες
κεδρίτης	θερμαντικός, σε χρόνιο βήχα χωρίς πυρετό, σε πόνους του θώρακα και των πλευρών, σε έλκος, σε ωταλγίες, καθώς και σε δήγματα από θηρία και ερπετά
κονυζίτης (<i>Erigeron viscosum</i> L. ή <i>Erigeron graveolens</i> L. ή <i>Inula britannica</i> - Compositae)	θηριακός
κυδωνίτης ή μηλίτης (προστίθεται και μέλι)	στυπτικό, σε δυσεντερία
μανδραγορίτης (από τον φλοιό της ρίζης)	υπνωτικό

Οίνοι που περιγράφονται στο έργο του Διοσκουρίδη	
μυρσινίτης (<i>Myrtus communis</i> L.- Myrtaceae), τερμίνθινος (<i>Pistacia terebinthus</i> L.-Anacardiaceae), σχίνινος (<i>Pistacia lentiscus</i> L.-Anacardiaceae)	σε αχώρας, εξανθήματα, πυορροούντα ώτα, ούλα, παρίσθμια, κατά του ιδρώτα
μυρτίτης (από τα μαύρα μύρτα)	στυπτικός, ευστόμαχος, μαυρίζει τα μαλλιά
ο δια της αγρίας νάρδου (από ρίζα <i>Valeriana</i> sp.)	άφυσο, ευστόμαχο, σε δυσουρία
ο δια Συριακής νάρδου (<i>Patrinia scabiosaefolia</i> Fisch.) και Κελτικής (<i>Valeriana celtica</i> L.) και μαλαβάθρου (πιθανόν τα φύλλα της ινδικής νάρδου= <i>Valeriana</i> sp. ή <i>Patrinia jatamansi</i> Jones)	σε ίκτερο, δυσουρία, σε παθήσεις των νεφρών και του ήπατος
νεκταρίτης (από ρίζα Ελενίου = <i>Inula helenium</i> L.- Compositae)	ευστόμαχον, διουρητικών
οινάνθινος (από το άνθος της αγρίας αμπέλου)	σε ανορεξία
ομφακίτης (παρασκευάζετο κυρίως στη Λέσβο)	στυπτικό, ευστόμαχο, σε ειλεό
πανακίτης (<i>Ferula otopanax</i> Spr., <i>Otopanax</i> <i>chironium</i> - Umbelliferae)	σε σπασμούς, θλάσεις, σε βρα-δυπεψία, εμμηναγωγό, εκτρω-τικό
πισσίτης (εκ πίσης υγράς και γλεύκους)	θερμαντικός, πεπτικός, ανακα-θαρτικός, σε άλγη κοιλίας, ήπατος, σπλήνα χωρίς πυρετό
ρητινίτης (από την ρητίνη του πεύκου)	σε κεφαλαλγίες, δυσεντερία, υδρωπικία, διουρητικός
ροΐτης (από τους καρπούς της <i>Punica granatum</i> L.- Punicaceae=ρόδια)	σε πυρετούς, διουρητικό, ευ-στόμαχον
ροδίτης (από τους καρπούς της <i>Rosa</i> sp.- Rosaceae)	σε πόνους του στομάχου χωρίς πυρετό, σε δυσεντερία
σελινίτης, ανήθινος, μαραθίτης, πετροσελινίτης	ορεξιογόνα, σε δυσουρία
σκαμμωνίτης (από την ρίζα του <i>Convolvulus</i> <i>scammonia</i> L.-Convolvulaceae)	χολαγωγό
ο από της σκίλλης (<i>Scilla maritima</i> L.-Liliaceae)	σε στομαχικά και κοιλιακά προβλήματα, σε ίκτερο, υδρω-πικία, δυσουρία κ. ά.
υσσωπίτης (Εκ του Κιλικίου υσώπου- Labiatae)	σε παθήσεις του θώρακος και σε άσθμα, διουρητικό, εμμηνα-γωγό.
φθόριος εμβρύων (από ελλέβορο ή άγρια σικύ ή σκαμμωνία)	εκτρωτικό
χαμαιδρυσίτης (<i>Teucrium chamaedrys</i> L.- Labiatae)	θερμαντικός, κατάλληλος για σπασμούς, ίκτερο, βραδυπεψία

Πηγή: Σκαλτσά, Ε. (ed) 2001.