



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές
συνήθειες των γιατρών στην Κύπρο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΣΤΕΦΑΝΟΥ ΝΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΜΑΜΑΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ, 2017

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές
συνήθειες των γιατρών στην Κύπρο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΣΤΕΦΑΝΟΥ ΝΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΜΑΜΑΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ελληνική

Αγγλική

Γραφήματα.....4

Πίνακες.....6

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....12

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....14

2.1 Θεωρητικό και Εννοιολογικό πλαίσιο.....14

2.1.1 Διεθνή Δρώμενα στη Φαρμακευτική Αγορά.....14

2.1.2 Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου.....15

2.2. Η Φαρμακευτική Αγορά της Κύπρου.....17

2.3. Συνταγογράφηση, Ορισμοί και Παράγοντες που Επηρεάζουν.....18

2.3.1. Ονομασίες Φαρμάκων.....18

2.4. Καινοτόμα Φάρμακα και Φαρμακευτική.....19

2.4.1. Φαρμακευτική Καινοτομία και Οικονομική Κρίση.....19

2.5. Γενόσημα Φάρμακα (Branded Generics).....20

2.6. Βίο-ομοειδή Φάρμακα (Bio-similar)22

2.7. Φαρμακοεπαγρύπνηση, Ανεπιθύμητες Ενέργειες, Κίτρινη Κάρτα.....23

2.8. Υπερσυνταγογράφηση και Πολυφαρμακία.....24

2.9. Ιατρικός Επισκέπτης.....25

2.10. Παράγοντες που επηρεάζουν την συνταγογράφηση των γιατρών.....26

2.11. Διεθνείς Συγκριτικές Έρευνες.....	26
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	38
3.1. Ταυτότητα της Έρευνας και Μεθοδολογία.....	38
4. Αποτελέσματα και Στατιστική Ανάλυση.....	40
4.1. Χαρακτηριστικά των Γιατρών και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	42
4.2. Συνταγογραφικές Επιλογές.....	45
4.3. Σημασία Κόστους Φαρμακευτικής Φροντίδας.....	47
4.4. Συνταγογράφηση Γενόσημων Σκευασμάτων.....	49
4.5. Νέες Φαρμακευτικές Θεραπείες.....	51
4.6. Ανεπιθύμητες Ενέργειες.....	53
4.7. Συνταγογράφηση και Οικονομική Κρίση.....	55
5. Συσχετίσεις.....	58
6. Συγκρίσεις με Παλιότερες Μελέτες.....	67
7. Γενικά Συμπεράσματα.....	72
Βιβλιογραφία.....	74
Παράρτημα.....	80
Ερωτηματολόγιο.....	81

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1.Πίεση από ασθενείς για συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος	Σελ.58
Γράφημα 2.Πίεση που δέχονται οι γιατροί για συνταγογράφηση σκευάσματος	60
Γράφημα 3.Σύστημα Συνταγογράφησης με βάση δραστική ουσία του σκευάσματος	61
Γράφημα 4.Συχνότητας Συνταγογράφησης γενόσημου σκευάσματος έναντι πρωτότυπου	62
Γράφημα 5.Πίεση από ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος	63
Γράφημα 6.Αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την επιβολή των συμπληρωμών στα φάρμακα του δημόσιου τομέα	64
Γράφημα7.Σχέση μεταξύ ιατρών και επιλογής σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα	65
Γράφημα 8.Σύγκριση 3 δειγμάτων σε σχέση με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο	68
Γράφημα 9.Σύγκριση 3 δειγμάτων σε σχέση με τους λόγους που διαφοροποιούν την αρχική φαρμακευτική επιλογή	69
Γράφημα 10.Σύγκριση 3 δειγμάτων σε σχέση με την συνταγογράφηση γενόσημων έναντι των πρωτότυπων	70
Γράφημα 11.Σύγκριση 3 δειγμάτων για την αποτελεσματικότητα νέων καινοτόμων φαρμάκων έναντι παλιών κυκλοφορούντων	71

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών	Σελ.42
Πίνακας 2.Η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου από τους ιατρού	44
Πίνακας 3.Συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών	46
Πίνακας 4.Απαντήσεις ιατρών αναφορικά με τη σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας	48
Πίνακας 5.Οι απαντήσεις ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων	50
Πίνακας 6.Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες	52
Πίνακας 7.Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες	54
Πίνακας 8.Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τη συνταγογράφηση και οικονομική κρίση	56
Πίνακας 9.Σχέση μεταξύ φύλου και πίεσης από ασθενείς για συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος	58
Πίνακας 10.Σχέση μεταξύ ιατρών και τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών τους προτιμήσεων βασιζόμενοι σε επιστημονικά συνέδρια	59
Πίνακας 11.Σχέση μεταξύ ιατρών και πίεσης που δέχονταν από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα νέο σκεύασμα	59
Πίνακας 12.Σχέση μεταξύ ιατρών και άποψης για την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος	60
Πίνακας 13.Σχέση μεταξύ ιατρών και συχνότητας συνταγογράφησης ενός γενόσημου σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου	61
Πίνακας 14.Σχέση μεταξύ ιατρών και πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φθηνότερου σκευάσματος	62
Πίνακας 15.Σχέση μεταξύ ιατρών και παρατήρησης αλλαγής στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών στα φάρμακα στο δημόσιο τομέα	63
Πίνακας 16.Στην περίπτωση δικαιούχων του δημοσίου τομέα, σχέση μεταξύ ιατρών και επιλογής σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα	64

Ευχαριστίες

Φθάνοντας στο τέλος της συγγραφής της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη σε όσους συμμετείχαν στην υλοποίησή της, κυρίως στον επιβλέποντα της διπλωματικής εργασίας μου, κ. Μάμα Θεοδώρου, Υπεύθυνο Καθηγητή του Προγράμματος Σπουδών “Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας”, στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Η ευρεία γνώση του, οι συμβουλές και η καθοδήγησή του υπήρξαν πολύτιμες καθ’ όλη τη διάρκεια της διατριβής μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένειά μου, στους γονείς μου, Ανδρέα και Φωτούλα Στεφάνου, για την ολόψυχη αγάπη και υποστήριξή τους όλα αυτά τα χρόνια. Αφιερώνω αυτή την μεταπτυχιακή εργασία στην μητέρα μου και στον πατέρα μου.

Νίκη Στεφάνου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας παρουσιάζει ραγδαία αύξηση. Οι κυβερνήσεις ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών στα πλαίσια διασφάλισης της βιωσιμότητας της φαρμακευτικής περίθαλψης και γενικότερα των συστημάτων υγείας προβαίνουν σε καθοριστικές μεταρρυθμίσεις. Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει τις τάσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές επιλογές των γιατρών μετά την οικονομική κρίση, συμβάλλοντας στην οικονομική και κλινική αποτελεσματικότητα αλλά και την βελτίωση της υγείας στην Κύπρο.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν το ιατρικό προσωπικό στη συνταγογράφηση φαρμακευτικών ουσιών, ώστε να συμβάλει θετικά στην χάραξη καλύτερης στρατηγικής πολιτικής για ποιοτικότερη φαρμακευτική φροντίδα και στον καλύτερο έλεγχο φαρμακευτικών δαπανών, ώστε να είναι προς όφελος της υγείας των πολιτών.

Γενικότερα, τα επιμέρους ερωτήματα της μελέτης αφορούν στα κάτωθι: α) αν οι γιατροί συνταγογραφούν σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές και τα συναφή ευρωπαϊκά πρωτόκολλα. β) από που αντλούν οι γιατροί την πληροφόρηση τους σχετικά με τα καινοτόμα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα γενόσημα, τα βίο-ομοειδή, αλλά και την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια τους. γ) εάν το κόστος φαρμάκου και η σημερινή οικονομική κρίση επηρεάζουν την συνταγογράφηση φαρμάκων.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία είναι μια συγχρονική μελέτη με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτέλεσαν 131 γιατροί από τις επαρχίες Λευκωσίας, Λεμεσού και Πάφου, όλων των ειδικοτήτων, στρωματοποιημένο κατά γεωγραφική περιοχή, ειδικότητα και μορφή απασχόλησης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από κλειστές ερωτήσεις, δομημένο σε επτά θεματικές ενότητες. Αναπτύχθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα και χρησιμοποιήθηκε τόσο σε έρευνες στην Ελλάδα, όσο και σε έρευνα στην Κύπρο το 2007, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η συμπλήρωσή του έγινε από τον ίδιο τον ιατρό στον χώρο εργασίας του μετά από προσωπική επίσκεψη. Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2016 και ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του ίδιου χρόνου. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το 'Στατιστικό Πρόγραμμα Κοινωνικών Επιστημών', IBM SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Από τα ευρήματα της έρευνας φάνηκε ότι όσοι γιατροί στην Κύπρο συνεχίζουν την ιατρική τους εκπαίδευση είναι πολύ περισσότερο εξοικειωμένοι με το διαδίκτυο (84,7%). Βασικό κριτήριο επιλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα (93,9%). Συχνότερες αιτίες διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογράφησης είναι η δυσανεξία του ασθενή και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (96,9%). Επίσης το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη συνταγογράφηση (73,2%). Όσον αφορά τα γενόσημα, θεωρήθηκαν ικανοποιητικά σε θέματα ασφάλειας (54,2%), αποτελεσματικότητας (47,3%) και ποιότητας (46,6%) και η συνταγογράφηση τους γίνεται συχνά (50,4%). Επιπρόσθετα, τα νέα καινοτόμα φάρμακα αναγνωρίζονται ως μάλλον πιο αποτελεσματικά έναντι των ήδη κυκλοφορούντων σκευασμάτων (62,3%). Χαρακτηριστικός είναι ο ρόλος του ιατρικού επισκέπτη ως η συχνότερη πηγή ενημέρωσης για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων (87%). Στην τελευταία ενότητα, η συνταγογράφηση επηρεάζεται από την οικονομική κρίση τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα.

Συμπεράσματα: από την παρούσα μελέτη αναδεικνύεται ότι στην Κύπρο η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων επηρεάζεται αρκετά από την οικονομική κρίση. Κρίνεται σκόπιμο οι ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες αλλά και η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, να εξεταστούν στο πλαίσιο ενός προγράμματος μακροχρόνιας προοπτικής με στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή επαρκών υπηρεσιών ποιοτικά και ποσοτικά, με το μοντέλο της χρηματοδότησης να υφίσταται μεταβολές ανάλογες με το πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού.

Λέξεις Κλειδιά: συνταγογράφηση, ποιότητα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, καινοτόμα φάρμακα, γενόσημα φάρμακα, βιο-ομοειδή φάρμακα, κόστος φαρμάκου, οικονομική κρίση, ανεπιθύμητες ενέργειες, ιατρικός επισκέπτης, Κύπρος.

ABSTRACT

Introduction: During the last decades the cost of pharmaceutical care has experienced a rapid growth. Governments of developed and developing countries are proceeding in crucial reforms in relation to the assurance of pharmaceutical care sustainability and generally systems of medical care are proceeding in crucial reforms. This research effort seeks to highlight the trends and factors influencing the prescribing choices of doctors after the economic crisis, contributing not only to the economic and clinical efficacy but also to the improvement of healthcare in Cyprus.

Purpose: This study aims to highlight the factors affecting medical staff in prescribing drugs to contribute positively to the formulation of better strategy policies for better quality of medical care and to the better control of pharmaceutical expenditure in order to benefit the health of citizens.

More generally, the individual study questions concern as follows: a) if doctors prescribe in accordance with the international guidelines and the related European protocols. b) From where the doctors are getting information on innovative pharmaceuticals, generics, bio-similar drugs, as well as their efficiency and safety. c) if the drug cost and the current economic crisis affect the prescription of drugs.

Methodology: This research study is a cross-sectional study using a structured questionnaire. The sample consisted of 131 physicians from the districts of Nicosia, Limassol and Paphos, all specialties, stratified by geographic region, specialty and form of employment. The questionnaire is structured with closed questions, divided into seven thematic sections. Developed by National School of Public Health in Greece and was used in both surveys in Greece as well as in research in Cyprus in 2007 as part of the Post- Graduate Course "Health Unit Management", of the Open University of Cyprus. The completion of the questionnaire was done by the same doctor himself at work after a personal visit. The data collection started in March 2016 and completed in August of that year. The data analysis was performed with the 'Statistical Social Sciences Program', IBM SPSS 21.0.

Results: From the research findings showed that those doctors in Cyprus that continue their medical training are much more familiar with the Internet (84,7%). The basic criterion of choice for a drug therapy over another is the proven effectiveness (93,9%). The most frequent

causes of differentiation of the original prescription is the intolerance of the patient and the adverse side effects (96,6%). Also the cost of pharmaceutical care is inextricably linked with the prescription of medicines (73,2%). Regarding generic drugs, they were considered satisfactory in safety (54,2%), efficiency (47,3%) and quality (46,6%), and their prescription is often done (50,4%). In addition, new innovative medicines are recognized as probably the most effective against already circulating formulations (62,3%). The role of the health visitor is very characteristic as the most frequent source of information for marketing new products (87%). In the last module, the prescription is affected by the economic crisis in both private and public sectors.

Conclusions: From this study it is pointed out that the Cyprus prescription of medications has been affected a lot by the economic crisis. It is important for medical services and the prescription medications, to be examined in the context of a long-term perspective program towards the universal coverage of the population and the provision of adequate services qualitatively and quantitatively, with the funding model changing according to the cultural, social and economic environment, as well as customs and behavior of the population.

Keywords: prescription, quality, safety, efficiency, innovative medicines, generic drugs, bio-similar drugs, drug costs, financial crisis, adverse events, health visitor, Cyprus.

Παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές συνήθειες των γιατρών στην Κύπρο

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι φαρμακευτικές δαπάνες τα τελευταία χρόνια εμφάνισαν ραγδαία αύξηση σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στην χρηματοδότηση του συστήματος και ανησυχία στους φορείς χάραξης πολιτικής. Με την παγκόσμια οικονομική ύφεση του 2008 και εφεξής, το πρόβλημα οξύνθηκε και οι προκλήσεις σχετικά με την ανάλυση των συνολικών δαπανών υγείας και ειδικότερα των φαρμακευτικών δαπανών εντάθηκαν (Μπόνια, 2011). Συνεπώς, δημιουργήθηκε η ανάγκη μεταρρυθμίσεων και εφαρμογής μέτρων για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του Συστήματος Υγείας και της φαρμακευτικής φροντίδας (Θεοδώρου, Παυλάκης et al, 2008).

Η ερευνητική αυτή μελέτη επιδιώκει να αναδείξει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές επιλογές των γιατρών μετά την οικονομική κρίση, με βάση ερωτηματολόγιο. Πώς δηλαδή οι ίδιοι επιλέγουν τη φαρμακευτική θεραπεία που συνταγογραφούν, ποια κριτήρια λαμβάνουν υπόψη κατά τη συνταγογράφηση, εάν η οικονομική κρίση έπαιξε κάποιο ρόλο στην επιλογή φθηνότερου φαρμάκου και εάν οι νέες κυκλοφορίες φαρμάκων επηρεάζουν τη συνταγογράφηση (Θεοδώρου, Παυλάκης et al, 2008).

Κύριο στόχο έχει να συμβάλει θετικά ώστε οι αρμόδιοι φορείς υγείας να χαράξουν καλύτερη πολιτική για τη βελτίωση της ποιότητας της φαρμακευτικής φροντίδας. Παράλληλα, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν για καλύτερο προγραμματισμό και λήψη μέτρων για αποτελεσματικό έλεγχο στις φαρμακευτικές δαπάνες, προς όφελος της υγείας των πολιτών αλλά και του ίδιου του κράτους.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας αφορούσαν:

Συνταγογραφική επιλογή και ποιο το βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης.

Λόγους διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής επιλογής.

Πόσο σημαντικός θεωρείται κατά τη συνταγογραφική επιλογή ο παράγοντας «κόστος φαρμάκου».

Τα γενόσημα φάρμακα πόσο συχνά συνταγογραφούνται και πως κρίνεται η ποιότητα, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά τους.

Τις στάσεις και απόψεις του ιατρικού προσωπικού για τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες, την υψηλότερη τιμή νέων φαρμάκων και εάν αυτό συνάδει με την αποτελεσματικότητά τους.

Την ανάγκη διαφοροποίησης της συνταγογραφικής επιλογής των γιατρών σε περιπτώσεις εμφάνιση Ανεπιθύμητων Ενεργειών και εάν γίνεται χρήση της Κίτρινης Κάρτας.

Τις στάσεις και απόψεις των γιατρών για τη συνταγογράφηση μετά την οικονομική κρίση και τις συμπληρωμές.

Κατά πόσο είναι εφικτή η ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με γενόσημα όπως επίσης και βίο-ομοειδή φάρμακα.

Τις στάσεις και απόψεις ιδιωτών γιατρών για τα φάρμακα του δημοσίου τομέα και αντίστοιχα τις στάσεις και απόψεις των δημόσιων γιατρών για τα φάρμακα του ιδιωτικού τομέα και πότε τα συνταγογραφούν.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το 'Στατιστικό Πρόγραμμα Κοινωνικών Επιστημών', IBM SPSS 21.0.

Μετά την εισαγωγή η μελέτη διαμορφώνεται αρχικά με το γενικό μέρος, που περιλαμβάνει το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο, ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει τη διαδικασία συνταγογράφησης φαρμάκων και κάποιες φαρμακευτικές έννοιες. Στη συνέχεια αναφέρονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών και αναφορές για τις συνταγογραφικές ιδιότητες τους. Επίσης, συγκρίσεις, κριτικές, και διαφοροποιήσεις στη μεθοδολογία που άλλοι ερευνητές ακολούθησαν στο παρελθόν. Επιπλέον, αναφέρονται έρευνες που διεξάχθηκαν σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση. Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα της έρευνας με ερωτηματολόγιο και τη συζήτηση αποτελεσμάτων, όπως και τις εισηγήσεις. Τέλος, παρατίθεται η σχετική βιβλιογραφία και στο παράρτημα αναγράφεται αυτούσιο το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εργασία.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Θεωρητικό και Εννοιολογικό Πλαίσιο

Το εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται μια μελέτη είναι σημαντικό στοιχείο (Cormack, 1991) και η διασαφήνισή του προϋποθέτει σωστά τον αναγνώστη. Θέτει γερές βάσεις στη ορθή διατύπωση και κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Μερκούρης 2008). Έτσι ακολούθως γίνεται προσπάθεια να οριστούν βασικές έννοιες (Κίτσιου, 2015). Αφού η συνταγογράφηση συμβάλλει άμεσα στην αύξηση των δαπανών υγείας, αρχικά γίνεται αναφορά στην έννοια της φαρμακευτικής αγοράς. Ακολούθως, γίνεται παράθεση επεξηγήσεων στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα του Κυπριακού Συστήματος Υγείας. Στη συνέχεια, αναφέρεται η συνταγογράφηση φαρμάκων και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των γιατρών. Εν κατακλείδι, αναλύονται οι εννοιολογικοί ορισμοί που αφορούν τα πρωτότυπα, τα γενόσημα, τα βίο-ομοειδή φάρμακα, τη φαρμακοεπαγρύπνηση, τη κίτρινη κάρτα, την υπερσυνταγογράφηση και τον ιατρικό επισκέπτη (Δάλλα, Παπαδοπούλου-Νταιφώτη et al, 2010).

2.1.1. Διεθνή Δρώμενα Στη Φαρμακευτική Αγορά

Η **συνταγογράφηση** αποτελεί μια από τις κορυφαίες ιατρικές πράξεις και καθημερινά γράφονται αμέτρητες συνταγές. Συμβάλλει θαυματουργά στην πρόληψη, στη θεραπεία ασθενειών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Παράλληλα όμως συνδέονται και με την αύξηση των δαπανών υγείας.

Σημαντική παρατήρηση είναι ότι η διαχρονική αύξηση τόσο της **δαπάνης υγείας** συνολικά, όσο και των επι μέρους τμημάτων της, κινούνται με ρυθμούς υψηλότερους από εκείνους της αύξησης του ΑΕΠ. Αν και υιοθετηθήκαν διεθνώς πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας, τα στατιστικά στοιχεία για τη φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχονται κατά μέσο όρο στο 0,85% του ΑΕΠ, φτάνουν το 2004 στο 1,5% και το 2008 το 1,7% (Καραμπλή, Χατζάκη et al, 2016). Για του λόγου του αληθές, σύμφωνα με τη IMS (IMS Health Market Prognosis, May 2012). το 2009 ολόκληρη η **φαρμακευτική αγορά** είχε αξία 833 δισεκατομμύρια δολάρια και αύξηση κατά 7,3%. Για το 2010 είχε αξία 881 δισεκατομμύρια δολάρια και αύξηση 4,5%, ενώ το 2011 956 δισεκατομμύρια και αύξηση 5,1% αντίστοιχα. Τώρα για το διάστημα 2012-2016 προβλέπεται συνολική αύξηση 3-6%.

