



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την επιλογή του φαρμάκου από
τους ασθενείς**

ΝΤΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την επιλογή του φαρμάκου από
τους ασθενείς**

ΝΤΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

*Αφιερωμένη στην αγαπημένη μου σύζυγο Ναταλία και την νεογέννητη μας κόρη Στυλιάνα
Καλώς ήλθες μικρή !*

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ABSTRACT	12
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
1.1 Ορισμός του Φαρμάκου. Πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα.	13
1.2 Παρουσίαση της εργασίας.	15
2. Η ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ- ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα πριν το Μνημόνιο	17
2.2 Μνημονιακές Δράσεις στον χώρο της Υγείας	20
2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	21
2.4 Συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας	22
2.5 Τιμολόγηση Φαρμάκων - Συμμετοχές ασφαλισμένων	23
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	26
3.1 Η ιατρική συμβολή στην επιλογή φαρμάκου	26
3.1.1 Παράγοντες επιλογής φαρμάκου από τους ιατρούς	27
3.2 Η συμμετοχή των φαρμακοποιών στην επιλογή του φαρμάκου	28
3.2.1 Παράγοντες επιλογής φαρμάκου από τους φαρμακοποιούς	29
3.3 Το διαδίκτυο ως παράγων διαμόρφωσης της επιλογής του ασθενή	30
3.4 Άλλοι παράγοντες	32
3.4.1 Οικογένεια και κοινωνικός περίγυρος	32
3.4.2 Άλλοι ασθενείς, ομάδες υποστήριξης, ενώσεις ασθενών	32
3.4.3 Τα παραδοσιακά ΜΜΕ (Τηλεόραση, Ραδιόφωνο, Εφημερίδες). Η διαφήμιση.	33
4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
5. Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	36

5.1 Τα εργαλεία της έρευνας	36
5.2 Επιλογή του πληθυσμού	37
6. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	39
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.	39
6.2 Πηγές ενημέρωσης για τις διαθέσιμες επιλογές στην φαρμακευτική περίθαλψη.	41
6.3 Εμπιστοσύνη στις διαθέσιμες πηγές για την φαρμακευτική περίθαλψη.	44
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ	49
7.1 Τα Ευρήματα της έρευνας.	49
7.2 Συνεισφορά και περιορισμοί της Έρευνας.	51
7.3 Συμπεράσματα από την Έρευνα.	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Το τμήμα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα	65

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον επιβλέποντα μου κ. Κωνσταντίνο Αθανασάκη, ο οποίος υπήρξε πάντοτε διαθέσιμος να με καθοδηγήσει και να προσφέρει ιδέες και διεξόδους στα προβλήματα που παρουσιάστηκαν, με αποτέλεσμα να επιτευχθεί η ολοκλήρωση της Εργασίας. Επίσης ευχαριστώ τον ίδιο και τους συνεργάτες του στην ΕΣΔΥ για την παροχή των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την Εργασία.

Ευχαριστώ το Τμήμα για την βοήθεια του, δίνοντας μου πρόσβαση σε πλήθος κλειδωμένης βιβλιογραφίας μέσω του Open Athens καθώς και για την δυνατότητα χρήσης του προγράμματος IBM SPSS, για το οποίο μου παρείχε Άδεια Χρήσης. Επίσης ευχαριστώ για την βοήθεια που μου δόθηκε, όταν για λόγους που υπερέβαιναν την θέληση μου αναγκάστηκα να ζητήσω παράταση.

Τέλος, ευχαριστώ τον ακαδημαϊκό υπεύθυνο του Τμήματος κ. Μάμα Θεοδώρου, ο οποίος ήταν πάντοτε διαθέσιμος, δίνοντας μου άμεσα απαντήσεις όποτε αυτές χρειάστηκαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα, οδήγησε την χώρα στην εφαρμογή μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής. Τμήμα των μέτρων σκόπευε στην ελάττωση των δαπανών για την Υγεία, μέσω και ελάττωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Μέτρα όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η χρήση δραστικής ουσίας στην συνταγογράφηση, καθώς και η ανάγκη της αύξησης του μεριδίου των γενοσήμων στην φαρμακευτική αγορά, έδωσαν στον Έλληνα ασθενή δικαίωμα επιλογής φαρμακευτικού σκευάσματος. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την επιλογή συγκεκριμένου φαρμακευτικού σκευάσματος ανάμεσα στο off-patent πρωτότυπο και τα τυχόν γενόσημα διαθέσιμα για την κάθε δραστική ουσία.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται από έρευνα που σχεδιάστηκε και διενεργήθηκε σε εθνικό επίπεδο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τηλεφωνικές συνεντεύξεις με την χρήση του συστήματος CATI και την βοήθεια ενός γραπτού δομημένου ερωτηματολογίου. Διενεργήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις των μεταβλητών ξεχωριστά αλλά και συνδυαστικά (διμεταβλητών) με την βοήθεια του προγράμματος SPSS.

.Από την ανάλυση των δεδομένων εξάγεται ότι πρώτη πηγή ενημέρωσης για τους Έλληνες είναι η ιατρική κοινότητα (65,27 % των απαντήσεων), με τους φαρμακοποιούς (12,37%) και το διαδίκτυο (11,81%) να λαμβάνουν τις επόμενες θέσεις. Νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας, εκπομπές στο ραδιόφωνο και τηλεόραση, η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος, και ο έντυπος τύπος ακολουθούν. Υψηλότερη εμπιστοσύνη δείχνουν στην ιατρική κοινότητα (με βαθμολογία 8,1 στα 10) και τους φαρμακοποιούς (7,4 στα 10) κατά κύριο λόγο, με τις υπόλοιπες πηγές να τυγχάνουν χαμηλότερης αποδοχής.

Ιατροί, φαρμακοποιοί και διαδίκτυο προτείνεται να χρησιμοποιηθούν ως μέσο επιρροής που θα διευκολύνει την διείσδυση των γενοσήμων, ενώ η περαιτέρω μελέτη των παραγόντων που εντοπίστηκαν στην έρευνα σε συσχέτισμό με διάφορα χαρακτηριστικά του πληθυσμού θα βοηθήσει στην εμβάθυνση και εδραίωση της γνώσης για το αντικείμενο.

Λέξεις κλειδιά : Ασθενοκεντρική φροντίδα, Συνταγογράφηση, Δραστική Ουσία, Επιλογή Ασθενούς, Off-patent, Γενόσημο

ABSTRACT

The financial crisis that struck Greece, led the country to implement measures in order to achieve fiscal reform. A part of the aforementioned measures targeted health expenditure, including pharmaceutical spending. E-prescribing, prescribing with the use of INN and the need for increased generics' use, gave the Greek patient the right of choosing specific brand that the pharmacy would dispense while filling the prescription. In this Master Thesis, the general aim is the investigation of the factors that form the choice of specific brand between the off-patent and the available generics.

The data used in the thesis are provided from a national research that was designed and undertaken by the National School of Public Health. The researchers used CATI-assisted telephone interviews with the help of a structured questionnaire. Descriptive statistics and crosstabs data analysis were performed with SPSS.

The data processing showed that Greek patients receive information regarding their medicines from the medical community (65,27% of the answers), pharmacists (12,37%), and the Internet (11,81%) as the primal sources. Nurses and other health personnel, radio and television broadcasts, family and friends, and the press follow. Patients seem to trust information deriving from the medical community (8,1 out of 10) and pharmacists (7,4 out of 10) the most. Information received from the other factors were deemed less trustworthy.

Doctors, pharmacists and the Internet should be considered as potential assistants of generics' penetration on the Greek pharmaceutical market. Thorough study of the sources detected in the present thesis in correlation with different population characteristics might help in delving deeper into the subject and strengthening and reaffirming the current knowledge.

Keywords : Patient-centered healthcare, Prescription, Active Ingredient, Patient's choice, Off-patent, Generics

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός του Φαρμάκου. Πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα.

Με τον όρο "Φάρμακο" εννοούμε : α) κάθε ουσία ή συνδυασμό ουσιών που εμφανίζεται να έχει θεραπευτικές ή προφυλακτικές ιδιότητες για τις ασθένειες ανθρώπων ή β) κάθε ουσία ή συνδυασμό ουσιών που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή να χορηγηθεί σε ανθρώπους, με σκοπό είτε να αποκατασταθούν, να διορθωθούν ή να τροποποιηθούν φυσιολογικές λειτουργίες με την άσκηση φαρμακολογικής, ανοσολογικής ή μεταβολικής δράσης, είτε να γίνει ιατρική διάγνωση [1].

Από τον παραπάνω γενικό ορισμό προκύπτει ότι η έννοια του φαρμάκου καλύπτει ένα μεγάλο πλήθος ουσιών με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Αυτό οδηγεί στην ανάγκη περαιτέρω διαχωρισμών βάσει χαρακτηριστικών του φαρμάκου, δημιουργώντας διάφορες υποκατηγορίες, διευκολύνοντας την περαιτέρω μελέτη τους. Βάσει του παραπάνω, και ανάλογα με το αν προέρχονται από προϊόν έρευνας ή από αντιγραφή υπάρχοντος, τα φάρμακα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

α. Πρωτότυπα. Τα φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία, ευρισκόμενα υπό καθεστώς πατέντας, λαμβάνουν πρώτα άδεια κυκλοφορίας σε παγκόσμια κλίμακα. Τα πρωτότυπα φάρμακα διαθέτουν ποιότητα, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα τέτοια ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των διεθνών οργανισμών κατά την αδειοδότηση τους. Τα πρωτότυπα φάρμακα διαθέτουν εμπορική ονομασία (Brand name).

β. Γενόσημα. Το γενόσημα αποτελούν αντίγραφα κάποιου ήδη υπάρχοντος φαρμάκου, συνεπώς δεν προκύπτουν ως αποτέλεσμα πρωτότυπης έρευνας. Διαθέτουν την ίδια δραστική ουσία με τα πρωτότυπα, στις ίδιες συγκεντρώσεις. Πρόκειται για φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία προορίζονται να είναι συμβατά και εναλλάξιμα με το πρωτότυπα φάρμακα τα οποία αντιγράφουν [2]. Η παρασκευή και κυκλοφορία τους δεν απαιτεί την εξουσιοδότηση της εταιρίας - παραγωγού του πρωτότυπου φαρμάκου. Η εμπορική κυκλοφορία τους είναι εφικτή μετά την λήξη της πατέντας του πρωτοτύπου. Τα πρωτότυπα φάρμακα αυτά, τα οποία έχουν απωλέσει το καθεστώς προστασίας τους, ονομάζονται off-patent.

Τα γενόσημα λαμβάνουν ως ονομασία τους αυτή της δραστικής τους ουσίας, με την μορφή της διεθνούς κοινής ονομασίας της, όπως αυτή συνίσταται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (International Nonproprietary Name, INN). Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποια εμπορική ονομασία την οποία θα επιλέξει η παραγωγός εταιρία (branded generic) [2].

Τα γενόσημα φάρμακα προκειμένου να κυκλοφορήσουν υπόκεινται σε αυστηρούς ελέγχους ώστε να διασφαλιστεί η ασφαλής χρήση τους από το κοινό. Για να εγκριθεί η αδειοδότηση τους, θα πρέπει να αποδειχθεί η βιοισοδυναμία με το πρωτότυπο φάρμακο με την διενέργεια των κατάλληλων μελετών. Όλα τα στάδια παρασκευής τους καθώς και οι πρώτες ύλες τους θα πρέπει να ικανοποιούν τις συνθήκες που προβλέπονται από τις αρχές της ορθής πρακτικής παραγωγής (Good Manufacturing Practice, GMP). Στην συνέχεια, και καθ' όλη την διάρκεια κυκλοφορίας του γενοσήμου στην αγορά, διενεργούνται μετεγκριτικοί έλεγχοι ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας από τους Οργανισμούς Φαρμάκου [3].

Μετά την αδειοδότηση τους, τα γενόσημα λαμβάνουν ταυτόσημες ενδείξεις με τα πρωτότυπα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των ίδιων καταστάσεων υγείας με τα πρωτότυπα τους. Λόγω της ιδιαιτερότητας τους να αποτελούν αντίγραφα ήδη υπάρχοντος προϊόντος, τα γενόσημα μπορούν να προσφέρονται σε τιμές χαμηλότερες των πρωτοτύπων. Η εταιρία παραγωγός του πρωτοτύπου έχει διαθέσει πόρους της για τις ανάγκες της έρευνας και ανάπτυξης του φαρμάκου της. Τους πόρους αυτούς επιδιώκει να τους επανακτήσει μέσω των πωλήσεων του φαρμάκου. Οι παραγωγοί γενοσήμων δεν χρειάζεται να κάνουν απόσβεση των εξόδων αυτών.

Τα γενόσημα λόγω της δυνατότητας υποκατάστασης των πρωτοτύπων τους και της χαμηλότερης τιμής τους σε σχέση με αυτά, αποτελούν ελκυστικές λύσεις για τα συστήματα υγείας, ως μέσα κάλυψης των φαρμακευτικών αναγκών των πολιτών. Χαμηλότερες τιμές συνεπάγονται χαμηλότερες χρεώσεις για την αντιμετώπιση των ίδιων καταστάσεων, και συνεπώς εξοικονόμηση πόρων και ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Προκειμένου να αυξηθεί η χρήση των γενοσήμων, τα συστήματα προβαίνουν σε εφαρμογή πολιτικών που δρουν ως ρυθμιστικό πλαίσιο τόσο προς τους παραγωγούς, όσο και προς την πλευρά της ζήτησης [4].

1.2 Παρουσίαση της εργασίας.

Στην προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων στον χώρο της υγείας, ένα από τα μέτρα που εφάρμοσε η Ελληνική κυβέρνηση είναι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας. Το μέτρο όπως εφαρμόζεται, δίνει στον ασφαλισμένο την δυνατότητα να επιλέξει το off-patent πρωτότυπο ή κάποιο από τα κυκλοφορούντα γενόσημα φάρμακα που περιέχουν την συνταγογραφημένη δραστική ουσία, στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Υπάρχουν ειδικές εξαιρέσεις, κατά τις οποίες υπάρχει συνταγογράφηση συγκεκριμένου σκευάσματος με εμπορική ονομασία από τον ιατρό, χωρίς την δυνατότητα υποκατάστασης του [5].

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν την επιλογή φαρμακευτικού σκευάσματος καθορισμένης δραστικής ουσίας μεταξύ του off-patent πρωτοτύπου και των τυχόν γενοσήμων του από τους Έλληνες ασθενείς, κατά την εκτέλεση της συνταγής τους στο φαρμακείο. Οι ασθενείς συνήθως δεν διαθέτουν την απαραίτητη γνώση προκειμένου να προβούν σε αυτή την επιλογή, με αποτέλεσμα να απευθύνονται σε διάφορες πηγές πληροφόρησης για να τους κατευθύνουν. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι πηγές αυτές είναι η ιατρική κοινότητα κατά κύριο λόγο, με τους φαρμακοποιούς, το διαδίκτυο, και άλλους επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν. Οι Ενώσεις ασθενών, τα παραδοσιακά ΜΜΕ και ο κοινωνικός περίγυρος του ασθενή (οικογένεια και οικείοι), μπορεί να έχουν επίσης κάποιο ρόλο στην επιλογή.

Ο εντοπισμός των ανωτέρω παραγόντων σε τοπικό επίπεδο καθώς και η βαρύτητα που ο καθένας από αυτούς έχει στην επιλογή του ασθενή αποτελεί χρήσιμη γνώση κατά τον σχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Παράγοντες υψηλής βαρύτητας μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων στην φαρμακευτική αγορά, γεγονός επιθυμητό για το σύστημα υγείας. Η χρησιμοποίησή τους ως μέσο ενημέρωσης και εκπαίδευσης ως προς τα γενόσημα και την χρησιμότητά τους, παράλληλα με την κατεύθυνση του κοινού προς την επιλογή γενοσήμου σκευάσματος, θα συνδράμουν στην ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στο Γενικό Μέρος της εργασίας παρουσιάζονται οι συνθήκες που οδήγησαν την Ελλάδα στην εφαρμογή μέτρων περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην συνέχεια αναλύονται διεξοδικότερα τα μέτρα που δίνουν στον ασθενή το δικαίωμα επιλογής off-patent ή γενοσήμου σκευάσματος κατά την εκτέλεση της συνταγής του στα φαρμακεία. Στο τελευταίο τμήμα αυτού του μέρους αναφέρονται τα ευρήματα από την διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με παράγοντες που διαμορφώνουν την ανωτέρω επιλογή .

Το Ειδικό Μέρος εστιάζει στο γενικό σκοπό και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία προέρχονται από μια μεγαλύτερη έρευνα που διεξήγαγε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με την χρήση τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Η επεξεργασία των δεδομένων οδήγησε στην εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή φαρμάκου στην Ελληνική πραγματικότητα, και τον βαθμό εμπιστοσύνης που έχει ο ασθενής για τον καθένα.

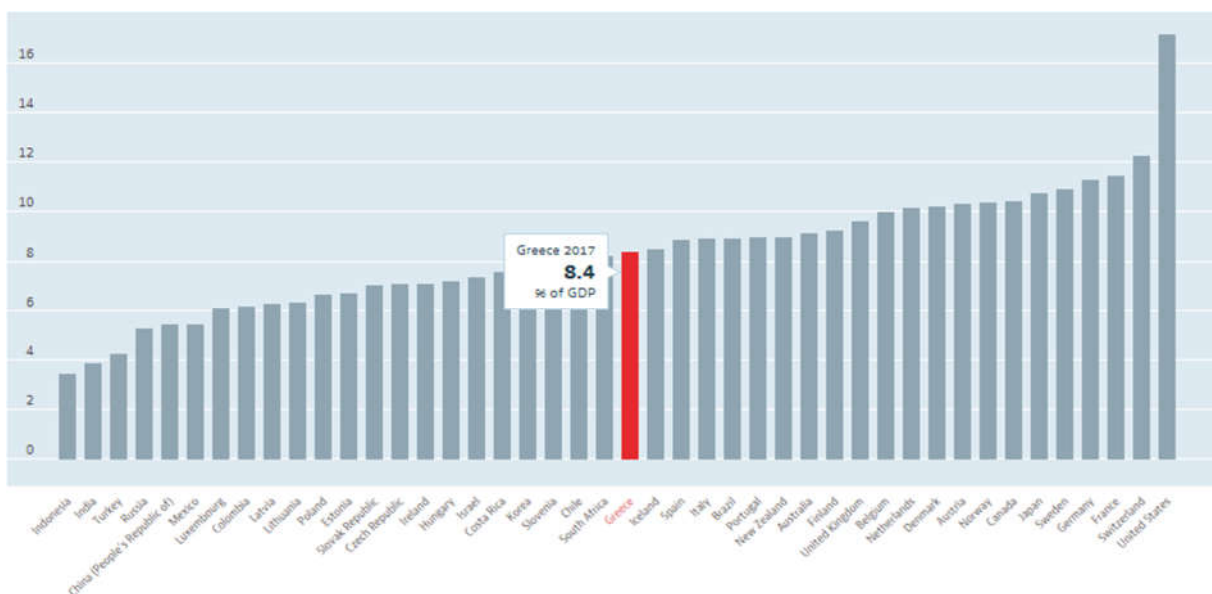
Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την ανάλυση των εξαγόμενων συμπερασμάτων, τον παραλληλισμό τους με τα ευρήματα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την επακόλουθη συζήτηση.

