



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

***«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &***

***ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»***

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

**ΧΡΥΣΤΑΛΛΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ, 2017**



# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**  
***Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας***

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Συνταγογράφηση των Ιατρών στην Κύπρο**

**Χρυστάλλα Ιωαννίδου**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Μάμας Θεοδώρου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Μάιος 2017**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>9</b>
<b>2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΉ ΔΑΠΑΝΗ.....</b>	<b>12</b>
<b>3. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. Η Οργανωτική Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας .....</b>	<b>14</b>
3.1.1 Πληρωμές ασθενών .....	16
<b>4. ΦΑΡΜΑΚΑ.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Άδειες Φαρμακευτικών Προϊόντων .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Πρωτότυπα φάρμακα.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 Γενόσημα Φάρμακα .....</b>	<b>21</b>
4.3.1 Άδεια κυκλοφορίας γενόσημου φαρμάκου .....	21
<b>4.4 Φαρμακολογία.....</b>	<b>21</b>
4.4.1 Βιοδιαθεσιμότητα.....	21
4.4.2 Βιοϊσοδυναμία.....	21
<b>4.5 Βιο-ομοειδή φάρμακα.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων .....</b>	<b>22</b>
4.6.1 Κίτρινη κάρτα.....	24
<b>5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Σχεδιασμός της έρευνας .....</b>	<b>27</b>
5.1.1 Σκοπός της έρευνας.....	27
5.1.2 Προσδιορισμός μεθόδου έρευνας .....	28
5.1.3. Ανάπτυξη ερωτηματολογίου, προσδιορισμός και επιλογή δείγματος.....	28
5.1.4 Ανάλυση των δεδομένων .....	29
<b>6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>31</b>
<b>6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....</b>	<b>31</b>
<b>6.2. Συνταγογραφικές επιλογές .....</b>	<b>35</b>
<b>6.3. Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας.....</b>	<b>39</b>

6.4.	Συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων .....	40
6.5.	Νέες φαρμακευτικές θεραπείες .....	42
6.6.	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	45
6.7.	Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση.....	48
6.8.	Συσχετίσεις .....	52
<b>7.</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>62</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>65</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....</b>	<b>69</b>
	Ερωτηματολόγιο .....	69

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που με βοήθησαν, με καθοδήγησαν και με στήριξαν στην προσπάθεια για την ολοκλήρωση της παρούσας Διπλωματικής.

Ευχαριστώ τον επιβλέποντα κ. Μάμα Θεοδώρου, Καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά την ανάθεση της μεταπτυχιακής μου διατριβής, για την καθοδήγηση του καθώς και τις πολύτιμες συμβουλές του.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι η συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας, των οποίων μεγάλο μέρος οφείλεται στη φαρμακευτική περίθαλψη. Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, η οποία επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων. Κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς σχετίζονται τόσο με το ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο περί φαρμακευτικής πολιτικής, όσο και με τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας και το βάθος της ενημέρωσης και πληροφόρησης που λαμβάνει, αναφορικά με τις φαρμακευτικές αγωγές.

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι να διερευνήσει και να αναλύσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ιατρούς στην Κύπρο κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Τα ευρήματα της μελέτης προέκυψαν από τις απαντήσεις σε ερωτηματολόγιο που έδωσαν εκατόν εικοσιοκτώ ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, από τις επαρχίες Λάρνακας, Αμμοχώστου και Λευκωσίας, που εργάζονται στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, διαπιστώθηκε ότι ο σημαντικότερος παράγοντας επιρροής της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, είναι τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την κλινική αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το 96,1% των ιατρών επηρεάζεται κατά τη συνταγογράφηση από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής.

Σε ότι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, οι ιατροί διαθέτουν θετικά διαμορφωμένη γνώμη, θεωρώντας την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων ικανοποιητική σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους. Γι' αυτό και το 80,5% των ιατρών δήλωσαν ότι συνταγογραφούν «*συχνά*» και «*πολύ συχνά*» ένα γενόσημο σκεύασμα έναντι του πρωτοτύπου.

Σε ότι αφορά το κόστος του φαρμάκου, το 74,2% των ιατρών δήλωσαν ότι παίζει σημαντικό ρόλο στις επιλογές, αφού οι ασθενείς παραπονούνται «*συχνά*» και «*πολύ συχνά*» για το

κόστος της φαρμακοθεραπείας. Ιδιαίτερα οι ιατροί στο δημόσιο τομέα παρατήρησαν *μέτρια/αρκετή/σημαντική* αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 και την επιβολή συμπληρωμών (co-payment) στα φάρμακα .

Ακόμη, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ιατρών είναι εξοικειωμένη με τις νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο και ανατρέχουν συχνά σε ιστοσελίδες της επιλογής τους για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα. Έτσι, η αύξηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζεται με μεγαλύτερη ενημέρωση για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, μέσω διαδικτύου ( $p=0,02$ ).

Επίσης, το 72,9% ανέφερε ότι δεν χρησιμοποίησαν ποτέ την κίτρινη κάρτα, ενώ το 64,8% ανέφερε παρουσία ανεπιθύμητων ενεργειών από μια μέχρι πέντε φορές τα τελευταία δυο έτη.

Επιπλέον, το 77% των ιατρών του δημόσιου τομέα ανέφερε ότι οι ασθενείς παραπονιούνται *συχνά/πολύ συχνά* για το φαρμακευτικό κόστος, σε σύγκριση με το 64% των ιατρών του ιδιωτικού τομέα  $p=0,04$ .

**Λέξεις Κλειδιά:** Κύπρος, συνταγογράφηση, ιατροί, οικονομική κρίση



## ABSTRACT

One of the major problems faced by the health systems of the developed and developing countries is the constant increase in the expenditure on health, especially the pharmaceutical expenditure. The amount of pharmaceutical expenditure is directly related to the doctors prescribing behavior. The prescribing behavior of physicians is affected by many variables, which are both linked to the wider institutional framework of pharmaceutical policy, and with the same health professional and depth of information and information received regarding the medications.

The purpose of this research is to study the factors that influence doctors in Cyprus when they prescribing drugs and to analyze these factors. The findings emerged from the answers given by one hundred and twenty-eight doctors of various specialties. The survey was conducted by doctors in the area of Larnaca, Famagusta and Nicosia.

According to the findings, it was found that the most important factor influencing the prescribing behavior of doctors is the pharmacological characteristics that form the clinical efficacy of the drug. The 96.1% of the doctors are affected from the side effects of medication.

Regarding generic drugs, doctors have formed a positive opinion, considering the quality, effectiveness and safety of generic satisfactory compared with the originals like them. Specifically, 80.5% of doctors said they prescribe "often" and "very often" a generic drug instead of the original.

Regarding the cost of the drug, 74.2% of doctors said they play an important role in the choices, since patients complain of "often" and "very often" for the cost of medication. Especially doctors in the public sector observed moderate / sufficient / considerable change in prescribing medicines after August 1, 2013 and imposing co-payments (co-payment) to medicines.

It was noted that the majority of doctors are familiar with new technologies and the internet and often refer to websites for their choosing and for bibliographic research. Thus, an increase

of continuing education associated with raising awareness about the side effects of medications is due to the use of the Internet ( $p = 0,02$ ).

Also, 72.9% stated that never used the yellow card but the 64.8% reported the presence of adverse reactions in one to five times in the last two years.

Moreover, the 77% of doctors in the public sector reported that patients often complain for medicinal costs in compare of 64% of the doctors in the private sector  $p = 0,04$ .

**Keywords:** Cyprus, prescription, doctors, economic crises

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους βασικότερους πυλώνες προόδου και ευημερίας μιας σύγχρονης κοινωνίας. Το αγαθό της υγείας αποτελεί το ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο. Σήμερα η επιστήμη υπόσχεται νέες ανακαλύψεις που θα επιτρέπουν να ζούμε όχι μόνο περισσότερο, αλλά και με καλύτερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, η γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Αναμένεται ότι τα χρόνια που έπονται, θα αυξηθούν ακόμη περισσότερο οι ανάγκες υγείας, γεγονός που θα δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα, όπως η αύξηση των συνολικών δαπανών, με τη μερίδα του λέοντος να απορροφά η φαρμακευτική φροντίδα.

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης επηρεάζεται από τη συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση. Κάθε κράτος εφαρμόζει διαφορετική στρατηγική συνταγογράφησης για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως π.χ. η Ελλάδα εφάρμοσε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση για καλύτερο έλεγχο<sup>1</sup>. Ένας άλλος τρόπος μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η συνταγογράφηση γενόσημων ή η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία. Στην Κύπρο η συνταγογράφηση γενόσημων ή με βάση τη δραστική ουσία είναι σε υψηλά επίπεδα, κάτι στο οποίο βοηθά η ύπαρξη ραγδαία αναπτυσσόμενης βιομηχανίας γενόσημων φαρμάκων και η ύπαρξη κρατικού συνταγολογίου<sup>2</sup>.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση είναι πολλοί, κάποιοι από τους οποίους είναι μεταβαλλόμενοι στο χρόνο και στις εκάστοτε πολιτικές και κάποιοι άλλοι δεν επιδέχονται παρεμβάσεων. Οι παράγοντες που μπορούν να αλλάξουν προς βελτίωση του συστήματος είναι α. η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, β. η διαφήμιση από τις φαρμακοβιομηχανίες, γ. η άποψη των συναδέλφων, δ. ο έλεγχος και τα μέτρα ρύθμισης που παίρνουν οι υπεύθυνοι της πολιτικής υγείας, ε. οι απαιτήσεις της κοινωνίας και των ασθενών κ.α.. (Hemminki, 1975) Οι παράγοντες που δεν μπορούν να αλλάξουν είναι τα χαρακτηριστικά των ιατρών (ηλικία, φύλο), τα χαρακτηριστικά των ασθενών, τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά της γεωγραφικής περιοχής που εξασκεί το επάγγελμα του ο ιατρός κ.α. (Θεοδώρου et al, 2008)

---

<sup>1</sup> Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εφαρμόστηκε το 2010 στην Ελλάδα μετά που υποχρεώθηκε από τη δανειακή της σύμβαση (μνημόνιο 1)

<sup>2</sup> Το κρατικό συνταγολόγιο επηρεάζει τη συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία κυρίως στο δημόσιο τομέα.

Ο τρόπος συνταγογράφησης των ιατρών είναι διαφορετικός από χώρα σε χώρα. Δηλαδή, η πολιτική υγείας που ακολουθεί το κάθε κράτος επηρεάζει τον τρόπο συνταγογράφησης των ιατρών και κατ' επέκταση αυξομειώνεται το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης. Συνοπτικά, οι παράγοντες που επηρεάζουν την συνταγογράφηση μπορεί να διαφέρουν στο παγκόσμιο προσκήνιο ανάλογα με τις πολιτικές που ακολουθεί η κάθε χώρα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συνταγογράφηση των αντιβιοτικών. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε 6 χώρες και αφορούσε τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών σε πονόλαιμο, η διαφοροποίηση από τη μια χώρα στην άλλη είναι αισθητή (Cordoba, Siersma et al 2015). Οι χώρες που έλαβαν μέρος ήταν η Αργεντινή, η Ρωσία, η Λιθουανία, η Δανία, η Ισπανία και η Σουηδία. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι στη Ρωσία, στη Λιθουανία και στην Αργεντινή δίνονταν πολύ περισσότερα αντιβιοτικά και πολύ πιο εύκολα από ότι στις υπόλοιπες χώρες της έρευνας. Εξετάζοντας τους λόγους, φαίνεται να διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο εξωτερικοί παράγοντες, όπως π.χ. η αδύναμη πολιτική πρωτοβουλία στην προώθηση ενεργειών μείωσης της πώλησης αντιβιοτικών over the counter. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορούμε να πούμε ότι η υπερβολική χορήγηση αντιβιοτικών επηρεάζεται από την πολιτική υγείας που ακολουθείται σε κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, επηρέασε η έλλειψη εθνικών οδηγιών για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του πονόλαιμου εκτός της αντιβιοτικής θεραπείας. Ένας επιπλέον παράγοντας που εκτόξευσε τη χορήγηση αντιβιοτικών π.χ. στη Ρωσία ήταν η πίεση που ασκούσαν οι ασθενείς στους ιατρούς για τη χορήγησή τους.<sup>3</sup>

Με γνώμονα τα πιο πάνω, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που με συγκεκριμένες πολιτικές ενέργειες, μπορεί να επηρεάσουν κατά πολύ τη συνταγογράφηση. Για παράδειγμα, ο έλεγχος και τα μέτρα ρύθμισης από τους υπεύθυνους της πολιτικής υγείας είναι σημαίνουσας σημασίας. Στην Νορβηγία έγινε ένα πείραμα για την επίδραση ενός πιο αυστηρού ελέγχου των πωλήσεων των ναρκωτικών φαρμάκων<sup>4</sup>, το οποίο έδειξε ότι η κατανάλωση ναρκωτικών φαρμάκων μπορεί να μειωθεί σημαντικά με αυστηρά μέτρα ελέγχου όπως π.χ. ειδικές συνταγές, τουλάχιστον για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Ακόμη, στη νότια Καρολίνα όπου οι βενζοδιαζεπίνες<sup>5</sup> έγιναν ελεγχόμενο φάρμακο, μειώθηκε η κατανάλωση. Ένα τρίτο παράδειγμα, στην Ινδία, έρευνα έδειξε ότι οι συνταγές για όλα τα ελαφριά ηρεμιστικά μπορούν να μειωθούν κατά ένα τρίτο, εάν εφαρμοστεί μια ενημέρωση στους ιατρούς και στους ασθενείς. Όλες αυτές οι έρευνες

---

<sup>3</sup> Έγινε σύσταση από την Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Κύπρο το 2016 για τα υψηλά ποσοστά χορήγησης αντιβιοτικών, υποχρεώνοντας το υπουργείο υγείας να ξεκινήσει προσπάθειες για μείωση τους.

<sup>4</sup> Φάρμακα όπως κωδεΐνη, μορφίνη, πεθιδίνη που ανήκουν στην κατηγορία των ναρκωτικών που χρησιμοποιούνται στη φαρμακευτική φροντίδα.

<sup>5</sup> Ηρεμιστικά φάρμακα.

υποδεικνύουν μια θετική επίδραση των μέτρων ελέγχου εάν χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. (Hemminki, 1975)

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνταγογράφηση είναι οι απαιτήσεις της κοινωνίας και των ασθενών. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο λίγο χρόνο περνά ο γιατρός με τον ασθενή κατά την εξέταση τόσο περισσότερα φάρμακα συνταγογραφούνται, κάτι που παρατηρείτε και στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Είναι λογικό να περιμένει κανείς ότι και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη συνταγογράφηση εκτός από τον όγκο δουλειάς των ιατρών, όπως οι οικογένειες των ασθενών όπου επιβάλλουν τις προσδοκίες τους στους ιατρούς (Hemminki, 1975). Μια ακόμη έρευνα για τις προσδοκίες των ασθενών και τις δράσεις των ιατρών έβγαλε σαν συμπέρασμα ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τη διαχείριση του προβλήματός τους και το άγχος τους που σχετίζεται με το υπάρχον πρόβλημα είναι δυο παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των ιατρών (Webb, Lloyd, 1994).

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ιατρούς κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων στην Κύπρο και η ανάλυση των παραγόντων αυτών γενικά, και ειδικά αν έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων στην Κύπρο. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε 128 ιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, σε 3 πόλεις της Κύπρου. Πιο κάτω καταγράφονται στοιχεία που αφορούν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη, όπως είναι η συνταγογράφηση των ιατρών. Επίσης, δίνονται περιληπτικά στοιχεία της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται στην Κύπρο σήμερα και οι τρόποι που γίνονται οι πληρωμές από τους ασθενείς, ώστε να γίνει αντιληπτό πόσο επηρεάζει ο τρόπος συνταγογράφησης τα οικονομικά της υγείας στην Κύπρο και συγκεκριμένα της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Οι φορείς χάραξης πολιτικής μπορούν να χρησιμοποιήσουν μέτρα που επηρεάζουν την συνταγογράφηση ώστε να συγκρατήσουν την φαρμακευτική δαπάνη. Στην Κύπρο, με την μελλοντική εφαρμογή του νέου Γενικού συστήματος Υγείας μπορούν να γίνουν αλλαγές στον τρόπο της συνταγογράφησης, από την αρχή, προς όφελος των ασθενών και του συστήματος γενικότερα. Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα μπορούμε να διακρίνουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν σήμερα τη συνταγογράφηση στην Κύπρο και ποιοί τυγχάνουν βελτίωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, είναι εύκολο να διακρίνουμε πως μπορεί να αλλάξει ή να επηρεαστεί, προς το όφελος του ασθενή και του συστήματος, ο τρόπος συνταγογράφησης των ιατρών στην Κύπρο τα επόμενα χρόνια.