Μελλοντικά μεγαλύτερη ανάπτυξη στην φαρμακευτική αγορά αναμένεται από χώρες ταχέως αναπτυσσόμενες οικονομικά όπως Λατινική Αμερική, Ασία, Κίνα, Βραζιλία, Ινδία. (Ξιναρής, 2013)

Αντίθετα, η Κυπριακή αγορά επηρεασμένη από τη δίνη της οικονομικής κρίσης και των μέτρων που λήφθηκαν για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης εμφανίζει ποσοστό 1,3%, λίγο πιο χαμηλό από το μέσο όρο άλλων Ευρωπαϊκών Χωρών, με τις συνολικές δαπάνες υγείας να αυξάνονται με έντονο ρυθμό. (Ξιναρής, 2013)

2.1.2. Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου

Το Κυπριακό Σύστημα Υγείας ξεκίνησε το 1957 με το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπος Beveridge) και κύρια πηγή χρηματοδότησης τη γενική φορολογία. Είναι ένα μικτό σύστημα παροχής υπηρεσιών και η κάλυψη που προσφέρει δεν είναι καθολική. Σήμερα οι Κύπριοι απολαμβάνουν τις φροντίδες υγείας σε πολύ καλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Το 2011 μετά την οικονομική κρίση, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό ΑΕΠ ήταν χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το σύστημα υγείας αποτελείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Εκτιμάται ότι ο δημόσιος τομέας καλύπτει περίπου το 80% του πληθυσμού. Άτομα με χαμηλό εισόδημα (<15400ευρώ/έτος), χρόνια πάσχοντες ασθενείς και οι δημόσιοι υπάλληλοι καλύπτονται από το δημόσιο τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα τα έξοδα που καταβάλλονται είναι out-of pocket και η προαιρετική ασφάλεια υγείας επιστρέφει ελάχιστο ποσοστό χρημάτων. Το 2010 41,5% και 58,5% των δαπανών υγείας ήταν δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση αντίστοιχα (Theodorou, Charalambous et al, 2011). Η χώρα αναμένεται να εισαγάγει μια καθολική ασφαλιστική το 2016 (Antoniadou, 2005). Η ταχύτητα εκτέλεσης εν μέρει θα εξαρτηθεί από το χρόνο που θα εφαρμοστούν οι σχετικές πολιτικές στο φαρμακευτικό τομέα (Karanikolos, Mladovsky et al, 2013).

Δημόσιος Τομέας

Αναλυτικά, ο Δημόσιος τομέας καλύπτει το 85 με 90% του Κυπριακού πληθυσμού με δωρεάν συμμετοχή ή μειωμένα τέλη (Golna, Pashardes, Allin, et al, 2004). Η κρατική

χρηματοδότηση γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας. Το Υπουργείο Υγείας διαχειρίζεται το Δημόσιο Τομέα, όπως επίσης είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά όπως προαναφέρθηκε από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι δικαιούχοι παροχών υπηρεσίας υγείας είναι τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, οι πολύτεκνοι, οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι χρόνιοι ασθενείς, οι κρατικοί αξιωματούχοι, οι ανάπηροι, οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι Τουρκοκύπριοι (Ξιναρής, 2013). Το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διοίκηση και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς επίσης και για την παροχή υπηρεσιών από Κέντρα Υγείας και νοσοκομεία, τα οποία είναι υπό τον άμεσο έλεγχό του, εξειδικευμένων υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, παραϊατρικών υπηρεσιών, επειγόντων υπηρεσιών, νοσοκομειακής φροντίδας και φαρμακευτικής φροντίδας (Σύστημα Υγείας Κύπρου, Κ.Δ.2014). Σήμερα, οι υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο στο δημόσιο τομέα παρέχονται από 5 Περιφερειακά Νοσοκομεία και ένα Παιδιατρικό/Γυναικολογικό νοσοκομείο, 3 μικρά Αγροτικά νοσοκομεία και 38 Κέντρα Υγείας, μαζί με 230 υπό-κέντρα με περιοδεύουσα ιατρική ομάδα. Επιπλέον, το Υπουργείο εφαρμόζει σχέδιο επιδότησης ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις (Σύστημα Υγείας Κύπρου, Κ.Δ.2014). Ο Δημόσιος Τομέας Υγείας υστερεί κυρίως στην απουσία ισότιμης πρόσβασης, ελεύθερης επιλογής ιατρού και στο ότι ο θεσμός του γενικού ιατρού δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα στα γενικά νοσοκομεία (Νόμοι & Γενικοί Κανονισμοί, Κ.Δ.2000 & 2002).

Ιδιωτικός Τομέας

Ο Ιδιωτικός Τομέας κυρίως δραστηριοποιείται στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Χρηματοδοτείται ως επί το πλείστο από ιδιωτικές πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες, υπό τον έλεγχο, τη νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας (Σύστημα Υγείας Κύπρου, Κ.Δ.2014). Από μια άλλη σκοπιά, έστω και αν ο ασθενής μπορεί να επιλέξει ελεύθερα τον ιατρό της αρεσκείας του, το κόστος είναι πολύ πιο αυξημένο σε σύγκριση με το Δημόσιο Τομέα. Επίσης, επηρεάζεται άμεσα και από την οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ασθενή (Antoniadou, 2005). Η χρηματοδοτική κάλυψη γίνεται μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών ή ταμεία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Εάν ο ασθενής δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη επωμίζεται τα έξοδα ο ίδιος εξολοκλήρου (Χαραλάμπους, Σωκράτους, 2009).

2.2 Η Φαρμακευτική Αγορά της Κύπρου

Η φαρμακευτική αγορά στην Κύπρο χαρακτηρίζεται από ένα ειδικό σύστημα με ιδιαιτερότητες. Είναι μικρή σε μέγεθος αγορά και οι τιμές των φαρμάκων της είναι αυξημένες σε σύγκριση με άλλες χώρες. Η απουσία ενός καθολικού συστήματος ασφάλισης υγείας και η συνεπακόλουθη απουσία ενός συστήματος επιστροφής μέρους των οικονομικών εξόδων στον ασθενή, δυσχεραίνει την ισότιμη πρόσβαση ασθενών και μπορεί να οδηγήσει σε υπέρμετρα οικονομικά έξοδα (Kanavos, Wouters, 2014).

Παράλληλα, δεν υπάρχει μηχανισμός παρακολούθησης και ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών. Αυτό πιθανόν να ενθαρρύνει την υπερβολική συνταγογράφηση πρωτότυπων και ακριβότερων φαρμάκων σε σύγκριση με τα οικονομικότερα, γενόσημα φάρμακα. Όπως προαναφέραμε, συγκρίνοντας το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα, στο δημόσιο τομέα για τους ασθενείς υπάρχει μικρός επιμερισμός φαρμακευτικού κόστους, ενώ αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα ο ασθενής επωμίζεται όλα τα φαρμακευτικά έξοδα. Στην προσπάθεια ανασύνταξης και ορθότερης ταξινόμησης του Συστήματος Υγείας, το Υπουργείο Υγείας δραστηριοποιείται εντατικά στην εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στο σύντομο μέλλον. Το Σύστημα θα συγκεντρώνει χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας και θα παρέχει περιεκτική ιατρική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ τα βασικά του χαρακτηριστικά είναι η αποδοτικότητα στην παράδοση, τα υψηλά επίπεδα υπηρεσιών και η συγκράτηση του κόστους (Κίτσιου, 2015).

2.3. Συνταγογράφηση και Ορισμοί

Εννοιολογικά θα αναφερθούμε αρχικά στη συνταγογράφηση των γιατρών. Πως γίνεται η συνταγογράφηση, τι περιλαμβάνει η συνταγή και ποια είναι η σωστή διαδικασία συνταγογράφησης. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στους παράγοντες που επηρεάζουν τους γιατρούς κατά τη συνταγογράφηση.

Συνταγή είναι η γραπτή εντολή που συντάσσει ο ιατρός, οδοντίατρος, κτηνίατρος προς το φαρμακοποιό, στην οποία αναφέρεται το είδος, η ποσότητα, ο τρόπος και ο χρόνος λήψεως ενός ή περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Σκοπό έχει τη θεραπεία του ασθενούς. Αποτελεί επίσημο έγγραφο με νομικές ευθύνες όλων όσοι ενέχονται, όπως αναφέρεται στον

κανονισμό Π.Δ.121/2008 (ΕΟΦ). Τα ναρκωτικά, σε σύγκριση με τα συνηθισμένα φάρμακα συνταγογραφούνται με βάση καθορισμένους κανονισμούς (Ν/179/87, Ν/2161/93, Ν/3459/06). Σε κάθε συνταγή είναι υποχρεωτική η αναγραφή της ημερομηνίας, το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, η διάγνωση, η ιατρική οδηγία, η διάρκεια της θεραπείας, τα στοιχεία του ιατρού, υπογραφή και σφραγίδα. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία (Εκθεση Υπουργείου Υγείας, 2005).

Συνταγογραφία ορίζεται ως το σύνολο των κανονισμών για τη γραφή της συνταγής. **Συνταγολόγιο** είναι ο κατάλογος εγκεκριμένων φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφηθούν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τους επαγγελματίες υγείας που έχουν τη δικαιοδοσία συνταγογράφησης (Μπαμπινιώτης). Η επιλογή ενός συγκεκριμένου φαρμάκου μεταξύ αμέτρητων που κυκλοφορούν στην αγορά είναι δύσκολη και ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει πολύ καλά το ιστορικό του κάθε ασθενή που εξετάζει. Η **διαδικασία επιλογής φαρμάκου** για συνταγογράφηση περιλαμβάνει κυρίως πέντε βήματα. Αρχικά γίνεται η διάγνωση της νόσου και κατά δεύτερον καθορίζεται ο θεραπευτικός σκοπός. Ακολουθεί η αποτελεσματική επιλογή ομάδων φαρμάκων που εξυπηρετούν στη θεραπεία που χρειάζεται, και στη συνέχεια επιλέγεται η ιδανική ομάδα για την συγκεκριμένη θεραπεία του ασθενή. Τέλος, επιλέγεται η φαρμακευτική ουσία που πληρεί τα κριτήρια ορθής ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, καταλληλότητας και κόστους (Εκθεση Υπουργείου Υγείας, 2005).

2.3.1. Ονομασίες Φαρμάκων

Χημική Ονομασία καθορίζεται σύμφωνα με τη χημική ταυτότητα της δραστικής και δίνεται από την Διεθνή Εταιρεία Χημείας (IUPAC- International Union of Pure and Applied Chemistry)

Κοινόχρηστη Ονομασία (INN- *International Nonproprietary Name*) δίνεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) μετά από αίτηση της φαρμακευτικής εταιρείας και μετά από συζήτηση και έγκριση από ειδική επιτροπή εμπειρογνομόνων της ΠΟΥ.

Εμπορική Ονομασία είναι το εμπορικό σήμα του προϊόντος (Δάλλα, Παπαδοπούλου-Νταιφώτη et al, 2010).

2.4. Καινοτόμα φάρμακα και Φαρμακευτική

Η **Καινοτομία** χαρακτηρίζεται κυρίως από την πρωτοτυπία. Ορίζεται ως η μετατροπή μιας ιδέας σε εμπορεύσιμο προϊόν ή υπηρεσία, σε λειτουργική μέθοδο παραγωγής ή διανομής ή σε νέα μέθοδο παροχής υπηρεσιών. Η καινοτομία ουσιαστικά είναι κάθε εκδήλωση νεωτερικής σκέψης ή συμπεριφοράς. Μπορεί να θεωρηθεί και ως δημιουργική εκδήλωση του ανθρώπινου πνεύματος ή της ανθρώπινης επινοητικότητας (Φαρμάκης, 2012). Ο ρόλος της καινοτομίας στον φαρμακευτικό κλάδο είναι καθοριστικός. Η καινοτομία χωρίζεται σε Τεχνολογική Καινοτομία Προϊόντων και Διαδικασιών και σε Μη Τεχνολογική Καινοτομία Προϊόντων και Διαδικασιών.

Στη φαρμακευτική η *Τεχνολογική Καινοτομία* ορίζεται είτε ως η εισαγωγή στην αγορά νέου ή σημαντικά βελτιωμένου σε σχέση με τα βασικά χαρακτηριστικά, τις τεχνικές προδιαγραφές, και προστιθέμενες χρήσεις φαρμάκου, ή η εισαγωγή στην φαρμακευτική επιχείρηση μιας βελτιωμένης διαδικασίας παραγωγής, μεθόδου παροχής και διανομής για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Η *Μη Τεχνολογική Καινοτομία* χωρίζεται σε α) Οργανωτική Μη Τεχνολογική Καινοτομία η οποία αφορά την εφαρμογή νέων μεθόδων με βάση τη δομή και διοίκηση της φαρμακευτικής επιχείρησης, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών προϊόντων και των υπηρεσιών που προσφέρει. β) Μη Τεχνολογική Καινοτομία Εμπορίας που αποσκοπεί στην αύξηση της ελκυστικότητας του φαρμακευτικού προϊόντος (Φαρμάκης, 2012).

2.4.1. Φαρμακευτική Καινοτομία και Οικονομική Κρίση

Η εξέλιξη της **φαρμακευτικής καινοτομίας** είναι ένας από τους παράγοντες που συνέβαλαν στην καλύτερη αντιμετώπιση διαφόρων νοσημάτων και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (Ξιναρής, 2013). Η καινοτομία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και ευημερία μιας φαρμακοβιομηχανίας, αλλά και της παγκόσμιας οικονομίας σε βάθος χρόνου, κυρίως σήμερα που η οικονομία πλήττεται. Το 2010 τα τμήματα ανάπτυξης και έρευνας της φαρμακευτικής βιομηχανίας, δαπάνησαν 27 εκατομμύρια ευρώ, σύμφωνα με την έκθεση της ΕΦΡΙΑ (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων). Ωστόσο, ο τομέας αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις λόγω των φορολογικών μέτρων λιτότητας που εφάρμοσαν οι κυβερνήσεις τα τελευταία χρόνια. Στόχος των φαρμακευτικών εταιριών

σήμερα είναι η εφεύρεση τρόπων ώστε να ξεπεραστεί η χρηματοπιστωτική κρίση, να παραμείνουν στην παγκόσμια κατάταξη και να προσφέρουν ακόμα υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες στην κοινωνία. Ας μην ξεχνάμε ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των Ευρωπαίων πολιτών αυξήθηκε αρκετά τον τελευταίο αιώνα χάριν της φαρμακευτικής καινοτομίας.

Η ανάπτυξη της φαρμακευτικής καινοτομίας βασίζεται στην υψηλή τεχνολογία της έρευνας και την ανάπτυξη εισαγωγής μιας καινοτόμου φαρμακευτικής ουσίας/μοριακής δομής ή ενός καινούριου μηχανισμού δράσης. Να αναφέρουμε ακόμη ότι ο φαρμακευτικός κλάδος στην Ε.Ε. αποτελεί υψηλό δείκτη ευρωπαϊκών επενδύσεων σε R&D (Research and Development) και η καινοτομία προστατεύεται με δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας. Οι περίοδοι αποκλειστικής εκμετάλλευσης που εξασφαλίζονται μέσω του δικαίου ευρεσιτεχνίας, δίνουν κίνητρο στις φαρμακευτικές εταιρίες παραγωγής αρχέτυπων σκευασμάτων να συνεχίσουν το καινοτόμο έργο τους. Μια φαρμακευτική εταιρεία για να κυκλοφορήσει στην αγορά ένα καινούριο φάρμακο χρειάζεται έρευνα 10 χρόνων και κόστος γύρω στο 1,3 δισεκατομμύρια δολάρια (Ξιναρής, 2013). Για να είναι ολοκληρωμένα αποδεκτή μια φαρμακευτική καινοτομία πρέπει να πληρούνται κάποιοι δείκτες αξιολόγησης όπως η κλινική αποτελεσματικότητα, η καταλληλότητα, η ασφάλεια και η οικονομική αποδοτικότητα, όπως επίσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Το οικονομικό όφελος των καινοτόμων φαρμάκων συνδέεται με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ανά ασθενή (Γιώργη, 2005).

2.5.Γενόσημα Φάρμακα (Branded Generics)

Είναι φάρμακα των οποίων έληξε το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Εννοούμε δηλαδή δραστικές ουσίες που κυκλοφόρησαν ως πρωτότυπα φάρμακα πριν τουλάχιστον 15 χρόνια. Με άλλη εμπορική ονομασία (branded generics) ή με κοινόχρηστη ονομασία (generics). Τα *Branded Generics* αποτελούν αντίγραφα με εμπορικό όνομα. (για παράδειγμα το διουρητικό φουροσεμίδη με εμπορικό όνομα Lasix ή για το στομάχι η ομεπραζόλη με εμπορικό όνομα Losec) Τα *γενόσημα φάρμακα* εγκρίνονται ως αντίγραφα ενός πρωτότυπου φαρμάκου και έχουν αποδεδειγμένα ίδια αποτελεσματικότητα, φαρμακευτική σύνθεση και ασφάλεια. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες νομοθεσίες, ένα αντίγραφο φάρμακο πρέπει να περιέχει την ίδια δραστική ουσία, ίδια βιοδιαθεσιμότητα, φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες με το πρωτότυπο φάρμακο. Η γενόσημη μορφή για να κυκλοφορήσει στην αγορά πρέπει να περάσει από μελέτες βίο-ισοδυναμίας, ώστε να έχει ίδια βίο-ισοδυναμία, ίδια βίο-διαθεσιμότητα και ακριβώς την ίδια δοσολογία δραστικής. Το

γενόσημο μπορεί να διαφέρει μόνο σε άλατα και εστέρες, χωρίς αυτό να επηρεάζει την θεραπευτική ισοδυναμία μεταξύ τους. Είναι αυτονόητο λοιπόν, ότι το γενόσημο φάρμακο είναι πανομοιότυπο σε δοσολογία, δραστηριότητα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και τρόπο χορήγησης.

Εντούτοις, παρά τις νόμιμες προδιαγραφές των αντίγραφων φαρμάκων που αναφέραμε, εκφράζονται αμφιβολίες εάν έχουν την ίδια ποιότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα. Κάποιοι γιατροί αποφεύγουν την συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων με την δικαιολογία της διαφοράς στην ποιότητα. Υπάρχει μια γενική αποδοχή ότι η ανάπτυξη των γενόσημων φαρμάκων δεν απαιτεί εκτενείς μελέτες σε ασθενείς και αυτό οδηγεί στην πεποίθηση πως τα γενόσημα φάρμακα είναι κατώτερα των πρωτότυπων (Dighe,1999). Υπάρχουν βέβαια και γιατροί που συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα μόνο όταν είναι απαραίτητο, αφού θεωρούν πως με τα γενόσημα φάρμακα ο ασθενής λαμβάνει ίδια ποιότητα φαρμακευτικής περίθαλψης σε οικονομικότερη συσκευασία. Παρ' όλα αυτά, εταιρείες παραγωγής πρωτότυπων φαρμάκων, δαπανώντας μεγάλο μέρος των προϋπολογισμών τους στην προώθηση των σκευασμάτων τους σε ιατρούς, επιδιώκουν στο πλαίσιο της εμπορικής τους στρατηγική, να θέσουν σε αμφισβήτηση την ποιότητα των αντίγραφων φαρμάκων. Η διεθνής βιβλιογραφία (Bearden, Mason, 1978, Carroll, Siridhara et al, 1986, Carrol, Wolfgang, 1991), έχει δείξει ότι με την συνταγογράφηση και χορήγηση γενόσημων οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν κινδύνους, που ίσως καθορίζουν την συμπεριφορά τους όσο αφορά την αντικατάσταση φαρμάκων. Η ευθύνη της έκθεσης στα μάτια των ασθενών και οι ανησυχίες για την ποιότητα των γενόσημων, η οικονομική απώλεια λόγω απώλειας πελατολογίου, οι σκέψεις και ανησυχίες των ασθενών πως το γενόσημο δεν θα ικανοποιήσει τις προσδοκίες τους, η απώλεια χρόνου που απαιτείται για να ενημερωθεί και να αποδεχθεί ο ασθενής την αντικατάσταση του αρχικού του φαρμάκου, είναι καθοριστικοί παράγοντες ανησυχίας (Σκάλτσα, 2013).

Επίσης, θα ήταν σημαντικό να αναφέρουμε το παράδοξο των γενόσημων (generic paradox). Ακόμα και αν μεγάλες ποσότητες γενόσημων κυκλοφορήσουν στην αγορά, δεν μειώνουν αυτόματα τις τιμές των πρωτότυπων, ούτε μειώνουν την δαπάνη. Ίσως επιβραδύνουν τον ρυθμό ανάπτυξης των τιμών. Αυτό οφείλεται στο ότι η ζήτηση διαμορφώνεται από την συνταγογράφηση του γιατρού και όχι από τον ασθενή. Η προσφορά επηρεάζει τον ιατρό που θα συνταγογραφήσει το φάρμακο και έτσι αυξάνονται οι πωλήσεις του φαρμάκου. Το παράδοξο των γενόσημων προβλέπει αυτό ακριβώς που συμβαίνει και στην Κύπρο, στον ιδιωτικό τομέα, ότι οι προτροπές για γενόσημα (brand generics), δεν σημαίνει μείωση της δαπάνης. Έτσι η πολιτεία δεν έχει παρά να ακολουθήσει μια ισορροπημένη στρατηγική η οποία θα ενθαρρύνει την καινοτομία αλλά παράλληλα θα εφαρμόσει πολιτικές προώθησης των γενόσημων φαρμάκων. Ακολούθως, θα διασφαλίζεται η απόσβεση της υψηλής

επένδυσης καινοτόμων φαρμάκων και θα προωθείται η κυκλοφορία και κατανάλωση των αντίγραφων φαρμάκων (Σκάλτσα, 2013, Φαρμάκης, 2012).

2.6. Βίο-ομοειδή Φάρμακα (Bio-similar)

Βιολογικά Φάρμακα (φάρμακα αναφοράς – καινοτόμα φάρμακα) σύμφωνα με τον EMA είναι φάρμακα που οι δραστικές ουσίες τους παράγονται από βιολογικό υλικό. Κάποιες από αυτές τις πρωτεΐνες υπάρχουν και στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως η ινσουλίνη, η ερυθροποιητίνη, η αυξητική ορμόνη. Είναι μεγαλύτερες σε μήκος και πιο σύνθετες από τις δραστικές ουσίες μη βιολογικών φαρμάκων. Η πολύπλοκη δομή τους και η διαδικασία παραγωγής τους μπορεί να προκαλέσει μεταβλητότητα στο μόριο της δραστικής σε διαφορετικές παρτίδες φαρμάκου.