2. Η ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ- ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα πριν το Μνημόνιο

Ως απότοκο της οικονομικής κρίσης που ξέσπασε το 2008, επλήγησαν και οι χώρες της Ευρωζώνης σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Κοινό χαρακτηριστικό των χωρών που βρέθηκαν στην δυσχερέστερη θέση ήταν το υψηλό δημόσιο χρέος και το δημοσιονομικό έλλειμμα [6]. Μία από αυτές υπήρξε και η Ελλάδα. Προκειμένου να αποφευχθεί η χρεωκοπία της χώρας, γεγονός που θα οδηγούσε σε ακόμη μεγαλύτερη κρίση, αποφασίστηκε η σύναψη Μνημονίου και δανεισμού της από την "Τρόικα" (Ευρωπαϊκή Ένωση, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο). Σκοπός της σύναψης του πρώτου Μνημονίου, όπως και αυτών που ακολούθησαν ήταν η θέσπιση μέτρων που θα συμβάλουν στην θωράκιση και ενίσχυση της εθνικής οικονομίας και στην δημοσιονομική προσαρμογή [7-8].

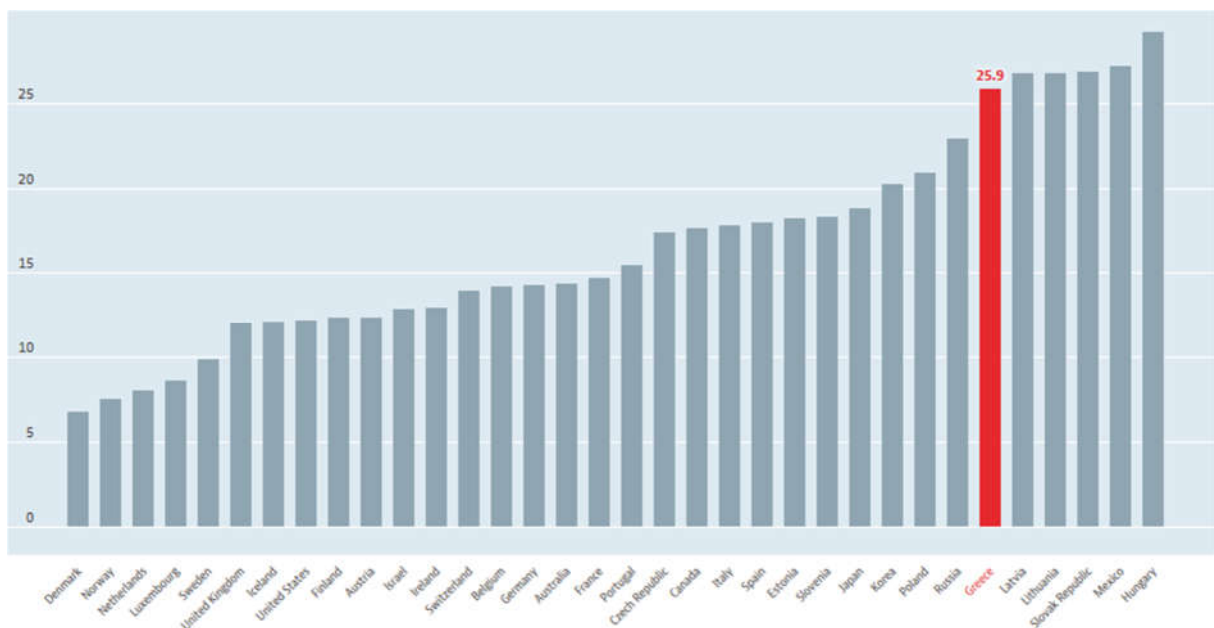
Μεγάλο τμήμα της δημόσιας δαπάνης στις ανεπτυγμένες χώρες χρησιμοποιείται για την κάλυψη των αναγκών Υγείας των πολιτών. Στις δαπάνες για την Υγεία προσμετρώνται τα έξοδα θεραπείας και αποκατάστασης των πολιτών, έξοδα μακροχρόνιας θεραπείας, επικουρικά βοηθήματα και ιατρικά υλικά, οι δαπάνες για πρόληψη νοσημάτων, οι δαπάνες στις δημόσιες δομές και στην διοίκηση. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις στον τομέα [10].



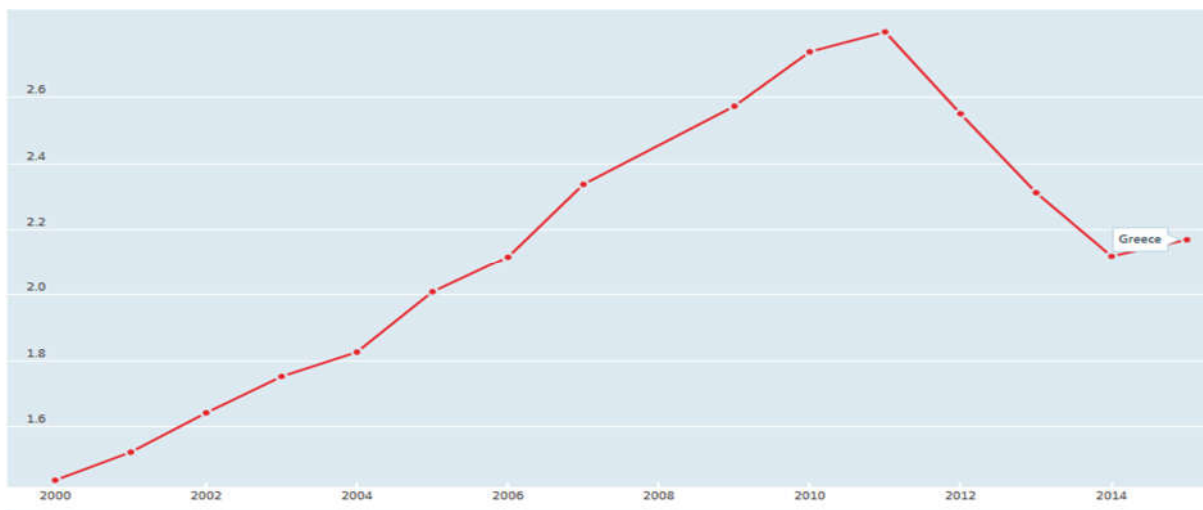
Εικόνα 3.1: Συνολικές δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό % του ΑΕΠ κατά το 2017 ή κατά την πλησιέστερη διαθέσιμη χρονολογία για την οποία υπάρχουν στοιχεία. (source: OECD (2018), Health spending (indicator))

Στην περίπτωση της Ελλάδας, οι δαπάνες Υγείας είχαν φτάσει το 9,56% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ,GDP) της χώρας το 2010, δηλαδή πριν από το πρώτο Μνημόνιο [9-10]. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα πολλά από τα μέτρα που περιγράφονται στα Μνημόνια να αποσκοπούν στην ελάττωση των δαπανών για την Υγεία.

Μεγάλο τμήμα των δαπανών για την Υγεία, περίπου το 16%, κατευθύνεται στην φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ [11]. Ο όρος καλύπτει το κόστος όλων των φαρμάκων, συνταγογραφούμενων αλλά και των ΜΗΣΥΦΑ (Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα, Over the Counter, OTC). Στην περίπτωση της Ελλάδας καθώς και σε άλλες χώρες, τα στοιχεία περιλαμβάνουν και τα κόστη αναλωσίμων όπως επίδεσμοι και σύριγγες. Η φαρμακευτική δαπάνη συνυπολογίζει το περιθώριο κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, καθώς και τον ΦΠΑ. Η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν συνυπολογίζεται στην φαρμακευτική δαπάνη. Στην περίπτωση συνυπολογισμού και αυτής, η φαρμακευτική δαπάνη θα ευρισκόταν προσαυξημένη κατά 10-20% [11-12].



Εικόνα 3.2 : Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών υγείας. Η Φαρμακευτική Δαπάνη της Ελλάδας ήταν στο 25,9% των συνολικών δαπανών για την Υγεία σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία (2015)(source : OECD (2018), Pharmaceutical spending (indicator))



Εικόνα 3.3 : Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα, ως ποσοστό % του ΑΕΠ. Η κορυφή το 2011 αντιστοιχεί σε 2,8 % του ΑΕΠ. της χώρας.(source : OECD (2018), Pharmaceutical spending (indicator))

Η είσοδος στην αγορά πολλών καινοτόμων φαρμάκων όπως αυτών για την Ηπατίτιδα C και αντιογκολογικών, αλλά και η γήρανση του πληθυσμού θεωρούνται γενεσιουργές αιτίες για μια γενική αύξηση της Φαρμακευτικής Δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ [11]. Εκτός των ανωτέρω, θεωρείται ότι στην μεγάλη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συνέτεινε η έλλειψη μέτρων προς την πλευρά της ζήτησης όπως η προώθηση των γενοσήμων, η έλλειψη ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ελέγχου των συνταγογράφων [13], η χαμηλή υποκατάσταση των off patent από γενόσημα και η σχετικά υψηλή τιμή των γενοσήμων [13-14]. Η μη εφαρμογή των ήδη υπάρχοντων κανονισμών και η κατάργηση της Θετικής Λίστας φαρμάκων επιδείνωσαν επίσης την κατάσταση [6].

2.2 Μνημονιακές Δράσεις στον χώρο της Υγείας

Στην προσπάθεια της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας στα νέα οικονομικά δεδομένα, και συνυπολογίζοντας τα παραπάνω, υπήρξε λογική η στροφή της προσοχής του κράτους αλλά και των δανειστών στην φαρμακευτική δαπάνη, με πλήθος μέτρων να σκοπεύουν σε περικοπή της δαπάνης αυτής. Οι στόχοι που τέθηκαν από τους δανειστές προς την Ελλάδα στον χώρο της Υγείας, όπως αυτοί καθορίστηκαν στα Μνημόνια που υπεγράφησαν μεταξύ τους έχουν ως εξής [7-8] :

- Απορρόφηση των ασφαλιστικών ταμείων από τον ΕΟΠΥΥ και μετατροπή του φορέα από πάροχος σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Αναθεώρηση των συμβάσεων του φορέα με τους ιδιώτες ιατρούς και έναρξη της χρήσης των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων για την κοστολόγηση των υπηρεσιών που αγοράζει από τον νοσοκομειακό τομέα. (2ο Μνημόνιο).
- Εξορθολογισμός λειτουργικών αναγκών και αγοράς φαρμάκου από τα νοσοκομεία (2ο Μνημόνιο).
- Παροχή Φαρμάκων Υψηλού Κόστους από τα Νοσοκομειακά φαρμακεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, για εξοικονόμηση των εξωνοσοκομειακών περιθωρίων κέρδους (2ο Μνημόνιο).
- Ενέργειες της κυβέρνησης ώστε οι δαπάνες υγείας να κινούνται σε ποσοστό ίσο ή κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Επιπρόσθετα, η εξωνοσοκομειακή δημόσια δαπάνη για φάρμακα θα πρέπει να κυμαίνεται στο 1% του ΑΕΠ (2ο Μνημόνιο).
- Οριζόντια μείωση τιμής φαρμάκων, επιστροφή θετικής λίστας φαρμάκων, μείωση ποσοστού κέρδους φαρμακοποιών – φαρμακαποθηκών, θέσπιση rebate σε φαρμακοποιούς και εταιρίες (2ο Μνημόνιο).
- Ενέργειες για διείσδυση γενοσήμων σε ποσοστό 60% της αγοράς φαρμάκου (2ο Μνημόνιο).
- Εισαγωγή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (2ο Μνημόνιο).
- Συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας (2ο Μνημόνιο).
- Αναθεώρηση συμμετοχών ασφαλισμένων στην αγορά φαρμάκου (2ο Μνημόνιο).

Στόχος μεγάλου μέρους των παραπάνω δράσεων αποτελεί η ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην συνέχεια θα αναλυθούν τα μέτρα που ενισχύουν την θέση του ασφαλισμένου στο σύστημα υγείας και του δίνουν το δικαίωμα επιλογής φαρμάκου.

2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση νομοθετήθηκε με τον νόμο 3892/2010 [15] στα πλαίσια των συμφωνημένων δράσεων με τους δανειστές. Το έργο καθότι πολύ μεγάλου μεγέθους ξεκίνησε πιλοτικά με τις συνταγές των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ, του ταμείου των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Σήμερα η e-syntagografisi, όπως ονομάζεται η υπηρεσία, αποτελεί πλατφόρμα που διαχειρίζεται το σύνολο της συνταγογράφησης και των παραπεμπτικών για εξετάσεις, για το σύνολο των ασφαλισμένων της χώρας. Με τις δυνατότητες που η συνταγογράφηση διαθέτει, παρέχεται στην ηγεσία του υπουργείου Υγείας η ευχέρεια να έχει εικόνα της συνταγογράφησης ανά την επικράτεια σχεδόν σε πραγματικό χρόνο.

Το σύνολο των συμβεβλημένων ιατρικών και φαρμακείων αλλά και των μη συμβεβλημένων αλλά διαπιστευμένων ιατρών είναι διασυνδεδεμένο με την πλατφόρμα. Όλες οι συνταγές προκειμένου να αποζημιωθούν θα πρέπει να εκτελεσμένες μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με εξαιρέσεις όπου αυτές εκτελούνται χειρόγραφα (πχ διαπιστωμένη βλάβη στην διασύνδεση του εκτελούντος φαρμακείου με την πλατφόρμα, βλάβες της πλατφόρμας, συνταγές αλλεργιολόγων με εμβόλια απευαισθητοποίησης ή εκτέλεση γαληνικού σκευάσματος). Στην πραγματικότητα και αυτές οι «χειρόγραφες» συνταγές εκτελούνται μέσω μηχανογραφημένου συστήματος που διαθέτουν τα φαρμακεία, απλά δεν είναι εκτελεσμένες μέσω της πλατφόρμας της συνταγογράφησης. Εξαιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας η εκτέλεση δεν είναι αποθηκευμένη στους διακομιστές της πλατφόρμας. Οι χειρόγραφες συνταγές παραδίδονται σε ξεχωριστό πακέτο από τις υπόλοιπες, προκειμένου να γίνει έλεγχος τους προ της αποζημίωσής τους [16].

Σκοπός του μέτρου υπήρξε ο εκσυγχρονισμός και η διαφάνεια στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, όπως και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ένας από τους παράγοντες που επιδείνωσε την εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα ήταν η υπερσυνταγογράφηση και η έλλειψη ελέγχου στους συνταγογράφους [6]. Με την παρακολούθηση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, εντοπίζονται και αποτρέπονται φαινόμενα

κατευθυνόμενης συνταγογράφησης ή φαινόμενα συνταγογράφησης σε ασφαλισμένους εν αγνοία τους [16].

Οι ασφαλισμένοι διαθέτουν ηλεκτρονικό ιστορικό, όπου φαίνεται η συνταγογράφηση όλων των σκευασμάτων και παραπεμπτικών για εξετάσεις στο όνομα τους. Επίσης φαίνεται από ποιο φαρμακείο παρέλαβαν τα φάρμακα τους, καθώς και το barcode το οποίο είναι μοναδικό και αποτελεί την ταυτότητα του συγκεκριμένου εμβλαγίου που έλαβαν. Μέσω του barcode μπορεί να εντοπιστεί η διαδρομή του φαρμάκου από την εταιρία ως τον ασφαλισμένο. Έτσι διαπιστώνεται η τυχόν ψευδής συνταγογράφηση (πχ το προϊόν έχει εξαχθεί ή το κουπόνι είναι πλαστό ή έχει επαναχρησιμοποιηθεί στην συνταγογράφηση). Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες της Φαρμακοεπαγρύπνησης (Εύκολος εντοπισμός παρτίδας, προέλευσης πρώτων υλών κλπ.).

Πέραν του πλήθους των υπολοίπων πλεονεκτημάτων που προσφέρει η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση στο σύστημα υγείας και στους εμπλεκόμενους με αυτό, επέτρεψε να γίνει η επικαιροποίηση του πλήρους καταλόγου φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα. καθώς και η εύκολη ενημέρωση του καταλόγου αυτού με αποσύρσεις, προσθήκες σκευασμάτων κλπ. Ο επικαιροποιημένος κατάλογος φαρμάκων με την σειρά του, υπήρξε βασικό υποστηρικτικό στοιχείο της καθιέρωσης της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας [17].

2.4 Συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας

Σύμφωνα με τις επιταγές του νόμου 4052/12 [5], οι ιατροί από την 1η Ιουνίου 2012 κ μετέπειτα ήταν υποχρεωμένοι να χρησιμοποιήσουν δραστική ουσία κατά την συνταγογράφηση τους στην πλατφόρμα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης. Μέχρι και τότε η συνταγογράφηση γινόταν με την χρήση εμπορικής ονομασίας σκευάσματος, χωρίς την δυνατότητα υποκατάστασης του σκευάσματος από τον φαρμακοποιό.