## 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Στο πιο κάτω κεφάλαιο αναλύονται κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη, όπου φαίνεται η σημασία της συνταγογράφησης των ιατρών στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Συνολικά η φαρμακευτική δαπάνη καθορίζεται από την τιμή των φαρμάκων και την ποσότητα που καταναλώνονται από τους ασθενείς (εθνικό κέντρο δημόσιας διοίκησης και αυτοδιοίκησης, 2012). Μερικοί παράγοντες που διαμορφώνουν και επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη είναι :

- Η εξέλιξη της ιατρικής. Η γνώση πρόσφερε νέες μεθόδους διάγνωσης των ασθενειών, έτσι γίνεται έγκαιρη και ακριβής εντόπιση ασθενειών. Με τις νέες μεθόδους ανακαλύπτονται θεραπευτικές διαδικασίες σε ασθένειες που κάποτε ήταν ανίατες και θανατηφόρες. Έτσι έχουμε αυξημένο αριθμό διαγνώσεων και αλλαγές στο είδος και τη διάρκεια των φαρμακευτικών αγωγών που ακολουθούνται, όπου σε κάποιες περιπτώσεις είναι δαπανηρές. Η αυξημένη χρήση μακροχρόνιων φαρμακευτικών σχημάτων από πολλούς ασθενείς αποτέλεσε ένα σημαντικό στοιχείο στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Επίσης, νέα καινοτόμα φάρμακα έχουν αυξημένη τιμή σε σχέση με τα παλαιότερα που αντικαθιστούν όπου είναι πιο οικονομικά.
- Αύξηση του αριθμού των ιατρών και της συνταγογράφησης. Ο αυξημένος αριθμός των ιατρών, η ασυμμετρία της πληροφόρησης και η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου της συνταγογράφησης δημιούργησαν προκλητή ζήτηση και κατ' επέκταση αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.
- Δημογραφικοί παράγοντες. Η γήρανση του πληθυσμού και το αυξημένο προσδόκιμο ζωής αυξάνει τη φαρμακευτική δαπάνη. Οι ηλικιωμένοι έχει παρατηρηθεί ότι καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα αφού συχνά πάσχουν από συνδυασμό ασθενειών, καθιστώντας τους έτσι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση αλληλεπιδράσεων με φάρμακα και ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Επιδημιολογικοί παράγοντες. Παρατηρείται αλλαγή του επιδημιολογικού μοντέλου όπου από τις λοιμώξεις πλέον εμφανίζονται πιο χρόνιες ασθένειες όπως νεοπλάσματα, ψυχικές νόσοι, ατυχήματα, καρδιαγγειακά κ.α. Οι χρόνιες ασθένειες συχνά είναι πιο δαπανηρές για ένα σύστημα υγείας από ότι οι παροδικές και ιάσιμες ασθένειες.
- Η εφαρμογή της θεραπευτικής ιατρικής και όχι της προληπτικής. Η έλλειψη αρκετών προληπτικών προγραμμάτων που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στον πληθυσμό για περιορισμό της θεραπευτικής ιατρικής τελικά ανεβάζουν το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών θεωρείται ως ένα απαιτητικό και πολυσύνθετο ιατρικό καθήκον που προϋποθέτει γνώση της φαρμακοθεραπείας, διαγνωστικές δεξιότητες και επαγγελματική εμπειρία. Πράγματι, έχει διαπιστωθεί πως η μη ορθολογική συνταγογράφηση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας φροντίδας του ασθενή και την άνιση κατανομή των πόρων της υγείας, όπως η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι ένα εξαιρετικά συχνό φαινόμενο μεταξύ της ιατρικής κοινότητας. Αυτό συμβαίνει τόσο εξαιτίας του ευρύτερου θεσμικού πλαισίου που διέπει τη συνταγογράφηση όσο και λόγω του πλήθους των παραγόντων που επιδρούν στις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών. Όπως είναι το κόστος του φαρμάκου, η γνώση των φαρμακολογικών του χαρακτηριστικών, το βάθος της σχετικής ενημέρωσης και επιστημονικής πληροφόρησης, και άλλοι δημογραφικοί παράγοντες των συνταγογράφων κτλ. Η μελέτη αυτή εξετάζει τη συνταγογράφηση και πως αυτή επηρεάζει τη φαρμακευτική δαπάνη.

Το βασικό διακύβευμα όσον αφορά τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, είναι η ευθυγράμμιση των πρακτικών συνταγογράφησης με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Που εν πολλοίς προσανατολίζεται στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, με στόχο την παροχή της βέλτιστης δυνατής φροντίδας στον ασθενή, στα πλαίσια της δικαιοσύνης και ισότητας πρόσβασης στους πόρους της δημόσιας υγείας. Έτσι, το ζητούμενο είναι η επίτευξη και υιοθέτηση μιας ορθολογικής συμπεριφοράς συνταγογράφησης από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας. Έτσι ώστε, από τη μία πλευρά να μην εξαντλούνται οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι και να μη διακυβεύεται η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, και από την άλλη να διασφαλίζεται η βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή, μετριάζοντας παράλληλα τα σχετικά αρνητικά φαινόμενα, όπως η πολυφαρμακία.

### 3. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στο πιο κάτω κείμενο περιγράφεται η σημερινή δομή του Συστήματος υγείας στην Κύπρο και επιπλέον γίνονται κάποιες αναφορές στο μελλοντικό σύστημα που αναμένεται ότι θα εφαρμοστεί πλήρως μέχρι το 2020. Η Κύπρος βρίσκεται σε πορεία εφαρμογής ενός εθνικού συστήματος υγείας καθολικής κάλυψης, μιας και είναι η μοναδική χώρα στην Ευρώπη που δεν έχει ακόμη ένα ολοκληρωμένο και σύγχρονο σύστημα υγείας.

#### 3.1. Η Οργανωτική Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη είναι η παροχή υπηρεσιών, κατά περίπτωση, στους πολίτες με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, σε μια σειρά από δομές όπως π.χ. τα δημόσια Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία. (Μάτσης, 2008)

Η ιατροφαρμακευτική φροντίδα στην Κύπρο προσφέρεται παράλληλα από δύο τομείς παροχής υπηρεσιών: το δημόσιο και τον ιδιωτικό. Ο δημόσιος τομέας λειτουργεί κάτω από την ομπρέλα του Υπουργείου Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό αποκλειστικά. Το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για την οργάνωση, τη διοίκηση, τον προγραμματισμό και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας. Επιπρόσθετα είναι υπεύθυνο και για την παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και νοσοκομεία τα οποία είναι υπό τον έλεγχό του, παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένων υπηρεσιών, παραϊατρικών υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, επειγόντων υπηρεσιών, φαρμακευτικής φροντίδας, νοσοκομειακής φροντίδας, οδοντιατρικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα παρέχονται από πέντε περιφερειακά νοσοκομεία, ένα παιδιατρικό/γυναικολογικό νοσοκομείο, τρία αγροτικά νοσοκομεία και τριάντα οκτώ κέντρα υγείας, με διακόσια τριάντα υπό-κέντρα με περιοδεύουσα ιατρική και παραϊατρική υποστήριξη. Επιπροσθέτως, το Υπουργείο ακολουθεί σχέδιο επιδότησης ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και όρους.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Τα στοιχεία είναι από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας. ([www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy))



Ο Ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, πολυκλινικές, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες, υπό τη νομοθετική ρύθμιση, τον έλεγχο και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας.

Επιπλέον, λειτουργούν τα πιο κάτω υπό-συστήματα, υβρίδια υγειονομικής φροντίδας:

- Συστήματα συνδικαλιστικών οργανώσεων, τα οποία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. (ΣΕΚ, ΠΕΟ, ΔΕΟΚ)
- Συστήματα ημικρατικών οργανισμών, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες στους υπαλλήλους τους. (ΑΗΚ, ΑΤΗΚ )
- Συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Τέλος λειτουργούν και κάποιες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα μονάδες υπό μορφή οργανωμένων προμηθευτών εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας όπως:

- Θεραπευτικές υπηρεσίες (Ογκολογικό κέντρο τράπεζας Κύπρου, Παρασκευαΐδιο μεταμοσχευτικό κέντρο, Ινστιτούτο γενετικής και Νευρολογίας).
- Υπηρεσίες υποστήριξης σε χρόνιους ασθενείς όπως: καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς, διαβητικούς, νεφροπαθείς κλπ.

Και στις δυο περιπτώσεις, μέρος του κόστους λειτουργίας καλύπτεται μέσω επιδοτήσεων του κρατικού προϋπολογισμού.

Ο προϋπολογισμός του σημερινού δημόσιου συστήματος υγείας, έστω και αν καλύπτεται από τη γενική φορολογία, δικαιούχοι είναι μόνο το 80% του πληθυσμού. Πριν το 2013, υπήρχαν δικαιούχοι κατηγορίας Α και δικαιούχοι κατηγορίας Β, ανάλογα με εισοδηματικά κριτήρια. Η τρίτη κατηγορία είναι οι μη δικαιούχοι και περιλαμβάνει όλους τους Κύπριους με υψηλά εισοδήματα, τους ευρωπαίους πολίτες που δεν δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη χώρα τους και όλους τους παράνομους και νόμιμους μετανάστες από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης που ζουν στην Κύπρο. (Theodorou, Charalambous et al, 2012)

Από 1η Αυγούστου 2013, έχουν τεθεί σε ισχύ νέες ρυθμίσεις που σχετίζονται με την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου. Οι νέες ρυθμίσεις αναφέρονται σε συγκεκριμένες προϋποθέσεις για ασφαλιστική κάλυψη υγείας στο δημόσιο σύστημα, κατάργηση της κατηγορίας δικαιούχων «Β», εισαγωγή νέων τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες

υπηρεσίες. Οι ρυθμίσεις αυτές έγιναν ως πρόδρομος της εφαρμογής του ΓΕΣΥ στην Κύπρο (υπουργείο εργασίας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, 2014).

Το Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο είναι στα σχέδια εδώ και πολλά χρόνια χωρίς να μπορούν οι εκάστοτε κυβερνήσεις να προχωρήσουν στην τελική εφαρμογή του. Κάποια βασικά χαρακτηριστικά θα είναι η συνεργασία δημόσιου με ιδιωτικού τομέα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Επίσης, η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού ο οποίος θα παραπέμπει στις διάφορες ειδικότητες, για να γίνεται συγκράτηση της ιατρικής δαπάνης, όπως εφαρμόζεται στη Μεγάλη Βρετανία. Τέλος, θα υπάρχει σημαντική διαφορά στην αποζημίωση των παρόχων, οι οποίοι δεν θα αποζημιώνονται από τον ασθενή, όπως γίνεται τώρα με τις out of pocket πληρωμές, αλλά από τον ΟΑΥ, ο οποίος θα διαχειρίζεται το σύνολο των οικονομικών πόρων του συστήματος. Οι δικαιούχοι θα είναι υποχρεωμένοι να συνεισφέρουν ένα ποσοστό επί του συνολικού ετήσιου εισοδήματός τους για τη χρηματοδότηση του νέου συστήματος υγείας.

### **3.1.1 Πληρωμές ασθενών**

Οι out of pocket πληρωμές αντιπροσωπεύουν το 83.5% της δαπάνης του ιδιωτικού τομέα (Theodorou, Charalambous et al, 2012). Το ποσοστό αυτό είναι από τα υψηλότερα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το οικονομικό βάρος των ιδιωτικών δαπανών είναι πολύ υψηλό κυρίως για τις μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος ομάδες ασθενών. Έχει παρατηρηθεί, ότι και οι δικαιούχοι του δημόσιου τομέα πολλές φορές καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα με δικά τους έξοδα. Οι λόγοι που μπορεί να τους οδηγούν εκεί είναι οι πολύ μεγάλες λίστες αναμονής και θέματα καλύτερης ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα. Αντίστοιχα, πολύ μικρό ποσοστό των μη δικαιούχων καταφεύγει στα δημόσια νοσοκομεία πληρώνοντας όλο το ποσό των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Θεωρητικά, θα έπρεπε οι δικαιούχοι της δημόσιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας να είχαν καλυμμένες όλες τις ανάγκες τους μέσα από τα δημόσια νοσοκομεία. Αλλά δεν υπάρχει 100% κάλυψη όλων των αναγκών, μέσα από το υπάρχον σύστημα. Επομένως κάποιες άμεσες πληρωμές στον ιδιωτικό τομέα επωμίζονται αναγκαστικά οι δικαιούχοι, όπως είναι η ορθοδοντική ή κάποιες άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες και όχι μόνο.

Ακόμη ένας τρόπος πληρωμών είναι οι άτυπες πληρωμές (φακελάκια). Το φαινόμενο δεν είναι συχνό, αν και έχει ακουστεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις γιατροί ζητούν φακελάκι ιδιαίτερα σε

περιστατικά χειρουργικά και τοκετών. Γενικά η νομοθεσία για το ζήτημα είναι αρκετά αυστηρή για να αποφεύγονται τέτοιου είδους πληρωμές οι οποίες είναι παράνομες. (Theodorou, Charalambous et al, 2012).

## 4. ΦΑΡΜΑΚΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) φάρμακο χαρακτηρίζεται: «Κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών, που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στη θεραπεία, στο μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, τη διόρθωση, ή τη μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή τα ζώα»<sup>7</sup>. Σε αυτό το κεφάλαιο εξηγούνται κάποιοι ορισμοί που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο, όπως και διευκρινήσεις κάποιων διαδικασιών που γίνονται στο τομέα του φαρμάκου για καλύτερη κατανόηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

### 4.1 Άδειες Φαρμακευτικών Προϊόντων

Όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα πρέπει να έχουν εγκριθεί και καταχωρηθεί από το Συμβούλιο Φαρμάκων, που αποτελεί την αρμόδια υπηρεσία για:

- την έκδοση άδειας κυκλοφορίας στην αγορά
- την ταξινόμηση των φαρμακευτικών προϊόντων
- την φαρμακοεπαγρύπνηση<sup>8</sup> και
- την επιθεώρηση των κατασκευαστών

Τα φαρμακευτικά προϊόντα χωρίζονται, με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές του Συμβουλίου της Ευρώπης, σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- τα συνταγογραφούμενα (prescription-only medicines, POM) και
- τα «από τον πάγκο» προϊόντα (over-the-counter, OTC), για την αγορά των οποίων δεν χρειάζεται συνταγή.

Αρμόδιος φορέας για την κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι το Υπουργείο Υγείας, το οποίο ακολουθεί τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης, εκτός από ειδικές

---

<sup>7</sup> <http://www.who.int/en/>

<sup>8</sup> Φαρμακοεπαγρύπνηση (ΦΕ), σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι: η επιστήμη και οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την ανίχνευση, την αξιολόγηση, την κατανόηση και αποτροπή ανεπιθύμητων ενεργειών και άλλων προβλημάτων τα οποία σχετίζονται με τα φάρμακα.

τοπικές υπάρχουσες συνθήκες, όπου μπορεί ένα προϊόν «από τον πάγκο» να γίνει σε συνταγογραφούμενο ή και το αντίθετο.