Βίο-ομοειδή Φάρμακα (bio-similar) είναι παρεμφερή με τα ήδη υπάρχοντα βιολογικά φάρμακα. Δεν είναι ίδια με τα γενόσημα, τα οποία έχουν απλούστερη χημική δομή και είναι πανομοιότυπα με τα φάρμακα αναφοράς τους. Βίο - ομοειδή και φάρμακα αναφοράς έχουν ίδια βιολογική δραστική ουσία, αν και λόγω των μεθόδων παραγωγής και της πολύπλοκης δομής μπορεί να υπάρχουν ελάχιστονες διαφορές. Για να εγκριθεί ένα φάρμακο σε βίο-ομοειδές πρέπει η εκ φύσεως μεταβλητότά του, να μην επηρεάζει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Κατά κανόνα η δοσολογία είναι ίδια με το φάρμακο αναφοράς, και αν χρειάζονται κάποιες προφυλάξεις στο πρωτότυπο, πρέπει να εφαρμόζονται και στο βίο-ομοειδές. Το 2003 η Ε.Ε. καθιέρωσε μια νέα διαδικασία για τη έγκριση τους, εφαρμόζοντας αυστηρά κριτήρια σύγκρισης της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των δύο φαρμάκων, αλλά παράλληλα συγκρίνοντας ποιοτικά την δομή και την βιολογική δραστηριότητα. Μετά την χορήγηση άδειας κυκλοφορίας κάθε εταιρεία υποχρεώνεται να εφαρμόσει σύστημα παρακολούθησης ώστε η ασφάλεια αλλά και τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών να είναι υπό έλεγχο. Στις αξιολογήσεις του Ε.Ο.Φ. (Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων) δεν περιλαμβάνονται συστάσεις σχετικά με το αν ένα βίο-ομοειδές μπορεί να χορηγείται εναλλάξ με το φάρμακο αναφοράς (EMA/837805/2011).

2.7.Φαρμακοεπαγρύπνηση - Ανεπιθύμητες ενέργειες –Κίτρινη Κάρτα

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». Αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την φροντίδα των ασθενών, γιατί αναγνωρίζονται οι κίνδυνοι και οι παράγοντες κινδύνου από τη χρήση ενός φαρμάκου. Βασική αρχή της ΦΕ είναι το «ωφελείν ή μη βλάπτειν» του Ιπποκράτη. Στόχος της η διασφάλιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας ώστε τα φάρμακα να φτάνουν στον ασθενή προσφέροντας ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Η ΦΕ στην Κύπρο θεσμοθετήθηκε στα πλαίσια του περί Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Έλεγχος Ποιότητας, Προμήθειας, Τιμών) Νόμου του 2001, Μέρος V. Αναβαθμίστηκε με την οδηγία 2010/84 που εντάχθηκε στο (Νόμο 63 (I) 2012) της Κυπριακής Δημοκρατίας. Συνεπώς αναφέρεται ότι πρέπει μεταξύ των κρατών μελών να δημιουργηθεί υποχρεωτικά ένα σύστημα εθνικών διαδικτυακών πυλών έτσι ώστε να υπάρχει διαφάνεια για τις πληροφορίες ή τυχών ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμακευτικών σκευασμάτων πανευρωπαϊκά. Η υπηρεσία της ΦΕ αναπτύσσει και διατηρεί τράπεζα δεδομένων με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που καταγράφονται στην Ε.Ε (Ntaountakis, Apostolakis,2010).

Ανεπιθύμητες Ενέργειες (Α.Ε.)

Ως ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου ορίζεται η απάντηση στη λήψη του, η οποία είναι επιβλαβής, αθέλητη και εμφανίζεται στην συνηθισμένη φαρμακευτική δοσολογία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν την νοσηρότητα του ασθενούς, τα προβλήματα υγείας τους όπως και το κόστος. Στοιχεία που διεξήχθησαν από έρευνα σε νοσηλευμένους ασθενείς στις ΗΠΑ, δείχνουν ότι οι ασθενείς που υφίστανται ανεπιθύμητες ενέργειες από φάρμακα έχουν κατά 19,2% περισσότερες πιθανότητες να αποβιώσουν, ενώ παραμένουν περισσότερο νοσηλευμένοι κατά 8,25%. Παράλληλα, το συνολικό οικονομικό κόστος τους αυξάνεται κατά 20%. Η φαρμακοεπαγρύπνηση αφού εγκριθεί η κυκλοφορία του νέου φαρμάκου, συλλέγει ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου από μεθόδους έρευνας, αλλά κυρίως από την αυθόρμητη αναφορά ασθενών, ιατρών, φαρμακοποιών. Οι Α.Ε. παρουσιάζονται σαν σοβαρές, μέτριες και ήπιες. Ιδιαίτερη μνεία χρήζουν τόσο οι αλλεργικές εκδηλώσεις από το πεπτικό σύστημα, τύπου δυσανεξίας, όσο και η συνέργεια δράσης φαρμάκων με άλλες

δραστικές ουσίες. Η αντιμετώπιση των Α.Ε. απαιτεί πολυεπίπεδες και συντονισμένες ενέργειες και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικός. Ο ιατρός καλείται να αναγνωρίσει εάν η ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια συσχετίζεται με το χορηγούμενο φάρμακο ή είναι σύμπτωμα της νόσου. Ο δε κλινικός ιατρός οφείλει να σκέφτεται την πιθανότητα μιας Α.Ε., έστω και αν αυτή δεν προαναφέρεται στα στοιχεία του συνταγογραφημένου φαρμάκου, και βάσει έγκυρων κριτηρίων να εκτιμά την αιτία της (Ntaountakis, Apostolakis,2010).

Κίτρινη Κάρτα

Η Κίτρινη Κάρτα αποτελεί το μέσο για τη γνωστοποίηση ανεπιθύμητων ενεργειών σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή προς το Υπουργείο Υγείας και τον Ε.Ο.Φ. Η Κίτρινη Κάρτα υπάρχει σε όλες τις Ευρωπαϊκές Χώρες. Η συμπλήρωσή της είναι εύκολη και απλή, αν και έχει εμπιστευτικές πληροφορίες του ασθενούς που ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων τις φυλάει με εχεμύθεια. Η επιτυχία του θεσμού της Κίτρινης Κάρτας στηρίζεται στην επαγρύπνηση, στη θέληση και τον ζήλο γιατρών και ασθενών για γνωστοποίηση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα βασικά κριτήρια για συμπλήρωση της κάρτας είναι ο θάνατος, η άμεσα απειλητική για την ζωή ανεπιθύμητη ενέργεια, η παράταση ή πρόκληση νοσηλείας, μια σοβαρή βλάβη, η ανωμαλία σε τοκετό κ.α.

Μέσα σε αυτόν τον κυκεώνα της παραγωγής, της διακίνησης και της χρήσης των φαρμάκων, οι επαγγελματίες υγείας, ειδικότερα οι γιατροί, οφείλουν να υπηρετούν την ορθολογική, ασφαλή και αποτελεσματική χρήση φαρμάκων. Η συμβολή τους είναι καθοριστική καθώς συνταγογραφούν φάρμακα γνωστής προέλευσης και ποιότητας, καταγράφουν έγκαιρα τις ανεπιθύμητες ενέργειες ασθενών και συμμετέχουν στη λήψη αναγκαίων μέτρων για βελτίωση της φαρμακευτικής θεραπείας (ΕΟΦ-Κίτρινη Κάρτα).

2.8.Υπερσυνταγογράφηση και Πολυφαρμακία

Κατά την συνταγογράφηση οι ιατροί οφείλουν να είναι πολύ προσεκτικοί στις φαρμακοθεραπευτικές επιλογές τους και με συνειδητή επιλογή να συνταγογραφούν ορθά, θέτοντας φρένο στην αλόγιστη και υπερβολική συνταγογράφηση. Πολυφαρμακία είναι η λήψη τουλάχιστον πέντε φαρμάκων σε καθημερινό επίπεδο. Η αυξημένη χρήση των

φθηνότερων γενόσημων ίσως ενθαρρύνει την πολυφαρμακία. Μια από τις πιο συχνές καταχρήσεις φαρμάκων στην Αμερική είναι τα αναλγητικά (μορφίνη, φεντανύλη κ.α.) που προκαλούν εθισμό. Από την ετήσια Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (2013-2014), διαπιστώθηκε ότι η συνταγογράφηση υπνωτικών φαρμάκων είναι αυξημένη. Αφορά κυρίως βενζοδιαζεπίνες, μια κατηγορία φαρμάκων που χορηγούνται για καταπολέμηση της αϋπνίας και του άγχους. Σε Ελλάδα και Κύπρο γίνεται κατάχρηση κυρίως σε αντιβιοτικά και ΜΣΑΦ (Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα), αναλγητικά και αντιπυρετικά. Η επιδημία της πολυφαρμακίας πλήττει κυρίως την τρίτη ηλικία, καθώς αποτελούν το 13% του πληθυσμού και καταναλώνουν 30% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Ξιναρής, 2013). Επομένως, στόχος της Εθνικής Φαρμακευτικής Πολιτικής πρέπει να είναι και η ορθολογιστική και με φειδώ φαρμακευτική χρήση.

2.9.Ιατρικός Επισκέπτης

Είναι υπάλληλος φαρμακευτικής βιομηχανίας ή εταιρείας που επισκέπτεται γιατρούς, οδοντίατρούς, φαρμακοποιούς, κλινικές και νοσοκομεία για την ενημέρωση και προώθηση καινοτόμων φαρμακευτικών σκευασμάτων της εταιρείας. Εκτός από την ενημέρωση για τα καινούργια φάρμακα της εταιρείας, υπενθυμίζει για την δράση και τη χορήγηση παλιότερων σκευασμάτων της εταιρείας. Με τη χρήση διαφημιστικών εντύπων στα οποία αναγράφονται τα σημαντικότερα στοιχεία του σκευάσματος και κλινικές μελέτες, αλλά και με τη χορήγηση δειγμάτων προωθεί ευκολότερα την είσοδο των νέων σκευασμάτων στην αγορά. Σύμφωνα με τον νόμο Ν.74(Ι)/2000 πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Ιατρικών Επισκεπτών, να έχει συμπληρώσει το 21 έτος της ηλικίας του, να είναι Πολίτης της Κυπριακής Δημοκρατίας, να έχει λευκό ποινικό μητρώο και να είναι απόφοιτος ανώτερης σχολής παραϊατρικών κλάδων. (ΕΚΕ_Κύπρου-Ορισμός, Cyprus Collage-Ορισμός) Παράλληλα οφείλει εκτός από τις πλήρεις και σαφείς πληροφορίες για τα φαρμακευτικά σκευάσματα που προωθεί, να γνωρίζει και τα προϊόντα ανταγωνιστικών εταιρειών. Κατά την προώθηση του φαρμακευτικού προϊόντος σε εξουσιοδοτημένα πρόσωπα που συνταγογραφούν, είναι παράνομη η παροχή προσφοράς, χρηματικού ωφελήματος ή δώρου (Ν.70(Ι)/2001). Επιτρέπονται βέβαια επαγγελματικές συναντήσεις και συνέδρια. Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί τακτική εκπαίδευση και ενημέρωση σε ιατρικά και φαρμακευτικά θέματα, αλλά και υλοποίηση συγκεκριμένων οικονομικών στόχων ('Επιλογή'-Ορισμός).

2.10. Παράγοντες που επηρεάζουν την συνταγογράφηση των γιατρών

Πολλοί είναι οι παράγοντες που εμπλέκονται στη λήψη της τελικής απόφασης για τη συγγραφή μιας συνταγής. Θεωρείται ότι η ποιότητα της συνταγογράφησης είναι μια συνισταμένη της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της καταλληλότητας και του κόστους του φαρμακευτικού προϊόντος. Ένας βασικός παράγοντας που διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο κατά τη συνταγογράφηση είναι η **συνεχής εκπαίδευση** του γιατρού. Εάν ο ιατρός είναι καλά ενημερωμένος για τα καινούρια φάρμακα και θεραπείες που κυκλοφορούν στην αγορά, αλλά και για τα γενόσημα, τότε μπορεί ευκολότερα να τα συνταγογραφήσει. Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι οι γιατροί είναι πολύ προσεκτικοί στο να αλλάζουν τις συνταγογραφικές τους συνήθειες. Εξίσου σημαντικά είναι τα **προσωπικά κίνητρα του ιατρού**. Τέτοια κίνητρα μπορεί να είναι η εξοικονόμηση χρόνου, η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ένα καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, η ταχεία έναρξη της φαρμακευτικής δράσης, η εμπιστοσύνη στην φαρμακευτική εταιρεία αλλά και στον ιατρικό επισκέπτη. Επιπρόσθετα, η **προώθηση και η διαφήμιση ενός νέου φαρμάκου σε ιατρούς και ασθενείς από τις φαρμακευτικές εταιρείες** παίζουν καθοριστικό ρόλο. Όσο περισσότερους ασθενείς και ιατρούς ενημερώσει ο ιατρικός επισκέπτης, τόσο πιο εκτεταμένη θα είναι και η διαφήμιση, η κυκλοφορία αλλά και η ζήτηση του προϊόντος από τους ασθενείς. Βέβαια, δεν αρκεί μόνο να γνωρίζει ο γιατρός για το φάρμακο αλλά πρέπει να υπάρχει και **ικανοποιητική κάλυψη της αγοράς από την εταιρεία** που κυκλοφορεί το φάρμακο, ώστε μετά τη συνταγογράφηση του ιατρού ακόμα και σε κάποια επαρχία, ο ασθενής εύκολα να προμηθεύεται το φάρμακο. Επίσης η **δύναμη της συνήθειας** διαδραματίζει βασικό ρόλο. Συνήθως ο γιατρός διαλέγει ανάμεσα σε φάρμακα ίδιας περίπου δυναμικής και δραστηκότητας και συνταγογραφεί κυρίως τα φάρμακα που είναι στις πρώτες επιλογές του, με μικρότερη πιθανότητα να συνταγογραφήσει άλλα δύο με τρία φάρμακα (ΕΕΦΑΜ-2014).

2.11. Διεθνείς Συγκριτικές Έρευνες

Μέσα σε αυτό το σύνθετο πλαίσιο αυξημένης πολυπλοκότητας, έτσι όπως συντίθεται σήμερα αφενός από τις ραγδαίες εξελίξεις της φαρμακευτικής επιστήμης, τις υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, αλλά και την ανάγκη αποτελεσματικού ελέγχου των δαπανών υγείας, η διερεύνηση και αποτύπωση όλων εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν και τελικά καθορίζουν την συνταγογραφική απόφαση του γιατρού, αποκτά

ιδιαίτερη σημασία και σε διεθνές επίπεδο. Οι ακόλουθες διεθνείς έρευνες δίνουν έμφαση στη συγκεκριμένη μελέτη, προσφέροντας κάποια συγκριτικά ενδιαφέροντα ευρήματα (Μάμας, Παυλάκης, 2008).

Εφαρμογή κανονισμών συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία στις χώρες της Ευρώπης

Η διαμόρφωση και εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης φαρμακευτικής πολιτικής αποτελεί πολύπλοκη διαδικασία σε εθνικό αλλά και Ευρωπαϊκό επίπεδο. Η διαδικασία ανάπτυξης, εφαρμογής και παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των φαρμακευτικών πολιτικών και πρακτικών απασχολούν τόσο την πολιτική ηγεσία όσο και τους Παγκόσμιους και Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς Υγείας. Με σκοπό την αντιμετώπιση κοινωνικό-οικονομικών δυσχερειών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, φαινόμενα υπερκατανάλωσης φαρμάκων, αυξημένων φαρμακευτικών δαπανών και περιορισμένων πόρων, αναπτύχθηκαν πολιτικές κατευθύνσεις και λήφθηκαν μέτρα τα οποία προωθούν τη δημιουργία συστημάτων υγείας που χαρακτηρίζονται από την ορθολογική χρήση φαρμάκων και τη διασφάλιση της ποιότητας (Vogler, Schmickl, 2010).

Μια σημαντική πρακτική είναι η **συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας** με κύριο στόχο την ορθολογική χρήση του φαρμάκου, τον περιορισμό λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τη μείωση της σπατάλης (ISDB, 2006). Εξαιτίας των οικονομικών δυσχερειών στην Ευρώπη, η πρακτική αυτή έχει ληφθεί υπόψη από πολλές κυβερνήσεις στην προσπάθεια περιορισμού του κόστους, ως πρακτική ενίσχυσης της αγοράς φθηνότερων φαρμάκων, καθώς και με την υποχρέωση των φαρμακοποιών να παρέχουν το οικονομικότερο διαθέσιμο στο φαρμακείο φαρμακευτικό προϊόν (Αθανασάκης, 2013). Επιπρόσθετα, η υποχρέωση ή η ενθάρρυνση των φαρμακοποιών να αντικαθιστούν ένα πρωτότυπο φάρμακο με κάποιο γενόσημο εξαιτίας των χαμηλότερων τιμών, αποτελεί και μέτρο προώθησης της χρήσης των γενόσημων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι στη συνταγογράφηση βάσει δραστικής περιλαμβάνονται και τα επώνυμα πρωτότυπα φάρμακα, όχι μόνο τα γενόσημα (Cogitore, 2008). Αυτή η πρακτική ενίσχυσης επηρεάζει άμεσα και σε μεγάλο βαθμό την συνταγογράφηση των γιατρών. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποιες πρακτικές εφαρμογής σε Ευρωπαϊκές χώρες, όπου διαφαίνεται ο άμεσος ή έμμεσος τρόπος με τον οποίο οι καινούριες εφαρμογές και κανονισμοί, είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τη συνταγογράφηση των γιατρών.

Σύμφωνα με έρευνα της Vogler S. το 2012, η υποκατάσταση με γενόσημο και η συνταγογράφηση κατά δραστική ουσία αποτελούν ευρέως χρησιμοποιημένη πρακτική στην Ευρώπη. Η κάθε χώρα επιλέγει τους δικούς της κανονισμούς. Κάποιες χώρες προτιμούν συνδυασμό των δύο παρεμβάσεων, κάποιες υποχρεωτικά και άλλες ως προτεινόμενη πρακτική. Ενδεικτικά, στην περίπτωση του **Ηνωμένου Βασιλείου**, η εφαρμογή της συνταγογράφησης σαν προτεινόμενη πρακτική μπορεί να επηρέασε τη συνταγογράφηση των ιατρών, όμως παράλληλα συνέβαλε θετικά στην εξοικονόμηση πόρων και στη χρήση των γενόσημων. Επιπρόσθετα, στην περίπτωση της **Ολλανδίας** παρατηρήθηκε η εφαρμογή μίας από τις δύο παραπάνω παρεμβάσεις σε συνδυασμό με την εισαγωγή τιμών αναφοράς, και με απόδοση κινήτρων στους φαρμακοποιούς (Vogler, 2012).

Στην περίπτωση της **Ελλάδας**, σημαντικά μέτρα όπως η έκδοση κατευθυντήριων γραμμών για τη συνταγογράφηση, η εισαγωγή ποινών και κυρώσεων στους γιατρούς, αποτελούν παρέμβαση στη συνταγογραφική συμπεριφορά των γιατρών. Ακόμα, η εφαρμογή της υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτέλεσε μια βασική ρύθμιση που διευκόλυνε την παρακολούθηση και αξιολόγηση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς. (Carone, Schwierz et al, 2012). Αν και εφαρμόστηκε η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και έγινε προσπάθεια προώθησης των γενόσημων φαρμάκων, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στην Ελλάδα διαπιστώνεται έλλειψη κουλτούρας γενοσήμων (Melck, 2012). Ο οργανισμός εκπροσώπησης της Ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, όπως και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, θεωρούν ότι η εισαγωγή φαρμάκων από χώρες εκτός Ε.Ε. διατρέχει μεγάλους κινδύνους για την υγεία των ασθενών (Melck, 2012). Είναι σημαντικό ακόμα να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα η αξιοποίηση των γενόσημων βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, καθώς σύμφωνα με στοιχεία του IMS για το 2009 μόνο το 32% αφορούσε γενόσημα, ενώ το αντίστοιχο στο ΗΒ έφτασε το 76% για το 2009 (Melck, 2012).

Το **ΗΒ** αποτελεί μια από τις χώρες η οποία ξοδεύει λίγους οικονομικούς πόρους για την κατανάλωση φαρμάκων. Το 2008 μόνο το 7,7% της συνολικής υγειονομικής δαπάνης αφορούσε τα φάρμακα (GaBI, 2011). Όσο αφορά τα γενόσημα, το μερίδιό τους στην αγορά των φαρμάκων διπλασιάστηκε την περίοδο 2000-2011 σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια και αναμένεται να επεκταθεί και άλλο στο μέλλον (GaBI, 2011). Η ανάπτυξη αυτή οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις δράσεις της κυβέρνησης που αποσκοπούσαν στην ενθάρρυνση των γιατρών να συνταγογραφούν με βάση την δραστική ουσία τόσο για κλινικούς λόγους, όσο και με σκοπό την εξοικονόμηση πόρων (GaBI, 2011). Η επιτυχία αυτών των πολιτικών αποτυπώνεται στην αύξηση του ποσοστού των συνταγών βάσει δραστικής ουσίας,

το οποίο από 76% το 2002 (Moe-Byrne Chambers et al, 2014) έφτασε το 82% το 2008 και το 83% το 2013 (Spoors, Kusel, 2015).

Παράλληλα στο ΗΒ ενισχύεται και προωθείται η συνταγογράφηση δραστικής ουσίας, τόσο στη διδακτική ύλη των Ιατρικών σχολών, όσο και στις κατευθυντήριες οδηγίες που συμβουλευόνται οι νέοι γιατροί (Hassali, Alrasheedy et al, 2014). Οι δράσεις αυτές στην **Σκωτία** επεκτείνονται και στη περιπατητική φροντίδα, μέσω της εκπαιδευτικής παρακολούθησης, ανατροφοδότησης και με την αξιοποίηση συστημάτων υποστήριξης της συνταγογράφησης (Godman, Acurcio et al 2014). Κάποιες άλλες πρακτικές έμμεσης ενίσχυσης της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας εστιάζουν στην αξιοποίηση τεχνολογίας και πληροφοριακών συστημάτων, καθώς και συστημάτων υποστήριξης για τη λήψη αποφάσεων, τα οποία προωθούν τη συγκεκριμένη συνταγογραφική συμπεριφορά (Hassali, Alrasheedy et al, 2014). Αξιοσημείωτο είναι ότι γίνεται προσπάθεια από την κυβέρνηση ώστε οι ασθενείς να προτιμούν την κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων, μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων πληροφόρησης και ενημέρωσης των πολιτών, όπως και μέσω έκδοσης ενημερωτικών φυλλαδίων. Όλα αυτά τα νέα μέτρα, επηρεάζουν έντονα τη συνταγογράφηση, αφού εμπλουτίζουν τη σύγχρονη σκέψη τόσο των νέων γιατρών όσο και των ασθενών, συμβάλλοντας παράλληλα και στην εξοικονόμηση πόρων εν καιρό οικονομικής κρίσης.