Εξαιρέση στην συνταγογράφηση βάσει δραστικής αποτελούν φάρμακα πολύ στενού θεραπευτικού εύρους, εμβόλια, ινσουλίνες, βιοτεχνολογικά, φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν αλλεργίες, φάρμακα που απαιτούν στενή ιατρική παρακολούθηση, φάρμακα υψηλής τοξικότητας ή φάρμακα που χορηγούνται με συσκευή που απαιτεί εκπαίδευση του ασθενή. Εμπορική ονομασία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνιες νόσους οι οποίοι είναι καλά ρυθμισμένοι με την τρέχουσα αγωγή τους,. Η τρίτη υποπερίπτωση

είναι φάρμακα για συγκεκριμένες παθήσεις οι οποίες προσδιορίζονται με βάση διεθνή επιστημονικά δεδομένα. Περιπτώσεις τέτοιων ασθενειών είναι η σχιζοφρένεια, το άσθμα, η επιληψία και τα χρόνια αυτοάνοσα νοσήματα. Οι συγκεκριμένες παρεκκλίσεις χρήσεως εμπορικής ονομασίας απαγορεύεται να υπερβαίνουν το 15% της συνολικής ετήσιας συνταγογράφησης του κάθε ιατρού και θα πρέπει να μπορούν να αιτιολογηθούν επαρκώς για κάθε περίπτωση [16].

Οι ιατροί θα πρέπει να συνταγογραφούν δραστική ουσία βάσει της διεθνούς της ονομασίας INN, η οποία να έχει ως ένδειξη της την συγκεκριμένη πάθηση, να συμμορφώνεται με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα του ΕΟΦ και σε δοσολογία τέτοια η οποία να συνάδει με την αναγραφόμενη στην περίληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος (spc). Η πάθηση θα πρέπει να εμπίπτει στην ιατρική ειδικότητα του συνταγογράφου [16][18].

Στην συνέχεια ο ασφαλισμένος με την συνταγή του κατευθύνεται προς το φαρμακείο της επιλογής του προκειμένου αυτή να εκτελεστεί. Με την βοήθεια του μοναδικού barcode της συνταγής, ο υπεύθυνος φαρμακοποιός αναζητά την συνταγή στην πλατφόρμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στην συνέχεια είναι υποχρεωμένος να χορηγήσει το φθηνότερο διαθέσιμο φάρμακο. Σε περίπτωση που ο ασθενής επιθυμεί την χορήγηση κάποιου άλλου σκευάσματος, μαζί με την όποια συμμετοχή του στο κόστος του φαρμάκου, θα επιβαρυνθεί και την διαφορά της τιμής του φαρμάκου από την ασφαλιστική τιμή της θεραπευτικής κατηγορίας στην οποία αυτό ανήκει.. Η υποκατάσταση είναι δυνατή μόνο με σκεύασμα ίδιας δραστικής ουσίας, φαρμακοτεχνικής μορφής, δοσολογίας και περιεκτικότητας. Η υποκατάσταση μπορεί να γίνει μόνο από πτυχιούχο φαρμακοποιό [16].

2.5 Τιμολόγηση Φαρμάκων - Συμμετοχές ασφαλισμένων

Τμήμα της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης μπορεί να καταλογιστεί στις σχετικά υψηλές τιμές των γενοσήμων, καθώς και στην αδυναμία υποκατάστασης των off patent από γενόσημα [13-14]. Από τις πρώτες δραστικές περικοπές ήταν οι οριζόντιες μειώσεις τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την πρώτη τον Μάιο του 2010 να είναι μεσοσταθμικά στο 21,5% [19], και την δεύτερη περίπου ένα χρόνο αργότερα κατά 10,2% [20]. Οι οριζόντιες μειώσεις οδήγησαν σε μία απότομη ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά δεν αποτελούν μέτρα που θα ήταν δυνατό να εφαρμόζονται επί μονίμου βάσεως ως μέσο εξοικονόμησης.

Μετά τις πρώτες ριζικές μειώσεις, άρχισαν να εφαρμόζονται διαφορετικές μέθοδοι τιμολόγησης, με σκοπό την συγκράτηση των τιμών και την όσο το δυνατόν οικονομικότερη είσοδο νέων φαρμάκων στην αγορά. Σύμφωνα με την τρέχουσα Διάταξη Τιμολόγησης Φαρμάκων [21] :

- Τα πρωτότυπα φάρμακα (ή αλλιώς φάρμακα αναφοράς) τα οποία βρίσκονται υπό καθεστώς προστασίας (πατέντα), έχουν τιμή που προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμάκου σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Τα πρωτότυπα φάρμακα των οποίων έχει λήξει το καθεστώς προστασίας, και λαμβάνουν για πρώτη φορά τιμή στην Ελλάδα, έχουν επίσης τιμή προκύπτουσα από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε περίπτωση που έχουν τιμολογηθεί ενόσω βρισκόταν σε καθεστώς προστασίας, λαμβάνουν αυτόματα τιμή μειωμένη κατά 50 % αυτής που είχαν όσο βρισκόταν σε καθεστώς προστασίας ή τιμή ίση με τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όποια από τις δύο είναι χαμηλότερη. Η μειωμένη προκύπτουσα τιμή δεν μπορεί να είναι χαμηλότερη από την χαμηλότερη τιμή του φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

- Τα γενόσημα φάρμακα ανεξάρτητα από την ημερομηνία κυκλοφορίας τους λαμβάνουν τιμή ίση με το 65% της τιμής του φαρμάκου, του οποίου έχει λήξει το καθεστώς προστασίας (32,5% της αρχικής τιμής του φαρμάκου αναφοράς). Η παραπάνω αποτελεί την μέγιστη τιμή που μπορούν να λάβουν, αλλά ο παραγωγός έχει το δικαίωμα να ζητήσει τιμή χαμηλότερη, προκειμένου να γίνει το προϊόν του πιο ανταγωνιστικό. Οι μειωμένες τιμές γίνονται άμεσα αποδεκτές.

Η συμμετοχή του ασφαλισμένου στα φάρμακα του μπορεί να είναι 0%, 10% ή 25 %. Οι διαφορετικές συμμετοχές προέρχονται είτε από το είδος της κατάστασης για την οποία συνταγογραφούνται τα φάρμακα (πχ Κύηση και λοχεία είναι 0%, Σακχαρώδης διαβήτης 10% και Υπερχοληστεριναιμία 25 %), είτε από κοινωνικά κριτήρια (Δικαιούχοι ΕΚΑΣ πληρώνουν συμμετοχή 10%, ενώ οι κάτοχοι βιβλιαρίων Πρόνοιας 0%)[22].

Επιπρόσθετα, ως μέσο ώθησης του ασθενή προς τα γενόσημα, αποφασίστηκε η συμπληρωμή (co-pay) σε φάρμακα τιμής υψηλότερης από το φθηνότερο σκεύασμα της θεραπευτικής κατηγορίας. Για να προκύψει το ποσό συμπληρωμής, έχει οριστεί η Ασφαλιστική Τιμή (Τιμή Αναφοράς). Η τιμή αυτή προκύπτει από το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) [23-24]. Αν ο ασφαλισμένος επιλέξει φάρμακο με λιανική τιμή μικρότερη της ασφαλιστικής, η συμμετοχή του μειώνεται με το 50% της διαφοράς μεταξύ των 2 τιμών. Αντίθετα, σε περίπτωση που επιλεγεί φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη της ασφαλιστικής, ο ασφαλισμένος επιβαρύνεται και το σύνολο της διαφοράς μεταξύ των 2 τιμών [25].

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Η ευχέρεια επιλογής του off-patent πρωτοτύπου φαρμάκου ή κάποιου από τα γενόσημα του από τον ασθενή αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη για το Ελληνικό σύστημα Υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες που λαμβάνει υπόψη ο ασφαλισμένος στην διαμόρφωση της επιλογής αυτής. Διεθνώς υπάρχει σχετική εμπειρία ετών καθώς η υποκατάσταση στο φαρμακείο είναι καθιερωμένη πρακτική σε συστήματα υγείας πολλών χωρών. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό την προαναφερθείσα επιλογή του ασθενή είναι οι παρακάτω.

3.1 Η ιατρική συμβολή στην επιλογή φαρμάκου

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας διαφέρει σε σχέση με τις αγορές που σχετίζονται με άλλους τομείς της οικονομίας, με αποτέλεσμα αυτή να θεωρείται ατελής [26]. Ο ασθενής διαφέρει από τον κλασικό καταναλωτή μιας πλήρως ανταγωνιστικής αγοράς που θεωρείται ότι είναι τέλεια ενημερωμένος για το προϊόν και την ποσότητα του οποίου πρέπει να καταναλώσει προκειμένου να μεγιστοποιήσει την ευημερία του. Ο καταναλωτής υπηρεσιών υγείας τις περισσότερες φορές δεν γνωρίζει επαρκώς την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, το πως θα βοηθηθεί από την υπηρεσία που του προτείνει ο ιατρός, την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών και την αποτελεσματικότητα που αυτές θα έχουν [27].

Η γνώση όλων των παραπάνω παραμέτρων είναι κτήμα του ιατρού. Ο ιατρός αφού εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με αυτήν. Στην συνέχεια τον ενημερώνει για την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς και για τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την χρήση των παρεμβάσεων αυτών. Αυτό οδηγεί σε ιδιορρυθμία του συστήματος σε σχέση με τις υπόλοιπες αγορές [28].

Ο ιατρός εκτός από παραγωγός υπηρεσιών υγείας, δρα και ως εκπρόσωπος του καταναλωτή, επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο την πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ιατρός δρα αποκλειστικά για το συμφέρον του ασθενούς, οπότε αποτελεί τον τέλειο αντιπρόσωπο, αλλά και περιπτώσεις όπου προσπαθεί να μεγιστοποιήσει το δικό του

συμφέρον (πχ με την διενέργεια περιττών εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων). Η τελευταία κατάσταση περιγράφεται ως προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (supplier induced demand phenomenon) και είναι αποτέλεσμα της ασύμμετρης κατανομής γνώσης μεταξύ των ασθενή και ιατρού.[29-30]. Φυσικά το πώς επιλέγει ο ιατρός κάποιο φάρμακο δεν αποσκοπεί σε προσωπικό του όφελος σε όλες τις περιπτώσεις.

3.1.1 Παράγοντες επιλογής φαρμάκου από τους ιατρούς

Οι ιατροί όταν προτείνουν την χρήση ενός off-patent πρωτοτύπου ή του αντιστοίχου γενοσήμου στους ασθενείς τους, βασίζουν την πρόταση τους στους ακόλουθους παράγοντες :

- Γνωρίζουν το off-patent μετά από χρόνια όπου αυτό ήταν το μοναδικό διαθέσιμο στην αγορά και είναι διστακτικοί στο να αλλάξουν ένα σκεύασμα το οποίο γνωρίζουν καλά [31].
- Έχουν αμφιβολίες για την ασφάλεια, την ποιότητα ή την αποτελεσματικότητα του γενοσήμου φαρμάκου σε σχέση με το πρωτότυπο του[13][32]. Επίσης διατυπώνουν αμφιβολίες σχετικά με την βιοδιαθεσιμότητα του γενοσήμου σε σχέση με το off-patent [33].
- Οι ασθενείς έχοντας συνηθίσει να λαμβάνουν συγκεκριμένο σκεύασμα, και όντας ικανοποιημένοι από αυτό, πιέζουν τους ιατρούς να συνεχίσουν να τους το συνταγογραφούν [34].
- Το κόστος του φαρμάκου, το εισόδημα και η ασφαλιστική ικανότητα του ασθενούς επηρεάζουν την επιλογή του ιατρού. Έτσι, και ανάλογα με τις ανωτέρω επικρατούσες συνθήκες, ο ιατρός επιλέγει φάρμακο το οποίο να επιφέρει μικρότερη οικονομική επιβάρυνση στον ασθενή [13][35]. Σε αυτό τον τομέα, υπάρχουν ιατροί που θεωρούν ότι τα γενόσημα δεν έχουν τόση οικονομική διαφορά σε σχέση με το off-patent πρωτότυπο, ώστε να δικαιολογείται η επιλογή τους [36].
- Επιλέγουν σκεύασμα για το οποίο ενημερώνονται από συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά, ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες ή και ιατρικούς αντιπροσώπους [13][36-37].
- Μεγαλύτερης ηλικίας ιατροί είναι πιο δεκτικοί στην συνταγογράφηση γενοσήμων. Το ίδιο συμβαίνει και με τους νοσοκομειακούς ιατρούς σε σύγκριση με τους ιδιώτες συναδέλφους τους [13][36].

Η εμπιστοσύνη που δείχνει ο ασθενής στην επιλογή συγκεκριμένου φαρμάκου από τον ιατρό του, είτε αυτό είναι off-patent, είτε κάποιο γενόσημο είναι πολύ υψηλή σε γενικά επίπεδα. Άλλωστε η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό του θα πρέπει να είναι από τα βασικά συστατικά της μεταξύ τους σχέσης [38]. Η εμπιστοσύνη προς την επιλογή του ιατρού αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενή [26]. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο πατερναλιστικό μοντέλο ιατρού -ασθενή το οποίο ήταν το επικρατούν τα προηγούμενα χρόνια, και στο οποίο ο ασθενής είχε παθητικό ρόλο, αφήνοντας στον ιατρό το σύνολο των αποφάσεων [38][40-41].

3.2 Η συμμετοχή των φαρμακοποιών στην επιλογή του φαρμάκου

Η συμμετοχή του φαρμακοποιού στην φροντίδα του ασθενή λαμβάνει συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση σε παγκόσμιο επίπεδο [42]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει τον ρόλο του φαρμακοποιού ως "caregiver, communicator, decision-maker, teacher, life-long learner, leader and manager" [43-44]. Οι φαρμακοποιοί συχνά αποτελούν τον τελευταίο επαγγελματία υγείας με τον οποίο αλληλοεπιδρά ο ασθενής πριν από την λήψη του φαρμάκου του και μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή σχετικά με θέματα που αφορούν την φαρμακευτική του περίθαλψη, όπως και να του παράσχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για αυτή [32][45-46]. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είναι δεκτικοί στην ενίσχυση του ρόλου των φαρμακοποιών στην φροντίδα υγείας, παρέχοντας συμβουλευτική και καθοδήγηση και σε άλλους τομείς, όπως στην διακοπή του καπνίσματος [47].

Οι φαρμακοποιοί είναι υπεύθυνοι για την εκτέλεση των ιατρικών συνταγών και την παροχή των απαραίτητων φαρμάκων και υπηρεσιών σχετικών με την φαρμακευτική περίθαλψη στους ασφαλισμένους στα περισσότερα συστήματα υγείας. [48-49]. Έτσι, τα συστήματα υγείας φροντίζουν να παραμετροποιήσουν την διαδικασία αυτή ώστε να βοηθηθεί η εύρυθμη της λειτουργία. Στα πλαίσια της παραμετροποίησης αυτής είναι και η οδηγία προς τους φαρμακοποιούς για υποκατάσταση κατά το δυνατόν των off-patent πρωτοτύπων με γενόσημα τους. Με αυτό τον τρόπο το σύστημα υγείας κάνει τον φαρμακοποιό συμμετοχο στην προσπάθεια του για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η υποκατάσταση μπορεί να φέρει προαιρετικό ή υποχρεωτικό χαρακτήρα. Επίσης, μπορεί να απαιτείται η συναίνεση του συνταγογράφου, του ασθενή ή και των δύο προκειμένου να προχωρήσει ο φαρμακοποιός σε αυτή [50-56].

3.2.1 Παράγοντες επιλογής φαρμάκου από τους φαρμακοποιούς

Οι φαρμακοποιοί σε πολλές περιπτώσεις δεσμεύονται από την επιλογή του ιατρού ή του ασθενή όπως προαναφέρθηκε. Όταν υπάρχουν οι υπόλοιπες προϋποθέσεις και τους δίνεται δικαίωμα επιλογής ή ο ασθενής ζητήσει την βοήθεια τους, οι φαρμακοποιοί επιλέγουν κάποιο συγκεκριμένο σκεύασμα της δραστικής ουσίας που συνταγογραφείται επειδή:

- Τους συμφέρει οικονομικά. Οι φαρμακοποιοί πουλούν φάρμακα, συνεπώς η επιλογή του σκευάσματος πρέπει να τους αποφέρει όφελος. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι φαρμακοποιοί έχουν την διαπραγματευτική δύναμη να αγοράζουν γενόσημα με μεγάλες εκπτώσεις. Η τιμή για κάθε γενόσημο είναι προκαθορισμένη. Συνεπώς, οι φαρμακοποιοί επιλέγουν το γενόσημο που τους αποφέρει το μεγαλύτερο κέρδος λόγω έκπτωσης και χρησιμοποιούν αυτό στην εκτέλεση συνταγών. Στην Ολλανδία οι φαρμακοποιοί λάμβαναν ένα ποσοστό της διαφοράς τιμής μεταξύ του off-patent πρωτοτύπου και του γενοσήμου με το οποίο το αντικαθιστούσαν ως αμοιβή από τον ασφαλιστικό φορέα. Στην Γαλλία οι φαρμακοποιοί έχουν υψηλότερο ποσοστό κέρδους σε μία σειρά από γενόσημα τα οποία δικαιούνται να χρησιμοποιήσουν σε υποκατάσταση του off-patent πρωτοτύπου [57]. Στην Αυστραλία οι φαρμακοποιοί λαμβάνουν προκαθορισμένο χρηματικό ποσό ως κίνητρο για κάθε off-patent που υποκαθιστούν με γενόσημο του [58].

Σε άλλες χώρες όπως την Γερμανία, οι φαρμακοποιοί αποφεύγουν την υποκατάσταση πλην συγκεκριμένων περιπτώσεων. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν προκαθορισμένο ποσοστό κέρδους που είναι ανάλογο της τιμής του φαρμάκου. Εφόσον δεν υπάρχει οικονομικό κίνητρο, και με την αποφυγή της υποκατάστασης του off-patent με γενόσημο του, εξοικονομούν τον χρόνο συζήτησης που θα έκαναν με τον ασθενή προκειμένου να τον ενημερώσουν για τα γενόσημα [57].

- Διατηρούν το σκεύασμα που λαμβάνει ο ασθενής κυρίως αν αυτός είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι δυσκολίες προσαρμογής του ασθενούς στην χρήση του νέου σκευάσματος και εξαλείφεται η πιθανότητα λάθους στην χρήση λόγω παρανόησης [59].

- Το φαρμακείο μπορεί να μην διατηρεί σε στοκ το συνταγογραφούμενο σκεύασμα και να διατηρεί κάποιο άλλο γενόσημο ή το off-patent στην αποθήκη του [60]. Τέτοιες περιπτώσεις παρατηρούνται συχνότερα σε απομακρυσμένες περιοχές, με ελαττωμένο ανταγωνισμό, όπου το κοινό όπου απευθύνεται το φαρμακείο είναι περιορισμένο και συγκεκριμένο. Εφόσον οι

περιστασιακοί πελάτες είναι σπανιότεροι, το φαρμακείο διατηρεί σε στοκ τα σκευάσματα που λαμβάνουν οι σταθεροί του πελάτες [58].

- Υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι θεωρούν ότι η θεραπευτική αξία του φαρμάκου είναι ανάλογη της τιμής του. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι φαρμακοποιοί αποφεύγουν να χορηγήσουν το φθηνότερο φάρμακο, προκειμένου να μην εκφραστεί δυσπιστία στην αξία του φαρμάκου από πλευράς του ασθενούς [61].

Η εμπιστοσύνη που δείχνει ο ασθενής στην επιλογή του φαρμάκου από τον φαρμακοποιό του κινείται σε ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο. Αυτή η διαπίστωση ισχύει σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό για τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Πολύ συχνά οι ιατροί κατευθύνουν τους ασθενείς στο να αναζητήσουν καθοδήγηση από τον φαρμακοποιό σχετικά με τα φάρμακα τους. Υπάρχουν ασθενείς που πιστεύουν ότι οι φαρμακοποιοί γνωρίζουν περισσότερα για τα φάρμακα σε σχέση με τους ιατρούς. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών, ο φαρμακοποιός έρχεται δεύτερος σε βαθμό εμπιστοσύνης από τους ασθενείς, με πρώτο τον ιατρό [59][62-63].

3.3 Το διαδίκτυο ως παράγων διαμόρφωσης της επιλογής του ασθενή

Η ενασχόληση με το διαδίκτυο αποτελεί πλέον σημαντικό τμήμα της καθημερινότητας του ατόμου στις αναπτυγμένες χώρες. Καθώς αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για το σύνολο των θεμάτων που απασχολούν το σύγχρονο άτομο, είναι αναμενόμενη και η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τα θέματα υγείας που το ενδιαφέρουν.

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις όπου ο ασθενής λαμβάνει στοιχεία για την υγεία του πρωταρχικά από το διαδίκτυο. Η επίσκεψη στον ιατρό και η από εκεί παρεχόμενη συμβουλευτική χρησιμοποιείται ως μια δεύτερη γνώμη [64]. Καθώς υπάρχει πάντα η περίπτωση παραπλάνησης, ή λανθασμένης ανάγνωσης της πληροφορίας, η λανθασμένη χρήση του διαδικτύου πιθανό να οδηγήσει σε επιδείνωση του προβλήματός, παρά να οδηγήσει σε ωφέλεια για τον αναγνώστη. Αυτό το ενδεχόμενο είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μοιραστεί τους φόβους του με τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος θα πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη εμπειρία και διάθεση να τον βοηθήσει. [65].

Περνώντας στα θετικά στοιχεία, η ασφαλής ενασχόληση με το διαδίκτυο μπορεί να προσφέρει πληροφορία στον ασθενή και να μειώσει την ασυμμετρία πληροφορίας στην σχέση του με τον ιατρό. Ο ασθενής μπορεί να νιώσει ότι ενισχύεται η θέση του στην σχέση αυτή [66]. Η

περισσότερη γνώση και η ενισχυμένη θέση κινητοποιεί τον ασθενή, ώστε αυτός να προσπαθήσει να εμπλακεί περισσότερο στην διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικών με την υγεία του [67-68]. Ο ενισχυμένος ρόλος του ασθενή οδηγεί σε καλύτερη αίσθηση ελέγχου σχετικά με το πρόβλημα υγείας του, και σε βελτιωμένη θεραπευτική έκβαση [69]. Όλα τα παραπάνω είναι επιθυμητά στα συστήματα υγείας που επιδιώκουν την αλλαγή της θέσης του ασθενή και της σημαντικότητας του ρόλου που αυτός κατέχει στο σύστημα, τοποθετώντας τον στο κέντρο του ενδιαφέροντος (ασθενοκεντρικά συστήματα) [38][70].

Η χρήση του διαδικτύου για αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών είναι ελαττωμένη στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Η διαπίστωση αυτή πιθανώς να οφείλεται στην ούτως ή άλλως λιγότερο ενεργή χρήση του διαδικτύου, σε σχέση με την χρήση που παρατηρείται σε νεότερες ηλικίες. Η καλή οικονομική κατάσταση και το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών μέσω του διαδικτύου. Οι ασθενείς που διαθέτουν τα παραπάνω εφόδια, έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιούν τους υπολογιστές και το διαδίκτυο σε υψηλότερο βαθμό σε σχέση με άτομα που ανήκουν σε λιγότερο ευνοημένες ομάδες του πληθυσμού [39][71-73].

Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο ως πηγή ιατρικής πληροφόρησης αναφέρουν ότι η πρακτική τους αυτή οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχουν σε επαφή με τον ιατρό τους στα ραντεβού. Ο χρονικός περιορισμός που υπάρχει, συχνά δεν επιτρέπει την κάλυψη όλων των αποριών τους από τον ιατρό τους. Ο δεύτερος λόγος είναι η ύπαρξη εμποδίων ως προς την πρόσβαση τους στις ιατρικές υπηρεσίες, όπως ο περιορισμένος αριθμός ραντεβού, ή η έλλειψη της κατάλληλης ιατρικής μονάδας στην περιοχή τους. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του διαδικτύου για αυτή την κατηγορία ασθενών είναι η εύκολη πρόσβαση που έχουν σε αυτό και η δυνατότητα να ερευνήσουν και να καλυφθούν οι απορίες τους για πολλά θέματα, χωρίς την πίεση του χρόνου. Ο μεγαλύτερος προβληματισμός τους έχει να κάνει σχετικά με την αξιοπιστία των πληροφοριών που βρίσκουν [71].

Μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που αναζητεί πληροφορίες στο διαδίκτυο, δεν το αναφέρει κατά την διάρκεια της επίσκεψης στον ιατρό του. Κάποιοι από αυτούς δεν το κάνουν απλά επειδή ο ιατρός δεν έθιξε το θέμα κατά την συνάντησή τους. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει στα υπόψη του την πιθανότητα ο ασθενής να έχει ψάξει για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση που τον απασχολεί πριν από την συνάντησή τους. Θεωρείται σκόπιμο κατά την συλλογή του ιατρικού ιστορικού, να διερευνάται και αυτό το ενδεχόμενο. Το γνωστικό υπόβαθρο του ιατρού

σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης στο διαδίκτυο, είναι απαραίτητο ώστε να καθοδηγήσει τον ασθενή προς τις αξιόπιστες. Στα πλαίσια της ιατρικής συμβουλής, θα πρέπει να είναι διαθέσιμος και πρόθυμος να συνδράμει στην αξιολόγηση της παρεχόμενης από το διαδίκτυο πληροφορίας,. Με αυτό τον τρόπο θα βοηθήσει στην ενίσχυση της γνώσης, και συνεπώς στην ενδυνάμωση της θέσης του ασθενή [70-73].

3.4 Άλλοι παράγοντες

3.4.1 Οικογένεια και κοινωνικός περίγυρος

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι ασθενείς εμπιστεύονται πληροφορίες σχετικές με την υγεία τους, προερχόμενες από εμπειρίες και προσωπικές ιστορίες που προσλαμβάνουν από τους οικείους τους [74-78]. Οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη βάση στις εμπειρίες ατόμων που γνωρίζουν προσωπικά, όπως αυτά που απαρτίζουν την οικογένεια τους, παρά σε ιστορίες που μεταδίδονται από τα ΜΜΕ [74][76]. Όταν ο ασθενής πάσχει από κάποια χρόνια νόσο, είναι ακόμη πιο πιθανό να αποταθεί προς την οικογένεια και τους φίλους, όπως και να είναι πιο δεκτικός γενικά σε διάφορες πηγές πληροφόρησης. Μάλιστα, όσο μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα ή ο συνδυασμός προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει, τόσο πιο δεκτικός είναι στην πρόσληψη της πληροφορίας, αλλά και στην διάθεση του να αναζητήσει βοήθεια από τους γύρω του [75]. Ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί σε φίλους και οικογένεια και για άλλες πληροφορίες σχετικές με την υγεία, όπως για το κάπνισμα και τις παρενέργειες του [77]. Η εμπιστοσύνη που δείχνεται προς τον κοινωνικό περίγυρο αν και είναι σε υψηλά επίπεδα, είναι χαμηλότερη από αυτή που υπάρχει προς τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως προς τον προσωπικό ιατρό του ασθενή [74-78].

3.4.2 Άλλοι ασθενείς, ομάδες υποστήριξης, ενώσεις ασθενών

Οι ασθενείς τείνουν να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικές με την ασθένειά τους από άλλους ασθενείς [79-81], αλλά και από ομάδες και ενώσεις ασθενών [76][82-84]. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες αυτές, έχοντας κοινά βιώματα και ανησυχίες, μπορούν να μοιραστούν τους προβληματισμούς τους και τις εμπειρίες τους, και να προσφέρουν ψυχολογική και ηθική συμπαράσταση [84]. Τα οφέλη της συμμετοχής του ασθενή σε κάποια τέτοια ομάδα είναι πολλά, συμπεριλαμβανόμενης της πληροφόρησης. Ο ασθενής μπορεί να λάβει πληροφορίες για την ασθένειά του και συμβουλές και εμπειρίες για την φαρμακευτική του αγωγή, τις

διάφορες διαθέσιμες θεραπείες, τους ιατρούς που ασχολούνται με την πάθηση του και κουράρουν άλλα μέλη της ομάδας. Λόγω της κατάστασης τους, οι ασθενείς συχνά είναι ευάλωτοι σε προσπάθειες εκμετάλλευσης, καθώς αναζητούν από πολλές πηγές πληροφόρηση και συμπαράσταση [75]. Προκειμένου να αποφευχθεί η εξαπάτηση τους, απαιτείται κριτική σκέψη κατά την επιλογή της ομάδας στην οποία θα αποφασίσουν να συμμετάσχουν [85].

3.4.3 Τα παραδοσιακά ΜΜΕ (Τηλεόραση, Ραδιόφωνο, Εφημερίδες). Η διαφήμιση.

Η άνοδος της δημοφιλίας του διαδικτύου ως μέσου ενημέρωσης οδήγησε σε αναδιάρθρωση τα παραδοσιακά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης προκειμένου να ανταπεξέλθουν στον ανταγωνισμό. Οι εφημερίδες προσανατολίζονται προς τις διαδικτυακές τους εκδόσεις και απομακρύνουν τους εξειδικευμένους ιατρικούς τους συντάκτες. Στην τηλεόραση αυξάνονται τα νέα για την υγεία αλλά μειώνεται η μέση κάλυψη τους [86]. Οι ιατρικοί συντάκτες δηλώνουν ότι σημασία έχει η ακρίβεια του ρεπορτάζ και αδιαφορούν για τις πιθανές συνέπειες που προκύπτουν από την μετάδοση του, μία προσέγγιση η οποία μπορεί να επιφέρει βλαπτικά αποτελέσματα [87]. Στις ΗΠΑ, 4 στους 10 ενήλικους παρακολουθούν στενά τις ιστορίες για την υγεία [89], με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον να δείχνουν σε ιστορίες που αναφέρονται σε επικίνδυνες ασθένειες και φαινόμενα πανδημίας, ή ιστορίες που αναφέρονται σε θέματα υγείας με τα οποία έχουν οι ίδιοι προσωπική σχέση. Η κάλυψη των νέων σχετικά με την υγεία δεν είναι ιδιαίτερα υψηλής ποιότητας, και αυτό συμβαίνει κυρίως σε θέματα που αφορούν καινοτόμες θεραπείες [90]. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται εξάπλωση της ιατρικής διαφήμισης, η οποία είναι στοχευμένη προς τον ασθενή- καταναλωτή [91]. Οι ασθενείς, ενώ έχουν πληροφόρηση από πλήθος πλευρών, νιώθουν απροετοίμαστοι όταν κληθούν να συμμετάσχουν σε αποφάσεις σχετικές με την περίθαλψη τους [92]. Με άλλα λόγια, παρά την μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία, το κοινό είναι εκτεθειμένο σε παραπληροφόρηση [86-92].

Στην Ελλάδα απαγορεύεται η διαφήμιση συνταγογραφούμενων φαρμάκων που να απευθύνεται στο κοινό [93]. Σε χώρες όπου επιτρέπεται η διαφήμιση και η προώθηση αυτών των φαρμάκων στους καταναλωτές έχει δείξει ότι έχει απήχηση. Ο ασθενής κάνει περισσότερες ιατρικές επισκέψεις και ζητάει την συνταγογράφηση των διαφημιζόμενων φαρμάκων. Μάλιστα υπάρχει έντονη έκφραση δυσαρέσκειας όταν η επιθυμία αυτή δεν γίνεται αποδεκτή από τον ιατρό [94]. Με την διαφήμιση οι εταιρίες πείθουν τους καταναλωτές να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους με τα δικά τους προϊόντα, αλλά και δημιουργούν προκλητή ζήτηση, παρέχοντας φάρμακα για κοινά και ήπια συμπτώματα [95].

Δημιουργία ρυθμιστικού πλαισίου από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με τις προσφερόμενες πληροφορίες από τα διαφημιστικά μηνύματα, όπως η υποχρέωση των διαφημιζόμενων να περιλαμβάνουν το σύνολο των πιθανών ρίσκων και των απόλυτων ωφελειών από κάθε προτεινόμενη θεραπεία, θα δώσει στον ασθενή τα κατάλληλα εφόδια ώστε να μην πέφτει θύμα παραπληροφόρησης [96]. Σε αντιμετώπιση της προκαλούμενης από την διαφήμιση αίτησης για συνταγογράφηση, ο ιατρός αφού εντοπίσει την πραγματική αιτία που ώθησε σε αυτό το αίτημα τον ασθενή, θα διαμορφώσει με τρόπο τέτοιο την αρνητική απάντηση, ώστε να είναι κλινικά σωστή, αλλά και ικανοποιητική για τον ασθενή. [97].

4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο Έλληνας ασθενής μετά την επίσκεψη του στον ιατρό θα κληθεί να μεταβεί στο φαρμακείο, όπου και θα εκτελεστεί η συνταγή με τα φάρμακα του. Στον χώρο του φαρμακείου ο ασθενής θα κληθεί να επιλέξει φαρμακευτικό σκεύασμα για την κάθε δραστική που συνταγογραφεί ο ιατρός. Αυτή η επιλογή μπορεί να είναι απλή στην περίπτωση όπου κυκλοφορεί μόνο ένα σκεύασμα (περίπτωση φαρμάκου που βρίσκεται ακόμη σε καθεστώς προστασίας). Στην περίπτωση όμως των off-patent πρωτοτύπων και των γενοσήμων τους, όπου κυκλοφορούν δύο ή περισσότερα σκευάσματα που διαθέτουν την απαραίτητη φαρμακομορφή και συγκέντρωση δραστικής ουσίας ώστε να καλύπτουν την ιατρική εντολή, η επιλογή γίνεται πιο περίπλοκη.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την επιλογή φαρμακευτικού σκευάσματος από τον Έλληνα ασθενή, όταν τα διαθέσιμα και ικανά να καλύψουν την ιατρική εντολή είναι περισσότερα του ενός (περίπτωση off-patent πρωτοτύπου με ένα ή περισσότερα γενόσημα).

Οι στόχοι της έρευνας είναι :

1. Ο εντοπισμός των προαναφερόμενων παραγόντων στην βιβλιογραφία.
2. Η εξαγωγή δεδομένων σχετικών με τους παράγοντες αυτούς από τους Έλληνες πολίτες
3. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και η εξαγωγή αποτελεσμάτων
4. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η συσχέτιση τους με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία και η συζήτηση επί των αποτελεσμάτων.

Μέσω της επίτευξης των ανωτέρω στόχων, θα απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα που σχετίζεται με την φύση των παραγόντων που καθορίζουν την επιλογή συγκεκριμένου σκευάσματος από τα διαθέσιμα για την συνταγογραφημένη δραστική ουσία. Ένα δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που θα απαντηθεί είναι το κατά πόσο οι ασθενείς εμπιστεύονται τον καθένα από αυτούς τους συμβουλευτικούς παράγοντες,.

5. Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Τα εργαλεία της έρευνας

Τα δεδομένα που παραχωρήθηκαν για την περάτωση της παρούσας εργασίας προέρχονται από μία σειρά ερευνών που διεξήχθησαν σε εθνικό επίπεδο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ). Οι συγχρονικές αυτές μελέτες διεξήχθησαν το 2002, 2006, 2011 και 2015 και δεν ήταν διαχρονικές. Η μελέτη του 2015 σχεδιάστηκε ώστε να ολοκληρωθεί σε 4 κύματα, και τα δεδομένα προέρχονται από το πρώτο κύμα της έρευνας [98].

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τηλεφωνικές συνεντεύξεις με την χρήση του συστήματος CATI και την βοήθεια ενός γραπτού δομημένου ερωτηματολογίου. Το σύστημα CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) είναι ένα δομημένο σύστημα συλλογής μικροδεδομένων (microdata) μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Το κύριο πλεονέκτημα του είναι η ταχύτητα συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων [99].

Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου ως προς την μορφή, την δομή, αλλά και τον έλεγχο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του, διενεργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [100-102]. Στην συνέχεια το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε από την ΕΣΔΥ βάσει των ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και την γενικότερη κατάσταση στην οποία βρίσκεται η χώρα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο. Το δομημένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων αποτελούνταν από 145 ερωτήσεις που κάλυπταν 5 θεματικές ενότητες. Οι ενότητες αυτές αναφερόταν στην κατάσταση υγείας του συνεντευξιζόμενου, τον βαθμό χρήσης και τα έξοδα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τον βαθμό χρήσης και τα έξοδα στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τα φάρμακα, και τέλος, τα δημογραφικά στοιχεία του συνεντευξιζόμενου [98]. Το τμήμα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με τις πηγές ενημέρωσης του κοινού για τις διαθέσιμες επιλογές στην φαρμακευτική περίθαλψη του, και ερωτήσεις διαβάθμισης όπου ο ερωτώμενος καλείται να βαθμολογήσει την εμπιστοσύνη που έχει σε κάθε μία από τις παραπάνω πηγές.

Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics, άδεια χρήσεως του οποίου παρέχεται από το Τμήμα κατά την διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών. Διενεργήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις των ποιοτικών μεταβλητών και συνδυαστικές περιγραφικές αναλύσεις (διμεταβλητών), με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων. Σε επιλεγμένες διμεταβλητές διενεργήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης.