Οι διαδικασίες όσο αφορά την έγκριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων άλλαξαν δραματικά το 1995 με τη δημιουργία του EMEA (European Medicines Evaluation Agency) όπου στην πορεία μετονομάστηκε σε EMA. Ο ρόλος του EMA είναι η προώθηση της προστασίας της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση των ασθενών από τα φαρμακευτικά προϊόντα. Σήμερα, τα βασικά βήματα της διαδικασίας έγκρισης ενός βιοτεχνολογικού προϊόντος σε κεντρικό επίπεδο στην Ευρώπη διαμορφώθηκαν με τον εξής τρόπο:

Αρχικά, ο υποψήφιος κάτοχος άδειας κυκλοφορίας πρέπει να ενημερώσει τον EMA για το προϊόν, 7 μήνες πριν να κατατεθεί ο φάκελος του υποψήφιου φαρμάκου, για την πρόθεση κατάθεσης πλήρους φακέλου για το βιοτεχνολογικό προϊόν. Μετά, γίνεται η κατάθεση του φακέλου του φαρμάκου όπως προβλέπεται, στα σωστά χρονικά περιθώρια, σε ηλεκτρονική μορφή (σε έντυπη μορφή δεν γίνονται αποδεκτά) και στην Αγγλική γλώσσα. Τότε ξεκινά η διαδικασία εξέτασης του φακέλου από το CHMP( committee for medicinal products for human use) το οποίο λειτουργεί μέσα στους κόλπους του EMA. Εκτός από το CHMP, όπου έχει τον κύριο και πρώτο λόγο, βοηθούν στον έλεγχο και οι επιτροπές Pharmacovigilance Risk Assessment Committee και Committee for advance therapies με διορισμό υπευθύνων για την πλήρη εξέταση του φακέλου. Η όλη διαδικασία μπορεί να πάρει από 150 μέρες το λιγότερο μέχρι και 210 μέρες. Η συντόμευση της διαδικασίας μπορεί να γίνει σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο για την δημόσια υγεία. Επιπλέον, ο κάτοχος της άδειας υποχρεούται μετά την κατάθεση του φακέλου και την έναρξη της εξέτασης να καταθέσει τα τέλη στον EMA , όπως και να είναι προετοιμασμένος για επιθεώρηση από τον EMA των εγκαταστάσεων του για να βεβαιωθεί ότι υπάρχει συμμόρφωση με τους κανόνες καλής παρασκευαστικής πρακτικής. Πριν να τελειώσει η διαδικασία και όταν όλοι οι έλεγχοι έχουν γίνουν σωστά, ο κάτοχος άδειας πρέπει να καταθέσει μεταφρασμένο το φύλλο οδηγιών χρήσης σε όλες τις επίσημες γλώσσες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τέλος, η απόφαση του EMA στέλνεται στη European Commission για την τελική έγκριση. Η Commission έχει χρονικό περιθώριο να βγάλει την απόφαση μέχρι την 277 μέρα από την πρώτη μέρα κατάθεσης του φακέλου του υποψήφιου φαρμάκου. Στην περίπτωση που εγκριθεί από την European Commission ο φάκελος του βιοτεχνολογικού προϊόντος, υπάρχει άμεση ισχύς σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η προστασία του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (πατέντα) είναι εναρμονισμένη με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Διπλωμάτων Ευρεσιτεχνίας και εγγύησης της προστασίας αγοράς των αυθεντικών/πρωτότυπων προϊόντων για 20 χρόνια. Σύμφωνα με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει η δυνατότητα επέκτασης του χρονικού διαστήματος κατά πέντε επιπλέον έτη στο πλαίσιο ενός συμπληρωματικού πιστοποιητικού προστασίας. Επίσης, σύμφωνα με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι αρχές υποχρεούνται να παρέχουν την προστασία των δεδομένων για τα απαιτούμενα έτη. Αυτό προβλέπει μια επιπλέον περίοδο προστασίας των φαρμάκων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Μόνο μετά από οκτώ χρόνια μπορεί ο φαρμακευτικός οργανισμός να επεξεργαστεί αιτήσεις για γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα υπό την τροποποίηση Bolar provision (προϊόντος αναφοράς) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι Αρχές μπορούν να επιβάλουν ένα επιπλέον έτος προστασίας στα δεδομένα για περαιτέρω καινοτόμες ενδείξεις (Theodorou, Charalambous et al, 2012).

Οι οδηγίες κυκλοφορίας, όπως αναφέρονται στην οδηγία 2001/83/EK, έχουν εφαρμοστεί στην Κύπρο με τη θέσπιση νόμων για Φαρμακευτικά Προϊόντα για ανθρώπινη χρήση (έλεγχος της ποιότητας, προμήθειας και τιμών). Το Συμβούλιο Φαρμάκων ορίζει τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί η φαρμακευτική διαφήμιση. Ακόμη, απαγορεύει την παροχή δώρων μεγάλης αξίας και την παροχή δειγμάτων στους ιατρούς που συνταγογραφούν. Δείγματα μπορούν να δοθούν μόνο μετά από γραπτή αίτηση από τον ιατρό και ο κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας (ΚΑΚ) πρέπει να διατηρεί ένα αρχείο καταγραφής των αιτήσεων για αυτά τα δείγματα.

#### 4.2 Πρωτότυπα φάρμακα

Πρωτότυπο ιδιοσκεύασμα είναι το προϊόν των οίκων που πραγματοποίησαν την έρευνα και εισήγαγαν διεθνώς τη δραστική ουσία στην θεραπευτική, καθώς και το ίδιο ιδιοσκεύασμα που παρασκευάζεται από άλλους κατόπιν νομίμου εκχωρήσεως των σχετικών δικαιωμάτων από τους δικαιούχους. (εφημερίδα της κυβέρνησης, 2010)

## 4.3 Γενόσημα Φάρμακα

Τα γενόσημα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τις δαπάνες υγείας αισθητά. Μέσα από έρευνα έχει φανεί ότι κερδίζουν συνεχώς έδαφος στα διάφορα συστήματα υγείας της Ευρώπης, όπως και στην Κύπρο.

### 4.3.1 Άδεια κυκλοφορίας γενόσημου φαρμάκου

Οι αιτήσεις των γενόσημων φαρμάκων καλούνται «σύντομες» (abbreviated) διότι σε γενικές γραμμές δεν απαιτείται να περιέχουν προκλινικά και κλινικά δεδομένα για να θεωρούνται τα φάρμακα αποτελεσματικά και ασφαλή. Αντ' αυτού, οι αιτούντες πρέπει να αποδεικνύουν επιστημονικά ότι το γενόσημο φαρμακευτικό τους προϊόν είναι βιοϊσοδύναμο με το πρωτότυπο προϊόν. Το γενόσημο φαρμακευτικό προϊόν, πρέπει να είναι φαρμακευτικά ισοδύναμο και βιοϊσοδύναμο με το πρωτότυπο σκεύασμα έτσι αναμένεται ότι τα δύο αυτά φαρμακευτικά προϊόντα θα είναι και θεραπευτικά ισοδύναμα.

## 4.4 Φαρμακολογία

Πιο κάτω αναφέρονται και επεξηγούνται κάποιοι φαρμακευτικοί όροι που χρησιμοποιούνται στην εργασία και στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, για καλύτερη κατανόηση κυρίως του θέματος των γενόσημων συγκρίνοντας τα με τα πρωτότυπα φάρμακα.

### 4.4.1 Βιοδιαθεσιμότητα

Βιοδιαθεσιμότητα ορίζεται ως η καταμέτρηση της σχετικής ποσότητας ενός χορηγημένου φαρμάκου που φθάνει στη γενική κυκλοφορία του αίματος συναρτήσει του ρυθμού που αυτό συμβαίνει (journal of pharmacokinetics and biopharmaceutics, 1973) (Academy of pharmaceutical sciences, 1972).

### 4.4.2 Βιοϊσοδυναμία

Η βιοϊσοδυναμία συγκρίνει ένα σκεύασμα με ένα άλλο ή με σειρά προτύπων. Βιοϊσοδύναμα είναι δυο συναφή φάρμακα που εμφανίζουν συγκρίσιμη βιοδιαθεσιμότητα, εντός συγκεκριμένων

ορίων, και παρόμοιους χρόνους για να πετύχουν τη μέγιστη συγκέντρωση στο αίμα (Harvey, Champe, 2003).

#### 4.5 Βιο-ομοειδή φάρμακα

Τα βιο-ομοειδή (biosimilars) φάρμακα που αναφέρονται στο δοθέν ερωτηματολόγιο, είναι βιολογικά φάρμακα που σχεδιάζονται έτσι ώστε να είναι παρεμφερή με τα ήδη υπάρχοντα βιολογικά φάρμακα (φάρμακα αναφοράς). Τα βιο-ομοειδή φάρμακα δεν είναι ίδια με τα γενόσημα φάρμακα, τα οποία έχουν απλούστερη χημική δομή και θεωρούνται πανομοιότυπα με τα φάρμακα αναφοράς τους.

#### 4.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων

Ο πιο σημαντικός έλεγχος, για την ασφάλεια ενός νέου φαρμάκου, γίνεται μόνο μετά την είσοδό του στην κλινική πράξη και τη χρήση του από μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Οι πληροφορίες, που παρέχονται από την έρευνα, η οποία διεξάγεται μέχρι τη στιγμή της έγκρισης ενός νέου φαρμάκου, είναι περιορισμένες, αφού προέρχονται από κλινικές μελέτες με μικρό αριθμό ασθενών (3.000-5.000) και για σύντομο χρονικό διάστημα (1-3 ετών). Για το λόγο αυτό, είναι δύσκολο να επισημανθούν οι πολύ σοβαρές και θανατηφόρες, αλλά μικρής συχνότητας ανεπιθύμητες ενέργειες (1:1.000 ασθενείς), όπως και οι αλληλεπιδράσεις των νέων φαρμάκων με άλλες φαρμακευτικές και μη ουσίες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων έχουν μεγάλη σημασία στην καθημερινή ιατρική πράξη, καθώς συμβαίνουν συχνά, είναι σοβαρές και η βλάβη, κάποιες φορές, είναι μεγαλύτερη από το όφελος. Πριν μερικές μόνο δεκαετίες, συστηματοποιήθηκε η μελέτη των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων. Η ανάγκη για αυτού του είδους της μελέτης εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1880, με το χλωροφόρμιο, του οποίου η χρήση προκάλούσε καρδιακή ανακοπή και έγινε επιτακτική ανάγκη μετά το 1961, με την τραγωδία με την θαλιδομίδη (με χιλιάδες περιστατικά φωκομέλεια σε νεογνά). Έτσι υπήρχε η ανάγκη δημιουργίας υπηρεσιών και συστημάτων συνεχούς παρακολούθησης για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, δηλαδή υπηρεσιών φαρμακοεπαγρύπνησης.



Για πρώτη φορά το 1964, εφαρμόστηκε στην Αγγλία η κίτρινη κάρτα, σαν σύστημα φαρμακοεπαγρύπνησης. Το οποίο, ορίζεται κάθε επιστημονική μέθοδος συλλογής στοιχείων, σχετικών με την ασφάλεια παλαιών και νέων φαρμάκων.

Το διεθνές κέντρο παρακολούθησης ανεπιθύμητων ενεργειών και η βάση δεδομένων του, που έχει δημιουργήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι στην Ουψάλα, γνωστό ως Collaborating Center For International Drug Monitoring ή ως Uppsala Monitoring Center (UMC). Το κέντρο δέχεται, κατά μέσο όρο, περίπου 150.000 αναφορές ετησίως, από τις χώρες-μέλη του προγράμματος της.

Για τη συλλογή των δεδομένων, με σκοπό την ανίχνευση ανεπιθύμητων ενεργειών, χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα φαρμακοεπαγρύπνησης. Τα συστήματα αυτά είναι:

- Η αυθόρμητη αναφορά, μέσω της κίτρινης κάρτας.
- Η συστηματική παρακολούθηση των φακέλων των ασθενών και της συνταγογραφίας, από εξειδικευμένες κλινικές.
- Οι δημογραφικές και οι επιδημιολογικές μελέτες, που γίνονται με σκοπό το σχεδιασμό προοπτικών ερευνών (cohort studies) και αναδρομικών μελετών (retrospective studies).
- Οι κλινικές μελέτες.
- Η επιτήρηση συγκεκριμένων περιπτώσεων (case control surveillance).
- Η παρακολούθηση των ευπαθών ομάδων.

Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών είναι η αυθόρμητη αναφορά, μέσω της κίτρινης κάρτας. Σήμερα, αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν καταστήσει υποχρεωτική την αναφορά των ανεπιθύμητων ενεργειών, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Έτσι, 68 κράτη, μεταξύ των οποίων και η Κύπρος, συνεργάζονται στα πλαίσια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και συγκεντρώνουν πληροφορίες, μέσω των εθνικών κέντρων ή υπηρεσιών φαρμακοεπαγρύπνησης, τις οποίες δίνουν στην παγκόσμια βάση δεδομένων.

Η αξιολόγηση για την ένταξη των ανεπιθύμητων ενεργειών ενός φαρμάκου, στην παγκόσμια βάση δεδομένων, γίνεται με κριτήρια, τα οποία προκαθορίστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και κάποια από αυτά είναι, η χρονική συσχέτιση της εμφάνισης της ανεπιθύμητων ενεργειών με τη λήψη του φαρμάκου, η επιβεβαίωσή της με τη διακοπή του

φαρμάκου ή την επαναχορήγηση του, ο προσδιορισμός των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα κ.ά.

Η σημασία της καταγραφής των ανεπιθύμητων ενεργειών ενός φαρμάκου, μετά την κυκλοφορία του στην αγορά, είναι τεράστια. Αρκεί να σκεφτεί κανείς, πόσα φάρμακα έχουν ανακληθεί ή έχουν υποβληθεί αυστηροί περιορισμοί στη χρήση τους, εκ των υστέρων, γι' αυτό είναι πολύ σημαντική η συμμετοχή των ιατρών στην καταγραφή αυτή.

Συχνά, οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σοβαρές και οι βλάβες, που προκαλούνται συχνά μπορεί να είναι μεγαλύτερες από το προσδοκώμενο όφελος. Δηλαδή εμφανίζεται, μια δυσαναλογία μεταξύ του συμπτώματος που θέλουμε να θεραπεύσουμε και της σοβαρότητας της ανεπιθύμητης ενέργειας. Έχει θεσπιστεί από τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες μια φάση παρακολούθησης των νέων φαρμάκων, μετά την έγκριση και την κυκλοφορία τους, η οποία φάση διαρκεί τρία έως πέντε χρόνια (Γαλανοπούλου-Κούβαρη, Λιάπη, 2016).

#### **4.6.1 Κίτρινη κάρτα**

Το πιο καθιερωμένο διεθνώς σύστημα φαρμακοεπαγρύπνησης είναι η αυθόρμητη αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών, δηλαδή η συμπλήρωση του εντύπου της κίτρινης κάρτας. Η κίτρινη κάρτα είναι ένα δελτίο αναφοράς, εμπιστευτικό, ανεπιθύμητων ενεργειών από φάρμακα και διατίθεται στους επαγγελματίες υγείας. Είναι έγκυρη, όταν περιέχει τουλάχιστον τα πιο κάτω στοιχεία: 1. Όνομα φαρμάκου, 2. ανεπιθύμητη-ες ενέργεια-ες, 3. ημερομηνία λήψης φαρμάκου, 4. ημερομηνία έναρξης ανεπιθύμητης ενέργειας και 5. στοιχεία αναφέροντος (ιατρού, φαρμακοποιού, οδοντιάτρου, νοσηλεύτη). Με την κίτρινη κάρτα αναφέρονται παγκοσμίως όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τα νέα φάρμακα, οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα γνωστά φάρμακα και όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες που οφείλονται σε αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

Η κίτρινη κάρτα είναι τόσο δημοφιλής, για τους εξής λόγους:

- Έχει μεγάλο εύρος εφαρμογής, στο οποίο περιλαμβάνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες πολλών τύπων, καθώς και οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα,
- Αφορά όλα τα φάρμακα και όλους τους ασθενείς,
- Είναι αποτελεσματική, συνεχής, ταχεία και οικονομική.

Έχει όμως και κάποια μειονεκτήματα και περιορισμούς, όπως:

- Αδυνατεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια της ανεπιθύμητης ενέργειας με το αντίστοιχο φάρμακο,
- Οι αναφορές δεν είναι πάντα απροκατάληπτες,
- Αδυνατεί να πραγματοποιήσει ποσοτικές μετρήσεις, συνεπώς είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των φαρμάκων
- Αδυνατεί να ανιχνεύσει ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται μετά από χρόνια θεραπευτική αγωγή

Οι λόγοι για τη μικρή συχνότητα αυθόρμητης αναφοράς είναι πολλοί, όπως:

- Ελαττωμένη ευαισθησία.
- Αδυναμία αναγνώρισης της ανεπιθύμητης ενέργειας, αλλά και άγνοια για το τι πρέπει να αναφέρεται και τι όχι (έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης).
- Απροθυμία αναφοράς μιας απλής υποψίας.
- Έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας .
- Ολιγωρία.
- Έλλειψη χρόνου.
- Δυσκολίες αποστολής της αναφοράς.
- Φόβος για αρνητικές συνέπειες (κοινοποίηση του ονόματος αναφερόντων και ασθενών).
- Φόβος για κοινοποίηση πληροφοριών από το ιστορικό των ασθενών (παραβίαση του ιατρικού απορρήτου).