Η **Κύπρος** αποτελεί τη μόνη χώρα της ΕΕ, όπου η ίδια συμμετοχή, ως τμήμα της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης είναι υψηλότερη από τη συνολική δημόσια δαπάνη υγείας (Petrou, Vandoros, 2015). Η Κυπριακή αγορά φαρμάκου αποτελεί μια ιδιαίτερη αγορά καθώς δεν υπάρχει σύστημα καθολικής ασφάλισης υγείας. Στο πλαίσιο της οικονομικής υποστήριξης της Κύπρου, η Τρόικα συνέστησε την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων σε αρκετούς κλάδους της οικονομίας καθώς και της φαρμακευτικής αγοράς (Petrou, Vandoros, 2015). Σημαντικά μέτρα που είχαν ληφθεί με σκοπό τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης συμπεριλάμβαναν και την έκδοση προτεινόμενων κατευθυντήριων οδηγιών για τη συνταγογράφηση (Carone, Schwierz et al, 2012). Η κατανάλωση γενόσημων παραμένει σε χαμηλά επίπεδα στον ιδιωτικό τομέα, καθώς οι ιδιώτες φαρμακοποιοί δεν επιτρέπεται από το νόμο να υποκαταστήσουν τα πρωτότυπα φάρμακα που συνταγογραφούνται από γιατρούς, με κάποιο γενόσημο. Στον ιδιωτικό τομέα οι γιατροί είναι ανεξάρτητοι και συνταγογραφούν αυτόνομα, χωρίς το κράτος να παρεμβαίνει δεσμεύοντας τους γιατρούς σε κάποια πρωτόκολλα ή οδηγίες συνταγογράφησης (Kanavos, Wouters, 2014). Στην Κύπρο, στο δημόσιο τομέα η υποκατάσταση με γενόσημα είναι υποχρεωτική (Vogler, Schmickl, 2010). Η

συνταγογράφηση με γενόσημα συνεπώς γίνεται μόνο από γιατρούς του δημόσιου τομέα. Ακόμα και στις περιπτώσεις που συνταγογραφείται κάποιο πρωτότυπο φάρμακο, το σκεύασμα που αναγράφεται στη συνταγή θα αντικατασταθεί με κάποιο γενόσημο (Ashikales, Tsiontides, 2007). Όσον αφορά τη συνταγογράφηση με δραστική ουσία, στον ιδιωτικό τομέα απαγορεύεται, ενώ αντίθετα στο δημόσιο τομέα είναι υποχρεωτική (Vogler, Mazag, 2011). Χαρακτηριστικά προτείνεται στο κείμενο Kanavos & Wouters, σχετικά με τη συνταγογραφική διαδικασία, η έκδοση και η αξιοποίηση κατευθυντήριων οδηγιών για τη συνταγογράφηση, οι οποίες θα συμπεριλαμβάνονται σε συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και θα επιτρέπουν την τεκμηριωμένη συνταγογράφηση με βάση τους κανόνες που έχουν οριστεί από την ασφάλιση υγείας (Kanavos, Wouters, 2014).

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τα προηγούμενα παραδείγματα, η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, εφαρμόστηκε σε πολλές χώρες με διαφορετικό τρόπο. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο βασικός στόχος ήταν ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης. Όμως πολλές χώρες εστίασαν και στα θετικά αποτελέσματα της συνταγογράφησης κατά δραστική ουσία, στη βελτίωση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών και στον εξορθολογισμό της επιλογής και συνταγογράφησης φαρμάκων, όπως συνέβη στο **Βέλγιο** (Van Bever, 2015). Παράλληλα, η πρακτική αυτή ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, τους επιτρέπει να εστιάσουν στο βασικό τους ρόλο και αρμοδιότητες και να προωθηθεί η ορθολογική χρήση φαρμάκων (ISDB, 2006). Παρά τη συνεισφορά του μέτρου της συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας, η εκάστοτε πολιτεία καλείται να επιλύσει και να λάβει υπόψη πολλά θέματα, τόσο κατά τη διαδικασία ένταξης του μέτρου στην πολιτική του φαρμάκου, όσο και κατά την εφαρμογή του, με σκοπό την επιτυχημένη υιοθέτησή του και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μια έρευνα των Van Bever, Eliseviers, το 2015, όπου οι συμμετέχοντες στην έρευνα επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν ότι η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, βελτιώνει τη συμμόρφωση των ασθενών και ότι μπορεί να περιορίσει τα λάθη κατά τη συνταγογράφηση. Φαίνεται ξεκάθαρα ότι η εφαρμογή του νέου μέτρου επηρεάζει χαρακτηριστικά τόσο τη συνταγογράφηση των ιατρών όσο και την εξέλιξη της συνταγογραφικής διαδικασίας.

Στην συνέχεια ακολουθούν έρευνες σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες που διερευνούν τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των επιστημόνων υγείας. Επίσης, γίνεται προσπάθεια σύγκρισης των ποσοστών στα Κυπριακά δεδομένα με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξάχθηκε σε αυτή την εργασία.

Βόρεια Αγγλία

Από έρευνα που έγινε στη Βόρεια Αγγλία το 1992 παρατηρήθηκε ότι οι γιατροί αισθάνονταν άβολα στην συνταγογράφηση φαρμάκων για ορισμένες παθήσεις. Κύριος στόχος της έρευνας ήταν να αναδειχθούν οι παράγοντες που έφεραν τους γιατρούς σε δυσάρεστη, άβολη θέση κατά την απόφαση της συνταγογράφησης. 69 διευθυντές και 5 ειδικευόμενοι γιατροί στη γενική ιατρική ρωτήθηκαν προσωπικά. Τα αποτελέσματα έχουν μέχρι σήμερα ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι γιατροί πιο συχνά αισθάνονταν δυσφορία σε αποφάσεις συνταγογράφησης για αναπνευστικές παθήσεις, ψυχιατρικές παθήσεις, δερματολογικά προβλήματα. Επίσης αναφέρεται δυσκολία και σε συνταγογράφηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, αντιβιοτικών, καρδιαγγειακών φαρμάκων, Μη Στεροειδών Αντιφλεγμονωδών Φαρμάκων (ΜΣΑΦ). Μεταξύ άλλων αναφέρθηκαν η ηλικία, η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση, προηγούμενη ίσως γνωριμία μεταξύ ιατρού – ασθενή και πιθανά προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ τους. Παράλληλα, η επιθυμία του ιατρού να διατηρήσει τη σχέση ιατρού-ασθενή, ακόμα και η αίσθηση του ιατρού προς τον εκάστοτε ασθενή, διαδραματίζουν βασικό ρολό. Από την άλλη καταγράφηκαν παράγοντες που αφορούσαν αποκλειστικά και μόνο τον ίδιο τον επιστήμονα υγείας. Για παράδειγμα, παράγοντες όπως ανησυχία σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, παράγοντες που σχετίζονται με τον ρόλο του ιατρού και πως αυτό το εκλαμβάνει ο ασθενής, οι προσωπικές τους προσδοκίες, η αβεβαιότητα, η ιατρική εμπειρία, επιρροές από το γύρω περιβάλλον. Συγκριτικά με τους Κύπριους ιατρούς φαίνεται να προβληματίζονται και από το κόστος του φαρμάκου στην Κύπρο. Κοινή πηγή ανησυχίας αποτελούν οι παρενέργειες των φαρμάκων, η ιατρική εμπειρία, η δυσκολία απόφασης συνταγογράφησης φαρμάκων συγκεκριμένων παθήσεων, αλλά και η ανησυχία των γιατρών για διατήρηση της σχέσης ασθενή-ιατρού. Τέλος η συγκεκριμένη μελέτη υποστήριζε προηγούμενη εργασία σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στις συνταγογραφικές αποφάσεις και στόχο είχε να δείξει ότι η επιρροή αυτή επηρεάζει όλο το φάσμα των κλινικών προβλημάτων (Bradley, 1992).

Σαουθάμπτον

Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος 30 ιατροί και 847 ασθενείς ηλικίας 16 με 80 ετών που συμμετείχαν σε μια χειρουργική επέμβαση. Από τους ασθενείς αποκλείστηκαν ηλικίες κάτω των 16, ασθενείς με συνεχή εξειδικευμένη ψυχιατρική θεραπεία τύπου σχιζοφρένειας, τα άτομα με άνοια, νοητική αναπηρία και όσοι λάμβαναν θεραπεία για κατάθλιψη. Στόχος της

έρευνας ήταν να αξιολογηθεί ο τρόπος και οι πιέσεις των ασθενών που ασκούσαν στον ιατρό στο πλαίσιο της διαβούλευσης (ιατρικής επίσκεψης). Αποτελέσματα: Η αντιληπτή ιατρική ανάγκη ήταν ο ισχυρότερος ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης του συνόλου των συμπεριφορών και κατέρριψε όλους τους άλλους προγνωστικούς παράγοντες. Οι ιατροί πίστευαν ωστόσο ότι δεν υπήρχε ή υπήρχε μια μικρή ένδειξη για ιατρική ανάγκη ανάμεσα σε μια σημαντική μειοψηφία από εκείνους που εξετάστηκαν (15%), που έλαβαν μια συνταγή (19%), που παραπέμφθηκαν (22%) και σχεδόν οι μισοί από αυτούς που στάλθηκαν για διερεύνηση (46%). Μετά από τον έλεγχο για την προτίμηση των ασθενών, την ιατρική ανάγκη και την ομαδοποίηση από τον ιατρό, η αντίληψη πίεσης ιατρών από τους ασθενείς συνδέθηκαν στενά με την συνταγογράφηση. (προσαρμοσμένο ποσοστό πιθανοτήτων 2,87, διάστημα εμπιστοσύνης 95%). Σε όλες τις περιπτώσεις η αντίληψη πίεσης ήταν ισχυρότερη από τις προβλέψεις. Συμπερασματικά η συμπεριφορά των ιατρών στη διαβούλευση ήταν εντονότερη και συνδεόταν με την αντίληψη της ιατρικής ανάγκης του ασθενούς. Επίσης μια σημαντική μειοψηφία των ιατρών εξακολουθεί να θεωρεί ότι η εξέταση, η συνταγογράφηση και η παραπομπή του ασθενή χρειάζεται ελαφρώς ή δεν χρειάζεται καθόλου γιατί γίνεται αντιληπτή η πίεση που ασκεί ο ασθενής. Η πίεση του ασθενή είναι ένας ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης του συνόλου των συμπεριφορών των ασθενών. Τέλος, για περιορισμό της άσκοπης χρήσης των πόρων και της ιατρογενούς νοσηρότητας, οι γιατροί πρέπει να ρωτούν άμεσα τους ασθενείς σχετικά με τις προσδοκίες τους, ώστε να λαμβάνονται οι ορθότερες αποφάσεις με βάση την ιατρική αναγκαιότητα. Όσο αφορά τους Κύπριους ιατρούς οι παράμετροι σύγκρισης μετριούνται με τη συχνότητα πίεσης που δέχονται από τους ασθενείς για συνταγογράφηση νέων σκευασμάτων με ένα ποσοστό 51% να θεωρεί σπάνια την περίπτωση πίεσης και ένα 2,3% πολύ συχνή (Little, Dorward, 2004).

Έρευνα στο Περιφερειακό Νοσοκομείο Salisbury του Ηνωμένου Βασιλείου

Η ακατάλληλη συνταγογράφηση μπορεί να βλάψει τόσο τους ασθενείς κατά άτομο όσο και την κοινωνία. Προηγούμενη έρευνα είχε εντοπίσει ότι οι γιατροί επηρεάζονται στη συνταγογράφηση τους από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ιδιομορφίες, τα οποία ήταν αδύνατον να αλλάξουν. Έτσι η έρευνα αυτή στόχο είχε τον προσδιορισμό των παραγόντων αυτών που επηρεάζουν τους γενικούς ιατρούς (GP) κατά τη συνταγογράφηση τους σε συνάρτηση με τη διακύμανση του κόστους. Η έρευνα αυτή έγινε από την Μονάδα Έρευνας και Ανάπτυξης υποστήριξης του Περιφερειακού Νοσοκομείου Salisbury του

Ηνωμένου Βασιλείου (Healthcare NHS Trust, Salisbury, Wiltshire SP2 8BJ, UK). Στην ποιοτική αυτή έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με μαγνητοσκόπηση. Το δείγμα αποτελείτο από 17 γιατρούς και λήφθηκε από την περιοχή Avon, South West NHS, UK. Από την έρευνα βρέθηκε ότι οι ιατροί θεωρούσαν προσεκτικούς και συντηρητικούς τους εαυτούς τους σε θέματα συνταγογράφησης. Αν και οι αποφάσεις που λάμβαναν ήταν αντικρουόμενες με τις κλινικές απόψεις ή το κόστος του φαρμάκου, οι ίδιοι έβρισκαν ελαφρυντικά για τις αποφάσεις αυτές. Έτσι δημιουργήθηκε ένα συνταγολόγιο της «συνταγογραφικής αβεβαιότητας» ώστε χρησιμοποιώντας το να μειώνονται τα διλήμματα. Η προθυμία τους για εφεύρεση μέτρων για τις συνταγογραφικές τους συνήθειες ήταν εμφανής. Η απουσία μηχανισμών παρακολούθησης της συνταγογράφησης σε συνδυασμό με την ανεπαρκή αξιοποίηση του φαρμακοποιού, οδήγησε σε μια αβεβαιότητα κατά τη συνταγογράφηση. Μερικοί γιατροί δύσκολα ακολουθούσαν τις επαγγελματικές υποδείξεις των αρμόδιων φορέων με τη δικαιολογία της ενδεχόμενης έλλειψης χρόνου. Η υπερβολική ζήτηση των ασθενών θεωρήθηκε ότι επηρεάζει τη συνταγογράφηση και οι γιατροί δήλωσαν ότι δεν είχαν αδικαιολόγητα επηρεαστεί από τον ιατρικό επισκέπτη. Συγκριτικά οι Κύπριοι γιατροί φαίνεται να επηρεάζονται από το κόστος του φαρμάκου αν και δηλώνουν ότι οι ασθενείς και οι ιατρικοί επισκέπτες δεν αποτελούν αιτία αλλαγής της συνταγογράφησης τους. Η συνταγογραφική επιλογή επηρεάζεται από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών πολύ (3,8%), αρκετά (36,6%) και λίγο (54,2%) όπως αναφέρεται στον Πίνακα.3 (Carth, Havey et al, 2000).

Έρευνα στο Πανεπιστήμιο του Ιλινόις στο Σικάγο

Το Κέντρο Φαρμακοοικονομικών Ερευνών του Τμήματος Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Ιλινόις στο Σικάγο διεξήγαγε μια έρευνα με θέμα τη σύγκριση των απόψεων ιατρών και κλινικών φαρμακοποιών για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων στα νοσοκομεία της κοινότητας. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 γιατροί και μέσω τυποποιημένου ερωτηματολογίου διατυπώθηκε η σημασία των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Η περιγραφή των αντιδράσεων των συμμετεχόντων έγινε με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής και οι διαφορές μεταξύ των ομάδων προσδιορίστηκαν με post hoc ανάλυση. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι οι γιατροί επηρεάζονται περισσότερο από τα διαθέσιμα δείγματα φαρμάκων αλλά και από την προσωπική τους εμπειρία. Αντίθετα οι κλινικοί φαρμακοποιοί

επηρεάζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες και το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Περίπου στο ίδιο πλαίσιο κινούνται και οι Κύπριοι γιατροί αφού τοποθετούνται ξεκάθαρα ότι οι συνταγογραφικές αποφάσεις τους επηρεάζονται από τους ιατρικούς επισκέπτες ή τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών. Τα διαθέσιμα δείγματα φαρμάκων που λαμβάνουν οι γιατροί και χορηγούν δωρεάν στους ασθενείς, αποτελούν προωθητικό φαρμακευτικό εργαλείο, όπου σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες απαγορεύεται δια νόμου, όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα. Όσο αφορά την προσωπική εμπειρία των ιατρών στην Κύπρο, οι συμβουλές από συναδέλφους ζητούνται συχνά με ένα ποσοστό 22,9% και σπάνια με ένα ποσοστό 50,4%. Ακολούθως, οι επιστημονικοί συνεργάτες φαρμακευτικών εταιρειών επηρεάζουν αρκετά τη συνταγογράφηση των ιατρών με ποσοστό 36,6% και λίγο με ένα ποσοστό 54,2%. (Schumock, Walton, et al, 2004)

Συγκριτική Έρευνα KRC στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Η μελέτη KRC έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και είναι αρκετά αντιπροσωπευτική γιατί αποτελείται από ένα μεγάλο αριθμητικά δείγμα 508 ιατρικών επιστημόνων. Το 42% του δείγματος άνηκε στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ το 58% είχε ειδικότητα. Έγινε μια προσπάθεια ανάλυσης των σημαντικότερων παραγόντων που διαμορφώνουν τη συνταγογράφηση των γιατρών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των ιατρών είναι τα ακόλουθα:

1.Κλινική γνώση και εμπειρία: 97%

Μεγάλη ανταπόκριση 84%, Μερική ανταπόκριση 13%

2.Ανταπόκριση ασθενούς σε ένα συγκεκριμένο φάρμακο:97%

Μεγάλη ανταπόκριση76%, Μερική ανταπόκριση 21%

3.Αντίδραση ασθενούς μετά τη χορήγηση του φαρμάκου: 96%

(αλληλεπιδράσεις, παρενέργειες και αντενδείξεις)

Μεγάλη ανταπόκριση 80%, Μερική ανταπόκριση 16%

4.Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες: 92%

Μεγάλη ανταπόκριση 53%, Μερική ανταπόκριση 39%

5.Άρθρα σε έγκριτα ιατρικά περιοδικά: 89%

Μεγάλη ανταπόκριση 47%, Μερική ανταπόκριση 42%

6.Γνώμη συναδέλφων:89%

Μεγάλη ανταπόκριση 40%, Μερική ανταπόκριση 49%

7.Οικονομική κατάσταση ασθενούς: 82%

Μεγάλη ανταπόκριση 40%, Μερική ανταπόκριση 42%

8.Ασφαλιστική κάλυψη ασθενούς: 81%

Μεγάλη ανταπόκριση 40%, Μερική ανταπόκριση 41%

9.Εάν η συνταγή τέθηκε σε προηγούμενη έγκριση από τον ασφαλιστή: 80%

Μεγάλη ανταπόκριση 35%, Μερική ανταπόκριση 45%

10.Προσωπικές απόψεις και προτιμήσεις των ασθενών: 79%

Μεγάλη ανταπόκριση 28%, Μερική ανταπόκριση 51%

11.Τί χρηματικό ποσό συνεισφέρει ο ασθενής στην πληρωμή: 72%

Μεγάλη ανταπόκριση 30%, Μερική ανταπόκριση 42%

12. Από ιατρικούς επισκέπτες ή εκπρόσωπους φαρμακευτικών εταιρειών: 69%

Μεγάλη ανταπόκριση 18%, Μερική ανταπόκριση 51%

13.Απο χορηγίες φαρμακευτικών εταιρειών σε εκπαιδευτικά προγράμματα: 64%

Μεγάλη ανταπόκριση 17%, Μερική ανταπόκριση 47%

14. Πληροφορίες από την ασφάλιση και τα οφέλη των συνταγών: 55%

Μεγάλη ανταπόκριση 15%, Μερική ανταπόκριση 40%

Δύο στους τρεις ιατρούς έχουν αλλάξει το φαρμακευτικό σκεύασμα που αναγραφόταν στην ιατρική συνταγή και άλλο φάρμακο και όχι γενόσημο. Αντίθετα στην Κύπρο διαφοροποιούν τη συνταγογραφική τους επιλογή συχνά/ πολύ συχνά με ένα ποσοστό 11,5% και σπάνια/σχεδόν ποτέ με ένα ποσοστό 88,5%. Όσο αφορά τα γενόσημα φάρμακα οι ιατροί

συνταγογραφούν μισά γενόσημα, μισά πρωτότυπα με ποσοστό 41%, συνήθως γενόσημα (35%), αναλόγως της περίπτωσης (17%), συνήθως πρωτότυπα εάν δεν υπάρχουν γενόσημα (7%). Στην Κύπρο οι ιατροί συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα συχνά/πολύ συχνά με ποσοστό 67,2% και σπάνια/σχεδόν ποτέ με ποσοστό 32,8%. Οι πηγές ενημέρωσης των ιατρών της μελέτης είναι οι ακόλουθες. 8 στους 10 ιατρούς ενημερώνονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες, η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση με ένα ποσοστό 94% (μεγάλη ανταπόκριση 61%, μερική ανταπόκριση 33%), από επιστημονικά άρθρα με ποσοστό 93% (μεγάλη ανταπόκριση 52%, μερική ανταπόκριση 41%), από συναδέλφους τους με ποσοστό 93% (μεγάλη ανταπόκριση 46%, μερική ανταπόκριση 47%) και άλλους παράγοντες με μικρότερο ποσοστό. Οι περισσότεροι γιατροί επηρεάζονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες αφού τους παρέχονται πληροφορίες για νέες εξελιγμένες θεραπείες, για πιθανές παρενέργειες, αντενδείξεις και κινδύνους που διατρέχει η νέα θεραπεία, όπως και χορήγηση φαρμακευτικών δειγμάτων. Επιπρόσθετα οι φαρμακευτικές εταιρείες χρηματοδοτούν εκπαιδευτικά προγράμματα, όπου 9 στους 10 ιατρούς που συμμετέχουν δηλώνουν ευχαριστημένοι γιατί ενημερώνονται για τις νέες εξελικτικές μεθόδους και θεραπείες, αποκτούν γνώσεις και επιπλέον δεξιότητες και χρήσιμες και αξιόπιστες πληροφορίες για την ιατρική τους πορεία. Συγκριτικά, με βάση τα Κυπριακά δεδομένα η κύρια πηγή τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων είναι, όπως και στην συγκεκριμένη μελέτη, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό οι ιατρικοί επισκέπτες ή οι επιστημονικοί συνεργάτες της φαρμακευτικής βιομηχανίας με ένα ποσοστό 87%. Ακολουθούν με 52,7% τα επιστημονικά περιοδικά, με 47,3% οι επιστημονικές ιατρικές εταιρείες και με 45,8% το διαδίκτυο (KRC, 2011).