5.2 Επιλογή του πληθυσμού

Αντικειμενικός πληθυσμός (target population) είναι το σύνολο των μελών για το οποίο είναι επιθυμητή η εξαγωγή συμπερασμάτων [103]. Στην συγκεκριμένη έρευνα, ο πληθυσμός αυτός είναι οι κάτοικοι της Ελλάδας, ηλικίας 18 ετών και άνω. Πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε ένα σχεδιασμένο πανελλαδικό δείγμα 2005 ατόμων, ενώ πραγματοποιήθηκαν 2012 συνεντεύξεις. Η συλλογή δεδομένων διεξήχθη κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος της έρευνας της ΕΣΔΥ του 2015. Οι συνεντεύξεις του πρώτου κύματος διενεργήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα από 22 Ιουλίου έως και 5 Σεπτεμβρίου 2015 [98].

Σύμφωνα με την μέθοδο δειγματοληψίας βάσει προκαθορισμένων ποσοστών, ο στατιστικός αναλυτής συμπεριλαμβάνει στο δείγμα του μονάδες του πληθυσμού με τέτοιο τρόπο, ώστε το τελικό δείγμα να έχει εκπροσώπους από κάθε κατηγορία του πληθυσμού. Μάλιστα, η αναλογία της κάθε κατηγορίας είναι ίση με αυτή που ισχύει για τον συνολικό πληθυσμό. Οι κατηγορίες ορίζονται με βάση δημογραφικά κριτήρια όπως φύλο, ηλικία κλπ. [103-104]. Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι το χαμηλότερο κόστος και το μικρότερο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ολοκλήρωση της έρευνας, ενώ στα μειονεκτήματα ανήκουν η έλλειψη τυχαιότητας και η εκδήλωση μεροληψίας από πλευράς των συνεντευκτών [104].

Το δείγμα, το οποίο είναι βασισμένο ως μία στρωματοποιημένη Πανελλαδική δειγματοληψία, κατανεμήθηκε με την μέθοδο των ποσοστώσεων, (quota sampling), με αναλογία κατοίκων ως προς τις περιφέρειες, την αστικότητα, το φύλο και την ηλικία τους. Για την στρωματοποίηση του πληθυσμού αξιοποιήθηκαν οι διοικητικές διαιρέσεις της χώρας σε NUTS, όπως ίσχυαν μέχρι το 2010, πριν την εφαρμογή του «Καλλικράτη».

Ο όρος NUTS (Γαλλικά: *Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques*, Αγγλικά: *Nomenclature of Territorial Units for Statistics*) μεταφράζεται στα ελληνικά ως κοινή ονοματολογία των εδαφικών μονάδων για στατιστική. Είναι ένα ιεραρχικό σύστημα που εφαρμόζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για διαίρεση των περιοχών των κρατών μελών, κυρίως για στατιστικούς λόγους. Η τρέχουσα NUTS είναι η 2016 και ξεκίνησε να ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2018 [105]. Η κωδικοποίηση έγινε σε επίπεδα, όπου κάθε επίπεδο αποτελείται από τον ISO 3166-1 (alpha-2) κωδικό της. Το ISO 3166 είναι το διεθνές πρότυπο για τους κωδικούς των χωρών και τους κωδικούς των υποδιαίρέσεων τους [106-107].

Για τις απαιτήσεις της έρευνας με βάση την παραπάνω κατανομή του πληθυσμού, προσδιορίστηκαν 111 Αντιπροσωπευτικές Δειγματοληπτικές Μονάδες (ΑΔΜ), που κατανεμήθηκαν σε επίπεδο περιφερειών, βάσει βαθμού αστικότητας τόπου διαμονής, φύλου και ηλικίας. Η κατανομή των ΑΔΜ στα στρώματα δειγματοληψίας πραγματοποιήθηκε σε τρία διαδοχικά στάδια: (α) τον υπολογισμό αριθμού μονάδων ανά στρώμα (περιοχή), (β) τον καθορισμό δείγματος ανά αστικότητα για κάθε στρώμα (περιοχή) και (γ) τον καθορισμό δείγματος ανά φύλο και ηλικία για κάθε στρώμα (περιοχή). Η κατανομή διεξήχθη έτσι ώστε η κάθε ΑΔΜ να μπορεί να αποκτήσει συγκεκριμένο πλαίσιο quotas, πλαίσιο που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί κατά την διάρκεια συλλογής των συνεντεύξεων.

Για κάθε ΑΔΜ έγινε τυχαία επιλογή αιτούμενου για την παρούσα έρευνα αριθμού τηλεφώνων, από το σύνολο των τηλεφωνικών συνδέσεων που είναι καταγεγραμμένες στην γεωγραφική περιοχή της κάθε ΑΔΜ.

Προκειμένου να επιλεγεί το μέλος του νοικοκυριού όπου θα έδινε την συνέντευξη, ο ερευνητής είχε σαφή ηλεκτρονική εικόνα των διαθέσιμων quotas για την κάθε ΑΔΜ.. Σε περίπτωση καταλληλότητας με τον ερωτώμενο, συνεχιζόταν η συνέντευξη. Στην περίπτωση που δεν υπήρχε καταλληλότητα, ο ερευνητής ζητούσε αν υπάρχει στο νοικοκυριό άλλο διαθέσιμο άτομο το οποίο να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές των διαθέσιμων quotas.

Με βάση όλα τα παραπάνω, και με την αυστηρή τήρηση των quotas, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης του πρώτου κύματος της έρευνας κυμάνθηκε στο 10.9%. Η μέση χρονική διάρκεια της κάθε διενεργούμενης συνέντευξης ανήλθε στα 25 λεπτά της ώρας.

6. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα σύμφωνα με τα δημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία) είχαν την εξής κατανομή :

Πίνακας 6.1 : Κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα ανά φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άνδρας	970	48,4
Γυναίκα	1033	51,6
Σύνολο	2003	100,0

Πίνακας 6.2 : Κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα ανά ηλικιακή ομάδα

	Συχνότητα	Ποσοστό %
18 - 24	185	9,2
25 - 39	510	25,5
40 - 54	532	26,6
55- 64	304	15,2
65 +	472	23,6
Σύνολο	2003	100,0

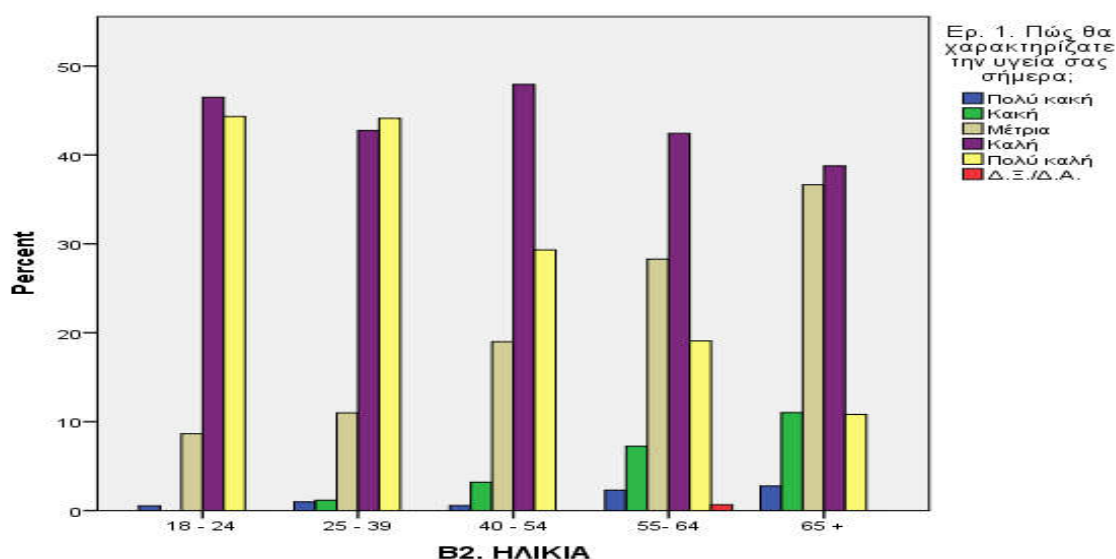
Η κατανομή αντικατοπτρίζει την εικόνα του πληθυσμού της Ελλάδας δημογραφικά, με την αναλογία της κάθε ομάδας να αντικατοπτρίζει την εικόνα της στον γενικό πληθυσμό. Στην συνέχεια εξετάστηκε η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του φύλου, της ηλικίας και της άποψης που έχουν οι ερωτώμενοι για την κατάσταση της ηλικίας τους.

Πίνακας 6.3 : Εικόνα για την προσωπική υγεία των συμμετεχόντων συναρτήσει του φύλου

	Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;						Σύνολο
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Δ.Ξ./Δ.Α.	
Άνδρας	18	36	172	458	286	0	970
Γυναίκα	11	61	260	413	286	2	1033
Σύνολο	29	97	432	871	572	2	2003

Πίνακας 6.4 : Εικόνα για την προσωπική υγεία των συμμετεχόντων συναρτήσει της ηλικίας τους

		Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;						Σύνολο
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Δ.Ξ./Δ.Α.	
B2. ΗΛΙΚΙΑ	18 - 24	1	0	16	86	82	0	185
	25 - 39	5	6	56	218	225	0	510
	40 - 54	3	17	101	255	156	0	532
	55- 64	7	22	86	129	58	2	304
	65 +	13	52	173	183	51	0	472
Σύνολο		29	97	432	871	572	2	2003



Εικόνα 6.1 : Γραφική παράσταση της εικόνας που έχουν για την υγεία τους οι συμμετέχοντες συναρτήσει της ηλικίας τους

Πίνακας 6.5 : Linear regression. Εξαρτημένη μεταβλητή η εικόνα του ερωτώμενου για την υγεία του, ανεξάρτητη η ηλικία του ερωτώμενου.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	149,391	1	149,391	15,289	,000 ^b
	Residual	19552,410	2001	9,771		
	Total	19701,801	2002			

a. Dependent Variable: Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;

b. Predictors: (Constant), B2. ΗΛΙΚΙΑ

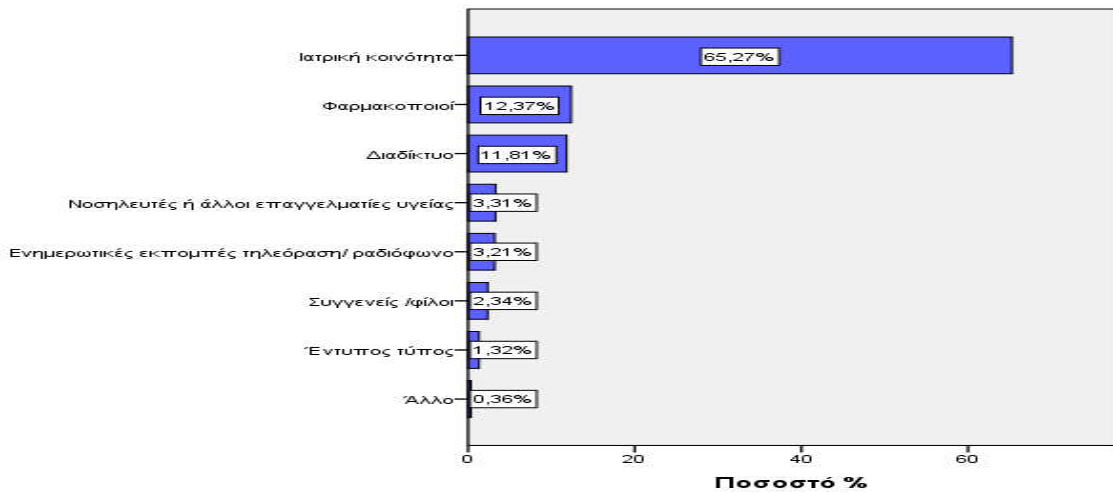
Όπως ήταν αναμενόμενο, με την άνοδο της ηλικίας, η εικόνα που έχουν οι ερωτηθέντες για την υγεία τους (αλλά και η πραγματική υγεία), επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

6.2 Πηγές ενημέρωσης για τις διαθέσιμες επιλογές στην φαρμακευτική περίθαλψη.

Μετά από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που εξήχθησαν από τις απαντήσεις του δείγματος, προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης του Ελληνικού κοινού για τις επιλογές που διαθέτει στην φαρμακευτική του περίθαλψη :

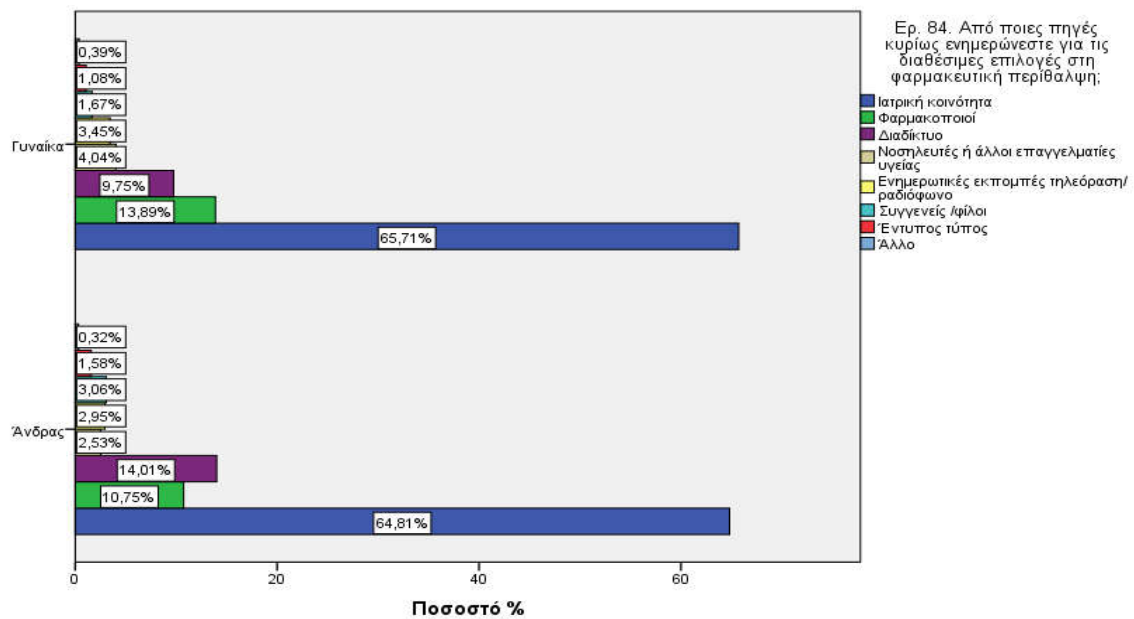
Πίνακας 6.6 : Από ποιες πηγές κυρίως ενημερώνεστε για τις διαθέσιμες επιλογές στην φαρμακευτική περίθαλψη ;

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ιατρική κοινότητα	1282	64,0
Φαρμακοποιοί	243	12,1
Διαδίκτυο	232	11,6
Νοσηλευτές ή άλλοι επαγγελματίες υγείας	65	3,2
Ενημερωτικές εκπομπές τηλεόραση/ ραδιόφωνο	63	3,1
Συγγενείς /φίλοι	46	2,3
Δεν Απαντώ	39	1,9
Έντυπος τύπος	26	1,3
Άλλο	7	,3
Σύνολο	2003	100,0



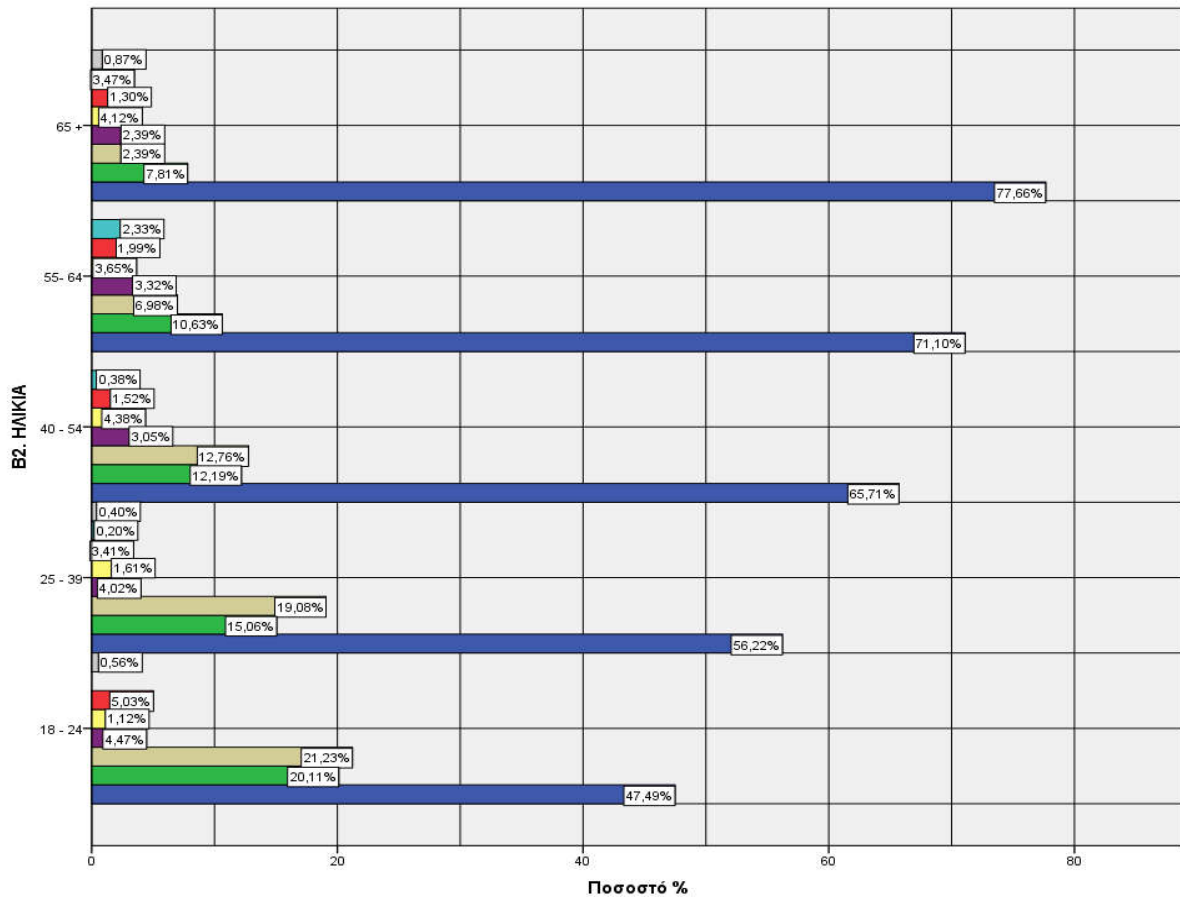
Εικόνα 6.2 : Από ποιες πηγές κυρίως ενημερώνεστε για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη;

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, για τους Έλληνες η Ιατρική κοινότητα αποτελεί την πρώτη πηγή ενημέρωσης για την φαρμακευτική περίθαλψη. Ακολουθούν οι φαρμακοποιοί, οι οποίοι προηγούνται με ελάχιστη διαφορά του διαδικτύου. Οι υπόλοιποι παράγοντες που σχολιάστηκαν κατά την εργασία ακολουθούν σε πολύ μικρότερα ποσοστά, της τάξεως του 3% ή και μικρότερα.