Οι φόβοι αυτοί είναι υπερβολικοί, αφού όλα τα στοιχεία είναι απόρρητα. Η αναφορά είναι εμπιστευτική για τον αναφέροντα και χρησιμοποιείται μόνο για την εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων (Γαλανοπούλου-Κούβαρη, Λιάπη, 2016). Ίσως η προσωπική συμβολή του κάθε επαγγελματία υγείας να περιορίζεται σε μια ή δυο περιπτώσεις αναφοράς, εάν όμως, οι περιπτώσεις αυτές συνδυαστούν με τις αναφορές από άλλες πηγές, τότε η ατομική προσφορά γίνεται σημαντική, για την αξιολόγηση ενός πιθανού κινδύνου.

Οι αναφορές υποβάλλονται είτε εντύπως, είτε ηλεκτρονικά με την κίτρινη κάρτα στην ηλεκτρονική ιστοσελίδα Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας ([www.moh.gov.cy/phs/](http://www.moh.gov.cy/phs/)).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί, ότι εκτός από το ίδιο το φάρμακο, ορισμένες φορές, η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται καθαρά

με τον ασθενή. Για παράδειγμα, η συσσώρευση του φαρμάκου ή η υπερδοσολογία, λόγω μειωμένου μεταβολισμού (από νεφρικές ή ηπατικές βλάβες), η ανεπάρκεια ενζυμικών μηχανισμών, η συνύπαρξη πολλών ασθενειών και η ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, ανήκουν στους παράγοντες, που αυξάνουν κατακόρυφα την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητης ενέργειας (Γαλανοπούλου-Κούβαρη, Λιάπη, 2016).

## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη αυτή είναι συγχρονική με τη χρήση ερωτηματολογίου που συμπληρώθηκε από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Κατόπιν έγινε η επεξεργασία των απαντήσεων για να εξαχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Πιο κάτω αναπτύσσεται η μεθοδολογία όπου ακολουθήθηκε .

### 5.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Πριν την υλοποίηση μίας έρευνας κρίνεται απαραίτητο να γίνει ο σχεδιασμός της, μέσω του οποίου προσδιορίζονται οι πηγές που θα φέρουν τα επιθυμητά στοιχεία. Η διαδικασία του σχεδιασμού είναι ιδιαίτερα απαιτητική, αφού κάθε στάδιο ή επιμέρους επιλογή επηρεάζει και τα υπόλοιπα. Η διαδικασία του σχεδιασμού περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια (Κουρεμένος, 2008):

1. Καθορισμός του σκοπού της έρευνας
2. Προκαταρκτική έρευνα
3. Προσδιορισμός μεθόδου έρευνας
4. Ανάπτυξη ερωτηματολογίου
5. Προσδιορισμός και επιλογή δείγματος

#### 5.1.1 Σκοπός της έρευνας

Το πρώτο βήμα στο σχεδιασμό μιας έρευνας είναι να καθοριστεί ο σκοπός της και οι επιμέρους στόχοι που θα οδηγήσουν στο τελικό αποτέλεσμα. Σκοπός της παρούσας έρευνα ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος συνταγογράφησης των ιατρών, δημόσιων και ιδιωτικών, στην Κύπρο, και από ποιους παράγοντες επηρεάζεται.

Πιο συγκεκριμένα, επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η διερεύνηση:

- Του τρόπου επιλογής και τεκμηρίωσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Κύπρο.
- Της σημασίας του κόστους στην επιλογή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Της γνώμης των ιατρών και της συχνότητας συνταγογράφησης γενόσημων σκευασμάτων.
- Της γνώμης, της ενημέρωσης των ιατρών και της συχνότητας συνταγογράφησης νέων φαρμακευτικών θεραπειών.
- Της γνώσης και της ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

- Των τυχόν επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη συνταγογράφηση.
- Τέλος, κατά πόσο οι απόψεις των ιατρών διαφοροποιούνται ανάλογα με παράγοντες όπως είναι τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, η ειδικότητα, η προϋπηρεσία ή το αν εργάζονται στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

### **5.1.2 Προσδιορισμός μεθόδου έρευνας**

Στη συγκεκριμένη περίπτωση κρίθηκε ότι πιο κατάλληλη είναι η χρήση της ποσοτικής μεθόδου εξαιτίας του ότι επιδέχεται ανάλυσης από την οποία μπορεί να προκύψουν τάσεις που μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό που έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με το δείγμα (Κυριαζή, 1999).

Κάθε ποσοτική έρευνα διεξάγεται σε δύο απόλυτα διακριτά στάδια. Το πρώτο είναι το στάδιο του σχεδιασμού, κατά τη διάρκεια του οποίου διαπιστώνονται οι σκοποί της έρευνας, προσδιορίζονται ακριβώς τα ζητούμενά της, επιλέγεται η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί για την πραγματοποίησή της και σχεδιάζεται η υλοποίησή της με κάθε λεπτομέρεια και σαφήνεια για κάθε βήμα της διαδικασίας. Μετά, ακολουθεί το στάδιο της υλοποίησης της έρευνας. Σε αυτό το στάδιο συλλέγονται τα στοιχεία και έπειτα ακολουθεί η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί. Τέλος, διατυπώνονται τα συμπεράσματα που έχουν προκύψει από την ερευνά (εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, 1997).

### **5.1.3. Ανάπτυξη ερωτηματολογίου, προσδιορισμός και επιλογή δείγματος**

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου 45 ερωτήσεων χωρισμένων σε εφτά θεματικές ενότητες ως εξής :

ΜΕΡΟΣ I: εισαγωγικές πληροφορίες των χαρακτηριστικών των ιατρών

ΜΕΡΟΣ II: συνταγογραφική επιλογή και τεκμηρίωση της,

ΜΕΡΟΣ III: σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας

ΜΕΡΟΣ IV: συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων

ΜΕΡΟΣ V: νέες φαρμακευτικές θεραπείες

ΜΕΡΟΣ VI: ανεπιθύμητες ενέργειες

ΜΕΡΟΣ VII: συνταγογράφηση και οικονομική κρίση

Το δείγμα αποτέλεσαν 128 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων από 3 πόλεις τις Κύπρου (Αμμόχωστος, Λάρνακα, Λευκωσία) όπου ασκούν την ιατρική είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα, σε πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα. Η στρωματοποίηση έγινε βάση της κατανομής των ιατρών ως προς την ειδικότητα, τη γεωγραφική περιοχή και τη μορφή απασχόλησης (Θεοδώρου, Παυλάκης et al, 2008).

Αρχικά χρησιμοποιήθηκε ένα δοκιμαστικό ερωτηματολόγιο που κάλυπτε τους ερευνητικούς στόχους και σκοπούς της έρευνας. Μετά ακολούθησε η διαδικασία του προέλεγχου του ερωτηματολογίου με συμπλήρωση 15 ερωτηματολογίων ώστε να εντοπιστούν τυχόν σφάλματα και παραλήψεις. Έπειτα από τον προέλεγχο διαμορφώθηκε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου για την αποτύπωση και μελέτη των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών στην Κύπρο.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους ιατρούς στο χώρο εργασίας τους αφού κλήθηκαν να απαντήσουν εντός μικρού χρονικού περιθωρίου κάποιον ημερών. Μετά το πέρας της διαδικασίας, τα ερωτηματολόγια συλλέχτηκαν και η διαδικασία ολοκληρώθηκε με τη συγκέντρωση εκατόν είκοσι οχτώ συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Η συλλογή των στοιχείων άρχισε το Σεπτέμβριο του 2015 και ολοκληρώθηκε τον Οκτώβριο του 2015.

Μετά τη συλλογή των στοιχείων ακολούθησε η διαδικασία ελέγχου, η κωδικοποίηση, η εισαγωγή και η στατιστική επεξεργασία με όλα τα απαραίτητα εργαλεία της στατιστικής.

#### **5.1.4 Ανάλυση των δεδομένων**

Για την ανάλυση των δεδομένων ποσοτικών ερευνών χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο προγράμματα που δίνουν τη δυνατότητα στατιστικής επεξεργασίας, ώστε να γίνει εύκολα και γρήγορα η ομαδοποίηση και η ανάλυση που θα οδηγήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα από τα πιο διαδεδομένα, εύχρηστα και ευέλικτα στατιστικά πακέτα, το IBMSPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Στην παρούσα μελέτη οι κατηγορικές ή, αλλιώς, οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο διατάξιμων

μεταβλητών ή μεταξύ μιας διατάξιμης μεταβλητής και μιας ποσοτικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών, η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου από τους ιατρούς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών. Η βαθμολογία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών λαμβάνει τιμές 0 έως 4 και προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις παρακάτω τέσσερις ερωτήσεις:

- Πραγματοποίηση μεταπτυχιακών σπουδών
- Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης
- Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος)
- Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία την τελευταία πενταετία)

Οι εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης ήταν οι απόψεις των ιατρών αναφορικά με τα παρακάτω:

- Συνταγογραφικές επιλογές
- Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας
- Συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων
- Νέες φαρμακευτικές θεραπείες
- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση

Η βαθμολογία για τα γενόσημα φάρμακα λαμβάνει τιμές 3 έως 15, με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν θετικότερη στάση απέναντι στα γενόσημα φάρμακα σε σχέση με τα πρωτότυπα, και προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις παρακάτω τρεις ερωτήσεις:

- Ποιότητα γενόσημων φαρμάκων
- Ασφάλεια γενόσημων φαρμάκων
- Αποτελεσματικότητα γενόσημων φαρμάκων

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.



## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια βγήκαν διάφορα συμπεράσματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ποικίλους λόγους, όπως η δημιουργία κατάλληλων πολιτικών για την μείωση των δαπανών υγείας σε ένα μελλοντικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο. Επίσης, έχει γίνει και μια σύγκριση παρόμοιων αποτελεσμάτων προ κρίσης και μετά κρίσης στην Κύπρο και κατά πόσο επηρεάστηκε η συνταγογράφηση των ιατρών από αυτό.

### 6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από εκατόν εικοσιοκτώ (128) ιατρούς. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών. Το 62,6% των ιατρών ήταν άντρες, ενώ το 37,4% ήταν γυναίκες. Το 34,1% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών, το 24,4% στην ομάδα 30-40 ετών, το 22,8% στην ομάδα 41-50 ετών και το 18,7% στην ομάδα  $\geq 61$  ετών. Το 45,3% ασκούσαν την ιατρική για περισσότερα από 20 έτη, το 19,5% για 11-15 έτη, το 17,2% για 16-20 έτη, το 10,9% για 6-10 έτη και το 7% για 1-5 έτη. Το 30,5% ήταν ιατροί του δημοσίου, ενώ το 69,5% ήταν ιδιώτες ιατροί. Το 38,3% είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 45,3% είχαν συμμετάσχει σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης, το 82% είχαν συμμετάσχει σε  $\geq 1$  συνέδρια τον τελευταίο χρόνο και το 22,7% είχαν  $\geq 1$  δημοσιεύσεις την τελευταία πενταετία. Ο μέσος αριθμός των ετών ειδικότητας ήταν 4,9, ενώ οι συχνότερες ειδικότητες ήταν παθολόγοι (21%), παιδίατροι (12,9%), γενικοί ιατροί (9,7%), γυναικολόγοι (8,9%), καρδιολόγοι (8,1%) και χειρουργοί (7,3%). Η μέση βαθμολογία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών ήταν 1,9.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών.

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Φύλο</i>	
Άντρες	77 (62,6)
Γυναίκες	46 (37,4)
<i>Ηλικία (έτη)</i>	

30-40	30 (24,4)
41-50	28 (22,8)
51-60	42 (34,1)
>60	23 (18,7)
<i>Έτη άσκησης της ιατρικής</i>	
1-5	9 (7,0)
6-10	14 (10,9)
11-15	25 (19,5)
16-20	22 (17,2)
>20	58 (45,3)
<i>Μεταπτυχιακό δίπλωμα</i>	
Όχι	79 (61,7)
Ναι	49 (38,3)
<i>Προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης</i>	
Όχι	70 (54,7)
Ναι	58 (45,3)
<i>Συμμετοχή σε συνέδρια (≥1 ετησίως)</i>	
Όχι	23 (18,0)
Ναι	105 (82,0)
<i>Δημοσιεύσεις (≥1 την τελευταία πενταετία)</i>	
Όχι	99 (69,5)
Ναι	29 (22,7)
Βαθμολογία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	1,9 (1,1) <sup>α</sup>

<i>Ιατρός</i>	
Ιδιώτης	89 (69,5)
Δημοσίου	39 (30,5)
Έτη ειδικότητας	4,9 (1,4) <sup>α</sup>
<i>Ειδικότητα</i>	
Γυναικολόγοι	11 (8,9)
Παθολόγοι	26 (21,0)
Παιδίατροι	16 (12,9)
Δερματολόγοι	6 (4,8)
Πνευμονολόγοι	3 (2,4)
Καρδιολόγοι	10 (8,1)
Οφθαλμίατροι	5 (4,0)
Ψυχίατροι	7 (5,6)
Ορθοπαιδικοί	7 (5,6)
Ωτορινολαρυγγολόγοι	3 (2,4)
Γαστρεντερολόγοι	2 (1,6)
Ουρολόγοι	2 (1,6)
Γενικοί ιατροί	12 (9,7)
Χειρουργοί	9 (7,3)
Ενδοκρινολόγοι	1 (0,8)
Νευροχειρουργοί	2 (1,6)
Ρευματολόγοι	1 (0,8)
Αγγειοχειρουργοί	1 (0,8)

<sup>α</sup> μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου από τους ιατρούς. Το 82% των ιατρών δήλωσαν ότι διαθέτουν ικανοποιητικό/υψηλό βαθμό εξοικείωσης και χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή, το 14,8% μικρό βαθμό και το 3,1% μηδαμινό βαθμό. Το 83,6% των ιατρών δήλωσαν ότι διαθέτουν ικανοποιητικό/υψηλό βαθμό εξοικείωσης και χρήσης του διαδικτύου, το 14,1% μικρό βαθμό και το 2,3% μηδαμινό βαθμό. Το 73,4% των ιατρών δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν συχνά/πολύ συχνά το διαδίκτυο για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα, το 18% δήλωσαν σπάνια και το 8,8% δήλωσαν ποτέ/σχεδόν ποτέ.

**Πίνακας 2.** Η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου από τους ιατρούς.

<b>Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή</b>	<b>N (%)</b>
Υψηλός	36 (28,1)
Ικανοποιητικός	69 (53,9)
Μικρός	19 (14,8)
Μηδαμινός	4 (3,1)
<b>Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης του διαδικτύου</b>	
Υψηλός	41 (32,0)
Ικανοποιητικός	66 (51,6)
Μικρός	18 (14,1)
Μηδαμινός	3 (2,3)
<b>Χρήση διαδικτύου για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα</b>	
Πολύ συχνά	42 (32,8)
Συχνά	52 (40,6)
Σπάνια	23 (18,0)
Σχεδόν ποτέ	7 (5,5)

Ποτέ	4 (3,1)
------	---------

## 6.2. Συνταγογραφικές επιλογές

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις τύπου Likert αυτής της ενότητας ήταν 0,7 πράγμα που δείχνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Η πλειοψηφία των ιατρών (96,1%) δήλωσαν ότι το βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα.

Οι συχνότερες πηγές τεκμηρίωσης της συνταγογραφικής επιλογής κατά φθίνουσα σειρά ήταν οι εξής:

- Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια (63,3%).
- Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας (60,2%).
- Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά (56,3%).
- Βιβλιογραφία αναφοράς (39,8%).
- Ιατρικές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο (29,7%).

Οι ιατροί αναζητούσαν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τα εξής:

- Ανεπιθύμητες ενέργειες (71,9%).
- Συνέργειες με άλλες ουσίες (64,1%).
- Χορήγηση κατά την κύηση (57,8%).
- Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας (56,3%).
- Χορήγηση κατά τον θηλασμό (54,7%).
- Δοσολογία (48,4%).
- Χρόνιο νόσημα (29,7%).

Το 61,7% των ιατρών δήλωσαν ότι συμβουλευονται συχνά/πολύ συχνά την «περίληψη χαρακτηριστικών προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα, ενώ το 38,3% δήλωσαν ότι τη συμβουλευονται σπάνια/σχεδόν ποτέ.