Έρευνα από το πανεπιστήμιο του Brisbane στο Spurling της Αυστραλίας

Στη μελέτη που έγινε το 2010 από τους Geoffrey Spurling et al (2010) στην Αυστραλία, στο πανεπιστήμιο Brisbane, έγινε προσπάθεια ανάδειξης των σημαντικότερων παραγόντων που επηρεάζουν τους ιατρούς κατά την συνταγογράφηση. Στην μελέτη εξετάστηκε εάν οι πληροφορίες που παρέχονται στους ιατρούς από τους φαρμακευτικούς επισκέπτες και τις φαρμακευτικές εταιρείες έχουν σχέση με την ποιότητα, την ποσότητα και το κόστος της συνταγογράφησης τους. Η έρευνα αυτή αποτελεί μετανάλυση άλλων μελετών που προηγήθηκαν. Μελετήθηκαν 255 άρθρα, τα οποία αφορούσαν 7185 μελέτες που ανακτήθηκαν από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και 138 από άλλες πηγές. Τα 79 άρθρα

δεν πληρούσαν κριτήρια ένταξης στην έρευνα και 18 άλλα δεν πληρούσαν τα κριτήρια αξιολόγησης με αποτέλεσμα να εξαιρεθούν. Στην έρευνα παρέμειναν 58 άρθρα με 87 διαφορετικές αναλύσεις που διεξάχθηκαν σε διάφορες χώρες. Για την ποιότητα της συνταγογράφησης πέντε μελέτες τεκμηρίωσαν ότι η πληροφορίες που λάμβαναν οι γιατροί από τις φαρμακευτικές εταιρείες είχαν σχέση με την χαμηλή ποιότητα συνταγογράφησης. Αντίθετα, σε τέσσερις άλλες δεν εντοπίστηκε καμιά συσχέτιση. Επιπρόσθετα, σε 38 μελέτες διαπιστώθηκε μεγάλη συσχέτιση υψηλής συχνότητας συνταγογράφησης και σε 13 καμιά συσχέτιση. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες στην Αμερική δαπάνησαν πέραν των 57.500.000.000 δολαρίων στην προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων. Η φαρμακευτική βιομηχανία ισχυρίζεται ότι παρέχει επιστημονική και εκπαιδευτική πληροφόρηση στους ιατρούς, ενώ σύμφωνα με την έρευνα η προώθηση φαρμακευτικών σκευασμάτων επηρεάζει αρνητικά τη συνταγογράφηση. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι πληροφορίες που φθάνουν στους γιατρούς από τις φαρμακευτικές εταιρείες επηρεάζουν τους γιατρούς με φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης, αύξησης του κόστους και αύξησης της συνταγογράφησης φαρμάκων χαμηλότερης ποιότητας. Συγκριτικά με τα Κυπριακά δεδομένα το ίδιο συμβαίνει και εδώ, αφού οι πηγές πληροφόρησης των γιατρών προέρχονται κυρίως από τους εκπρόσωπους των φαρμακευτικών εταιρειών (Spurling, Mansfield, et al, 2010).

Έρευνα στη Δανία

Ποιοτική έρευνα που έγινε στη Δανία το 2007 έδειξε ότι το κόστος των φαρμάκων και οι ιατρικοί επισκέπτες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση των γιατρών (Buusman, Andersen, et al, 2007). Βαρυσήμαντο είναι και το γεγονός ότι μια δημοσιογραφική ομάδα, η Pro Publica, μαζί με άλλες δημοσιογραφικές οργανώσεις αποκάλυψαν ότι επτά πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες πλήρωναν πέραν των 17.000 ιατρών «δορυφόρων», ώστε να προωθήσουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων των συγκεκριμένων εταιρειών (Οφάκογλου, 2009). Το κόστος φαρμάκου επηρεάζει τη συνταγογράφηση τόσο και στην Κύπρο αφού ένα 73,2% θεωρεί το κόστος σημαντικό και ιδιαίτερα σημαντικό, ενώ ένα 26,7% όχι ιδιαίτερα σημαντικό (Buusman, Andersen, et al, 2007).

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογραφική επιλογή των γιατρών. Συνάμα, τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλουν στην καλύτερη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας, την οικονομικότερη και αποτελεσματικότερη φαρμακευτική θεραπεία των ασθενών, εν καιρώ οικονομικής κρίσης, και στη βελτίωση της υγειονομικής περιθάλψης στην Κύπρο. Πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι ανάλογες έρευνες έγιναν το 2007 σε Ελλάδα και Κύπρο με γιατρούς τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, και στον ιδιωτικό τομέα το 2012 στην Κύπρο. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και στις δυο περιπτώσεις περιέχει έξι Ενότητες, χωρίς να περιλαμβάνει την έβδομη και τελευταία Ενότητα για την Οικονομική Κρίση, η οποία εμπεριέχεται στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη ερευνητική μελέτη που αναλύεται.

3.1 Ταυτότητα της Έρευνας και Μεθοδολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας" του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με επιστημονικό υπεύθυνο Αν. Καθηγητή Μάμα Θεοδώρου, Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο του προγράμματος σπουδών. Στο στάδιο της Ανάλυσης των αποτελεσμάτων συμμετείχε ο Δρ. Γαλάνης Πέτρος, Λέκτορας στο ίδιο πρόγραμμα.

Η έρευνα υλοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου 45 ερωτήσεων, κατανεμημένων σε επτά θεματικές ενότητες ως ακολούθως:

Ενότητα I: Εισαγωγικές Πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά του ιατρού (10 ερωτήσεις)

Ενότητα II: Συνταγογραφική Επιλογή και Τεκμηρίωσή της. (9 ερωτήσεις)

Ενότητα III: Σημασία Κόστους Φαρμακευτικής Φροντίδας (3 ερωτήσεις)

Ενότητα IV: Συνταγογράφηση Γενόσημων Σκευασμάτων (5 ερωτήσεις)

Ενότητα V: Νέες Φαρμακευτικές Θεραπείες (5 ερωτήσεις)

Ενότητα VI: Ανεπιθύμητες Ενέργειες (5 ερωτήσεις)

Ενότητα VII: Συνταγογράφηση και Οικονομική Κρίση (8 ερωτήσεις)

Αναλυτικά, η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ιατρού που έλαβε μέρος στην έρευνα. Η δεύτερη ενότητα διερευνά τους παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά του ιατρού κατά την συνταγογράφηση. Ακολούθως, η τρίτη ενότητα στόχο έχει να παρουσιάσει το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας, αλλά και το κόστος του φαρμακευτικού σκευάσματος και πως μπορεί να επηρεάσει την συνταγογράφηση. Η τέταρτη ενότητα εστιάζεται στην κυκλοφορία γενόσημων φαρμάκων, στην άποψη των γιατρών για τα γενόσημα φάρμακα αλλά και πόσο εύκολα οι επαγγελματίες υγείας τροποποιούν την αρχική τους συνταγή αφαιρώντας τα πρωτότυπα φάρμακα και προσθέτοντας αντίγραφα. Η πέμπτη ενότητα επικεντρώνεται στα νέα φαρμακευτικά σκευάσματα και θεραπείες, στην αποτελεσματικότητά τους, αλλά και από ποιες πηγές αντλούν ενημέρωση για αυτά. Επίσης, μετά από πόσο χρονικό διάστημα από την ημέρα κυκλοφορίας οι γιατροί αρχίζουν να συνταγογραφούν το νέο σκεύασμα. Στην έκτη ενότητα, γίνεται αναφορά στις Ανεπιθύμητες Ενέργειες μετά από συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, από ποιες πηγές ενημερώνονται οι γιατροί για τις παρενέργειες αυτές, πως επηρεάζεται η συνταγογράφηση τους και εάν χρησιμοποιούν Κίτρινη Κάρτα σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Η έβδομη και τελευταία ενότητα, η καινούρια δηλαδή ενότητα που προστέθηκε στο ερωτηματολόγιο, αφορά στην οικονομική κρίση. Αναφέρεται στην ενημέρωση των ιατρών από τους φαρμακευτικούς επισκέπτες και εάν οι ασθενείς με οικονομικά προβλήματα πιέζουν τους ιατρούς να συνταγογραφήσουν φθηνότερο φάρμακο ή βίο-ομοειδές φάρμακο. Παράλληλα, αναφέρεται με συγκεκριμένες ερωτήσεις σε ιδιώτες γιατρούς ή γιατρούς του δημόσιου τομέα, και επιδιώκει να μάθει κατά πόσο οι ιδιώτες γιατροί επιλέγουν φθηνότερα, γενόσημα φάρμακα του δημόσιου, και κατά πόσο οι δημόσιοι γιατροί συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα.

Το δείγμα αποτέλεσαν 131 Κύπριοι γιατροί, όλων των ειδικοτήτων, στρωματοποιημένο κατά γεωγραφική περιοχή, ειδικότητα και μορφή απασχόλησης, δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Παρά τη στρωματοποίηση το δείγμα της μελέτης είναι δείγμα ευκολίας. Ο αριθμός των γιατρών ανά ειδικότητα και όλα τα επιμέρους κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη παρουσιάζονται στη συνέχεια στον Πίνακα 1.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τον ίδιο τον γιατρό μετά από προσωπική επίσκεψη του ερευνητή στο χώρο εργασίας του. Μετά την συλλογή των στοιχείων ακολούθησε η διαδικασία ελέγχου, η κωδικοποίηση, η εισαγωγή και στατιστική επεξεργασία. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ‘Στατιστικό Πρόγραμμα Κοινωνικών Επιστημών’, IBM SPSS 21.0. Οι βάσεις δεδομένων PubMed, SCOPUS, IATROTEK, CINAHL, MEDLINE, Pro-Quest χρησιμοποιήθηκαν για αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας. Με λέξεις κλειδιά συνταγογραφικές συνήθειες (Prescription habits), συνταγογραφικές επιλογές (Prescription options), φαρμακευτική συνταγογράφηση (Pharmaceutical prescription), κόστος φαρμακευτικής φροντίδας (Cost of pharmaceutical care), ιατρικός επισκέπτης (Clinical visitor), φαρμακευτική δραστηριότητα (Pharmaceutical activity), αποτελεσματικότητα (Effectiveness), ασφάλεια (Safety), φαρμακευτικές εταιρείες (pharmaceutical companies), καινοτόμα φάρμακα (Innovative medicines), βίο-ομοειδή φάρμακα (biosimilar medicines) κ.α. η ερευνητική αναζήτηση έγινε ευκολότερη. Επίσης, φαρμακευτικά περιοδικά με άρθρα και μελέτες φώτισαν το ερευνητικό πλαίσιο.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα και η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων της ερευνητικής μελέτης. Η συγχρονική αυτή μελέτη διεξήχθη σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στο ιατρικό προσωπικό στις επαρχίες Πάφου, Λεμεσού και Λευκωσίας.

4. Αποτελέσματα και Στατιστική ανάλυση

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 χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^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 5ετία)

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. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4.1.Χαρακτηριστικά των Γιατρών

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 131 ιατρούς. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών.

Το 53,4% των ιατρών ήταν γυναίκες και το 46,6% άντρες. Το 30,5% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών, το 29,8% στην ομάδα 30-40 ετών, το 29% στην ομάδα 51-60 ετών και το 10,7% στην ομάδα >60 ετών. Το 36,6% ασκούσαν την ιατρική για >20 έτη, το 21,4% για 16-20 έτη, το 16,8% για 6-10 έτη, το 14,5% για 11-15 έτη και το 10,7% για 1-5 έτη. Το 58,8% ήταν ιατροί του δημοσίου, ενώ το 41,2% ήταν ιδιώτες ιατροί. Το 41,2% είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 35,9% είχαν συμμετάσχει σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης, το 81,7% είχαν συμμετάσχει σε ≥ 1 συνέδρια τον τελευταίο χρόνο και το 26% είχαν ≥ 1 δημοσιεύσεις την τελευταία πενταετία. Ο μέσος αριθμός ετών ειδικότητας ήταν 4,1, ενώ οι συχνότερες ειδικότητες ήταν παθολόγοι (43,5%), γενικοί ιατροί (17,6%), παιδίατροι (12,2%), χειρουργοί (5,3%), γυναικολόγοι (4,6%) και καρδιολόγοι (4,6%). Η μέση βαθμολογία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών ήταν 1,8.

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρες	61 (46,6)
Γυναίκες	70 (53,4)
Ηλικία (έτη)	
30-40	39 (29,8)
41-50	40 (30,5)
51-60	38 (29,0)
>60	14 (10,7)
Έτη άσκησης της ιατρικής	
1-5	14 (10,7)
6-10	22 (16,8)
11-15	19 (14,5)
16-20	28 (21,4)
>20	48 (36,6)
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	
Όχι	77 (58,8)
Ναι	54 (41,2)
Προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης	

Όχι	84 (64,1)
Ναι	47 (35,9)
Συμμετοχή σε συνέδρια (≥ 1 ετησίως)	
Όχι	24 (18,3)
Ναι	107 (81,7)
Δημοσιεύσεις (≥ 1 την τελευταία πενταετία)	
Όχι	97 (74,0)
Ναι	34 (26,0)
Βαθμολογία συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	1,8 (1,1) ^α
Ιατρός	
Ιδιώτης	54 (41,2)
Δημοσίου	77 (58,8)
Έτη ειδικότητας	4,1 (1,9) ^α
Ειδικότητα	
Γυναικολόγοι	6 (4,6)
Παθολόγοι	57 (43,5)
Παιδιάτροι	16 (12,2)
Δερματολόγοι	3 (2,3)
Πνευμονολόγοι	1 (0,8)
Καρδιολόγοι	6 (4,6)
Οφθαλμίατροι	3 (2,3)
Ψυχίατροι	2 (1,5)
Ορθοπαιδικοί	3 (2,3)
Ωτορινολαρυγγολόγοι	1 (0,8)
Γαστρεντερολόγοι	1 (0,8)
Ουρολόγοι	1 (0,8)
Γενικοί ιατροί	23 (17,6)
Χειρουργοί	7 (5,3)
Ενδοκρινολόγοι	1 (0,8)

^α μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου από τους ιατρούς. Το 81,6% των ιατρών δήλωσαν ικανοποιητικό/υψηλό βαθμό εξοικείωσης και χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή, το 17,6% μικρό βαθμό και το 0,8% μηδαμινό βαθμό. Το 84,7% των ιατρών δήλωσαν ικανοποιητικό/υψηλό βαθμό εξοικείωσης και χρήσης του διαδικτύου, το 13% μικρό βαθμό και το 2,3% μηδαμινό βαθμό. Το 75,6% των ιατρών δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν συχνά/πολύ συχνά το διαδίκτυο για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα, το 12,2% δήλωσαν σπάνια και το 12,2% δήλωσαν ποτέ/σχεδόν ποτέ.

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

	N (%)
Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή	
Υψηλός	37 (28,2)
Ικανοποιητικός	70 (53,4)
Μικρός	23 (17,6)
Μηδαμινός	1 (0,8)
Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης του διαδικτύου	
Υψηλός	48 (36,6)
Ικανοποιητικός	63 (48,1)
Μικρός	17 (13,0)
Μηδαμινός	3 (2,3)
Χρήση διαδικτύου για βιβλιογραφική ή συνταγογραφική έρευνα	
Πολύ συχνά	55 (42,0)
Συχνά	44 (33,6)
Σπάνια	16 (12,2)
Σχεδόν ποτέ	14 (10,7)
Ποτέ	2 (1,5)

4.2. 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 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Η πλειοψηφία των ιατρών (93,9%) 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 (61,8%).
- Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας (54,2%).
- Βιβλιογραφία αναφοράς (46,6%).
- Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά (44,3%).
- Ιατρικές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο (31,3%).

Οι ιατροί αναζητούσαν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τα εξής:

- Συνέργιες με άλλες ουσίες (67,9%).
- Ανεπιθύμητες ενέργειες (59,5%).
- Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας (55%).
- Χορήγηση κατά την κύηση (48,9%).
- Δοσολογία (44,3%).
- Χορήγηση κατά τον θηλασμό (40,5%).
- Χρόνιο νόσημα (22,1%).

Το 53,4% των ιατρών δήλωσαν ότι συμβουλεύονται συχνά/πολύ συχνά την «περίληψη χαρακτηριστικών προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα, ενώ το 46,6% δήλωσαν ότι τη συμβουλεύονται σπάνια/σχεδόν ποτέ.

Το 11,5% των ιατρών δήλωσαν ότι διαφοροποιούν συχνά/πολύ συχνά την αρχική τους συνταγογράφηση, ενώ το 88,5% δήλωσαν ότι τη διαφοροποιούν σπάνια/σχεδόν ποτέ. Οι συχνότερες αιτίες διαφοροποίησης ήταν η δυσανεξία ασθενούς/ανεπιθύμητες ενέργειες (96,9%), η απόσυρση σκευάσματος από την αγορά (51,1%) και η κυκλοφορία νέου σκευάσματος (19,8%).

Το 40,7% των ιατρών δήλωσαν ότι η συνταγογραφική τους επιλογή επηρεάζεται αρκετά/πολύ από την ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών, ενώ το 59,5% δήλωσαν ότι επηρεάζεται καθόλου/λίγο.

Το 22,1% των ιατρών δήλωσαν ότι πιέζονται συχνά/πολύ συχνά από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση νέου σκευάσματος, ενώ το 77,8% δήλωσαν ότι πιέζονται σπάνια/σχεδόν ποτέ.

Πίνακας 3. Συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών.

	N (%)
Βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης	
Δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα	123 (93,9)
Φαρμακοτεχνική μορφή (ενέσιμη μορφή, πόσιμο διάλυμα, ταμπλέτα κλπ)	1 (0,8)
Ενδεδειγμένη ημερήσια δοσολογία σε σχέση με την φαρμακοτεχνική μορφή	5 (3,8)
Οικονομικό κόστος για τον ασθενή	0 (0,0)
Προτίμηση/αίτημα του ασθενούς	2 (1,5)
Πηγές τεκμηρίωσης της συνταγογραφικής επιλογής^a	
Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά	58 (44,3)
Βιβλιογραφία αναφοράς	61 (46,6)
Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια	81 (61,8)
Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας	71 (54,2)
Ιατρικές βιβλιοθήκες και βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο	41 (31,3)
Αναζήτηση περισσότερων πληροφοριών αναφορικά με^a	
Δοσολογία	58 (44,3)
Ανεπιθύμητες ενέργειες	78 (59,5)
Συνέργειες με άλλες ουσίες	89 (67,9)
Χορήγηση κατά την κύηση	64 (48,9)
Χορήγηση κατά τον θηλασμό	53 (40,5)
Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας	72 (55,0)
Χρόνιο νόσημα	29 (22,1)
Συχνότητα χρήσης της «περίληψης χαρακτηριστικών προϊόντος» που συνοδεύει το κάθε σκεύασμα	
Πολύ συχνά	21 (16,0)
Συχνά	49 (37,4)
Σπάνια	50 (38,2)
Σχεδόν ποτέ	11 (8,4)

Συχνότητα αναζήτησης συμβουλών από συναδέλφους	
Πολύ συχνά	11 (8,4)
Συχνά	30 (22,9)
Σπάνια	66 (50,4)
Σχεδόν ποτέ	24 (18,3)
Συχνότητα διαφοροποίησης αρχικής συνταγογράφησης	
Πολύ συχνά	3 (2,3)
Συχνά	12 (9,2)
Σπάνια	94 (71,7)
Σχεδόν ποτέ	22 (16,8)
Αιτία διαφοροποίησης αρχικής συνταγογράφησης^α	
Κυκλοφορία νέου σκευάσματος	26 (19,8)
Δυσανεξία ασθενούς/ανεπιθύμητες ενέργειες	127 (96,9)
Απόσυρση σκευάσματος από την αγορά	67 (51,1)
Η συνταγογραφική επιλογή επηρεάζεται από την ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών	
Πολύ	5 (3,8)
Αρκετά	48 (36,6)
Λίγο	71 (54,2)
Καθόλου	7 (5,3)
Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση νέου σκευάσματος	
Πολύ συχνά	3 (2,3)
Συχνά	26 (19,8)
Σπάνια	67 (51,1)
Σχεδόν ποτέ	35 (26,7)

^α Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

4.3. Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας

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

Το 73,2% των ιατρών δήλωσαν ότι το κόστος του φαρμάκου έχει σημαντικό/ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ενώ το 26,7% δήλωσαν ότι δεν έχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Το 49,6% των ιατρών δήλωσαν ότι οι ασθενείς παραπονούνται συχνά/πολύ συχνά για το κόστος της φαρμακοθεραπείας, ενώ το 50,4% δήλωσαν ότι οι ασθενείς παραπονιούνται σπάνια/σχεδόν ποτέ. Το 47,3% 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 30,5% δήλωσαν ότι δεν επηρεάζονται καθόλου/σχεδόν καθόλου.

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

	N (%)
Βαθμός σημασίας του παράγοντα «κόστος φαρμάκου»	
Ιδιαίτερα σημαντικός	18 (13,7)
Σημαντικός	78 (59,5)
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός	35 (26,7)
Καθόλου	0 (0,0)
Συχνότητα παραπόνων των ασθενών για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας	
Πολύ συχνά	19 (14,5)
Συχνά	46 (35,1)
Σπάνια	62 (47,3)
Σχεδόν ποτέ	4 (3,1)
Βαθμός στον οποίο η ασφαλιστική κάλυψη του κόστους για τον ασθενή επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή	
Πολύ	25 (19,1)
Αρκετά	37 (28,2)
Μάλλον	29 (22,1)
Σχεδόν καθόλου	32 (24,4)
Καθόλου	8 (6,1)

4.4. 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 0,97 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εξαιρετική συνέπεια.