Εικόνα 6.3: Πηγές ενημέρωσης για τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης ανά φύλο

Η εικόνα μεταξύ των δύο φύλων είναι περίπου ίδια, με τους άνδρες να ενημερώνονται περισσότερο από το διαδίκτυο παρά από τους φαρμακοποιούς, αντιστρέφοντας την δεύτερη και την τρίτη θέση των πηγών ενημέρωσης.

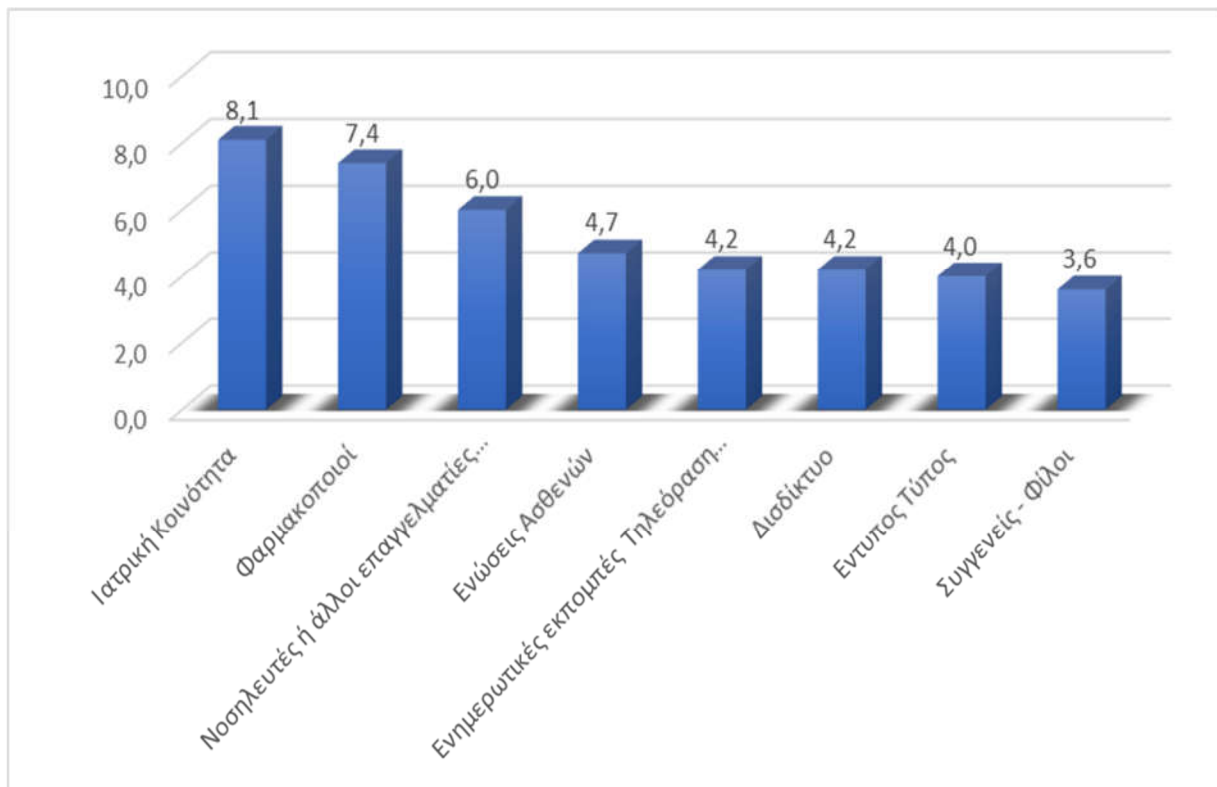


Εικόνα 6.4 : Πηγές ενημέρωσης για τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης ανά ηλικία

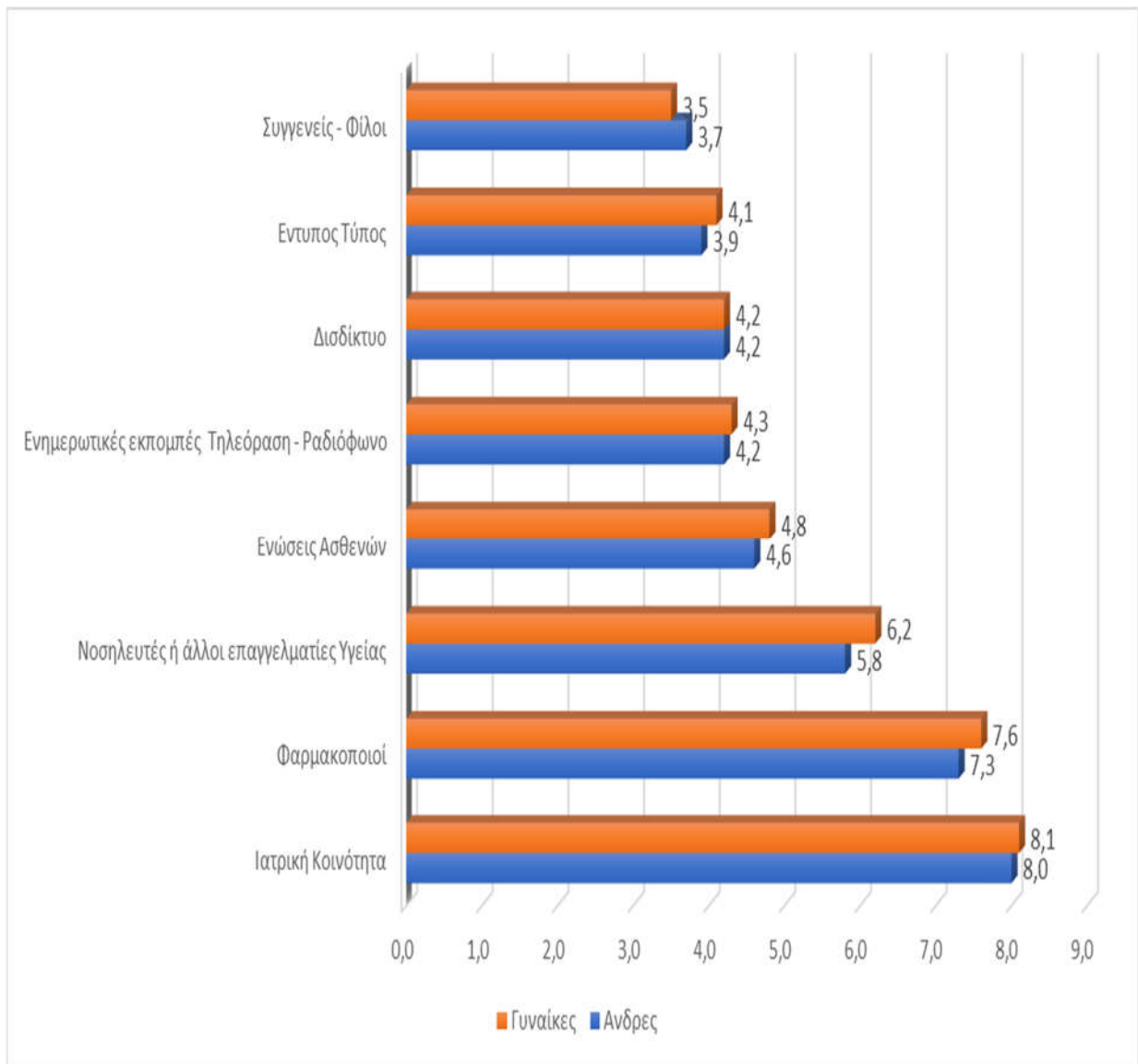
Όσο αυξάνεται η ηλικία εντοπίζεται μία αύξηση της ενημέρωσης από τον ιατρό, φθάνοντας στο 77,66 % για τις ηλικίες άνω των 65. Αντίθετα, όσο πιο μικρές είναι οι ηλικίες, τόσο αυξάνεται ο ρόλος του διαδικτύου, το οποίο αποτελεί την δεύτερη πηγή ενημέρωσης μέχρι και στην ηλικιακή ομάδα 40-54. Και ο ρόλος των φαρμακοποιών βαίνει μειούμενος με την αύξηση της ηλικίας. Έτσι, από το περίπου 20% το οποίο είναι το ποσοστό που οι φαρμακοποιοί αποτελούν την πηγή ενημέρωσης στις ηλικίες 18-24, καταλήγει στο 7,81 % για τις ηλικίες άνω των 65. Το διαδίκτυο αποτελεί την δεύτερη πηγή πληροφόρησης στις ηλικίες 18-24 και 25-39. Στις ηλικίες 39-54 σχεδόν ισοβαθμεί με τους φαρμακοποιούς, και στις μεγαλύτερες ηλικίες βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα.

6.3 Εμπιστοσύνη στις διαθέσιμες πηγές για την φαρμακευτική περίθαλψη.

Αφού εντοπίστηκαν οι πηγές ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού για την φαρμακευτική του περίθαλψη, στην συνέχεια αναλύθηκε ο βαθμός εμπιστοσύνης τον οποίο διαθέτει για κάθε μία από αυτές. Προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για αυτό το ερώτημα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να βαθμολογήσουν με κλίμακα από το 1 έως 10 την εμπιστοσύνη που έχουν σε μια σειρά πιθανών πηγών πληροφόρησης, ως προς τις διαθέσιμες επιλογές φαρμάκου για την φαρμακευτική τους περίθαλψη. Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, οι Έλληνες δείχνουν ιδιαίτερα μεγάλη εμπιστοσύνη στην ιατρική κοινότητα προκειμένου να ενημερωθούν για την επιλογή φαρμάκου. Δεύτεροι είναι οι ούτως ή άλλως ειδικοί στο φάρμακο φαρμακοποιοί. Την τρίτη θέση καταλαμβάνουν οι νοσηλευτές, με εμπιστοσύνη υψηλότερη του μέσου όρου.

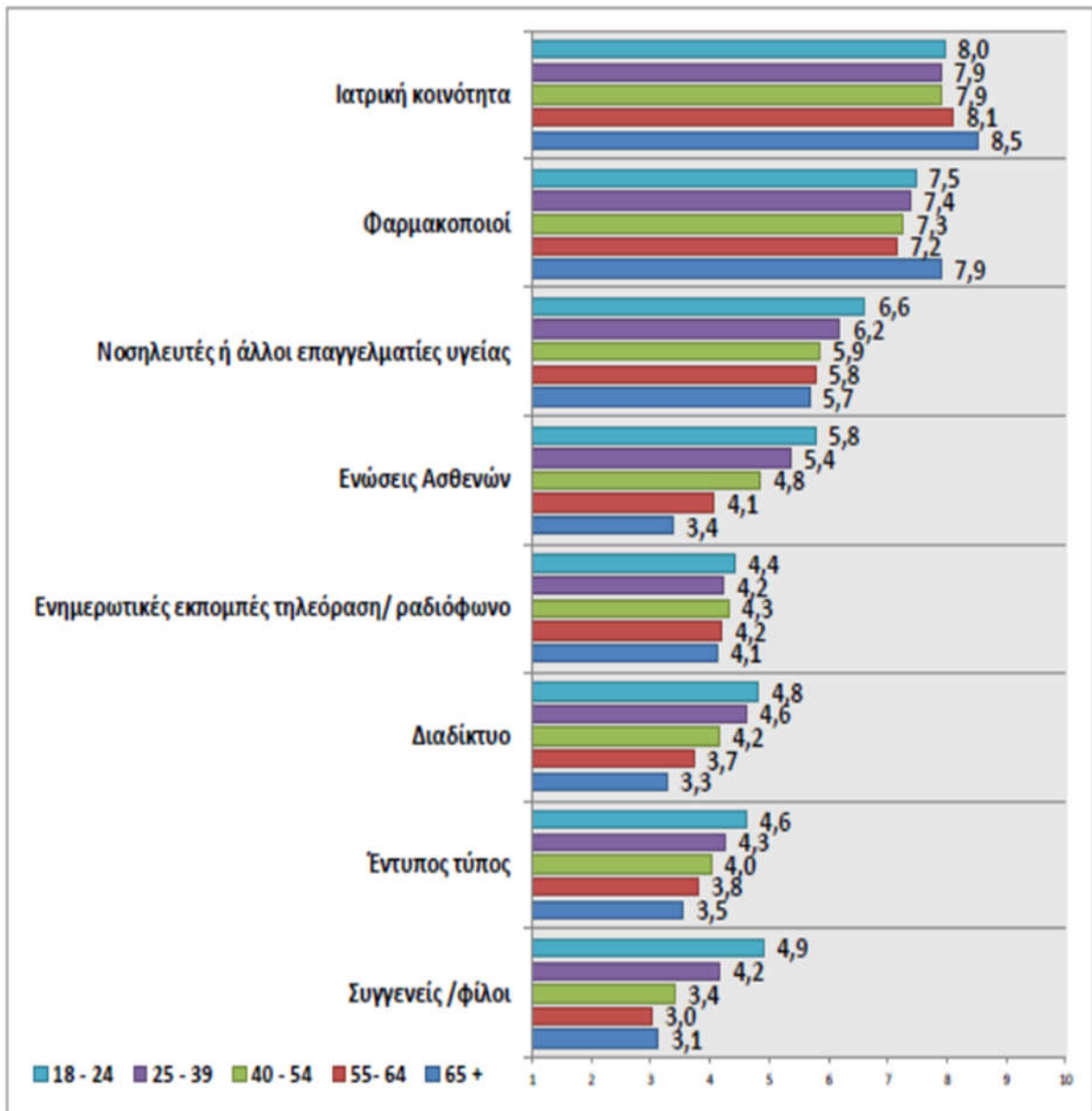


Εικόνα 6.5 : Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου); Σύνολο του Δείγματος.



Εικόνα 6.6 : Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου); Απαντήσεις βάσει φύλου.

Η κατάταξη εμπιστοσύνης είναι η ίδια για τα δύο φύλα. με τους άνδρες να εμφανίζουν ελαφρώς ελαττωμένο βαθμό εμπιστοσύνης σε σχέση με τις γυναίκες σχεδόν για το σύνολο των πηγών πληροφόρησης.



Εικόνα 6.7 : Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περιθάλψη (επιλογή φαρμάκου); Απαντήσεις βάσει ηλικιακής ομάδας

Η ανάλυση των απαντήσεων βάσει ηλικιακής ομάδας οδηγεί επίσης σε χρήσιμα συμπεράσματα. Οι ηλικιωμένοι δείχνουν την υψηλότερη εμπιστοσύνη σε ιατρούς και φαρμακοποιούς και την μικρότερη σε όλες τις υπόλοιπες πηγές πληροφόρησης, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το διαδίκτυο. Οι νέοι ενήλικες 18-24 είναι αυτοί που δείχνουν την υψηλότερη εμπιστοσύνη σε όλες τις υπόλοιπες πηγές. Ακόμη και αυτοί όμως, δείχνουν εμπιστοσύνη κάτω του μέσου όρου στο διαδίκτυο.

Ακολουθούν πίνακες linear regression για ιατρική κοινότητα και φαρμακοποιούς.

Πίνακας 6.7 : Linear regression. Εξαρτημένη μεταβλητή η εμπιστοσύνη στην ιατρική κοινότητα, ανεξάρτητη η ηλικία του ερωτώμενου.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	196,762	1	196,762	2,694	,101 ^b
	Residual	146121,378	2001	73,024		
	Total	146318,140	2002			

a. Dependent Variable: Ερ. 85.1. Ιατρική κοινότητα - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

b. Predictors: (Constant), B2. ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 6.8 : Linear regression. Εξαρτημένη μεταβλητή η εμπιστοσύνη στην ιατρική κοινότητα, ανεξάρτητη η εικόνα της υγείας του ερωτώμενου.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,193	1	3,193	,044	,834 ^b
	Residual	146314,946	2001	73,121		
	Total	146318,140	2002			

a. Dependent Variable: Ερ. 85.1. Ιατρική κοινότητα - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

b. Predictors: (Constant), Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;

Πίνακας 6.9 : Linear regression. Εξαρτημένη μεταβλητή η εμπιστοσύνη στους φαρμακοποιούς, ανεξάρτητη η ηλικία του ερωτώμενου.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1246,178	1	1246,178	9,759	,002 ^b
	Residual	255515,109	2001	127,694		
	Total	256761,287	2002			

a. Dependent Variable: Ερ. 85.2. Φαρμακοποιοί - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

b. Predictors: (Constant), B2. ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 6.10 : Linear regression. Εξαρτημένη μεταβλητή η εμπιστοσύνη στους φαρμακοποιούς, ανεξάρτητη η εικόνα της υγείας του ερωτώμενου.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,989	1	7,989	,062	,803 ^b
	Residual	256753,298	2001	128,312		
	Total	256761,287	2002			

a. Dependent Variable: Ερ. 85.2. Φαρμακοποιοί - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

b. Predictors: (Constant), Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κατεύθυνση στην οποία προσανατολίζεται η πολιτική στην Ελληνική αγορά του φαρμάκου τα τελευταία χρόνια, αποσκοπεί στην αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων, είτε λόγω της Μνημονιακής υποχρέωσης της χώρας, είτε λόγω της εξοικονόμησης πόρων με την αυξημένη χρήση τους για το σύστημα υγείας. Όπως έχει σχεδιαστεί το σύστημα, η τελική συγκατάθεση του ασθενή καθορίζει την χρήση ή όχι γενοσήμου, καθώς είναι αυτός που επιλέγει το σκεύασμα που θα προμηθευτεί κατά την επίσκεψη του στο φαρμακείο.