Το 12,5% των ιατρών δήλωσαν ότι διαφοροποιούν συχνά/πολύ συχνά την αρχική τους συνταγογράφηση, ενώ το 87,5% δήλωσαν ότι τη διαφοροποιούν σπάνια/σχεδόν ποτέ. Οι συχνότερες αιτίες διαφοροποίησης ήταν η δυσανεξία ασθενούς/ανεπιθύμητες ενέργειες (87,5%), η απόσυρση σκευάσματος από την αγορά (43%) και η κυκλοφορία νέου σκευάσματος (36,7%).

Το 45,3% των ιατρών δήλωσαν ότι η συνταγογραφική τους επιλογή επηρεάζεται αρκετά/πολύ από την ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών, ενώ το 54,7% δήλωσαν ότι επηρεάζεται καθόλου/λίγο.

Το 27,4% των ιατρών δήλωσαν ότι πιέζονται συχνά/πολύ συχνά από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση νέου σκευάσματος, ενώ το 72,6% δήλωσαν ότι πιέζονται σπάνια/σχεδόν ποτέ.

### Πίνακας 3. Συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών.

Βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης	N (%)
Δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα	123 (96,1)
Φαρμακοτεχνική μορφή (ενέσιμη μορφή, πόσιμο διάλυμα, ταμπλέτα κλπ)	1 (0,8)
Ενδεδειγμένη ημερήσια δοσολογία σε σχέση με την φαρμακοτεχνική μορφή	1 (0,8)
Οικονομικό κόστος για τον ασθενή	1 (0,8)
Άλλο	2 (1,6)
<b>Πηγές τεκμηρίωσης της συνταγογραφικής επιλογής<sup>a</sup></b>	
Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά	72 (56,3)

Βιβλιογραφία αναφοράς	51 (39,8)
Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια	81 (63,3)
Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας	77 (60,2)
Ιατρικές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο	38 (29,7)
<b>Αναζήτηση περισσότερων πληροφοριών αναφορικά με<sup>α</sup></b>	
Δοσολογία	62 (48,4)
Ανεπιθύμητες ενέργειες	92 (71,9)
Συνέργειες με άλλες ουσίες	82 (64,1)
Χορήγηση κατά την κύηση	74 (57,8)
Χορήγηση κατά τον θηλασμό	70 (54,7)
Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας	72 (56,3)
Χρόνιο νόσημα	38 (29,7)
<b>Συχνότητα χρήσης της «περίληψης χαρακτηριστικών προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα</b>	
Πολύ συχνά	27 (21,1)
Συχνά	52 (40,6)
Σπάνια	43 (33,6)
Σχεδόν ποτέ	6 (4,7)
<b>Συχνότητα αναζήτησης συμβουλών από συναδέλφους</b>	
Πολύ συχνά	3 (2,3)
Συχνά	32 (25,0)
Σπάνια	70 (54,7)

Σχεδόν ποτέ	23 (18,0)
<b>Συχνότητα διαφοροποίησης αρχικής συνταγογράφησης</b>	
Πολύ συχνά	3 (2,3)
Συχνά	13 (10,2)
Σπάνια	101 (78,9)
Σχεδόν ποτέ	11 (8,6)
<b>Αιτία διαφοροποίησης αρχικής συνταγογράφησης<sup>a</sup></b>	
Κυκλοφορία νέου σκευάσματος	47 (36,7)
Δυσανεξία ασθενούς/ανεπιθύμητες ενέργειες	112 (87,5)
Απόσυρση σκευάσματος από την αγορά	55 (43,0)
<b>Η συνταγογραφική επιλογή επηρεάζεται από την ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών</b>	
Πολύ	4 (3,1)
Αρκετά	54 (42,2)
Λίγο	65 (50,8)
Καθόλου	5 (3,9)
<b>Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση νέου σκευάσματος</b>	
Πολύ συχνά	2 (1,6)
Συχνά	33 (25,8)
Σπάνια	67 (52,3)
Σχεδόν ποτέ	26 (20,3)

<sup>a</sup> Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.



### 6.3. Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη σημασία που έχει το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας.

Το 74,2% των ιατρών δήλωσαν ότι το κόστος του φαρμάκου έχει σημαντικό/ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ενώ το 25,8% δήλωσαν ότι δεν έχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Το 67,9% των ιατρών δήλωσαν ότι οι ασθενείς παραπονούνται συχνά/πολύ συχνά για το κόστος της φαρμακοθεραπείας, ενώ το 32% δήλωσαν ότι οι ασθενείς παραπονιούνται σπάνια/σχεδόν ποτέ. Το 44,6% των ιατρών δήλωσαν ότι η συνταγογραφική τους επιλογή επηρεάζεται αρκετά/πολύ από το βαθμό στον οποίο το κόστος καλύπτεται από την ασφάλεια του ασθενούς, ενώ το 25,8% δήλωσαν ότι δεν επηρεάζονται καθόλου/σχεδόν καθόλου.

**Πίνακας 4.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη σημασία που έχει το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας.

<b>Βαθμός σημασίας του παράγοντα «κόστος φαρμάκου»</b>	<b>N (%)</b>
Ιδιαίτερα σημαντικός	21 (16,4)
Σημαντικός	74 (57,8)
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός	31 (24,2)
Καθόλου	2 (1,6)
<b>Συχνότητα παραπόνων των ασθενών για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας</b>	
Πολύ συχνά	25 (19,5)
Συχνά	62 (48,4)
Σπάνια	37 (28,9)
Σχεδόν ποτέ	4 (3,1)

Βαθμός στον οποίο η ασφαλιστική κάλυψη του κόστους για τον ασθενή επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή	
Πολύ	12 (9,4)
Αρκετά	45 (35,2)
Μάλλον	38 (29,7)
Σχεδόν καθόλου	27 (21,1)
Καθόλου	6 (4,7)

#### 6.4. Συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις τύπου Likert αυτής της ενότητας ήταν 0,86 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική συνέπεια.

Το 19,5% των ιατρών έκριναν την εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος ως αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη, το 39,8% ως μάλλον υλοποιήσιμη, το 36,7% ως μάλλον ανέφικτη και το 3,9% ως ανέφικτη.

Το 7,8% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την ποιότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 63,3% την θεωρούν ικανοποιητική, το 28,1% την θεωρούν μέτρια και το 0,8% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 10,2% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 70,3% την θεωρούν ικανοποιητική, το 18,8% την θεωρούν μέτρια και το 0,8% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 9,4% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την αποτελεσματικότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 68% την θεωρούν ικανοποιητική, το 22,7% την θεωρούν μέτρια και το 0% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 80,5% των ιατρών δήλωσαν ότι συνταγογραφούν συχνά/πολύ συχνά ένα γενόσημο σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του, ενώ το 19,5% δήλωσαν ότι το συνταγογραφούν σπάνια/σχεδόν ποτέ.

Η μέση βαθμολογία για τα γενόσημα φάρμακα ήταν 11,5 και η τυπική απόκλιση ήταν 1,5.

**Πίνακας 5.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων.

<b>Η εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος κρίνεται ως</b>	
Αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη	25 (19,5)
Μάλλον υλοποιήσιμη	51 (39,8)
Μάλλον ανέφικτη	47 (36,7)
Ανέφικτη	5 (3,9)
<b>Η ποιότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως</b>	
Εξαιρετική	10 (7,8)
Ικανοποιητική	81 (63,3)
Μέτρια	36 (28,1)
Μάλλον κακή	1 (0,8)
Κακή	0 (0,0)

<b>Η ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως</b>	
Εξαιρετική	13 (10,2)
Ικανοποιητική	90 (70,3)
Μέτρια	24 (18,8)
Μάλλον κακή	1 (0,8)
Κακή	0 (0,0)
<b>Η αποτελεσματικότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως</b>	
Εξαιρετική	12 (9,4)
Ικανοποιητική	87 (68,0)
Μέτρια	29 (22,7)
Μάλλον κακή	0 (0,0)
Κακή	0 (0,0)
<b>Συχνότητα συνταγογράφησης ενός γενόσημου σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του</b>	
Πολύ συχνά	23 (18,0)
Συχνά	80 (62,5)
Σπάνια	25 (19,5)
Σχεδόν ποτέ	0 (0,0)

### 6.5. Νέες φαρμακευτικές θεραπείες

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες.

Το 41,4% των ιατρών συμφώνησαν αρκετά/απόλυτα ότι η υψηλή τιμή ενός νέου σκευάσματος αντιπροσωπεύει και αντίστοιχο (βελτιωμένο) θεραπευτικό αποτέλεσμα, το 50% δεν συμφώνησαν ιδιαίτερα και το 8,6% δεν συμφώνησαν σχεδόν καθόλου/καθόλου.

Το 61,7% των ιατρών δήλωσαν ότι τα νέα, καινοτόμα, φαρμακευτικά σκευάσματα είναι μάλλον πιο αποτελεσματικά έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, παλαιών, σκευασμάτων, το 24,2% ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά και το 14,1% ότι είναι σαφώς πιο αποτελεσματικά.

Οι συχνότερες πηγές ενημέρωσης για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων κατά φθίνουσα σειρά ήταν οι εξής:

- Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών (90,6%).
- Επιστημονικά περιοδικά (66,4%).
- Διαδίκτυο (52,3%).
- Επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες (50%).

Το 10,9% των ιατρών δήλωσαν ότι αναμένουν την ευρεία χρήση ενός νέου σκευάσματος από άλλους συναδέλφους, έτσι ώστε να το συνταγογραφήσουν στους δικούς τους ασθενείς, το 46,1% δήλωσαν ότι συνταγογραφούν δοκιμαστικά το νέο σκεύασμα σε λίγους ασθενείς, το 26,6% δήλωσαν ότι αναμένουν τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών και το 14,1% δήλωσαν ότι συνταγογραφούν αμέσως το νέο σκεύασμα μετά από την κυκλοφορία του.

Το 45% των ιατρών δήλωσαν ότι η κατάργηση του κρατικού συνταγολογίου είναι προς όφελος των ασθενών, το 25% ότι θα αυξήσει τις δαπάνες υγείας, το 15% ότι είναι προς όφελος των φαρμακευτικών εταιρειών και το 12,5% ότι θα επιτρέψει την ταχύτερη κυκλοφορία στην αγορά νέων φαρμάκων.

**Πίνακας 6.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες.

<b>Βαθμός συμφωνίας με το ότι η υψηλή τιμή ενός νέου σκευάσματος αντιπροσωπεύει και αντίστοιχο (βελτιωμένο) θεραπευτικό αποτέλεσμα</b>	<b>N (%)</b>
Απόλυτα	3 (2,3)
Αρκετά	50 (39,1)
Όχι ιδιαίτερα	64 (50,0)
Σχεδόν καθόλου	8 (6,3)
Καθόλου	3 (2,3)
<b>Τα νέα, καινοτόμα, φαρμακευτικά σκευάσματα έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, παλαιών, σκευασμάτων κρίνονται ως</b>	
Σαφώς πιο αποτελεσματικά	18 (14,1)
Μάλλον πιο αποτελεσματικά	79 (61,7)
Το ίδιο αποτελεσματικά	31 (24,2)
<b>Πηγές ενημέρωσης για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων<sup>a</sup></b>	
Επιστημονικά περιοδικά	85 (66,4)
Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών	116 (90,6)
Επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες	64 (50,0)
Διαδίκτυο	67 (52,3)
<b>Χρονική απόσταση από την ημέρα κυκλοφορίας έως τη συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος</b>	
Αμέσως	18 (14,1)
Δοκιμαστική χορήγηση σε λίγους ασθενείς	59 (46,1)
Αναμονή έως την ευρεία χρήση από άλλους συναδέλφους	14 (10,9)
Αναμονή για τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών	34 (26,6)

Άλλο	3 (2,3)
<b>Η κατάργηση του κρατικού συνταγολογίου</b>	
Είναι προς όφελος του ασθενούς	54 (45,0)
Είναι προς όφελος των φαρμακευτικών εταιρειών	18 (15,0)
Θα αυξήσει τις δαπάνες υγείας	30 (25,0)
Θα επιτρέψει την ταχύτερη κυκλοφορία στην αγορά νέων φαρμάκων	15 (12,5)
Άλλο	3 (2,5)

<sup>α</sup> Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

## 6.6. Ανεπιθύμητες ενέργειες

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οι συχνότερες πηγές ενημέρωσης για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος κατά φθίνουσα σειρά ήταν οι εξής:

- Διαδίκτυο (51,6%).
- Φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (50,8%).
- Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών (49,2%).
- Συνάδελφοι (22,7%).
- Μέσα μαζικής ενημέρωσης (8,6%).

Το 96,1% των ιατρών δήλωσαν ότι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει σημαντικά/πολύ τη συνταγογραφική τους επιλογή, ενώ το 3,9% δήλωσαν ότι δεν την επηρεάζει σχεδόν καθόλου.

Το 64,8% των ιατρών ανέφεραν την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από σκεύασμα σε ασθενή 1-5 φορές τα τελευταία δύο έτη, το 18,8% ανέφεραν 6-10 φορές, το 8,6% ανέφεραν >10

φορές και το 7,8% ανέφεραν καμία φορά. Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, το 27,1% των ιατρών χρησιμοποίησαν την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, ενώ το 72,9% δεν την χρησιμοποίησαν.

Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, οι ιατροί κατά φθίνουσα σειρά ενημέρωσαν τους εξής:

- Ιατρικό επισκέπτη/επιστημονικό συνεργάτη φαρμακευτικών εταιρειών (70,3%).
- Συναδέλφους (19,5%).
- Φαρμακευτικό σύλλογο (0,8%).
- Ιατρικό σύλλογο (0,8%).
- Ένα ποσοστό 8,5% δεν ενημέρωσαν κανέναν.

**Πίνακας 7.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

<b>Πηγές ενημέρωσης για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος</b>	<b>N (%)</b>
Φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας	65 (50,8)
Διαδίκτυο	66 (51,6)
Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών	63 (49,2)
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	11 (8,6)
Συναδέλφους	29 (22,7)
<b>Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή</b>	
Πολύ	53 (41,4)
Σημαντικά	70 (54,7)
Σχεδόν καθόλου	5 (3,9)
Καθόλου	0 (0,0)



<b>Συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από σκεύασμα σε ασθενή τα τελευταία δύο έτη</b>	
Καμία φορά	10 (7,8)
1-5 φορές	83 (64,8)
6-10 φορές	24 (18,8)
>10 φορές	11 (8,6)
<b>Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, χρησιμοποίησατε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας</b>	
Ναι	32 (27,1)
Όχι	86 (72,9)
<b>Ενημέρωση σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών</b>	
Ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικών εταιρειών	83 (70,3)
Συναδέλφων	23 (19,5)
Ιατρικού συλλόγου	1 (0,8)
Φαρμακοποιών	0 (0,0)
Φαρμακευτικού συλλόγου	1 (0,8)
Κανενός	10 (8,5)

<sup>a</sup> Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

## 6.7. Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση και οικονομική κρίση.

Το 56,3% των ιατρών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση, το 25% δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι και το 18,8% δήλωσαν λίγο/καθόλου ικανοποιημένοι.

Το 17,2% των ιατρών δήλωσαν ότι δέχονται αρκετή/πολύ πίεση από τους ασθενείς τους για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος, το 23,4% δήλωσαν ότι δέχονται μέτρια πίεση και το 59,4% δήλωσαν ότι δέχονται λίγο/καθόλου πίεση.

Το 12,9% των ιατρών παρατήρησαν αρκετά/πολύ μεγάλη αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013, με την επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα, το 16,9% παρατήρησαν μέτρια αλλαγή και το 70,2% παρατήρησαν μικρή/καθόλου αλλαγή.

Το 15,1% των ιατρών θεωρούν αρκετά/πολύ εφικτή την ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με βιο-ομοειδή, το 33,6% την θεωρούν μέτρια εφικτή και το 51,4% την θεωρούν λίγο/καθόλου εφικτή.

Στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, το 46,1% των ιατρών θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα, το 28,1% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα και το 25,8% θα επέλεγαν οποιοδήποτε σκεύασμα.

Στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές με την ίδια δραστική ουσία αλλά διαφορετικής επωνυμίας μεταξύ δημόσιου και

ιδιωτικού τομέα, το 36,7% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα, το 35,2% των ιατρών θα επέλεγαν οποιοδήποτε σκεύασμα και το 28,1% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα.