Το 34,4% των ιατρών έκριναν την εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος ως αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη, το 32,8% ως μάλλον υλοποιήσιμη, το 29% ως μάλλον ανέφικτη και το 3,8% ως ανέφικτη.

Το 6,9% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την ποιότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 46,6% την θεωρούν ικανοποιητική, το 32,1% την θεωρούν μέτρια και το 14,6% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 8,4% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 54,2% την θεωρούν ικανοποιητική, το 26,7% την θεωρούν μέτρια και το 10,7% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 6,9% των ιατρών θεωρούν εξαιρετική την αποτελεσματικότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 47,3% την θεωρούν ικανοποιητική, το 34,4% την θεωρούν μέτρια και το 11,5% την θεωρούν μάλλον κακή/κακή.

Το 67,2% των ιατρών δήλωσαν ότι συνταγογραφούν συχνά/πολύ συχνά ένα γενόσημο σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του, ενώ το 32,8% δήλωσαν ότι το συνταγογραφούν σπάνια/σχεδόν ποτέ.

Η μέση βαθμολογία για τα γενόσημα φάρμακα ήταν 10,5 και η τυπική απόκλιση ήταν 2,5.

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

	N (%)
Η εφαρμογή στην Κύπρο συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος κρίνεται ως	
Αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη	45 (34,4)
Μάλλον υλοποιήσιμη	43 (32,8)
Μάλλον ανέφικτη	38 (29,0)
Ανέφικτη	5 (3,8)
Η ποιότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως	
Εξαιρετική	9 (6,9)
Ικανοποιητική	61 (46,6)
Μέτρια	42 (32,1)
Μάλλον κακή	15 (11,5)
Κακή	4 (3,1)
Η ασφάλεια των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως	
Εξαιρετική	11 (8,4)
Ικανοποιητική	71 (54,2)
Μέτρια	35 (26,7)
Μάλλον κακή	12 (9,2)
Κακή	2 (1,5)
Η αποτελεσματικότητα των γενόσημων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους κρίνεται ως	
Εξαιρετική	9 (6,9)
Ικανοποιητική	62 (47,3)
Μέτρια	45 (34,4)
Μάλλον κακή	12 (9,2)
Κακή	3 (2,3)
Συχνότητα συνταγογράφησης ενός γενόσημου σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του	
Πολύ συχνά	22 (16,8)
Συχνά	66 (50,4)
Σπάνια	35 (26,7)
Σχεδόν ποτέ	8 (6,1)

4.5. Νέες φαρμακευτικές θεραπείες

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

Το 47,3% των ιατρών συμφώνησαν αρκετά/απόλυτα ότι η υψηλή τιμή ενός νέου σκευάσματος αντιπροσωπεύει και αντίστοιχο (βελτιωμένο) θεραπευτικό αποτέλεσμα, το 47,3% δεν συμφώνησαν ιδιαίτερα και το 5,3% δεν συμφώνησαν σχεδόν καθόλου/καθόλου.

Το 62,3% των ιατρών δήλωσαν ότι τα νέα, καινοτόμα, φαρμακευτικά σκευάσματα είναι μάλλον πιο αποτελεσματικά έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, παλαιών, σκευασμάτων, το 22,1% ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά και το 15,3% 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 (87%).
- Επιστημονικά περιοδικά (52,7%).
- Επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες (47,3%).
- Διαδίκτυο (45,8%).

Το 41,3% των ιατρών δήλωσαν ότι αναμένουν την ευρεία χρήση ενός νέου σκευάσματος από άλλους συναδέλφους, έτσι ώστε να το συνταγογραφήσουν στους δικούς τους ασθενείς, το 24,4% δήλωσαν ότι συνταγογραφούν δοκιμαστικά το νέο σκεύασμα σε λίγους ασθενείς, το 22,9% δήλωσαν ότι αναμένουν τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών και το 11,5% δήλωσαν ότι συνταγογραφούν αμέσως το νέο σκεύασμα μετά από την κυκλοφορία του.

Το 36,9% των ιατρών δήλωσαν ότι η κατάργηση του κρατικού συνταγολογίου είναι προς όφελος των φαρμακευτικών εταιρειών, το 27,9% ότι θα αυξήσει τις δαπάνες υγείας, το 25,4% ότι είναι προς όφελος των ασθενών και το 9,8% ότι θα επιτρέψει την ταχύτερη κυκλοφορία στην αγορά νέων φαρμάκων.

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

	N (%)
Βαθμός συμφωνίας με το ότι η υψηλή τιμή ενός νέου σκευάσματος αντιπροσωπεύει και αντίστοιχο (βελτιωμένο) θεραπευτικό αποτέλεσμα	
Απόλυτα	3 (2,3)
Αρκετά	59 (45,0)
Όχι ιδιαίτερα	62 (47,3)
Σχεδόν καθόλου	2 (1,5)
Καθόλου	5 (3,8)
Τα νέα, καινοτόμα, φαρμακευτικά σκευάσματα έναντι των ήδη κυκλοφορούντων, παλαιών, σκευασμάτων κρίνονται ως	
Σαφώς πιο αποτελεσματικά	20 (15,3)
Μάλλον πιο αποτελεσματικά	82 (62,6)
Το ίδιο αποτελεσματικά	29 (22,1)
Πηγές ενημέρωσης για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων^a	
Επιστημονικά περιοδικά	69 (52,7)
Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών	114 (87,0)
Επιστημονικές/ιατρικές εταιρείες	62 (47,3)
Διαδίκτυο	60 (45,8)
Χρονική απόσταση από την ημέρα κυκλοφορίας έως τη συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος	
Αμέσως	15 (11,5)
Δοκιμαστική χορήγηση σε λίγους ασθενείς	32 (24,4)
Αναμονή έως την ευρεία χρήση από άλλους συναδέλφους	54 (41,3)
Αναμονή για τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών	30 (22,9)
Η κατάργηση του κρατικού συνταγολογίου	
Είναι προς όφελος του ασθενούς	31 (25,4)
Είναι προς όφελος των φαρμακευτικών εταιρειών	45 (36,9)
Θα αυξήσει τις δαπάνες υγείας	34 (27,9)
Θα επιτρέψει την ταχύτερη κυκλοφορία στην αγορά νέων φαρμάκων	12 (9,8)

^a Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

4.6. 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:

- Φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (55,7%).
- Διαδίκτυο (48,9%).
- Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών (22,9%).
- Συνάδελφοι (19,1%).
- Μέσα μαζικής ενημέρωσης (5,3%).

Το 97% των ιατρών δήλωσαν ότι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει σημαντικά/πολύ τη συνταγογραφική τους επιλογή, ενώ το 3,1% δήλωσαν ότι δεν την επηρεάζει σχεδόν καθόλου.

Το 65,6% των ιατρών ανέφεραν την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από σκεύασμα σε ασθενή 1-5 φορές τα τελευταία δύο έτη, το 11,5% ανέφεραν >10 φορές, το 9,2% ανέφεραν 6-10 φορές και το 13,7% ανέφεραν καμία φορά. Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, το 43,4% των ιατρών χρησιμοποίησαν την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, ενώ το 56,6% δεν την χρησιμοποίησαν.

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

- Συναδέλφους (40,7%).
- Ιατρικό επισκέπτη/επιστημονικό συνεργάτη φαρμακευτικών εταιρειών (27,4%)
- Ιατρικό σύλλογο (12,4%).
- Φαρμακευτικό σύλλογο (3,5%).

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

	N (%)
Πηγές ενημέρωσης για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος	
Φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας	73 (55,7)
Διαδίκτυο	64 (48,9)
Ιατρικός επισκέπτης/επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών	30 (22,9)
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	7 (5,3)
Συνάδελφοι	25 (19,1)
Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή	
Πολύ	69 (52,7)
Σημαντικά	58 (44,3)
Σχεδόν καθόλου	4 (3,1)
Καθόλου	0 (0,0)
Συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από σκεύασμα σε ασθενή τα τελευταία δύο έτη	
Καμία φορά	18 (13,7)
1-5 φορές	86 (65,6)
6-10 φορές	12 (9,2)
>10 φορές	15 (11,5)
Σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, χρησιμοποιήσατε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας	
Ναι	49 (43,4)
Όχι	64 (56,6)
Ενημέρωση σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών	
Ιατρικού επισκέπτη/επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικών εταιρειών	31 (27,4)
Συναδέλφων	46 (40,7)
Ιατρικού συλλόγου	14 (12,4)
Φαρμακοποιών	0 (0,0)
Φαρμακευτικού συλλόγου	4 (3,5)
Κανενός	18 (15,9)

^a Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

4.7. Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση

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

Το 35,9% των ιατρών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση, το 28,2% δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι και το 35,9% δήλωσαν λίγο/καθόλου ικανοποιημένοι.

Το 17,5% των ιατρών δήλωσαν ότι δέχονται αρκετή/πολύ πίεση από τους ασθενείς τους για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκεύασματος, το 26% δήλωσαν ότι δέχονται μέτρια πίεση και το 56,5% δήλωσαν ότι δέχονται λίγο/καθόλου πίεση.

Το 19% των ιατρών παρατήρησαν αρκετά/πολύ μεγάλη αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1^η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα, το 13,7% παρατήρησαν μέτρια αλλαγή και το 67,2% παρατήρησαν μικρή/καθόλου αλλαγή.

Το 13,8% των ιατρών θεωρούν αρκετά/πολύ εφικτή την ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με βίο-ομοειδή (biosimilars), το 32,8% την θεωρούν μέτρια εφικτή και το 53,5% 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 43,5% των ιατρών θα επέλεγαν οποιοδήποτε σκεύασμα, το 32,8% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα και το 23,7% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα.

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 43,5% των ιατρών θα επέλεγαν οποιοδήποτε σκεύασμα, το 39% θα επέλεγαν σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα και το 17,6% 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 (87%).

- Όταν ζητηθεί από τον ασθενή (50%).
- Όταν αναζητείται φθηνότερη επιλογή (46,3%).
- Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του δημόσιου τομέα για κοινό ασθενή (24,1%).

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

- Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον ιδιωτικό τομέα (87%).
- Όταν αποκλείεται η πρόσβαση σε σκευάσματα του δημοσίου λόγω περιορισμών/πρωτοκόλλων (41,6%).
- Όταν εξαντληθούν όλες οι επιλογές στο δημόσιο τομέα (39%).
- Όταν ζητηθεί από τον ασθενή (37,7%).
- Όταν ο ιατρός θεωρεί καλύτερα τα σκευάσματα στον ιδιωτικό τομέα (22,1%).
- Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του ιδιωτικού τομέα για κοινό ασθενή (13%).
- Όταν ο ιατρός δεν επιθυμεί την αλλαγή του σκευάσματος σε κάθε αλλαγή στις προμήθειες σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών (9,1%).

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

	N (%)
Ικανοποίηση από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση	
Καθόλου	13 (9,9)
Λίγο	34 (26,0)
Μέτρια	37 (28,2)
Αρκετά	39 (29,8)
Πολύ	8 (6,1)
Βαθμός πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος	
Καθόλου	27 (20,6)
Λίγο	47 (35,9)
Μέτρια	34 (26,0)
Αρκετά	21 (16,0)
Πολύ	2 (1,5)
Βαθμός αλλαγής στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1^η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα	
Καθόλου	53 (40,5)
Λίγο	35 (26,7)

Μέτρια	18 (13,7)
Αρκετά	18 (13,7)
Πολύ	7 (5,3)
Βαθμός στον οποίο είναι εφικτή η ανταλλαξιμότητα των πρωτότυπων βιολογικών φαρμάκων με βιο-ομοειδή (biosimilars)	
Καθόλου	20 (15,3)
Λίγο	50 (38,2)
Μέτρια	43 (32,8)
Αρκετά	14 (10,7)
Πολύ	4 (3,1)
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	
Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα	31 (23,7)
Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα	43 (32,8)
Οποιοδήποτε	57 (43,5)
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	
Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα	23 (17,6)
Σκεύασμα διαθέσιμο στον δημόσιο τομέα	51 (39,0)
Οποιοδήποτε	57 (43,5)
Για τους ιδιώτες ιατρούς, οι περιπτώσεις στις οποίες συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει το δημόσιο^α	
Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στον ιδιωτικό τομέα	47 (87,0)
Όταν ζητηθεί από τον ασθενή	27 (50,0)
Όταν αναζητείται φθηνότερη επιλογή	25 (46,3)
Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του δημόσιου τομέα για κοινό ασθενή	13 (24,1)
Για τους ιατρούς δημοσίου, οι περιπτώσεις στις οποίες συνταγογραφούν τα φάρμακα που διαθέτει ο ιδιωτικός τομέας^α	
Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο σκεύασμα στο δημόσιο τομέα	67 (87,0)
Όταν εξαντληθούν όλες οι επιλογές στο δημόσιο τομέα	30 (39,0)
Όταν αποκλείεται η πρόσβαση σε σκευάσματα του δημοσίου λόγω περιορισμών/πρωτοκόλλων	32 (41,6)
Όταν ζητηθεί από τον ασθενή	29 (37,7)
Όταν ζητηθεί από συνάδελφο του ιδιωτικού τομέα για κοινό ασθενή	10 (13,0)
Όταν ο ιατρός θεωρεί καλύτερα τα σκευάσματα στον ιδιωτικό τομέα	17 (22,1)
Όταν ο ιατρός δεν επιθυμεί την αλλαγή του σκευάσματος σε κάθε αλλαγή στις προμήθειες σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών	7 (9,1)

^α Οι απαντήσεις στην ερώτηση δεν είναι αθροιστικές.

5. Συσχετίσεις

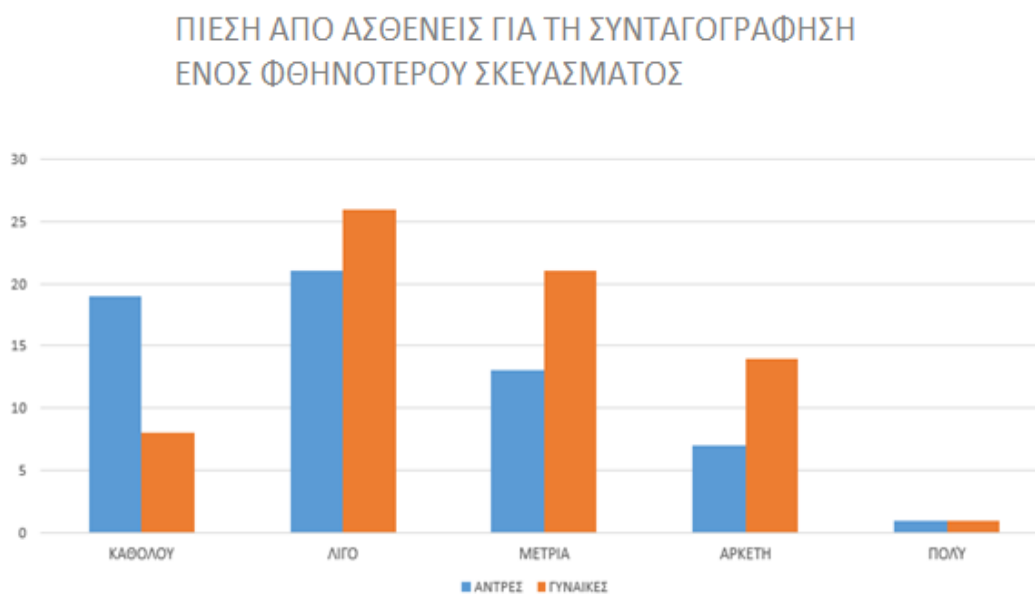
Το ποσοστό των γυναικών που δέχονταν μέτρια/αρκετή/πολύ πίεση από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα φθηνότερο σκεύασμα (51,4%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των αντρών (34,4%) ($p=0,01$) (πίνακας 9).

Πίνακας 9. Σχέση μεταξύ φύλου και πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φθηνότερου σκευάσματος.

Φύλο	Πίεση από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φθηνότερου σκευάσματος				
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετή	Πολύ
Άντρες	19 (31,1)	21 (34,4)	13 (21,3)	7 (11,5)	1 (1,6)
Γυναίκες	8 (11,4)	26 (37,1)	21 (30,0)	14 (20,0)	1 (1,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 1. Πίεση από ασθενείς για συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος



Ακολούθως το ποσοστό των ιδιωτών ιατρών που τεκμηριώνουν τις συνταγογραφικές τους προτιμήσεις βασιζόμενοι σε επιστημονικά συνέδρια (72,2%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα (54,5%) ($p=0,04$) (πίνακας 10).

Πίνακας 10. Σχέση μεταξύ ιατρών και τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών τους προτιμήσεων βασιζόμενοι σε επιστημονικά συνέδρια.

Ιατροί	Τεκμηρίωση των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι σε επιστημονικά συνέδρια	
	Όχι	Ναι
Ιδιώτες	15 (27,8)	39 (72,2)
Δημοσίου	35 (45,5)	42 (54,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

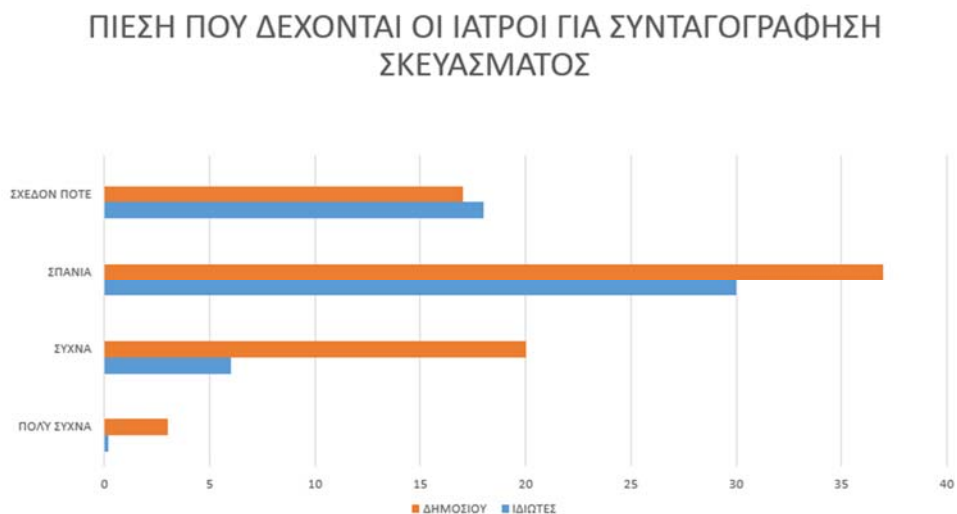
Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που δέχονταν συχνά/πολύ συχνά πίεση από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα νέο σκεύασμα (29,9%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (11,1%) ($p=0,01$) (πίνακας 11).

Πίνακας 11. Σχέση μεταξύ ιατρών και πίεσης που δέχονταν από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα νέο σκεύασμα.

Ιατροί	Πίεση που δέχονταν οι ιατροί από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα νέο σκεύασμα			
	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σχεδόν ποτέ
Ιδιώτες	0 (0,0)	6 (11,1)	30 (55,6)	18 (33,3)
Δημοσίου	3 (3,9)	20 (26,0)	37 (48,1)	17 (22,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 2. Πίεση που δέχονται οι γιατροί για συνταγογράφηση σκευάσματος



Το ποσοστό των ιδιωτών ιατρών που έκριναν μάλλον ανέφικτη/ανέφικτη την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος (44,5%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα (24,7%) ($p=0,02$) (πίνακας 12).

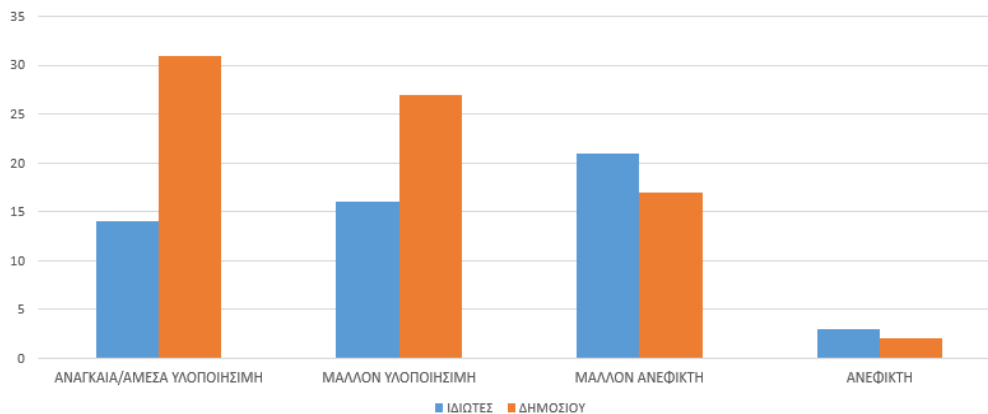
Πίνακας 12. Σχέση μεταξύ ιατρών και άποψης για την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος.