Με βάση τα παραπάνω, η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την επιλογή του ασθενή κατά την επιλογή του φαρμάκου, όπως επιχειρεί και η παρούσα έρευνα, οδηγεί σε χρήσιμες πληροφορίες. Οι παράγοντες αυτοί είναι πιθανοί σύμμαχοι του συστήματος υγείας στην προσπάθεια εξάπλωσης της χρήσης γενοσήμων. Συνεπώς η γνώση για την βαρύτητα που έχει ο καθένας από αυτούς στην επιλογή του ασθενή είναι χρήσιμη κατά τον σχεδιασμό της πολιτικής για την διείσδυση των γενοσήμων.

7.1 Τα Ευρήματα της έρευνας.

Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώθηκαν πολλές ομοιότητες και κοινά στοιχεία με άλλους πληθυσμούς που έχουν μελετηθεί και υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στην βιβλιογραφία.

Οι Έλληνες θεωρούν ότι πρωταρχική πηγή για την πληροφόρηση τους για τις διαθέσιμες εναλλακτικές τους στην επιλογή φαρμάκου είναι η ιατρική κοινότητα. Το εύρημα συμβαδίζει με όσα περιγράφονται στην βιβλιογραφία, καθώς συχνά περιγράφεται η πρωτοκαθεδρία του ιατρού ως πηγή ενημέρωσης [13][39][46][50-52][62-63][73-74][78]. Σε όλες τις πηγές που αναφέρθηκαν ανωτέρω, τονίζεται και ο υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης που έχει ο ασθενής στην πρόταση του ιατρού του. Όπως βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα, ο βαθμός εμπιστοσύνης προς τον ιατρό μεγαλώνει με την άνοδο της ηλικίας του ασθενή [39][46][62-63].

Στην συνέχεια, ο δεύτερος παράγοντας από άποψη σημαντικότητας είναι οι φαρμακοποιοί. Και σε αυτή την περίπτωση τα ευρήματα της έρευνας συμβαδίζουν με την προϋπάρχουσα εμπειρία [32][39][46-47][50-51][53][59][63]. Ο βαθμός εμπιστοσύνης και για αυτή την πηγή πληροφόρησης είναι υψηλός, και τείνει να αυξάνεται με την ηλικία του ασθενή [39][46][62-63].

Ως τρίτη πηγή πληροφόρησης στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρεται το διαδίκτυο, αναδεικνύοντας τον βασικό ρόλο που παίζει και στην Ελλάδα, όπως και στις υπόλοιπες χώρες όπου έχει εντοπιστεί η ίδια εικόνα [51][64-68][71-74]. Όπως έχει εντοπιστεί και σε άλλες έρευνες, παρόλη την υψηλή θέση που κατέχει ως πηγή πληροφόρησης, το διαδίκτυο δεν χαίρει και της ανάλογης εμπιστοσύνης από τους χρήστες [51][62][71-74], αν και υπάρχει έρευνα που εμφανίζει αντίθετα αποτελέσματα, με πολύ υψηλή εμπιστοσύνη στο διαδίκτυο [78]. Η χρήση και η εμπιστοσύνη στο διαδίκτυο είναι υψηλότερη στις μικρές και μέσες ηλικίες σε σχέση με τις μεγαλύτερες, πιθανότατα και λόγω της πολύ μεγαλύτερης εξοικείωσης που έχουν οι νεότεροι με το μέσο αυτό.

Την τρίτη θέση στην κλίμακα εμπιστοσύνης σε αυτή την έρευνα λαμβάνουν οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες αυτοί γενικά χαίρουν εμπιστοσύνης στην βιβλιογραφία [39][62][76]. Βέβαια, αν και οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι θεωρούν την προαναφερθείσα ομάδα άξια εμπιστοσύνης, μόλις το 3% τους είχε αναφέρει ως πηγή πληροφόρησης.

Εντυπωσιακό είναι το εύρημα και για την περίπτωση των Ενώσεων Ασθενών. Οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι τρέφουν υψηλή εμπιστοσύνη στην πληροφόρηση που προέρχεται από τις Ενώσεις Ασθενών, όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία [39][62][76][84] αλλά κατά τις συνεντεύξεις δεν τις ανέφερε κανείς. Η ανυπαρξία έστω μίας αναφοράς τους ως πηγή πληροφόρησης υπογραμμίζει ίσως την ανυπαρξία τέτοιων δομών στην χώρα μας, ή την αδυναμία τους να έρθουν σε επαφή και να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Σε αντίθεση με αρκετές άλλες πηγές [39][51][62][74-77][79][108], όπου η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος απολαμβάνουν υψηλές θέσεις στην κατάταξη τους ως πηγές πληροφόρησης και χαίρουν εμπιστοσύνης, στην παρούσα έρευνα σημειώνουν χαμηλές επιδόσεις. Ένα ακόμη σημείο άξιο σχολιασμού είναι ότι ενώ στις προαναφερθείσες πηγές η εμπιστοσύνη στην οικογένεια αυξάνεται με την ηλικία, στην παρούσα έρευνα τον υψηλότερο βαθμό εμπιστοσύνης προς την οικογένεια και οικείους δείχνουν οι ηλικίες 18-24.

Τα μέσα ενημέρωσης τυγχάνουν χαμηλής προτίμησης ως πηγές ενημέρωσης, με την τηλεόραση και το ραδιόφωνο να βρίσκονται ελάχιστα ψηλότερα από το ποσοστό της οικογένειας και των οικείων, και τον έντυπο τύπο να καταλαμβάνει την τελευταία θέση μεταξύ των ερευνηθέντων παραγόντων. Η εικόνα πιθανώς να έχει σχέση με την μετατόπιση της

προσοχής της κοινωνίας στο διαδίκτυο ως μέσο ενημέρωσης, και τον παραγκωνισμό των παραδοσιακών ΜΜΕ Ένας άλλος λόγος ίσως να εντοπίζεται στην μικρή εμβάθυνση στα θέματα υγείας [86] ή στην χαμηλής ποιότητας κάλυψη των θεμάτων [90]. Η εμπιστοσύνη που οι ασθενείς δείχνουν στα ΜΜΕ είναι επίσης χαμηλή, παρόμοια με την εικόνα για το διαδίκτυο. Η εμπιστοσύνη των ασθενών ελαττώνεται με την άνοδο της ηλικίας, με την ελάττωση να διακρίνεται ευκρινέστερα στον έντυπο τύπο. Η ίδια αντιμετώπιση για τα ΜΜΕ εντοπίζεται και σε άλλες έρευνες [39][74][76-78]. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα στις αναφερόμενες έρευνες είναι η αντιστρόφως ανάλογη σχέση της εμπιστοσύνης στα ΜΜΕ με την βαθμίδα μόρφωσης των ασθενών, Ως αντίλογος, υπάρχουν και έρευνες [51][79] όπου τα ΜΜΕ αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πληροφόρησης για τον ασθενή. Στην εργασία [51] μάλιστα, οι ερευνητές εντόπισαν ότι, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, τα ΜΜΕ ήταν η πρώτη πηγή πληροφόρησης του κοινού για τα γενόσημα φάρμακα.

7.2 Συνεισφορά και περιορισμοί της Έρευνας.

Μέχρι πρόσφατα η Ελλάδα δεν είχε σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ο ασθενής δεν είχε δικαίωμα επιλογής του φαρμακευτικού σκευάσματος που θα λάβει, ούτε υπήρχε η χρησιμοποίηση της δραστικής ουσίας. Η συνταγογράφηση ήταν αποκλειστική αρμοδιότητα του ιατρού, με τους υπόλοιπους παίκτες να μην έχουν την δυνατότητα οποιασδήποτε παρέμβασης. Η διερεύνηση λοιπόν των παραγόντων στους οποίους βασίζεται ο ασθενής για την επιλογή του φαρμάκου του, έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον, και η δυνατότητα συνεισφοράς της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, οφείλονται στο γεγονός ότι η αγορά του φαρμάκου βρίσκεται σε διαδικασία προσαρμογής και αναδιάρθρωσης. Ο ρόλος του ασθενή κατά κύριο λόγο, και του φαρμακοποιού σε δεύτερο επίπεδο ενδυναμώνονται, και διεκδικούν τμήμα της ισχύος που είχε ο ιατρός κατ' αποκλειστικότητα. Δεν υπάρχει διαμορφωμένη κουλτούρα του ασθενή σχετικά με το πως θα πρέπει να κάνει την επιλογή του φαρμάκου του. Όλα τα παραπάνω συμβαίνουν σε μια ανεπτυγμένη χώρα της Ευρώπης, όπου υπάρχει υψηλό επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού και εύκολη πρόσβαση σε πληροφορία και τεχνολογία. Άρα, η μελέτη των παραγόντων πάνω στους οποίους βασίζεται το άτομο - μέλος μιας προηγμένης κοινωνίας, χωρίς να υπάρχει προγενέστερη παράδοση, προκειμένου να προβεί σε αποφάσεις σχετικές με την υγεία του, είναι εφικτή.

Οι περιορισμοί της έρευνας οφείλονται κυρίως στην χρήση των τηλεφωνικών συνεντεύξεων για την συλλογή των δεδομένων. Η χρήση τηλεφωνικών αριθμών αποκλείει από την έρευνα όσους δεν χρησιμοποιούν το τηλέφωνο, έχουν μόνο κινητό τηλέφωνο, ή έχουν αιτηθεί ο αριθμός τους να είναι απόρρητος και συνεπώς να μην εμφανίζεται στους τηλεφωνικούς καταλόγους. Ο ερωτώμενος μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία και προκατάληψη στην τηλεφωνική κλήση, λόγω του φαινομένου των τηλεπωλήσεων. Υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης, κυρίως όταν τα ερωτήματα αναφέρονται σε ευαίσθητα ζητήματα, όπως η υγεία του ερωτώμενου. Είναι συχνό το φαινόμενο ο ερωτώμενος να μην ολοκληρώσει την συνέντευξη, κλείνοντας το τηλέφωνο κατά την διάρκεια της (σε αυτό το σημείο υπενθυμίζεται ότι το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελούνταν από 145 ερωτήσεις, και η μέση χρονική διάρκεια των διενεργούμενων συνεντεύξεων ήταν 25 λεπτά της ώρας.). Τα παραπάνω φαινόμενα συμβάλουν στην εμφάνιση πολύ μικρών ποσοστών απόκρισης στις έρευνες που γίνονται με τηλεφωνικές συνεντεύξεις [109]. Το ποσοστό απόκρισης στην παρούσα έρευνα κυμάνθηκε στο 10,9%. Ως τελευταίος περιορισμός, καθότι οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι ανώνυμες και απρόσωπες, είναι ότι εγείρονται ζητήματα ακεραιότητας και ηθικής του διενεργούντα τις συνεντεύξεις, από την άποψη ότι θα μπορούσε κάλλιστα να συμπληρώσει ο ίδιος ερωτηματολόγιο, ώστε να κατευθύνει το αποτέλεσμα της έρευνας προς το επιθυμητό για τον ίδιο.

7.3 Συμπεράσματα από την Έρευνα.

Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι Έλληνες ασθενείς κατά την διαδικασία επιλογής φαρμακευτικού σκευάσματος βασίζονται σε γενικές γραμμές στους παράγοντες που έχουν περιγραφεί αναλυτικά στην βιβλιογραφία από προγενέστερες έρευνες σε άλλους πληθυσμούς.

Η ιατρική κοινότητα διατηρεί την πρωτοκαθεδρία στον συμβουλευτικό ρόλο, καθώς αποτελεί την πρώτη πηγή πληροφόρησης, στην οποία μάλιστα δείχνεται και ο μεγαλύτερος βαθμός εμπιστοσύνης. Παρόλη την αναγραφή δραστικής ουσίας και όχι σκευάσματος, ο ασθενής θα λάβει σοβαρά υπόψη του την πρόταση του ιατρού του.

Δεύτεροι στην κατάταξη έρχονται οι φαρμακοποιοί, τόσο ως πηγή πληροφόρησης, όσο και ως προς τον βαθμό εμπιστοσύνης που τους δείχνουν οι ασθενείς. Είναι οι επαγγελματίες που γνωρίζουν καλύτερα από όλους το φάρμακο, είναι πιο προσβάσιμοι από τους ιατρούς, καθώς

δεν απαιτείται ραντεβού προκειμένου να έρθει ο ασθενής σε επαφή μαζί τους, και βρίσκονται στην διάθεση του ασθενή για επίλυση των αποριών και διευκρινίσεις κατά την εκτέλεση των ιατρικών συνταγών

Σε κοντινή απόσταση βρίσκεται το διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης. Είναι ο πιο εύκολος και γρήγορος τρόπος πληροφόρησης, αρκεί ο ασθενής να διαθέτει πρόσβαση στο διαδίκτυο, κάτι που στην Ελλάδα συμβαίνει πλέον σε πολύ υψηλό ποσοστό [110]. Η σημαντική διαφορά σε σχέση με τους φαρμακοποιούς είναι ο πολύ χαμηλότερος βαθμός εμπιστοσύνης που δείχνουν οι ασθενείς στις προσλαμβανόμενες πληροφορίες.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό και τα παραδοσιακά ΜΜΕ ακολουθούν στην κατάταξη σε χαμηλό ποσοστό, δείχνοντας από την μία την χαμηλότερη άποψη που διαθέτουν οι Έλληνες για αυτή την κατηγορία επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το εξωτερικό, και από την άλλη τον υπερκερασμό των ΜΜΕ από το διαδίκτυο ως πηγές πληροφόρησης του κοινού. Οι συγγενείς και ο κοινωνικός περίγυρος έπονται ως πηγή πληροφόρησης, σε αντίθεση με τα αναμενόμενα από την βιβλιογραφία. Τέλος, οι Ενώσεις Ασθενών δεν έχουν θέση ως πηγή πληροφόρησης, γεγονός που προκαλεί επίσης εντύπωση.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των ασθενών είναι οι ιατροί, οι φαρμακοποιοί, και το διαδίκτυο. Βαρύτητα λοιπόν θα είναι ωφέλιμο να δοθεί σε αυτούς τους παράγοντες από το σύστημα υγείας. Η χρήση οικονομικών ή άλλων μέτρων από πλευράς του συστήματος υγείας ώστε οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί να προτείνουν την υποκατάσταση των φαρμάκων με γενόσημα πιθανώς να βοηθήσει στην διείσδυση των γενοσήμων στην αγορά. Η ενίσχυση της εμπιστοσύνης που δείχνει ο ασθενής προς το διαδίκτυο και η χρήση και αυτού του μέσου ως μέσο προώθησης των γενοσήμων στο κοινό, ίσως να βοηθήσει προς την προαναφερθείσα κατεύθυνση.

Τέλος, από τα δημογραφικά στοιχεία που εξετάστηκαν, η ηλικία δείχνει να έχει σημασία, ενώ το φύλο όχι σχετικά με το ποιοι παράγοντες υπολογίζονται για την επιλογή του φαρμάκου από τον ασθενή. Έρευνα που να συσχετίζει το επίπεδο μόρφωσης, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την βαρύτητα της κατάστασης υγείας του ασθενή, το είδος του νοσήματος που τον απασχολεί, καθώς και το κόστος της μηνιαίας φαρμακευτικής του αγωγής σε σχέση με το πώς αντιμετωπίζει τους ευρεθέντες παράγοντες από την παρούσα έρευνα έχει ενδιαφέρον, ως μέσο εμπάθυνσης και εδραίωσης της γνώσης σχετικά με το αντικείμενο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ ΤΒ/29-04-2013, Οδηγία 2001/83/ΕΚ – εναρμόνιση: Δ.ΥΓ3α/Γ.Π. 32221. (<https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/16381>, Accessed on 28 May 2018).
- [2] Generics and Biosimilars Initiative. WHO definitions of generics. Available at : <http://gabionline.net/Generics/General/WHO-definitions-of-generics>. (Accessed on 28 May 2018).
- [3] Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2012), Δελτία Τύπου Προϊόντων Ανθρώπινης Χρήσης, 21/2/2012 "Γενόσημα Προϊόντα". (Διαθέσιμο στην σελίδα <http://www.eof.gr>, Accessed on 28 May 2018).
- [4] Dylst, P., Vulto, A. & Simoens, S. Demand-side policies to encourage the use of generic medicines: An overview. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 2013, 13. pp. 59-72.
- [5] Εφημερίδα της Κυβέρνησης Φ.41/1-3-2012, Νόμος 4052 (http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos%204052_2012.pdf. Accessed on 28 May 2018).
- [6] Vandoros, S., Stargardt, T., Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis, Health Policy, 2013, 1 (1), pp. 1-6.
- [7] European Economy, The Economic Adjustment Programme for Greece (First, Second, Third, Fourth, Fifth Review). (http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/index_en.htm, Assessed on 28 May 2018).
- [8] European Economy, The Second Economic Adjustment Programme for Greece (First, Second, Third, Fourth, Fifth Review). (http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/index_en.htm, Accessed on 28 May 2018).

- [9] OECD (2018), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 May 2018).
- [10] World Bank. Current Health Expenditure (% of GDP). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=GR> (Assessed on 28 May 2018).
- [11] OECD (2017), “Pharmaceutical expenditure”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- [12] OECD (2018), Pharmaceutical spending (indicator). doi: 10.1787/998febf6-en (Accessed on 28 May 2018).
- [13] Tsiantou, V., Zavras, D., Kousoulakou, H., Geitona, M. and Kyriopoulos, J., Generic medicines: Greek physicians’ perceptions and prescribing practices. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2009, 34, pp. 547-554.
- [14] Yfantopoulos J., Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *European Journal of Health Economics*; 2008, 9, pp. 87–97.
- [15] Εφημερίδα της Κυβέρνησης Φ.189/4-11-2010 ([http://www.eopyy.gov.gr/Εγγραφα/ΕΟΠΥΥ/Κανονισμός - Νομοθεσία/N 3892-2010 Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.pdf](http://www.eopyy.gov.gr/Εγγραφα/ΕΟΠΥΥ/Κανονισμός_-_Νομοθεσία/N_3892-2010_Ηλεκτρονική_καταχώριση_και_εκτέλεση_ιατρικών_συνταγών_και_παραπεμπτικών_ιατρικών_εξετάσεων.pdf) . Accessed on 28 May 2018).
- [16] ΕΟΠΥΥ (2102), Κανόνες Συνταγογράφησης (static.diavgeia.gov.gr/doc/B4BBOΞ7M-249 . Accessed on 28 May 2018).
- [17] Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης (2011), «Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Ευρωπαϊκές καλές πρακτικές, εμπειρίες. Σχέδιο εφαρμογής για την Ελλάδα.» (http://www.ekdd.gr/ekdda/images/ektheseis_politikis/Policy_Paper_Electronic_Prescription_System.pdf Accessed on 28 May 2018).
- [18] ΗΔΙΚΑ (2013), Διαδικασία Συνταγογράφησης με χρήση Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων (<http://www.idika.gr/files/TreatmentProtocolTutorial.pdf>. Accessed on 28 May 2018).
- [19] Υπουργείο Οικονομικών (2010), Γενική Γραμματεία Εμπορίου, Δελτίο Τιμών Φαρμάκων 01/2010. (<https://www.sfee.gr/deltio-timon-farmakon-01-2010/> Accessed on 28 May 2018).