Οι συχνότερες περιπτώσεις στις οποίες οι ιδιώτες ιατροί συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει το δημόσιο κατά φθίνουσα σειρά ήταν οι εξής:

- Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον ιδιωτικό τομέα (80,7%).
- Όταν ζητηθεί από τον ασθενή (48,9%).
- Όταν αναζητείται φθηνότερη επιλογή (30,7%).
- Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του δημόσιου τομέα για κοινό ασθενή (15,9%).

Οι συχνότερες περιπτώσεις στις οποίες οι ιατροί δημοσίου συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας κατά φθίνουσα σειρά ήταν οι εξής:

- Όταν αποκλείεται η πρόσβαση σε σκευάσματα του δημοσίου λόγω περιορισμών/πρωτοκόλλων (60,5%).
- Όταν ζητηθεί από τον ασθενή (39,5%).
- Όταν εξαντληθούν όλες οι επιλογές στο δημόσιο τομέα (31,6%).
- Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον δημόσιο τομέα (26,6%).
- Όταν ο ιατρός θεωρεί καλύτερα τα σκευάσματα στον ιδιωτικό τομέα (13,2%).
- Όταν ο ιατρός δεν επιθυμεί την αλλαγή του σκευάσματος σε κάθε αλλαγή στις προμήθειες σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών (7%).
- Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του ιδιωτικού τομέα για κοινό ασθενή (2,6%).

**Πίνακας 8.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση και οικονομική κρίση.

<b>Ικανοποίηση από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση</b>	<b>N (%)</b>
Καθόλου	6 (4,7)
Λίγο	18 (14,1)

Μέτρια	32 (25,0)
Αρκετά	66 (51,6)
Πολύ	6 (4,7)
<b>Βαθμός πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος</b>	
Καθόλου	31 (24,2)
Λίγο	45 (35,2)
Μέτρια	30 (23,4)
Αρκετά	20 (15,6)
Πολύ	2 (1,6)
<b>Βαθμός αλλαγής στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα</b>	
Καθόλου	43 (34,7)
Λίγο	44 (35,5)
Μέτρια	21 (16,9)
Αρκετά	16 (12,9)
Πολύ	0 (0,0)
<b>Βαθμός στον οποίο είναι εφικτή η ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με βιο-ομοειδή (biosimilars)</b>	
Καθόλου	23 (20,4)
Λίγο	35 (31,0)
Μέτρια	38 (33,6)
Αρκετά	14 (12,4)

Πολύ	3 (2,7)
<b>Συνταγογραφική επιλογή στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα</b>	
Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα	59 (46,1)
Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα	36 (28,1)
Οποιοδήποτε	33 (25,8)
<b>Συνταγογραφική επιλογή στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές με την ίδια δραστική ουσία αλλά διαφορετικής επωνυμίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα</b>	
Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα	36 (28,1)
Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα	47 (36,7)
Οποιοδήποτε	45 (35,2)
<b>Για τους ιδιώτες ιατρούς, οι περιπτώσεις στις οποίες συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει το δημόσιο<sup>α</sup></b>	
Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον ιδιωτικό τομέα	71 (80,7)
Όταν ζητηθεί από τον ασθενή	43 (48,9)
Όταν αναζητείται φθηνότερη επιλογή	27 (30,7)
Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του δημόσιου τομέα για κοινό ασθενή	14 (15,9)
<b>Για τους ιατρούς δημοσίου, οι περιπτώσεις στις οποίες συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας<sup>α</sup></b>	
Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στο δημόσιο τομέα	34 (26,6)
Όταν εξαντληθούν όλες οι επιλογές στο δημόσιο τομέα	12 (31,6)

Όταν αποκλείεται η πρόσβαση σε σκευάσματα του δημοσίου λόγω περιορισμών/πρωτοκόλλων	23 (60,5)
Όταν ζητηθεί από τον ασθενή	15 (39,5)
Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του ιδιωτικού τομέα για κοινό ασθενή	1 (2,6)
Όταν ο ιατρός θεωρεί καλύτερα τα σκευάσματα στον ιδιωτικό τομέα	5 (13,2)
Όταν ο ιατρός δεν επιθυμεί την αλλαγή του σκευάσματος σε κάθε αλλαγή στις προμήθειες σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών	9 (7,0)

<sup>a</sup> Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

## 6.8. Συσχετίσεις

Το ποσοστό των γυναικών που συμβουλεύονται συχνά/πολύ συχνά την περίληψη των χαρακτηριστικών του σκευάσματος (67,4%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των αντρών (58,5%) ( $p=0,03$ ) (πίνακας 9).

**Πίνακας 9.** Σχέση μεταξύ φύλου και αναζήτησης συμβουλής στην περίληψη των χαρακτηριστικών του σκευάσματος.

Φύλο	Αναζήτηση συμβουλής στην περίληψη των χαρακτηριστικών του σκευάσματος			
	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σχεδόν ποτέ
Άντρες	11 (14,3)	34 (44,2)	30 (39,0)	2 (2,6)
Γυναίκες	16 (34,8)	15 (32,6)	12 (26,1)	3 (6,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των γυναικών που επηρεάζονται αρκετά/πολύ συχνά στη συνταγογραφική τους επιλογή από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών (56,5%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των αντρών (40,3%) ( $p=0,04$ ) (πίνακας 10).

**Πίνακας 10.** Σχέση μεταξύ φύλου και βαθμού επιρροής της συνταγογραφικής επιλογής από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών.

Φύλο	Βαθμός επιρροής της συνταγογραφικής επιλογής από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών			
	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
Άντρες	1 (1,3)	30 (39,0)	42 (54,5)	4 (5,2)
Γυναίκες	3 (6,5)	23 (50,0)	19 (41,3)	1 (2,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που διαφοροποιούν συχνά/πολύ συχνά την αρχική συνταγογραφική τους επιλογή (20,5%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (9%) ( $p=0,04$ ) (πίνακας 11).

**Πίνακας 11.** Σχέση μεταξύ ιατρών και συχνότητας διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής.

Ιατροί	Συχνότητα διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής			
	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σχεδόν ποτέ
Ιδιώτες	0 (0,0)	8 (9,0)	73 (82,0)	8 (9,0)
Δημοσίου	3 (7,7)	5 (12,8)	28 (71,8)	3 (7,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που διαφοροποιούν την αρχική συνταγογραφική τους επιλογή εξαιτίας ενός νέου σκευάσματος (87,2%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (52,8%) ( $p<0,001$ ) (πίνακας 12).

**Πίνακας 12.** Σχέση μεταξύ ιατρών και διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής εξαιτίας ενός νέου σκευάσματος.

Ιατροί	Διαφοροποίηση της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής εξαιτίας ενός νέου σκευάσματος	
	Όχι	Ναι
Ιδιώτες	47 (52,8)	42 (47,2)
Δημοσίου	34 (87,2)	5 (12,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα στους οποίους οι ασθενείς παραπονούνται συχνά/πολύ συχνά για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας (77%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (64%) ( $p=0,04$ ) (πίνακας 13).

**Πίνακας 13.** Σχέση μεταξύ ιατρών και συχνότητας διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής.

Ιατροί	Συχνότητα παραπόνων από τους ασθενείς για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας			
	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σχεδόν ποτέ
Ιδιώτες	13 (14,6)	44 (49,4)	29 (32,6)	3 (3,4)
Δημοσίου	12 (30,8)	18 (46,2)	8 (20,5)	1 (2,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των ιδιωτών ιατρών που έκριναν μάλλον ανέφικτη/ανέφικτη την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος (48,3%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα (23,1%) ( $p=0,04$ ) (πίνακας 14).

**Πίνακας 14.** Σχέση μεταξύ ιατρών και άποψης για την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος.



Ιατροί	Άποψη για την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος			
	Αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη	Μάλλον υλοποιήσιμη	Μάλλον ανέφικτη	Ανέφικτη
Ιδιώτες	13 (14,6)	33 (37,1)	39 (43,8)	4 (4,5)
Δημοσίου	12 (30,8)	18 (46,2)	8 (20,5)	1 (2,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που παρατήρησαν μέτρια/αρκετή/σημαντική αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στο δημόσιο τομέα (48,9%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (21,2%) ( $p < 0,001$ ) (πίνακας 15).

**Πίνακας 15.** Σχέση μεταξύ ιατρών και παρατήρησης αλλαγής στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στο δημόσιο τομέα.

Φύλο	Αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στο δημόσιο τομέα				
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετή	Σημαντικ ή
Ιδιώτες	37 (43,5)	30 (35,3)	12 (14,1)	6 (7,1)	0 (0,0)
Δημοσίου	6 (15,4)	14 (35,9)	9 (23,1)	10 (25,6)	0 (0,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που

θα επέλεγαν ένα σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα (66,7%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (11,2%) ( $p=0,003$ ) (πίνακας 16).

**Πίνακας 16.** Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, σχέση μεταξύ ιατρών και επιλογής σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

<b>Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, επιλογή σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα</b>			
	<b>Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα</b>	<b>Σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα</b>	<b>Οποιοδήποτε σκεύασμα</b>
Ιδιώτες	55 (61,8)	10 (11,2)	24 (27,0)
Δημοσίου	4 (10,3)	26 (66,7)	9 (23,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, για τους οποίους υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές με την ίδια δραστική ουσία αλλά διαφορετικής επωνυμίας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που θα επέλεγαν ένα σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα (82,1%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (16,9%) ( $p<0,001$ ) (πίνακας 17).

**Πίνακας 17.** Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, σχέση μεταξύ ιατρών και επιλογής σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

<b>Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, επιλογή σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα</b>			
	<b>Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα</b>	<b>Σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα</b>	<b>Οποιοδήποτε σκεύασμα</b>
Ιδιώτες	33 (37,1)	15 (16,9)	41 (46,1)
Δημοσίου	3 (7,7)	32 (82,1)	4 (10,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη εξοικείωση και χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ( $r_s=0,34$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη εξοικείωση και χρήση του διαδικτύου ( $r_s=0,4$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη χρήση του διαδικτύου για βιβλιογραφική/συνταγογραφική έρευνα ( $r_s=0,38$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη συχνότητα διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής ( $r_s=0,2$ ,  $p=0,03$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι σε δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά ( $r_s=0,2$ ,  $p=0,03$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι σε βιβλιογραφία αναφοράς ( $r_s=0,4$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τις συνέργιες με άλλες ουσίες ( $r_s=0,29$ ,  $p=0,001$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τη χορήγηση φαρμάκων κατά την κύηση ( $r_s=0,37$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τη χορήγηση φαρμάκων κατά τον θηλασμό ( $r_s=0,3$ ,  $p=0,001$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τη χορήγηση φαρμάκων σε χρόνια νόσημα ( $r_s=0,34$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για νέα καινοτόμα φάρμακα από επιστημονικά περιοδικά ( $r_s=0,2$ ,  $p=0,02$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για νέα καινοτόμα φάρμακα από επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες ( $r_s=0,26$ ,  $p=0,003$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος από το διαδίκτυο ( $r_s=0,21, p=0,02$ ).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος από συναδέλφους ( $r_s=0,18, p=0,04$ ).

Με βάση τα πιο πάνω ακολουθεί μια σύνοψη των αποτελεσμάτων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον. Σύμφωνα με τα πιο κάτω συμπεράσματα, υπάρχουν περιθώρια εφαρμογής σωστών πολιτικών χειρισμών ώστε να αλλάξουν κάποια στοιχεία του Κυπριακού συστήματος υγείας, έτσι να βελτιωθεί η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του Κύπριου ασθενή και να μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες .

Η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών επηρεάζεται από πλήθος μεταβλητών που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά του κάθε επαγγελματία υγείας αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ασκεί το επάγγελμά του. Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η διερεύνηση των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών της Κύπρου και η αποσαφήνιση των επιμέρους παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωσή τους. Με κυριότερη έμφαση στο κόστος, τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά των δραστικών ουσιών, τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και την τρέχουσα οικονομική κρίση.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ιατρών είναι εξοικειωμένη με τις νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο, αφού σε πολύ μεγάλο ποσοστό (82% και 83,6%) δήλωσαν ότι διαθέτουν είτε ικανοποιητικό είτε και υψηλό βαθμό εξοικείωσης και χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου αντίστοιχα. Συνάμα, ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών ανατρέχουν σε ιστοσελίδες της επιλογής τους για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα. Φαίνεται όμως ότι η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής, σχετίζονταν με μειωμένη εξοικείωση στην χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών, του διαδικτύου, της χρήση του διαδικτύου για βιβλιογραφική/συνταγογραφική έρευνα και με μειωμένη συχνότητα διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής. Συνεπώς, είναι βέβαιο ότι με την πάροδο των χρόνων, το διαδίκτυο θα αποτελέσει ένα από τα βασικότερα εργαλεία επιστημονικής ενημέρωσης.

Κομβικό σημείο της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθούν και να αποσαφηνιστούν οι πεποιθήσεις των ιατρών για τα γενόσημα φάρμακα και τα νέα σκευάσματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών συνταγογραφούν συχνά ένα γενόσημο σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου και διαθέτουν θετικά διαμορφωμένη γνώμη για αυτά θεωρώντας την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων ικανοποιητική σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους. Μεγάλο μέρος των ιατρών δήλωσαν ότι τα νέα, καινοτόμα, φαρμακευτικά σκευάσματα είναι μάλλον πιο αποτελεσματικά έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, παλαιών σκευασμάτων. Οι συχνότερες πηγές ενημέρωσης για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων είναι ο ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών κατά κύριο λόγο και εν μέρει τα επιστημονικά περιοδικά, το διαδίκτυο και οι επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες. Ως προς την συνταγογραφική συμπεριφορά τους στα νέα σκευάσματα, σχεδόν οι μισοί δήλωσαν ότι συνταγογραφούν δοκιμαστικά το νέο σκεύασμα σε λίγους ασθενείς. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που διαφοροποιούν την αρχική συνταγογραφική τους επιλογή εξαιτίας ενός νέου σκευάσματος ήταν αρκετά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (87,2% έναντι 52,8%).

Η επιλογή μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης, δήλωσαν η πλειοψηφία των ιατρών (96,1%), ότι το βασικό κριτήριο είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα. Ως πηγές τεκμηρίωσης χρησιμοποιούνται κυρίως οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια, η ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας και οι δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά και φάνηκε ότι η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης για τη χορήγηση φαρμάκων κατά ειδικές περιπτώσεις (κύηση, γαλουχία, συνέργιες με άλλες ουσίες, χρόνια νοσήματα) καθώς επίσης και με ενημέρωση σχετικά με νέα καινοτόμα φάρμακα. Ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών (61,7%) δήλωσαν ότι συμβουλεύονται την «περίληψη χαρακτηριστικών προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα.

Επόμενο σημαντικό σημείο της συγκεκριμένης έρευνας, ήταν το κόστος του φαρμάκου και η οικονομική κρίση. Το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών δήλωσαν ότι το κόστος του φαρμάκου παίζει σημαντικό ρόλο και οι ασθενείς παραπονούνται συχνά είτε πολύ συχνά για το κόστος της φαρμακοθεραπείας. Σχεδόν οι μισοί ιατροί δήλωσαν ότι η συνταγογραφική τους επιλογή επηρεάζεται αρκετά από το βαθμό στον οποίο το κόστος καλύπτεται από την ασφάλεια του ασθενούς. Αντίστοιχα ποσοστά ιατρών δήλωσαν ότι δέχονται «λίγη» πίεση για τη

συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος. Μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013, με την επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα, δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες αλλαγές στην συνταγογράφηση φαρμάκων. Εδώ πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στο δείγμα έλαβαν μέρος περισσότεροι ιδιώτες ιατροί (69,5%), σε αντίθεση με τους ιατρούς του δημοσίου (30,5%). Βέβαια εάν παρατηρήσουμε το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που παρατήρησαν μέτρια/αρκετή/σημαντική αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 και την επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα, στο δημόσιο τομέα ήταν το διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών. Αντίστοιχα στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας, το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που θα επέλεγαν ένα σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα ήταν αρκετά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (66,7% έναντι 11,2%). Αναλόγως, για φαρμακευτικές επιλογές με την ίδια δραστική ουσία αλλά διαφορετικής επωνυμίας το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που θα επέλεγαν ένα σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα, ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (82,1% έναντι 16,9%).