Ιατροί	Άποψη για την εφαρμογή συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος			
	Αναγκαία και άμεσα υλοποιήσιμη	Μάλλον υλοποιήσιμη	Μάλλον ανέφικτη	Ανέφικτη
Ιδιώτες	14 (25,9)	16 (29,6)	21 (38,9)	3 (5,6)
Δημοσίου	31 (40,3)	27 (35,1)	17 (22,1)	2 (2,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 3. Σύστημα Συνταγογράφησης με βάση δραστική ουσία του σκευάσματος

ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ
ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ



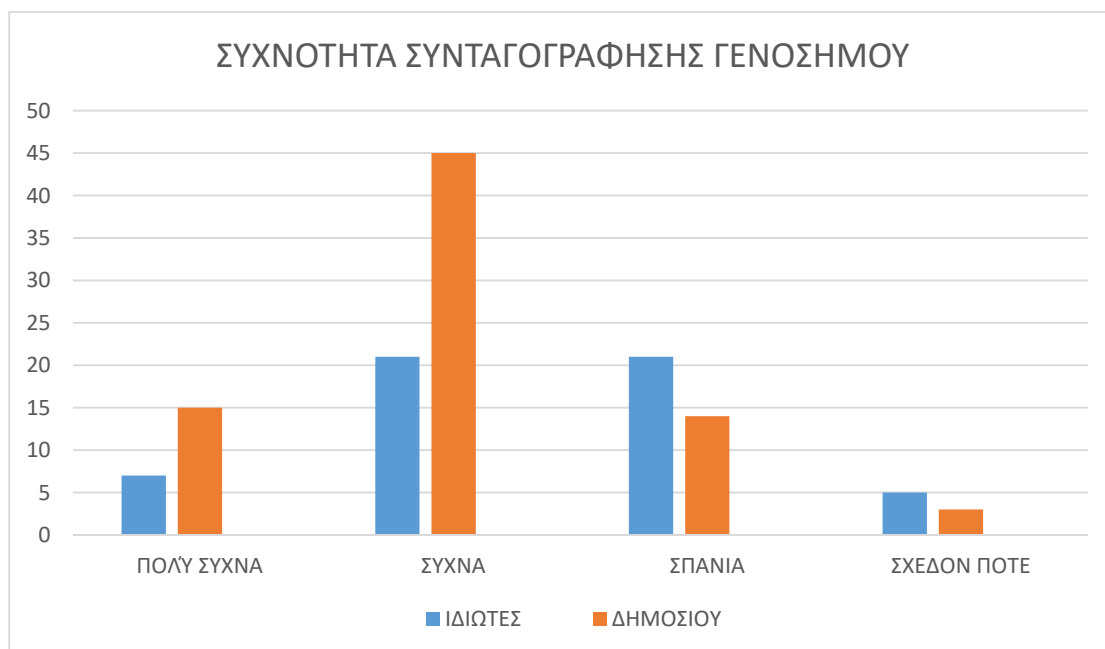
Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που συνταγογραφούν συχνά/πολύ συχνά ένα γενόσημο σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου (77,9%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (51,9%) ($p=0,007$) (πίνακας 13).

Πίνακας 13. Σχέση μεταξύ ιατρών και συχνότητας συνταγογράφησης ενός γενόσημου σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου.

Ιατροί	Συχνότητα συνταγογράφησης ενός γενόσημου σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου			
	Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σχεδόν ποτέ
Ιδιώτες	7 (13,0)	21 (38,9)	21 (38,9)	5 (9,3)
Δημοσίου	15 (19,5)	45 (58,4)	14 (18,2)	3 (3,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 4. Συχνότητας Συνταγογράφησης γενόσημου σκευάσματος έναντι πρωτότυπου.



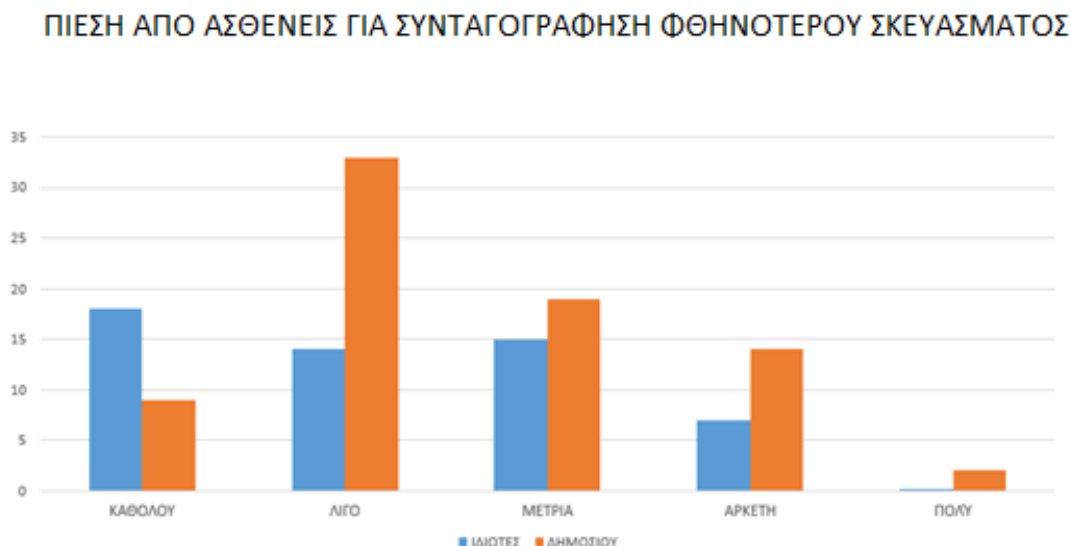
Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που δέχονταν μέτρια/αρκετή/πολύ πίεση από τους ασθενείς για να συνταγογραφήσουν ένα φθηνότερο σκεύασμα (45,5%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (40,8%) ($p=0,04$) (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Σχέση μεταξύ ιατρών και πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φθηνότερου σκευάσματος.

Φύλο	Πίεση από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φθηνότερου σκευάσματος				
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετή	Πολύ
Ιδιώτες	18 (33,3)	14 (25,9)	15 (27,8)	7 (13,0)	0 (0,0)
Δημοσίου	9 (11,7)	33 (42,9)	19 (24,7)	14 (18,2)	2 (2,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 5. Πίεση από ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερου σκευάσματος



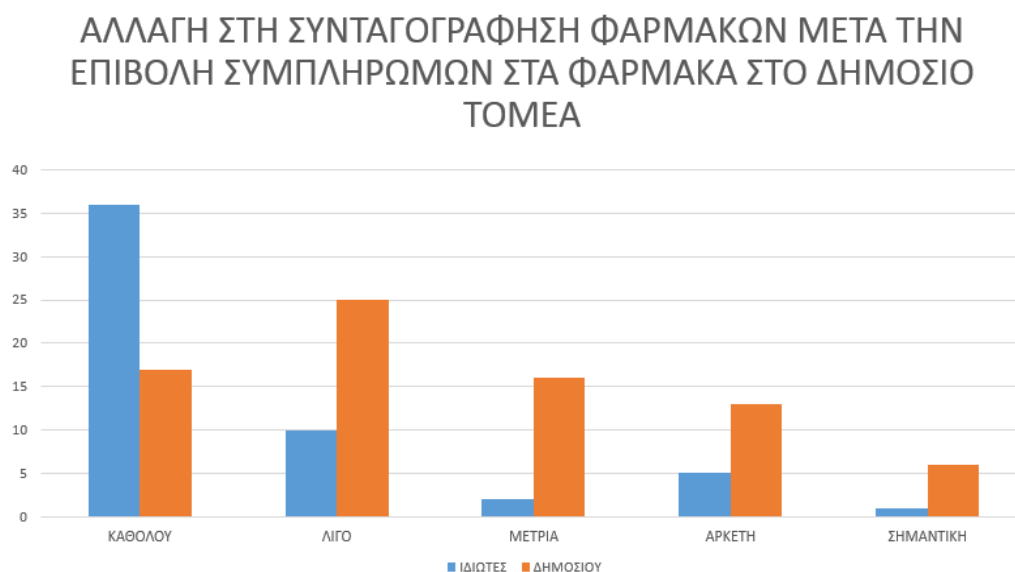
Το ποσοστό των ιατρών του δημοσίου τομέα που παρατήρησαν μέτρια/αρκετή/σημαντική αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στο δημόσιο τομέα (45,4%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (14,9%) ($p=0,04$) (πίνακας 15).

Πίνακας 15. Σχέση μεταξύ ιατρών και παρατήρησης αλλαγής στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1η 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	Σημαντική
Ιδιώτες	36 (66,7)	10 (18,5)	2 (3,7)	5 (9,3)	1 (1,9)
Δημοσίου	17 (22,1)	25 (32,5)	16 (20,8)	13 (16,9)	6 (7,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 6. Αλλαγή στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την επιβολή των συμπληρωμών στα φάρμακα του δημόσιου τομέα.



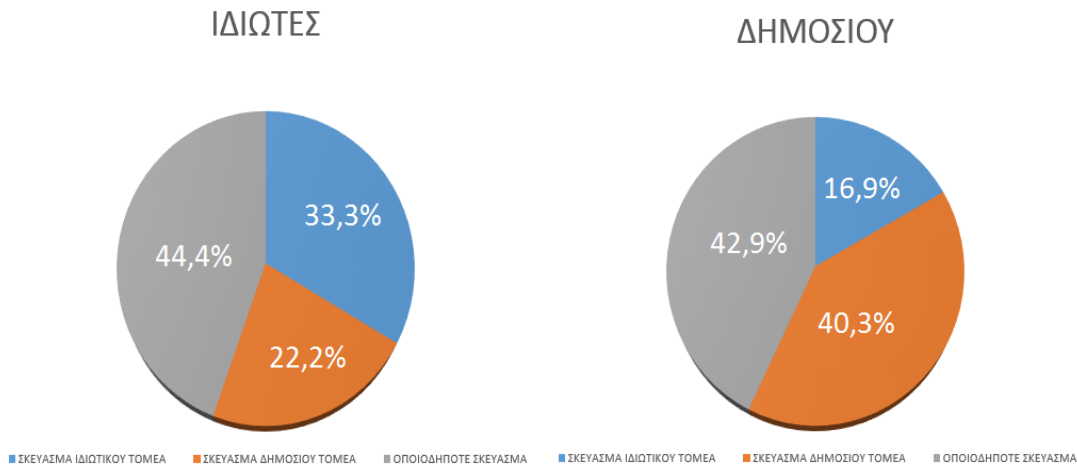
Στην περίπτωση δικαιούχων του δημόσιου τομέα, για τους οποίους υπάρχουν παρόμοιας θεραπευτικής αξίας φαρμακευτικές επιλογές για την ίδια ένδειξη αλλά διαφορετικής δραστικής ουσίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, το ποσοστό των ιατρών του δημόσιου τομέα που θα επέλεγαν ένα σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα (40,3%) ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτών ιατρών (22,2%) ($p=0,03$) (πίνακας 16).

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

	Στην περίπτωση δικαιούχων του δημόσιου τομέα, επιλογή σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα		
	Σκεύασμα διαθέσιμο στον ιδιωτικό τομέα	Σκεύασμα διαθέσιμο στο δημόσιο τομέα	Οποιοδήποτε σκεύασμα
Ιδιώτες	18 (33,3)	12 (22,2)	24 (44,4)
Δημοσίου	13 (16,9)	31 (40,3)	33 (42,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Γράφημα 7. Σχέση μεταξύ ιατρών και επιλογής σκευάσματος στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.



Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη εξοικείωση και χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ($r_s=0,27$, $p=0,002$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη εξοικείωση και χρήση του διαδικτύου ($r_s=0,36$, $p<0,001$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη χρήση του διαδικτύου για βιβλιογραφική/συνταγογραφική έρευνα ($r_s=0,25$, $p=0,005$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι σε επιστημονικά συνέδρια ($r_s=0,22$, $p=0,01$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι στην ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες ($r_s=0,22$, $p=0,01$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι στις ιατρικές βιβλιοθήκες και τις βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο ($r_s=-0,27$, $p=0,002$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένο ποσοστό αναζήτησης περισσότερων πληροφοριών για τη δοσολογία ($r_s=-0,24$, $p=0,006$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης από επιστημονικά περιοδικά για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων ($r_s=0,2$, $p=0,02$).

Η αύξηση των ετών ενεργούς άσκησης της ιατρικής σχετίζονταν με μειωμένη πίεση από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερων σκευασμάτων ($r_s=-0,31$, $p<0,001$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένη εξοικείωση και χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ($r_s=-0,29$, $p=0,001$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένη εξοικείωση και χρήση του διαδικτύου ($r_s=-0,24$, $p=0,006$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένη χρήση του διαδικτύου για βιβλιογραφική/συνταγογραφική έρευνα ($r_s=-0,26$, $p=0,003$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών βασιζόμενοι στις ιατρικές βιβλιοθήκες και τις βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο ($r_s=0,2$, $p=0,02$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με μείωση της επιρροής της συνταγογραφικής επιλογής των ιατρών από την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών ($r_s=0,32$, $p<0,001$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης από το διαδίκτυο για την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων ($r_s=0,26$, $p=0,003$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αυξημένο ποσοστό ενημέρωσης από το διαδίκτυο για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των σκευασμάτων ($r_s=0,32$, $p<0,001$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με μειωμένη πίεση από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερων σκευασμάτων ($r_s=-0,22$, $p=0,01$).

Η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας για τα γενόσημα φάρμακα, σχετίζονταν δηλαδή με θετικότερη γνώμη για τα γενόσημα φάρμακα ($r_s=0,22$, $p=0,01$).

6. Συγκρίσεις με παλιότερες μελέτες

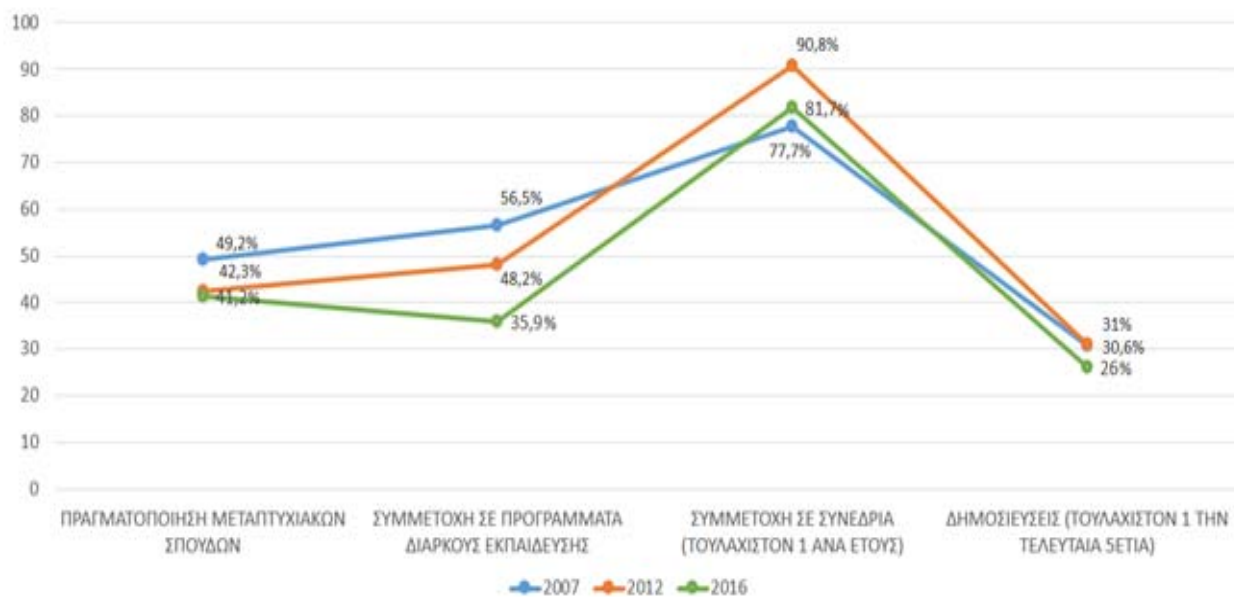
Ακολουθούν συγκρίσεις με 2 άλλες προηγούμενες μελέτες με την χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη ανάλυση, χωρίς την ενότητα βέβαια της οικονομικής κρίσης που προστέθηκε στη συνέχεια. Η πρώτη μελέτη διεξάχθηκε το 2007 από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αφορούσε τις πέντε πρώτες θεματικές ενότητες. Το δείγμα αποτέλεσαν 193 Κύπριοι γιατροί όλων των ειδικοτήτων με τη μέθοδο της αναλογικής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας σε όλες τις Επαρχίες, σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η στρωματοποίηση έγινε με βάση την κατανομή των γιατρών με βάση τη γεωγραφική περιοχή, την ειδικότητα και τη μορφή απασχόλησης.

Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και στην έρευνα του 2017 με επιπρόσθετη ενότητα στο ερωτηματολόγιο, σχετικά με την οικονομική κρίση και εάν επηρέασε τη συνταγογράφηση των γιατρών. Αποτελεί την μελέτη που εξετάστηκε σε αυτή την ανάλυση και θα γίνουν συγκρίσεις με τις δυο προηγούμενων ετών μελέτες.

Η τρίτη μελέτη έγινε το 2012 μόνο σε ιδιώτες γιατρούς. Το δείγμα της έρευνας ήταν 326 ιατροί όλων των ειδικοτήτων ιδιωτικού τομέα σε όλες τις επαρχίες της Κύπρου. Έγινε από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» με Επιβλέποντα, τον Μιχάλη Τάλια και ερευνητή μεταπτυχιακού, τον Λένο Ξιναρή.

Αρχικά γίνεται σύγκριση των τριών δειγμάτων σε σχέση με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο, όπως καταγράφεται στο γράφημα 8 που ακολουθεί. Παρατηρήθηκε ελαφρώς μείωση των ποσοστών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα από το 2007 μέχρι το 2016, στην πραγματοποίηση μεταπτυχιακών σπουδών, στην συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης και στις ιατρικές δημοσιεύσεις. Αντίθετα το ποσοστό συμμετοχής σε συνέδρια ανα έτος αυξήθηκε από 77,7% σε 81,7%, ενώ στους ιδιώτες ιατρούς το 2012 το ποσοστό ήταν ακόμα ψηλότερο στο 90,8%.

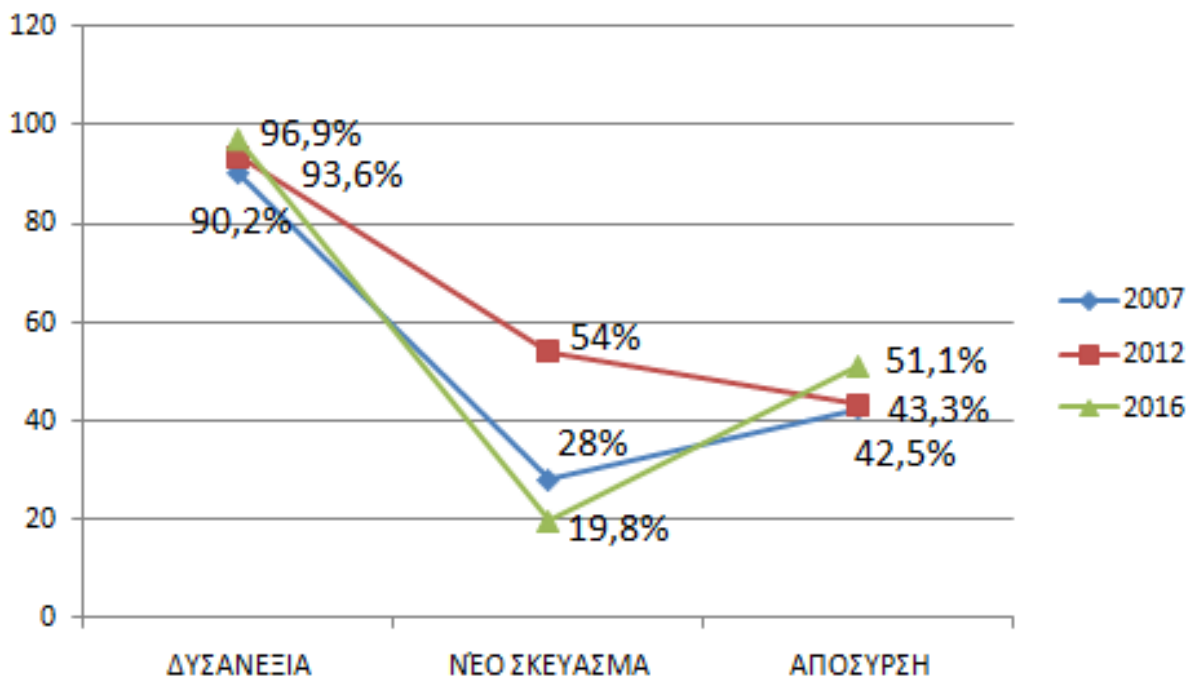
Γράφημα 8. Σύγκριση 3 δειγμάτων σε σχέση με το εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο.



Στην συνέχεια στο γράφημα 9 γίνεται σύγκριση τριών δειγμάτων σε σχέση με τους λόγους που οι γιατροί διαφοροποιούν την αρχική τους φαρμακευτική επιλογή και συνταγογραφούν κάτι διαφορετικό.

Γράφημα 9. Σύγκριση 3 δειγμάτων σε σχέση με τους λόγους που διαφοροποιούνται με την αρχική τους επιλογή

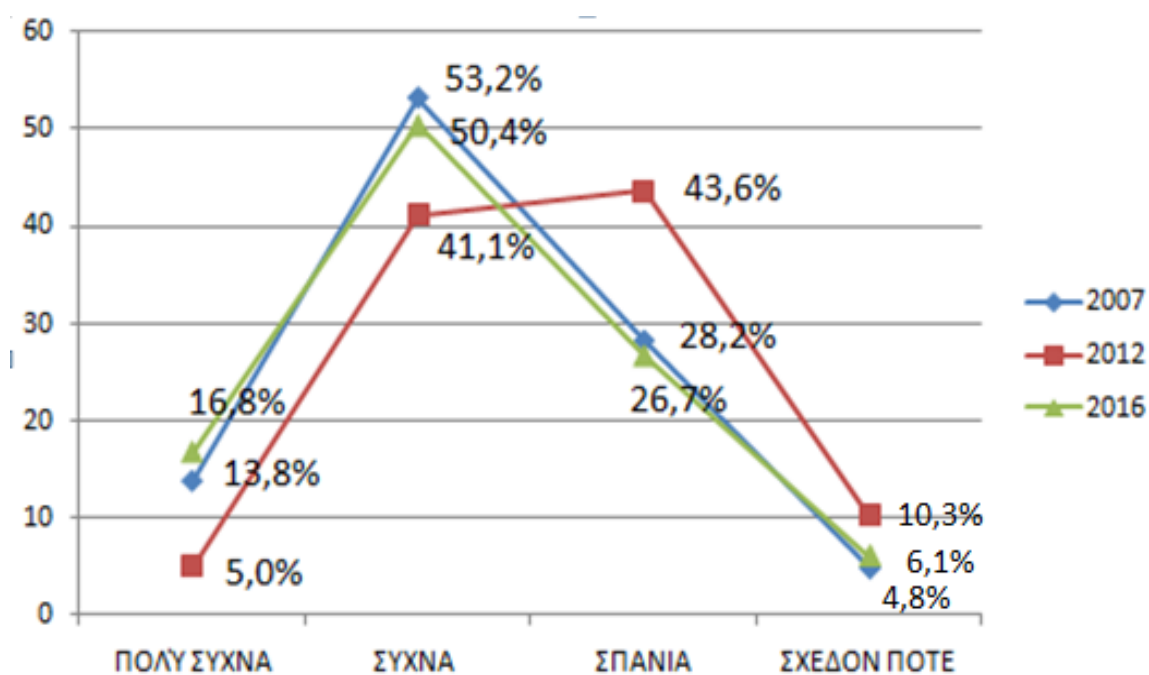
ΣΥΓΚΡΙΣΗ 3 ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΠΙΛΟΓΗ



Και στις τρεις περιπτώσεις η δυσανεξία παραμένει βασικός λόγος τροποποίησης της συνταγογραφικής φαρμακευτικής επιλογής ενός γιατρού. Το νέο σκεύασμα (54%) στην περίπτωση των ιδιωτών γιατρών το 2012 έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην τροποποίηση της συνταγής. Αντίθετα στην έρευνα του 2016 σε δημόσιους γιατρούς το ποσοστό (19,8%) για το νέο σκεύασμα ήταν χαμηλό γιατί στο νοσοκομείο συνταγογραφούνται κυρίως γενόσημα φάρμακα. Η απόσυρση κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα περίπου και στις τρεις έρευνες.