- [20] Υπουργείο Υγείας (2011), Διεύθυνση Φαρμάκων, ΔΥΓ3(α)/οικ/29-6-2011 Δελτίο Τιμών Φαρμάκων Αν 30/6/2011. (<https://www.sfee.gr/deltio-timon-farmakon-30062011/> Accessed on 28 May 2018).
- [21] Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ Β' 3890/02-12-2016, Αριθ. Γ5 (α) οικ. 90552/ 2016 Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων. (<https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/25137> Accessed on 28 May 2018).
- [22] Κοινή Υπ. Απόφαση ΔΥΓ3(α)/οικ 104747 (ΦΕΚ Β' 2883/26-10-12). (<https://www.fsth.gr/img/nomothesia/2012Bsymmetoxes.pdf>. Accessed on 28 May 2018)
- [23] Υπουργείο Υγείας (2014), Υπ. Απόφαση 3457 (ΦΕΚ 64/Β'/16-01-2014), "Ρύθμιση Θεμάτων Τιμολόγησης Φαρμάκων". (<https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/18030> Accessed on 28 May 2018).
- [24] Υπουργείο Υγείας (2012), Υπ. Απόφαση ΔΥΓ3(α)/οικ./19389 (ΦΕΚ 3356/Β'/17-12-2012). (<http://www.ish.gr/content/attachements.el/timi.pdf>. Accessed on 28 May 2018).
- [25] Υπουργείο Υγείας (2014), Υπ. Απόφαση 38733/29-4-2014 (ΦΕΚ Β 1144/6-5-2014). (http://didefth.gr/new/wp-content/uploads/fek_2014_1144b.pdf. Accessed on 28 May 2018).
- [26] Fuchs, V.R., Health Care Is Different - That's Why Expenditures Matter, JAMA, 2010, 303(18), pp. 1859 - 1860.
- [27] Υφαντόπουλος, Ι (2006), *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, τυπωθήτω - Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.
- [28] Maynard, A., Efficiency in Health Care - A Market Model for Developed Economies. IDS bulletin, 1983, 14(4), pp. 44 - 51.
- [29] Lineaweaver, W.C., Is health care a commodity? Annals of plastic surgery, 2009, 62.1, pp. 1-2.
- [30] Μανιαδάκης, Ν, (2005) “Τα οικονομικά της υγείας από την οπτική του μανάτζερ,” In *Κοινωνία και Υγεία IV*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, pp. 75-92.
- [31] Costa-Font J, Rudisill C, Tan S, et al. Brand loyalty, patients and limited generic medicines uptake. Health Policy, 2014, 116, pp. 224 – 233.

- [32] Heikkila R., Mantyselka P., Hartikainen– Herranen K., Ahonen R., Customers' and physicians' opinions of the experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy*, 2007, 82, pp. 366–374.
- [33] Hassali M.A., Kong D., Stewart K., Generic medicines: Perceptions of general practitioners in Melbourne, Australia. *Journal of Generic Medicines*, 2006, 3, pp. 214–225.
- [34] Kersnik J., Peklar J., Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2006, 31, pp. 577–583.
- [35] Buusman, A., Andersen, M., Merrild, C. et al., Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. *Scand. J. Prim. Health Care*, 2007, 25, pp. 208-213.
- [36] Frouzi, E., Chatzea, V., Sifaki-Pistolla, D., Saridi, M., Rekleiti, M., Souliotis, K., Knowledge and attitudes of Greek Physicians towards generic prescribing after the economic crisis. *International Journal of Pharma Sciences and Research*, 2013, 4, pp.125 - 133.
- [37] Lewek, P., Smigielski, J., Kardas, P., Factors affecting the opinions of family physicians regarding generic drugs – a questionnaire based study. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 2015, 15(1), pp. 45–50.
- [38] Fong, Ha J., Surg Anat D., Longnecker, N., Doctor - Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 2010, 10, pp.38-43.
- [39] Chaudhuri, S., Le, T., White C., Thompson, H., Demiris, G., Examining Health Information–Seeking Behaviors of Older Adults. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 2013, 31(11), pp. 547–553.
- [40] Ong, L.M.L, de Haes, J.C.J.M, Hoos, A.M., Lammes, F.B., Doctor-patient communication: A review of the literature, *Social Science & Medicine*, 1995, 40, pp. 903-918.
- [41] Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, CT, US: Auburn House/Greenwood Publishing Group.

- [42] Wiedenmayer, K., et al. (2006). Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Pharmaceutical Federation. (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js14094e/> Accessed on 28 May 2018).
- [43] Geneva: World Health Organization; 1997 Aug 27–29. The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: Curricular development. Report of a third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, Vancouver, Canada. 1997. WHO/PHARM/97/599. (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2214e/> Accessed on 28 May 2018).
- [44] Thamby, S., Parasuraman, S., Seven-Star Pharmacist concept of WHO. Journal of Young Pharmacists, 2014, 2, pp. 1-3.
- [45] Shah, B., Chewning, B., Conceptualizing and measuring pharmacist - patient communication: a review of published studies, Research in Social and Administrative Pharmacy, 2006, 2(2), pp. 153-185.
- [46] Tarn, D., Paterniti, D., Wenger, N., Williams, B., Chewning, B., Older Patient, Physician and Pharmacist Perspectives about Community Pharmacists' Roles, Int J Pharm Pract., 2012, 20(5), pp. 285–293.
- [47] Patwardhan P., Chewning B., Tobacco users' perceptions of a brief tobacco cessation intervention in community pharmacies. J Am Pharm Assoc, 2010, 50(5), pp.568–574.
- [48] World Health Organisation (1990), Role of the Pharmacist in the Health Care System, WHO, Geneva.
- [49] International Pharmaceutical Federation (2000) , Statement of policy on Good Pharmacy Education Practice, FIP, The Hague.
- [50] Kobayashi, E. et al., Patients' attitudes towards generic drug substitution in Japan, Health Policy , 2011, 99(1) , pp. 60 – 65.
- [51] Skaltsas, L. et al., Patients' perceptions of generic drugs in Greece, Health Policy, 2015, 119(11), pp. 1406 - 1414.

- [52] Kjoenniksen J et al., Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway, *Pharm World Sci.*, 2006, 28, pp. 284–289.
- [53] Allenet B, Barry H., Opinion and behavior of pharmacists towards the substitution of branded drugs by generic drugs: survey of 1000 French community pharmacists, *Pharm World Sci.*, 2003, 25, pp. 197–202.
- [54] Babar Z et al. Evaluating pharmacists' views, knowledge, and perception regarding generic medicines in New Zealand. *Res Social Adm Pharm.*, 2011, 7, pp. 294–305.
- [55] Hassali, M., Alrasheedy, A., McLachlan, A., Nguyen, T.A., et al., The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: A review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use, *Saudi Pharmaceutical Journal*, 2014, 22, 6, pp. 491-503.
- [56] Aalto-Setälä, V., The impact of generic substitution on price competition in Finland, *Eur. J. Health Econ.*, 2008, 9, pp. 185-191.
- [57] Mossialos, E., Oliver, A., An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *Int J Health Plann Manage*, 2005, 20(4), pp. 291–306.
- [58] Chong, C.P. et al., A nationwide study on generic medicines substitution practices of Australian community pharmacists and patient acceptance, *Health Policy*, 2011, 99(2), pp. 139–148.
- [59] Hassali, M.A., Kong, D.C.M., Stewart, K., Generic medicines: perceptions of community pharmacists in Melbourne, Australia. *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy*, 2005, 14(3), pp. 27–45.
- [60] Pechlivanoglou, P. et al., Analyzing generic and branded substitution patterns in the Netherlands using prescription data, *BMC Health Serv Res.*, 2011, 11, pp. 89-97.
- [61] Himmel, W. et al., What do primary care patients think about generic drugs? *Int J Clin Pharmacol Ther.*, 2005, 43(10), pp.472–479.
- [62] Donohue JM, et al., Whom do older adults trust most to provide information about prescription drugs?, *Am J Geriatr Pharmacother.*, 2009, 7(2), pp. 105–116.

- [63] Keshishian, F., Colodny, N., Boone, R.T., Physician–patient and pharmacist–patient communication: Geriatrics’ perceptions and opinions, *Patient Education and Counseling*, 2008, 71(2), pp. 265-284.
- [64] Neal Gualtieri, L., The doctor as the second opinion and the Internet as the first. Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems, CHI EA '09, April 4-9, 2009; Boston, MA, USA. New York, pp. 2489–2498. INT
- [65] Tan, S. S.-L., Goonawardene, N., Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review, *Journal of Medical Internet Research*, 2017, 19(1), e9. INT
- [66] Fox N.J., Ward K.J., O'Rourke A.J., The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet, *Soc Sci Med.* 2005, 60(6), pp.1299–1309.
- [67] Broom A., Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship, *Qual Health Res.*, 2005, 15(3), pp.325–345.
- [68] Hardey, M., Doctor in the house: The Internet as a source of health knowledge and a challenge to expertise, *Sociology of Health and Illness*, 1999, 21(6), pp. 820-835.
- [69] Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Expanding patient involvement in health care: Effects on patient outcomes, *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102, pp.520-528.
- [70] World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. et al. (2008). Where are the patients in decision-making about their own care? / by Angela Coulter, Suzanne Parsons and Janet Askham. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [71] Chu, J. T., Wang, M. P., Shen, C., Viswanath, K., Lam, T. H., Chan, S. S. C., How, When and Why People Seek Health Information Online: Qualitative Study in Hong Kong., *Interactive Journal of Medical Research*, 2017, 6(2), e24.
- [72] Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., Moulton, A. W., Patients’ Use of the Internet for Medical Information, *Journal of General Internal Medicine*, 2002, 17(3), pp.180–185.

- [73] Hesse B.W., Nelson D.E., Kreps G.L., et al., Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey., *Arch Intern Med.*, 2005, 165(22), pp. 2618-2624.
- [74] The Academy of Medical Sciences (2016), *Academy of Medical Sciences: Medical Information Survey*, London (Available at: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/59091244>, Accessed on 28 May 2018).
- [75] Pew Research Center, November 2013, "The Diagnosis Difference" (Available at : http://www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2013/PewResearch_DiagnosisDifference.pdf Accessed on 28 May 2018).
- [76] Lawson, R., Forbes, S., Williams, J., Patterns of trust in sources of health information, *The New Zealand medical journal*, 2011, 124, pp. 98-105.
- [77] Brown-Johnson, C. G., Boeckman, L. M., White, A. H., Burbank, A. D., Paulson, S., & Beebe, L. A., Trust in Health Information Sources: Survey Analysis of Variation by Sociodemographic and Tobacco Use Status in Oklahoma., *JMIR Public Health and Surveillance*, 2018, 4(1), e8.
- [78] Simou, E, Health information sources: trust and satisfaction. *International Journal of Healthcare*, 2016, 2(1), pp. 38-43.
- [79] Carlsson, M., Cancer patients seeking information from sources outside the health care system, *Support Care Cancer*. 2000, 8(6) pp. 453–457.
- [80] Yamamoto, Y., Nishigaki, M., Kato, N., Hayashi, M., Shiba, T., Mori, Y., Kazuma, K., , Knowledge and Demand for Information about Islet Transplantation in Patients with Type 1 Diabetes, *Journal of Transplantation*, 2011, pp 1-6.
- [81] Kuske, S., Schiereck, T., Grobosch, S., Paduch, A., Droste, S., Halbach, S., Icks, A. , Diabetes-related information-seeking behavior: a systematic review., *Systematic Reviews*, 2017, 6, pp. 212-213.
- [82] Newton P, Asimakopoulou K, Scambler S., Information seeking and use amongst people living with type 2 diabetes: an information continuum., *Int J Health Promot Educ.*, 2012, 50(2), pp. 92-99.

- [83] Sayakhot P, Carolan-Olah M. Sources of information on gestational diabetes mellitus, satisfaction with diagnostic process and information provision. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016, 16, 287.
- [84] Hu, A. Reflections: The Value of Patient Support Groups, *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2017, 156(4), pp. 587–588.
- [85] Mayo Clinic - Support groups: Make connections, get help.
(<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/support-groups/art-20044655>).
- [86] Schwitzer, G., Mudur, G., Henry, D., Wilson, A., Goozner, M., Simbra, M., Sweet, M., Baverstock, K.A., What are the roles and responsibilities of the media in disseminating health information? *PLoS Med*, 2005, 2, e215, pp.576-582.
- [87] Schwitzer, G., How the media left the evidence out in the cold, *BMJ*, 2003, 326, pp. 1403–1404.
- [88] Pribble, J.M., Goldstein, K.M., Fowler, E.F., Greenberg, M.J., Noel, S.K., Howell, J.D., Medical news for the public to use? What’s on local TV news, *Am J Manag Care*, 2006, 12, pp. 170-176.
- [89] Brodie, M., Hamel, E.C., Altman, D.E., Blendon, R.J., Benson, J.M., Health news and the American public, 1996–2002, *J Health Polit Policy Law*, 2003, 28, pp. 927-950.
- [90] Moynihan, R., Bero, L., Ross Degnan, D., Henry, D., Lee, K., et al., Coverage by the news media of the benefits and harms of medications, *N Eng J Med*, 2000, 342, pp. 1645–1650.
- [91] Kravitz, R., A Bell, R., Media, messages, and medication: Strategies to reconcile what patients hear, what they want, and what they need from medications, *BMC medical informatics and decision making*, 2013, 13 Suppl 3.
- [92] Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., Smith, J., 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociol Health Illn*, 2003, 25, pp. 589-607.

- [93] Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2008), Εγκύκλιος 38280/2-6-2008 (<http://www.eof.gr/assets/38280.pdf>. Accessed on 28 May 2018).
- [94] Bell, R.A., Wilkes, M.S., Kravitz, R.L., Advertisement-induced prescription drug requests: patients' anticipated reactions to a physician who refuses, *J Fam Pract*, 1999, 48, pp. 446-452.
- [95] Doran, E., Henry, D., Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease, *Intern Med J*, 2008, 38, pp. 858-861.
- [96] Schwartz, L.M., Woloshin, S., Welch, H.G., Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials, *Ann Intern Med*, 2009, 150, pp.516-527.
- [97] Paterniti, D.A., Fancher, T.L., Cipri, C.S, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL, Getting to "no": strategies primary care physicians use to deny patient requests, *Arch Intern Med*, 2010, 170, pp.381-388.
- [98] Balasopoulos, T., Charonis, A., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J., Pavi, E., Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions, *Health Policy*, 2017, 121(3), pp.265-272.
- [99] United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Glossary (<https://www.bls.gov/bls/glossary.htm> Accessed on 28 May 2018).
- [100] Sadana, R., Mathews, C., Lopez, A., Murray, C., Iburg, K., (2000), Comparative analyses of More than 50 Household Surveys on Health Status, WHO (GPE Discussion Paper Series: No 15), Geneva.
- [101] Ustun, T.B., Chatterji, S., Lillanueva, M et al. (2001), WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness , WHO(GPE Discussion Series: No 37) , WHO, Geneva.
- [102] Salomon, J., Tandon, A., Murray, C., (2001), Using Vignettes to Improve Cross-Population Comparability of Health Surveys: Concepts, Design and Evaluation Techniques, WHO (GPE Discussion Paper Series: No 41), Geneva.
- [103] Παπαγεωργίου, Ι, (2015), Θεωρία Δειγματοληψίας, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα,

(<https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1296/1/Book-Newer.pdf> .Accessed on 28 May 2018).

[104] Λαγουμιντζής Γ., Βλαχόπουλος Γ., Κουτσογιάννης Κ., (2015), Μεθοδολογία της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα,

(https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5356/1/00_master_document%20corrected%20links-KOY.pdf Accessed on 28 May 2018).

[105] Eurostat, NUTS - Nomenclature of territorial units for statistics, (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/nuts/background> Accessed on 28 May 2018).

[106] International Organization for Standardization, Country Codes - ISO 3166. What is ISO 3166? (<https://www.iso.org/iso-3166-country-codes.html> Accessed on 28 May 2018).

[107] International Organization for Standardization, Country Codes Collection - the Hellenic Republic (<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:code:3166:GR> Accessed on 28 May 2018).

[108] Massey, P.M., Where Do U.S. Adults Who Do Not Use the Internet Get Health Information? Examining Digital Health Information Disparities From 2008 to 2013, *Journal of health communication*, 2013, 21(1), pp. 118-24.

[109] Χαλικιάς, Μ., Μανωλέσου, Α., Λάλου, Π., (2015), Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, (<https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5075>, Accessed on 28 May 2018).

[110] Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017), Έρευνα Χρήσης Τεχνολογιών Πληροφόρησης και Επικοινωνίας από Νοικοκυριά και Άτομα / 2017, (<https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA20/2017> Accessed on 28 May 2018).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Το τμήμα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τις οποίες παρελήφθησαν δεδομένα ήταν οι ακόλουθες:

Ερ. 1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα ;

Ερ.84. Από ποιες πηγές κυρίως ενημερώνεστε για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη;

Ερ. 85.1. Ιατρική κοινότητα - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.2. Φαρμακοποιοί - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.3. Νοσηλευτές ή άλλοι επαγγελματίες υγείας - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.4. Διαδίκτυο - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.5. Ενημερωτικές εκπομπές σε τηλεόραση/ραδιόφωνο - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.6. Έντυπος Τύπος - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.7. Συγγενείς και Φίλοι - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);

Ερ. 85.8. Ενώσεις ασθενών - Σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10 πόσο εμπιστεύεστε τον καθένα από τους παρακάτω για τις διαθέσιμες επιλογές στη φαρμακευτική περίθαλψη (επιλογή φαρμάκου);