Στο ζήτημα των ανεπιθύμητων ενεργειών παρατηρήθηκε ότι οι συχνότερες πηγές ενημέρωσης των ιατρών είναι το διαδίκτυο, οι φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και ο ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών και σπανιότερα οι συνάδελφοι. Οι πλειοψηφία των ιατρών δήλωσαν ότι, η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει σημαντικά τη συνταγογραφική τους επιλογή. Δυστυχώς παρατηρούμε ότι ένα μικρό μέρος των ιατρών χρησιμοποίησαν την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Αντ' αυτού ένα μεγάλο μέρος ενημέρωσαν τον ιατρικό επισκέπτη/επιστημονικό συνεργάτη φαρμακευτικών εταιρειών, ένα μικρότερο μέρος τους συναδέλφους και ένα ποσοστό 8,5% δεν ενημέρωσαν κανέναν. Το ζήτημα αυτό χρειάζεται σημαντική βελτίωση όσο αφορά τους ιατρούς της Κύπρου. Στο μέλλον μπορούν να γίνουν βελτιώσεις ξεκινώντας π.χ. από τη σωστή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

Σχετικά με την εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος το 19,5% των ιατρών την έκριναν ως αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη, το 39,8% ως μάλλον υλοποιήσιμη, το 36,7% ως μάλλον ανέφικτη και το 3,9% ως ανέφικτη.

Ποσοστά τα οποία μπορούν να βελτιωθούν στο μέλλον για καλύτερη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης με την πιθανή υλοποίηση του ΓεΣΥ στην Κύπρο.

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο ζήτημα της συνταγογράφησης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Όπως και της αποζημίωσης από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένης της αύξησης των δαπανών υγείας, και ιδιαίτερα της φαρμακευτικής δαπάνης, στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Η συνταγογράφηση αποτελεί βασική ερμηνευτική μεταβλητή της ποιοτικής σύνθεσης και εξελικτικής πορείας της φαρμακευτικής δαπάνης παγκοσμίως, ενώ παράλληλα αναδεικνύει κρίσιμης σημασίας πτυχές της διαδικασίας λήψης ιατρικών αποφάσεων και, κατ' επέκταση, της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Δεδομένου, λοιπόν, των αρχών της ορθολογικής συνταγογράφησης, στην παρούσα έρευνα τεκμηριώθηκε πως από τις ισχυρότερες μεταβλητές επιρροής των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών αποτελούν η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα, το κόστος, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, η ποιότητα του σκευάσματος, οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια και η χρήση του ίντερνετ, η ενημέρωση από ιατρικό επισκέπτη/ επιστημονικό συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας και η βιβλιογραφία αναφοράς/ επιστημονικά περιοδικά.

Το 2008 διενεργήθηκε παρόμοια έρευνα όσο αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την συνταγογράφηση σε Ελλάδα και Κύπρο. Το δείγμα των γιατρών ήταν 1463 ιατροί στην Ελλάδα και 240 στην Κύπρο, όπου συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τους παράγοντες που τους επηρεάζουν κατά την συνταγογράφηση, τρόπους ενημέρωσης, άποψη για τα γενόσημα, καινούργια σκευάσματα κτλ. Με συγκριτική διάθεση μπορούμε να εξετάσουμε τους παράγοντες τότε και σήμερα και να εντοπίσουμε πως επηρεάστηκε η συνταγογραφική συμπεριφορά με την οικονομική κρίση.

Τα αποτελέσματα το 2008 έδειξαν ότι η κλινική αποτελεσματικότητα ήταν ο κυριότερος παράγοντας συνταγογράφησης στην Ελλάδα και στην Κύπρο. Μόνο οι μισοί συνταγογράφοι λάμβαναν υπόψη το κόστος που επωμίζονταν οι ασθενείς. Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών και στις 2 χώρες συμφωνούσαν ότι η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των γενοσήμων μπορεί να μην ήταν άποψη αλλά ήταν γενικώς αποδεκτή, αν και κυρίως οι Κύπριοι ιατροί τα συνταγογραφούσαν. Ακόμη, οι ιατροί πίστευαν ότι τα νέα σκευάσματα δεν είναι πάντα καλύτερα από τα παλαιότερα και ότι οι υψηλές τιμές τους δεν είναι πάντα δικαιολογημένες. Τέλος, οι ιατροί ενημερώνονταν για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων από τον Εθνικό



Οργανισμό φαρμάκων, αν και δεν ενημέρωναν τις αρχές για τυχόν παρενέργειες με την μορφή των κίτρινων καρτών (Theodorou, Tsiantou et al, 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι, το δείγμα το 2008 αποτελείτο από 35,2% ιδιώτες ιατρούς και 64,2% δημόσιους στην Κύπρο, ενώ το 2015 από 69,5% ιδιώτες και 30,5% δημόσιους ιατρούς, γίνεται μια σύγκριση των αποτελεσμάτων ώστε να φανεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην συνταγογράφηση. Το βασικό κριτήριο εκλογής της φαρμακευτικής θεραπείας εξακολουθεί να είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα. Έχει παρουσιαστεί μια αύξηση της χρήσης υπολογιστών το 2015 από τους ιατρούς, που επηρέασε κάπως τους τρόπους ενημέρωσης της συνταγογραφικής επιλογής, της ενημέρωσης για τα νέα σκευάσματα και της ενημέρωσης για τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Το ίντερνετ κερδίζει έδαφος και όπως φαίνεται στο μέλλον, η ενημέρωση θα γίνεται πιο πολύ από ιατρικές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο.

Ακόμη, το κόστος είναι πιο σημαντικός παράγοντας επιρροής της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών το 2015 για την εκλογή της φαρμακευτικής θεραπείας, από ότι ήταν το 2008, κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης. Το 74,2% απάντησε ότι ο βαθμός σημασίας του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» είναι *ιδιαίτερα σημαντικός/σημαντικός*, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 2008 ήταν 62,7%. Συμπληρώνοντας, στο ερώτημα εάν η ασφαλιστική κάλυψη του κόστους για τον ασθενή επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή, *καθόλου* το 2008 απάντησε το 14,51% ενώ το 2015 μόλις το 4,7% απάντησε ότι δεν επηρεάζει καθόλου η ασφαλιστική κάλυψη του ασθενή. Άρα, μέσα από αυτήν τη σύγκριση η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρέασε σε ένα βαθμό τη συνταγογραφική επιλογή των ιατρών.

Επίσης, βλέπουμε μια αύξηση όσο αφορά τη συνταγογράφηση των γενόσημων το 2015 (80,5% απάντησαν *πολύ συχνά/συχνά*) σε σχέση με το 2008 (66,84% απάντησαν *πολύ συχνά/συχνά* συνταγογραφούν γενόσημα). Γενικά, όσον αφορά την ποιότητα, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των γενόσημων το 2015 οι ιατροί είχαν θετικότερη άποψη από ότι το 2008. Με βάση αυτό, πλέον φαίνεται πιο ομαλή η εισαγωγή γενόσημων στην αγορά και με την χρήση τους κερδίζουν την εμπιστοσύνη της επιστημονικής κοινότητας. Σε αντίθεση, εάν τα νέα σκευάσματα είναι πιο αποτελεσματικά από τα παλιά στην αγορά, οι ιατροί απάντησαν το 2015 ότι είναι σαφώς πιο αποτελεσματικά το 14,1%, αρκετά πιο μικρό ποσοστό από το 2008, όπου το ίδιο απάντησαν το 24,35%.

Τέλος, τα δεδομένα που αφορούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι παρόμοια το 2008 με το 2015, με εξαίρεση το ποσοστό των ιατρών που έστειλε έντυπο ενημέρωσης της κίτρινης κάρτας

κάποιου φαρμάκου για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, το οποίο έχει ανέβει το 2015. Αν και ακόμη τα ποσοστά δεν είναι στα επιθυμητά επίπεδα. Δηλαδή το 2008 έστειλαν κίτρινη κάρτα το 11,92% ενώ το 2015 το 27,1%<sup>9</sup>, πράγμα που δείχνει καλύτερη ενημέρωση επί του θέματος, αν και χρειάζεται από τους αρμόδιους να γίνουν επιπλέον ενέργειες ώστε αυτό το ποσοστό να ανέβει στα επιθυμητά επίπεδα.

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως τα ευρήματα της παρούσας έρευνας περιορίζονται από μία σειρά μεθοδολογικών ζητημάτων, τα οποία αφορούν το περιορισμένο δείγμα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, το μικρό αριθμό παραγόντων που εξετάστηκαν αναφορικά με την επιρροή τους στις συνταγογραφικές συνήθειές τους, τη περιορισμένη γεωγραφική κάλυψη της μελέτης όσον αφορά τις μονάδες υγείας στις οποίες εργάζονται οι ιατροί, το ποσοστό των ιατρών που εργάζονται στο ιδιωτικό τομέα ήταν μεγαλύτερο από αυτόν των ιατρών που εργάζονται στο δημόσιο και το ότι τα δεδομένα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο ενέχουν ένα βαθμό υποκειμενικότητας, καθώς αυτό-συμπληρώθηκε με αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων.

Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στην εξέταση επιπλέον μεταβλητών που επιδρούν στη συνταγογραφική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, επιχειρώντας σε μεγαλύτερα δείγματα ιατρών, καθώς και σε ευρύτερη γεωγραφική κάλυψη. Τα πιο πάνω στοιχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους υπεύθυνους για την πολιτική της υγείας στην Κύπρο, να αναπτύξουν μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να επιτευχθεί καλύτερη κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα από την φαρμακευτική συνταγογράφηση στο μέλλον.

---

<sup>9</sup> Το 92,2% απάντησαν ότι εμφάνισαν ασθενείς τους τα τελευταία 2 χρόνια ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Academy of pharmaceutical sciences, 1972. *guidelines for biopharmaceutical studies in man*, Washington: s.n.

Balter M.B., L. J., 1969. the nature and extent of psycotropic drug usage in the United states. *phycopharmacol*, p. 3.

Bums, A. C. ,. B. ,. R., 2004. *basic marketing research : using microsoft excel data analysis*, s.l.: prentice-Hall.

Capizzi, M., 2010. *generic medicines: understanding the legal framework in the EU, US and Canada*, Frankfurt: ISAM/IPAC-RS Workshop.

Cordoba G., S. V. L.-v. b. B. L. C. A. R. M. M., 2015. prescribing style and variation in antibiotic prescriptions for sore throat: cross sectional study across six countries. *BMC family practise*, 29 january.

Denzin, N. ,. L. Y., 2005. *The sage handbook of qualitative research*, London , New Delhi: sage publications.

Dunne, S. S. B. D. C. C. W., 2013. *A review of the differences and the similarities between generic drugs and their originator counterparts, including economic benefits associated with usage of generic medicines, using Ireland as a case study*, s.l.: BMC Pharmacology and Toxicology.

European Medicines agency, 2012. *ερωτήσεις και απαντήσεις σχετικά με τα βιοϊδύναμα φάρμακα*, s.l.: s.n.

FDA, 2011. *U.S. Food and Drug Administration*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.fda.gov/>  
[Πρόσβαση 16 july 2016].

Harvey, R. A. C. P., 2003. *φαρμακολογία 2η έκδοση*, Αθήνα : εκδόσεις Παρισιάνου.

Hemminki, E., 1975. *Review of literature on the factors affectinh drug prescribing*. great britain: pergamon press.

journal of pharmacokinetics and biopharmaceutics, 1973. *A definition of terms*, s.l.: j. Pharmacokin. and Biopharm 1.3.

Karger, S. ,. B. B. ,. H. W., 1972. *Bioavaliability of Drugs*, New York: s.n.

Lastj, M., 1988. *A dictionary of epidemiology*, Oxford: Oxford university press.

Maronde R.F, L. P. M. M. S. S., 1971. A study of prescribing pattern. *MEd. Care* 9, p. 383.

Neuman, W. L., 2000. *social research methods: qualitative and quantitative approaches*, Boston: Allyn and Bacon.

Theodorou Mamas, C. C. P. C. C. J., 2012. pharmaceutical expenditure. In: *Health Systems in Transition*. s.l.:European Observatory on Health Systems and Policies.

Theodorou, M., T. V. P. A. M. N. F. V. E., 2009. factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC*, p. 150.

U.S. Food and Drug administration, 2009. *Generic Drugs : Myths and facts*, s.l.: s.n.

U.S. Food and Drug Administration, 2016. Greater access to generic drugs : New FDA initiatives to improve the drug review process and reduce legal loopholes. *FDA consumer Magazine*.

US Department of Health and Human Services, 2010. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.hhs.gov/>  
[Πρόσβαση 16 July 2016].

Wagner, J., 1971. *Generic Equivalence of oral products, drug intell. and clin. pharmaceutical* 5,115(1071), s.l.: s.n.

Webb Sarah, L. M., 1994. prescribing and referral in general practice : a study of patients' expectations and doctors' actions. *british journal of general practice*, april, pp. 165-169.

WHO, n.d. *World health organization*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.who.int/>  
[Πρόσβαση 20 May 2016].

woolston, c., 2014. *healthday. History of generic drugs*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://consumer.healthday.com/encyclopedia/dryg-center-16/misc-drugs-news-218/history-of-generic-drugs-646390.html>  
[Πρόσβαση 3 July 2016].

Γαλανπούλου-Κούβαρη, Π. , Λ. Χ., 2016. *ανεπιθυμητες ενεργειες φαρμακων-φαρμακοεπαγρύπνηση*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at:  
<https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS266/AN%20%CE%95%CE%9D%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%95%CE%99%CE%95%CE%A3-%CE%A6%CE%95%CE%A0%202016-17%20.pdf>  
[Πρόσβαση 25 Μάρτιος 2017].

Δαγκαλίδης, Α., 2011. *Κλαδική Μελέτη 15 : ΠΑραγωγή & εμπορία φαρμάκων*, s.l.: τράπεζα πειραιώς, μονάδα οικονομική Ανάλυσης και Αγορών.

εθνικό κέντρο δημόσιας διοίκησης και αυτοδιοίκησης, 2012. *Ελληνική Δημοκρατία , Υπουργείο Διοικητικής ανασυγκρότησης*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/12/4/319.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/12/4/319.pdf)  
[Πρόσβαση 24 Μάιος 2017].

εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, 1997. *ποσοτικές έρευνες*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.ekke.gr/estia/Grenved/seminar3.htm>  
[Πρόσβαση 20 Μάιος 2016].

εθνικός οργανισμός φαρμάκων, 2012. *γενόσημα προϊόντα , δελτίο τύπου προϊόντων ανθρώπινης χρήσης*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at:  
[http://www.eof.gr/web/guest/home?p\\_p\\_id=62\\_INSTANCE\\_Cu81&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_62\\_INSTANCE\\_Cu81\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_articles%2Fview&\\_62\\_INSTANC](http://www.eof.gr/web/guest/home?p_p_id=62_INSTANCE_Cu81&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_Cu81_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANC)

E\_Cu81\_groupId=12225& 62\_INSTANCE\_Cu81\_articleId=88476& 62\_INSTANCE\_Cu81\_versi  
[Πρόσβαση 5 Ιουλίου 2016].

ΕΟΦ, n.d. *Εθνικός Οργανισμός φαρμάκων Ελλάδος*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.eof.gr/>  
[Πρόσβαση 20 Μαΐου 2016].

επίσημη εφημερίδα των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, n.d. *οδηγία 2001/83/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 6ης Νοεμβρίου 2001 περί κοινοτικού κώδικος για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:311:0067:0067:EL:PDF>  
[Πρόσβαση 2016].

ερευνητική ομάδα Urenio, 2005. *οδηγός έρευνας αγοράς*, s.l.: s.n.

εφημερίδα της κυβέρνησης, 2010. *εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας*, φύλλο 380(Β'/1,4,2010,ΑΔ 2/2010), pp. 5057-5064.

Θεοδώρου, Π., Π., 2008. *Έρευνα αποτύπωσης των συνταγογραφικών συνηθειών των γιατρών της Κύπρου*, Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κουρεμένος, Α., 2008. *Marketing 2- έρευνα αγοράς*, Πάτρα: s.n.

Κυριαζή, Ν., 1999. η κοινωνιολογική έρευνα- κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Στο: Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, pp. 45-47.

Μάτσης, Σ., 2008. *μελέτη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας*, s.l.: s.n.

Σιβολαπένκο, Γ., 2012. *κανονιστικές υποθέσεις και πλαίσιο εγκρίσεων στο χώρο της υγείας*, Πάτρα: τμήμα φαρμακευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών.