Στο γράφημα 10 που ακολουθεί γίνεται σύγκριση σε σχέση με την συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων έναντι των πρωτότυπων.

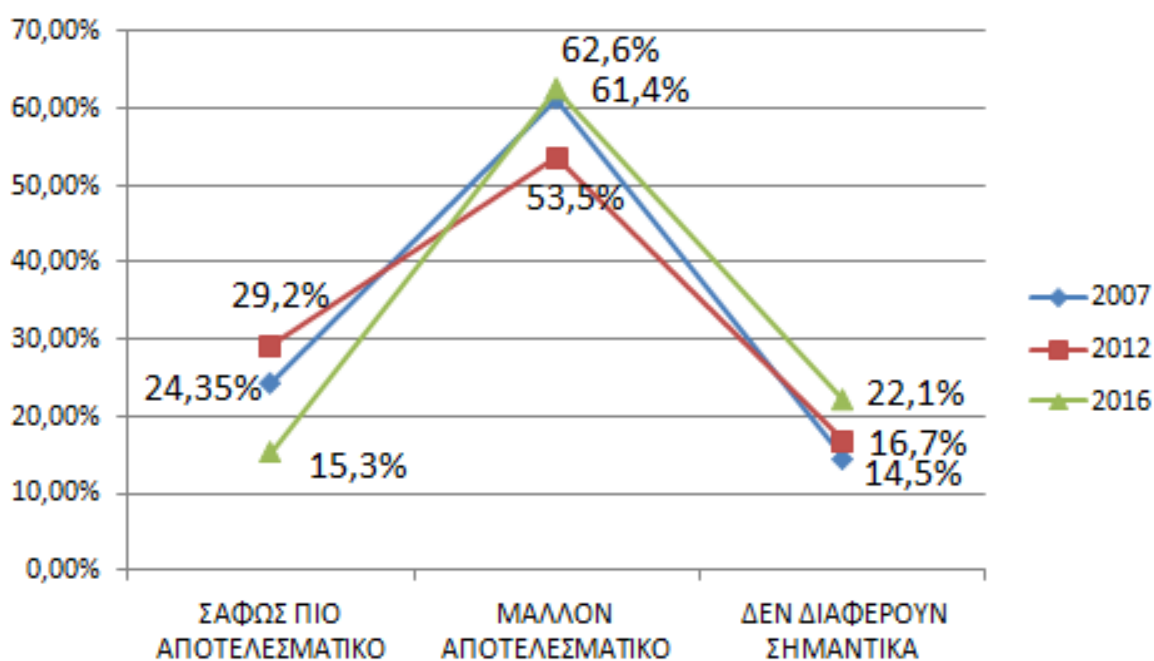
ΓΡΑΦΗΜΑ 10. ΣΥΓΚΡΙΣΗ 3 ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Το 2007 και το 2016 η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων γίνεται συχνά, με ποσοστά 53,2% και 50,4% αντίστοιχα. Τα γενόσημα φαίνεται ότι εντάσσονται κανονικά στην φαρμακευτική αγορά της Κύπρου. Στην περίπτωση του 2012 οι ιδιώτες γιατροί σπάνια συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα, κυρίως προτιμούν τα πρωτότυπα.

Στο γράφημα 11 που ακολουθεί τα καινοτόμα φάρμακα που κυκλοφορούν στην φαρμακευτική αγορά με την πάροδο του χρόνου αναγνωρίζονται σαν φαρμακευτικά αποτελεσματικότερα, χωρίς πάντα να αμφισβητείται η φαρμακευτική αποτελεσματικότητα των ήδη εν χρήσει φαρμακευτικών σκευασμάτων που κυκλοφορούν στην αγορά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11. ΣΥΓΚΡΙΣΗ 3 ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΕΩΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΠΑΛΙΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ



Με την πάροδο του χρόνου από 2007 μέχρι 2016 η εμπιστοσύνη για την μάλλον αποτελεσματικότητα των νέων καινοτόμων σκευασμάτων παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά. Παράλληλα όμως παρατηρείται αύξηση στο ποσοστό ότι δεν διαφέρουν σημαντικά τα νέα φάρμακα σε σύγκριση με τα παλιά σκευάσματα, και την αναγνώριση της φαρμακευτικής αξίας τόσο των παλιότερων όσο και των νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

7. Γενικά Συμπεράσματα

Γενικά η φαρμακευτική αγορά είναι από τους λίγους κλάδους της Παγκόσμιας Βιομηχανίας που παρουσιάζει αξιόλογες αντιστάσεις στην επιδεινούμενη οικονομική κατάσταση. Σήμερα όμως λόγω της ραγδαίας μείωσης των δαπανών υγείας βρίσκεται σε μια κρίσιμη οικονομική καμπή. Η διάρθρωση της φαρμακευτικής αγοράς στην Κύπρο δημιουργεί ένα δαιδαλώδες σύστημα με πολλά προβλήματα στον τρόπο που αναπτύσσεται (Liaropoulos, Tragkakies, 1998, Σουλιώτης, 2000). Η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων συμπεριλαμβάνεται σε αυτά τα προβλήματα. Στην υφιστάμενη μελέτη καταγράφηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την συνταγογράφηση των ιατρών εν καιρώ οικονομικής κρίσης. Με βάση τα αποτελέσματα γίνεται προσπάθεια για καλύτερη ορθολογική λειτουργία του φαρμάκου από τους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι με το πέρασμα του χρόνου στο ιατρικό επάγγελμα, υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τις πηγές φαρμακευτικών πληροφοριών. Η αύξηση των ετών ενεργού άσκησης της ιατρικής στην Κύπρο σχετίζεται με μειωμένη εξοικείωση και χρήση τόσο των ηλεκτρονικών υπολογιστών, του διαδικτύου, όσο και των ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών για αναζήτηση στοιχείων που αφορούν τη συνταγογραφική έρευνα. Επιπρόσθετα, σεμινάρια, συνέδρια και ιατρικοί επισκέπτες ενημερώνουν για νέα φαρμακευτικά σκευάσματα και τεκμηριώνουν τις φαρμακευτικές προτιμήσεις κυρίως των μεγαλύτερων ηλικιακά γιατρών.

Παράλληλα, όσο αυξάνονται τα έτη ενεργού άσκησης στην ιατρική, οι δοσολογίες των φαρμάκων αλλά και η χρήση τους είναι συνήθως γνωστές. Η ενημέρωση από επιστημονικά περιοδικά αποτελεί μέρος της καθημερινής ιατρικής αναζήτησης και έτσι οι γιατροί δύσκολα επηρεάζονται ή «πιέζονται» από τους ασθενείς για συνταγογράφηση άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Όσοι γιατροί συνεχίζουν την ιατρική τους εκπαίδευση είναι πολύ περισσότερο εξοικειωμένοι με το διαδίκτυο, την χρήση του και ενημερώνονται άμεσα για τη κυκλοφορία νέων σκευασμάτων και τις ανάλογες ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Επιπρόσθετα, εύκολα μπορούν να τεκμηριώσουν τις συνταγογραφικές τους προτιμήσεις από εγκεκριμένες ιατρικές βάσεις δεδομένων και ιατρικές βιβλιοθήκες. Επίσης, όσο οι γιατροί συνεχίζουν την εκπαίδευση δύσκολα επηρεάζονται στη συνταγογραφική επιλογή τους, τόσο από τις απόψεις των

ασθενών, όσο και από την ασφαλιστική εταιρεία. Παράλληλα, η αύξηση της βαθμολογίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετίζεται με θετικότερη γνώμη για τα γενόσημα φάρμακα.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σημαδεύουν ένα άκρως ενδιαφέρον θέμα όσο αφορά την συνταγογράφηση φαρμάκων αλλά και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Κύριος στόχος η επίτευξη καλύτερου ελέγχου φαρμακευτικών δαπανών, η μείωση της υπερσυνταγογράφησης αλλά και η αποτελεσματικότερη φαρμακευτική θεραπεία του ασθενή εν καιρό οικονομικής κρίσης. Η καλύτερη συνταγογράφηση ίσως αποτελέσει εργαλείο για την προάσπιση της υγείας του πολίτη και την πιο ορθολογική λειτουργία του φαρμάκου. Η μελέτη αυτή μπορεί να προσφέρει κατάλληλη υποδομή παροχής λεπτομερών στατιστικών στοιχείων.

Εν κατακλείδι, με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά κρίνεται σκόπιμο οι ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες αλλά και η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, να εξεταστούν στο πλαίσιο ενός προγράμματος μακροχρόνιας προοπτικής με στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή επαρκών υπηρεσιών ποιοτικά και ποσοτικά, με το μοντέλο της χρηματοδότησης να υφίσταται μεταβολές ανάλογες με το πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού. Βασικός στόχος η καλύτερη προσβασιμότητα του χρήστη τόσο στις υπηρεσίες υγείας όσο και στην καταλληλότερη, αποτελεσματικότερη και πιο εξιδανικευμένη φαρμακευτική θεραπεία. Κλείνοντας, ένα σωστά ανεπτυγμένο και αποτελεσματικό συνταγογραφικό σύστημα, μπορεί να διαμορφώσει συμμετοχική, συναινετική, επιστημονικά θεμελιωμένη και κοινωνικά αποδεκτή Εθνική Φαρμακευτική Πολιτική. (Μπασκόζος, 2016)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξένη Βιβλιογραφία

Antoniadou, M, (2005), *Can Cyprus overcome its health-care challenges?*, Lancet.2005: 365:1017-1020.

Ashikales, X., Tsinontides, A., (2007) *CYPRUS Pharma Profile June 2007*, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and Austrian Ministry of Health, Family and Youth, Brussels, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information report.

Bearden, W., Mason, J.B., (1978) *Consumer-perceived risk and attitudes toward generically prescribed drugs*, Journal of Applied Psychology, 63 (6):741–746.

Bradley C, *Factors which influence the decision whether or not to prescribe the dilemma facing general practitioners*.1992 Nov; 42(364): 454-458.

Buusman, A., Andersen, M., Merrild, C., Elverdam B., (2007), *Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group*. A qualitative study, Scandinavian journal of Pharmacy Health Care, 25:208-213.

Carone, G., Schwierz, C., Xavier, A., (2012), *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial affairs, Brussels, Economic Paper.

Carroll N.V, Siridhara C., Fincham J.E, (1986), *'Perceived Risks and Pharmacists' Generic Substitution Behavior*, The Journal of Consumer Affairs, 20 (1): pp.36-47.

Carroll N.V, Wolfgang A.P, (1991), *Risks, Benefits, and Generic Substitution'*, The Journal of Consumer Affairs 25 (1):110-121

Carth P., Havey I., Brawn R., Watkins G., (2000) A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs, FamPract: Feb; 17(1): 36-41.

Cogitore, J., (2008) No, using the INN system does not necessarily mean prescribing a generic, Prescribe International 17 (98): 262.

Dighe, S.V., (1999), *'A review of the safety of generic drugs, Transplantation Proceedings'* 31, (3), pp. 23S–24S.

Generic and Biosimilar Initiative online, (2011) United Kingdom, GaBI online

Godman, B., Acurcio, FA., Junior, G., Alvarez-Madrazo, S., (2014) *Initiatives among Authorities to improve the Quality and Efficiency of Prescribing and the Implications*, J Pharma Care Health Sys 1 (3).

Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E, (2004), *Health care systems in transition: Cyprus*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hassali, M., Alrasheedy, A., McLachlan, A., Nguyen, T. et al, (2014) *The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: A review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use*, Saudi Pharmaceutical Journal 22(6): 491-503.

International Society of Drug Bulletins (ISDB), (2006), Newsletter November 2006: INN: an essential tool, ISDB Newsletter 20 (3): 1-17.

Kanavos P., Wouters O., (2014) *Pharmaceutical Policies in Cyprus: A Review of the Current System and Future Options*, LSE Health, London School of Economics and Political Science, London.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M, (2013), *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. Lancet. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6.

KRC research (2011) *Survey of Physicians about Pharmaceutical and Biotech Research Company Activities and Information*.

Liaropoulos L, Tragakies E. (1998), *Public/private financing in Greek health care system: Implications for equity*. Health Policy 43:153-169

Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004; 328: 444-6. BMJ. 2004 Feb 21;328 (7437):444. Epub 2004 Feb 13.

Melck, B., (2012), *INN Prescribing in Greece – The New Generic Frontier*, IHIS Life Science Blogs 29 November 2012.

Moe-Byrne, T., Chambers, D., Harden, M., McDaid, C., (2014) *Behaviour change interventions to promote prescribing of generic drugs: a rapid evidence synthesis and systematic reviews*, BMJ Open 4 (5).

Mossialos E., Mrazek M., Walley T., (2004), *Regulating Pharmaceuticals in Europe: an overview*, in Mossialos E., Mrazek M., Walley T. (eds), *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, in equity and quality*, Open University Press, London, pp. 1-38.

Ntaountakis, E., Apostolakis, I., (2010), Iatrika Analekta, *Pharmacovigilance* 3:309-312
Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J., (2012) *Cyprus: Health system review, Health Systems in Transition*, 2012; 14(6):1–128.

Petrou, P., Vadoros, S., (2015) *Cyprus in crisis: Recent changes in the pharmaceutical market and options for further reforms without sacrificing access or quality of treatment. Health Policy* 119: 563-568.

Schumock G., Walton S., Park H., Nutescu E., Blackburn J., Finley J., Lewis R., (2004) Factors that influence prescribing decisions, *Ann Pharmacother* Apr; 38(4): 557-62.

Spoors, J., Kusel, J., (2015) *The uptake of non-branded medicines: fact, fiction and biosimilarities*, *British Journal of Healthcare Management* 21 (6): 14-23.

Spurling G., Mansfield P., Montgomery B., Lexchin J., Doust J., Othman N., Vitry A., (2010) Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity and cost of Physicians Prescribing: A systemic Review, *PloS Med*7(10): e1000352 doi: 10.1371/journal.pmed.1000352

Theodorou, M., Pavlakis, A., Zembylas, M., (2008), *The role of emotions in the experience of online learning: challenges and opportunities*, Open University Cyprus, Cyprus.

Theodorou, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadaakis, N., Fragoulakis, V., Pavi E., Kyriopoulos, J. (2009), *Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey*, August, 2009.

Van Bever, E, Eliseviers, M., Plovie, M., Vandeputte, L. et al., (2015) Attitudes of physicians and pharmacists towards International Non-Proprietary Name Prescribing in Belgium, *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 116: 264-272.

Vogler, S, Mazag, J, Leopold, C., Zimmermann, N. (2011): *Generics promotion – analyzing differences between the hospital and out-patient sectors*, Health Economics Department/ WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, Vienna, abstract.

Vogler, S., Schmickl, B., (2010) Rational Use of Medicines in Europe: Executive Summary, Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health, Vienna, executive summary.

Vogler, S., (2012), *The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European Countries – an overview*, GaBI 1 (2): 44-51.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αθανασάκης Κ., (2003), *Θεματική Ενότητα ΠΥΣ 622: Φαρμακευτική Πολιτική & Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας: Οδηγός Μελέτης*, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, οδηγός μελέτης.

Βίο-ομοειδή - EMA/837805/2011© European Medicines Agency, 2014

Γενικοί Κανονισμοί του 2000 - 2002, Κυπριακή Δημοκρατία, *Άτυπη ενοποίηση των περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικών Κανονισμών* (ΚΔΠ 225/2000, ΚΔΠ 660/2002, ΚΔΠ 455/2004, ΚΔΠ 364/2005, 629/2007), (2000 - 2002), Οι περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών, Λευκωσία.

Cyprus Collage, Ιατρικός Επισκέπτης, Ορισμός, διαθέσιμο στη διεύθυνση: http://www.cycollege.ac.cy/easyconsole.cfm/id/1186/program_id/70

Γιώργης, Χ., (2005), *Η αγορά και το Μάρκετινγκ των Αντιυπερτασικών Φαρμάκων: Ποιοτική Μελέτη*, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στο Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ, Πάτρα.

Δάλλα,Χ, Παπαδοπούλου-Νταιφώτη,Ζ. Κόκρας,Ν., (2010) *Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης*, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα.

ΕΚΕ Κύπρου, Σωματείο Ιατρικών Επισκεπτών, Όροι Εγγραφής, διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://www.siekcy.org/Members.aspx> Άρθρο 4.

Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας (2005), Υπουργείο Υγείας, Κυπριακή Δημοκρατία, σελ. 281.

Ετήσια Έκθεση ΟΗΕ, Υπερσυνταγογράφηση, Πολυφαρμακία, Εφημερίδα Έθνος (2/3/2016) <https://goo.gl/lQex3j>

Ε.Ο.Φ. – Ορισμός Κίτρινης Κάρτας <https://www.eof.gr/web/guest/yellowgeneral>

«Επιλογή», Το επάγγελμα του Ιατρικού Επισκέπτη, διαθέσιμο στη διεύθυνση: http://www.epil.gr/epaggelmata/igeias_pronias/iatrikos_episkeptis.htm

Θεοδώρου, Μ., Παυλάκης, Α., Πέτρου, Χ., (2008), *Έρευνα Αποτύπωσης των Συνταγογραφικών Συνηθειών των Γιατρών της Κύπρου*, Περίληψη Ευρημάτων, Λευκωσία.

Καινοτόμα Φάρμακα σε αναμονή έγκρισης, (2009), Φαρμακευτικός Κόσμος, Υγεία & Επιστήμη, Αθήνα, <http://www.farmakeutikoskosmos.gr/article-f/kainotoma-farmaka-se-anamoneh-egkrishs/971>

Καραμπλή, Ε., Χατζάκη, Α., Πολύζος, Ν., Σουλιώτης, Κ., Κυριόπουλος Γ., (2016) *The impact of technological change on the increase in health expenditure, Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 8 (2): 48-56.

Κίτσιου, Α., (2015), *Αξιολόγηση Αναγκών Μάθησης των Νοσηλευτών Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε Δημόσια Νοσοκομεία της Κύπρου*, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, **URI:** <http://hdl.handle.net/11128/2181>

Κυπριακή Δημοκρατία, Σελίδα Υπουργείου Υγείας, *Σύστημα Υγείας στην Κύπρο*, (2014) : http://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page01_gr/page01_gr?OpenDocument

Μαρσέλος, Μ., (2015), *Μονοκλωνικά Αντισώματα*, Κεφάλαιο 11: (231-244), Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, http://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/4244/1/02_chapter_11.pdf

Μπόνια, Γ., (2011) *Η Συμπεριφορά των γιατρών κατά τη συνταγογράφηση και παράγοντες που τους επηρεάζουν*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, Διπλωματική εργασία.

N.70(I)/2001, Ο περί Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Έλεγχος Ποιότητας, Προμήθειας και Τιμών) Νόμος 2001.

N.74(I)/2000, Ο περί Ιατρικών Επισκεπτών Νόμος, (2000).

Ξιναρής, Λ., (2013), *Ερευνητική αποτύπωση των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών της Κύπρου*, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Λευκωσία, **URI:** <http://hdl.handle.net/11128/1391>

Ορισμός, Γενικές Αρχές - από την ελληνική εταιρία Φαρμακευτικού Marketing www.eefam.gr (2014), <https://goo.gl/yu2Xho>

Οφάκογλου, Ι., (2009) *Πως συνταγογραφούν οι γιατροί, διαθέσιμο στη διεύθυνση* <http://www.neaygeiaw.gr/2009-11-10-21-25-54/169-pws-suntagografoun-oi-giatroi.html> (11/05/13)

Σκάλτσα, Λ., (2013) *Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών-καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα*, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

Σουλιώτης Κ., (2000), *Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*. Διδακτορική διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Σπουδών, Αθήνα.

Φαρμακάς, Κ., (2012), *Τάσεις και Προοπτικές Φαρμακευτικής Αγοράς – Καινοτόμα Φάρμακα*, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Φαρμακευτικής, Διπλωματική εργασία, Πάτρα.

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ακολουθεί αυτούσιο το ερωτηματολόγιο.



**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

E.2.9. Πόσο συχνά πιέξετε 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 IV: 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

Ε.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

Ε.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

E.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

E.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)

E.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)

E.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

E.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 χρησιμοποιήσατε 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

Ε.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

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

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

Ε.7.3 Παρατηρήσατε αλλαγή στην συνταγογράφηση φαρμάκων μετά την από 1^η Αυγούστου 2013 επιβολή συμπληρωμών (τελών) στα φάρμακα στον δημόσιο τομέα;

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

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

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

Ε.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

Ε. 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

Ε.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 προμήθειες σκευασμάτων του δημοσίου λόγω προσφορών.
8. Άλλο (διευκρινίστε).....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