Σιώμκος, Γ., 2002. *συμπεριφορά καταναλωτή και στρατηγική Μάρκετινγκ*, Αθήνα: Σταμούλη.

Σκαλτσά, Λ., 2013. *οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών-καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα*, oxford: oxford university press.

Σταθακόπουλος, Β., 2008. *Μέθοδοι έρευνας αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλη.

Τούντας, Ι., 2012. *protagon*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.protagon.gr/apopseis/ideas/i-alitheia-gia-ta-genosima-13078000000>  
[Πρόσβαση 6 august 2016].

Τσολάκη, Μ., 2008. *Ο ρόλος των γενόσημων στην καθημερινή ιατρική πράξη*. Θεσσαλονίκη: 8ο pharma point.

υπουργείο εργασίας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, 2014. *στρατηγική για την κοινωνική πολιτική 2014-2020*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at:  
[http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sws/sws.nsf/0/57FD2B0E5E091B63C2257F48003F1B12/\\$file/2014\\_11%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A4%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE-](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sws/sws.nsf/0/57FD2B0E5E091B63C2257F48003F1B12/$file/2014_11%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A4%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE-)

%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%B8%CE%B5%CF%89%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%AD%CE%  
[Πρόσβαση 15 Μαιος 2016].

υπουργείο εργασίας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, n.d. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.moh.gov.cy/>

[Πρόσβαση 16 μαιος 2016].

υπουργείο εργασίας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, n.d. *φαρμακευτικές υπηρεσίες τομέας  
φαρμακοεπαγρύπνησης*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: [http://www.moh.gov.cy/Moh/phs/phs.nsf/dmlps04\\_gr/dmlsps04\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/Moh/phs/phs.nsf/dmlps04_gr/dmlsps04_gr?OpenDocument)

[Πρόσβαση 16 ιουλιο 2016].

Φιλόπουλος, Γ., 2005. *βιοδιαθεσιμότητα και βιοισοδυναμία*, s.l.: Ιφετ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
Πρόγραμμα Σπουδών: Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας\*



Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας  
Τομέας Οικονομικών της Υγείας

### Ερωτηματολόγιο

για την  
Αποτύπωση και Μελέτη  
Των Συνταγογραφικών Συνηθειών των Ιατρών

ΛΕΥΚΩΣΙΑ - 2015

## Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί είναι ανώνυμο και επιδιώκει να διερευνήσει και να αποτυπώσει τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών αλλά και τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη συνταγογραφική τους επιλογή σε όλα τα επίπεδα λήψης κλινικής θεραπευτικής απόφασης.

Παρακαλούμε όπως διαβάσετε προσεχτικά τις ερωτήσεις και συμπληρώσετε όλες τις απαντήσεις.

Οι ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής και δομημένες σε θεματικές ενότητες (I – VII).

Για κάθε μία από τις ερωτήσεις, επιλέγεται μία μόνο απάντηση εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες όπου αναγράφεται στην ερώτηση η δυνατότητα επιλογής περισσότερων απαντήσεων.

Οι απαντήσεις σημειώνονται με Χ στο τετράγωνο επιλογής.

Το ερωτηματολόγιο θα το συλλέξει ο άνθρωπος που σας το έφερε.

Η έρευνα πραγματοποιείται ταυτόχρονα σε Ελλάδα και Κύπρο. Υπεύθυνος φορέας για την Ελλάδα είναι η **Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης** και για την Κύπρο το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

### **Ευχαριστούμε θερμά για τη Συνεργασία**

*Στοιχεία που θα συμπληρωθούν από τον ερευνητή*

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ			
ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ			ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		07	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ



## ΜΕΡΟΣ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Δ.1. Φύλο:

1.  Άνδρας      2.  Γυναίκα

### Δ.2. Ηλικία:

1.  30-40 ετών  
2.  41-50 ετών  
3.  51-60 ετών  
4.  61 + ετών

### Δ.3. Ειδικότητα: \_\_\_\_\_

0.  καμία

### Δ.4. Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής

*(από έναρξης άσκησης επαγγέλματος, συμπεριλαμβανομένου του ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ, της ΑΣΚΗΣΗΣ, της ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ κλπ)*

1.  1 - 5  
2.  6 - 10  
3.  11 - 15  
4.  16 - 20  
5.  21 +

### Δ.5. Εκπαιδευτικό Επίπεδο (Α): Έτη Ειδικότητας \_\_\_\_\_

### Δ.6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο (Β):

1.  Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών σπουδών  
2.  Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης  
3.  Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)  
4.  Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)

### Δ.7. Εργάζεστε ως

1.  Ιδιώτης ιατρός  
2.  Ιατρός δημοσίου

### Δ.8. Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης Η/Υ

1.  Υψηλή εξοικείωση  
2.  Ικανοποιητική εξοικείωση  
3.  Μικρή εξοικείωση  
4.  Καμία εξοικείωση

**Δ.9. Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης Διαδικτύου**

1.  Υψηλή εξοικείωση
2.  Ικανοποιητική εξοικείωση
3.  Μικρή εξοικείωση
4.  Καμία εξοικείωση

**Δ.10. Χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για βιβλιογραφική ή και συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;**

1.  Πολύ συχνά
2.  Συχνά
3.  Σπάνια
4.  Σχεδόν ποτέ
5.  Ποτέ

**ΜΕΡΟΣ II: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ**

**Ε.2.1. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί για σας το βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης;**

1.  Δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα
2.  Φαρμακοτεχνική μορφή (ενέσιμη μορφή, πόσιμο διάλυμα, ταμπλέτα κλπ)
3.  Ενδεδειγμένη ημερήσια δοσολογία σε σχέση με την φαρμακοτεχνική μορφή
4.  Οικονομικό κόστος για τον ασθενή
5.  Προτίμηση / Αίτημα του ασθενούς
6.  Άλλο (Παρακαλώ Διευκρινίστε) .....

**Ε.2.2. Από ποιες πηγές τεκμηριώνετε τις συνταγογραφικές σας προτιμήσεις;**

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1.  Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά
2.  Βιβλιογραφία αναφοράς
3.  Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια
4.  Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη / επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας
5.  Ιατρικές βιβλιοθήκες και Βάσεις δεδομένων στο Διαδίκτυο
6.  Άλλο (Παρακαλώ Διευκρινίστε) .....

**Ε.2.3. Σε ποιες περιπτώσεις αναζητάτε περισσότερες πληροφορίες και συμβουλευέστε κάποιον από τις παραπάνω πηγές κατά τη συνταγογραφική σας επιλογή;**

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1.  Δοσολογία
2.  Ανεπιθύμητες Ενέργειες

- 3.  Συνέργιες με άλλες ουσίες
- 4.  Χορήγηση κατά την κύηση
- 5.  Χορήγηση κατά τον θηλασμό
- 6.  Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής, νεφρικής ανεπάρκειας
- 7.  Χρόνιο νόσημα

**E.2.4. Πόσο συχνά συμβουλευέστε την «Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα;**

- 1.  Πολύ συχνά
- 2.  Συχνά
- 3.  Σπάνια
- 4.  Σχεδόν ποτέ

**E.2.5. Πόσο συχνά ζητάτε τη γνώμη των συναδέλφων σας επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης;**

- 1.  Πολύ συχνά
- 2.  Συχνά
- 3.  Σπάνια
- 4.  Σχεδόν ποτέ

**E.2.6. Πόσο συχνά διαφοροποιείτε την αρχική σας συνταγογραφική επιλογή;**

- 1.  Πολύ συχνά
- 2.  Συχνά
- 3.  Σπάνια
- 4.  Σχεδόν ποτέ

**E.2.7. Για ποιο λόγο διαφοροποιείτε συνήθως την αρχική συνταγογραφική σας επιλογή; Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις**

- 1.  Κυκλοφορία νέου σκευάσματος
- 2.  Δυσανεξία ασθενούς / Ανεπιθύμητες ενέργειες
- 3.  Απόσυρση σκευάσματος από την αγορά
- 4.  Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**E.2.8. Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας απόφαση η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών;**

- 1.  Πολύ
- 2.  Αρκετά
- 3.  Λίγο
- 4.  Καθόλου

**Ε.2.9. Πόσο συχνά πιέζεστε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα νέο σκεύασμα;**

1.  Πολύ συχνά
2.  Συχνά
3.  Σπάνια
4.  Σχεδόν ποτέ

### **ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

**Ε.3.1. Πόσο σημαντικός είναι κατά τη συνταγογραφική επιλογή σας ο παράγοντας «κόστος φαρμάκου»;**

1.  Ιδιαίτερα σημαντικός
2.  Σημαντικός
3.  Όχι ιδιαίτερα σημαντικός
4.  Καθόλου σημαντικός

**Ε.3.2. Πόσο συχνά παραπονούνται οι ασθενείς για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας;**

1.  Πολύ συχνά
2.  Συχνά
3.  Σπάνια
4.  Σχεδόν ποτέ

**Ε.3.3. Σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη συνταγογραφική σας επιλογή η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή;**

1.  Πολύ
2.  Αρκετά
3.  Μάλλον με επηρεάζει
4.  Σχεδόν καθόλου
5.  Καθόλου

### **ΜΕΡΟΣ ΙV: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ**

**Ε.4.1. Πώς κρίνετε την εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος (INN);**

1.  Αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη
2.  Μάλλον υλοποιήσιμη
3.  Μάλλον ανέφικτη
4.  Ανέφικτη

**E.4.2. Πώς κρίνετε την ποιότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**

1.  Εξαιρετική
2.  Ικανοποιητική
3.  Μέτρια
4.  Μάλλον κακή
5.  Κακή

**E.4.3. Πώς κρίνετε την ασφάλεια των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**

1.  Εξαιρετική
2.  Ικανοποιητική
3.  Μέτρια
4.  Μάλλον κακή
5.  Κακή

**E.4.4. Πώς κρίνετε την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**

1.  Εξαιρετική
2.  Ικανοποιητική
3.  Μέτρια
4.  Μάλλον κακή
5.  Κακή

**E.4.5. Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο (generic, αντιγραφικό) σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του;**

1.  Πολύ συχνά
2.  Συχνά
3.  Σπάνια
4.  Σχεδόν ποτέ

## **ΜΕΡΟΣ V: ΝΕΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

**E.5.1. Αντιπροσωπεύει κατά τη γνώμη σας η υψηλή τιμή ενός νέου σκευάσματος και αντίστοιχο (βελτιωμένο) θεραπευτικό αποτέλεσμα;**

1.  Απόλυτα
2.  Αρκετά
3.  Όχι ιδιαίτερα
4.  Σχεδόν καθόλου
5.  Καθόλου

**Ε.5.2. Πώς κρίνετε εν γένει την αποτελεσματικότητα των «νέων», καινοτόμων φαρμακευτικών σκευασμάτων έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, «παλαιών» σκευασμάτων;**

1.  Σαφώς πιο αποτελεσματικά
2.  Μάλλον πιο αποτελεσματικά
3.  Δεν διαφοροποιούνται σημαντικά
4.  Δεν διαφοροποιούνται από τα ήδη κυκλοφορούντα

**Ε.5.3. Από ποιες πηγές ενημερώνεστε για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων;**  
Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1.  Επιστημονικά περιοδικά
2.  Ιατρικός επισκέπτης / Επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών
4.  Επιστημονικές / ιατρικές εταιρείες
5.  Διαδίκτυο
6.  Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**Ε.5.4. Πόσο σύντομα από την ημέρα κυκλοφορίας αρχίζετε να συνταγογραφείτε ένα νέο σκεύασμα;**

1.  Αμέσως
2.  Χορηγώ το φάρμακο δοκιμαστικά σε λίγους ασθενείς
3.  Περιμένω ώσπου να γίνει ευρεία χρήση από άλλους συναδέλφους
4.  Περιμένω τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών
5.  Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**Ε.5.5 Πιστεύετε ότι η κατάργηση του κρατικού συνταγολογίου:**

1.  Είναι προς όφελος του ασθενούς
2.  Είναι προς όφελος των φαρμακευτικών εταιρειών
3.  Θα αυξήσει τις δαπάνες υγείας
4.  Θα επιτρέψει την ταχύτερη κυκλοφορία στην αγορά νέων φαρμάκων
5.  Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**ΜΕΡΟΣ VI: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

**Ε.6.1 Από ποιες πηγές ενημερώνεστε για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος;**

1.  Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας
2.  Διαδίκτυο
3.  Ιατρικός επισκέπτης / Επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών
4.  Μέσα μαζικής Ενημέρωσης
5.  Συνάδελφοι

6.  Άλλο ( παρακαλώ διευκρινίστε) .....

**E.6.2. Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας επιλογή η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή σας από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος;**

1.  Πολύ
2.  Σημαντικά
3.  Σχεδόν καθόλου
4.  Καθόλου

**E.6.3. Πόσο συχνά έχουν εμφανιστεί ανεπιθύμητες ενέργειες από σκεύασμα σε ασθενή σας τα τελευταία δύο έτη;**

1.  Καμία φορά
2.  1 – 5 φορές
3.  6 – 10 φορές
4.  Περισσότερες φορές

**E.6.4. Στις παραπάνω περιπτώσεις χρησιμοποίησατε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας;**

1.  Ναι
2.  Όχι

**E.6.5. Ποιον άλλο ενημερώσατε για τις ανεπιθύμητες ενέργειες στις παραπάνω περιπτώσεις;**

1.  Τον ιατρικό επισκέπτη / επιστημονικό συνεργάτη της φαρμακευτικής εταιρείας
2.  Συναδέλφους ιατρούς
3.  Τον ιατρικό σύλλογο στον οποίο είμαι εγγεγραμμένος
4.  Φαρμακοποιούς
5.  Τον Φαρμακευτικό Σύλλογο της πόλης μου
6.  Κανέναν

## **Μέρος VII: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

**E.7.1 Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση;**

1.  πολύ ικανοποιημένος/η
2.  αρκετά ικανοποιημένος/η
3.  λίγο ικανοποιημένος/η
4.  καθόλου ικανοποιημένος/η

**E.7.2 Πόσο συχνά πιέξετε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα φτηνότερο σκεύασμα;**

1.  Πολύ συχνά
2.  Συχνά
3.  Σπάνια
4.  Σχεδόν ποτέ

**E.7.3 Παρατηρήσατε αλλαγή στην συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα;**

1.  πολύ
2.  αρκετά
3.  λίγο
4.  καθόλου

**E.7.4 Πώς κρίνετε την ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με Βιο-ομοειδή (biosimilars)**

1.  Εφικτή
2.  Μάλλον εφικτή
3.  Μάλλον ανέφικτη
4.  Ανέφικτη

**E.7.5 Στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ποια θα ήταν η δική σας συνταγογραφική επιλογή;**

1.  Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα
2.  Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα
3.  Οποιοδήποτε

**E. 7.6 Στις περιπτώσεις δικαιούχων του δημόσιου τομέα για τους οποίους υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές με την ίδια δραστική ουσία αλλά διαφορετικής επωνυμίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ποια θα ήταν η συνταγογραφική σας επιλογή;**

1.  Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα
2.  Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα
3.  Οποιοδήποτε

**E.7.7 Αν είστε ιδιώτης ιατρός, σε ποιες περιπτώσεις σας ενδιαφέρουν & συνταγογραφείτε τα φάρμακα που διαθέτει το δημόσιο;**

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1.  Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον ιδιωτικό τομέα
2.  Όταν ζητηθεί από τον ασθενή
3.  Όταν αναζητάτε φθηνότερη επιλογή
4.  Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του δημόσιου τομέα για κοινό ασθενή
5.  Άλλο (διευκρινίστε).....



**Ε.7.8 Αν είστε ιατρός δημοσίου, σε ποιες περιπτώσεις σας ενδιαφέρουν & συνταγογραφείτε τα φάρμακα που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας;**

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1. Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον δημόσιο τομέα
2. Όταν εξαντληθούν όλες οι επιλογές στο δημόσιο τομέα
3. Όταν αποκλείεται η πρόσβαση σε σκευάσματα του δημοσίου λόγω περιορισμών/πρωτοκόλλων
4. Όταν ζητηθεί από τον ασθενή
5. Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του ιδιωτικού τομέα για κοινό ασθενή
6. Γιατί θεωρώ καλύτερα τα σκευάσματα στον ιδιωτικό τομέα
7. Γιατί δεν επιθυμώ την αλλαγή του σκευάσματος σε κάθε αλλαγή στις προμήθει σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών.
8. Άλλο (διευκρινίστε).....

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**