



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ
ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΥΡΙΜΗ ΜΑΡΙΑ
Α.Μ.: 11401506**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ
ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΥΡΙΜΗ ΜΑΡΙΑ
Α.Μ.: 11401506**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2018

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	4
Κατάλογος Πινάκων.....	8
Κατάλογος Εικόνων	10
Ευχαριστίες	11
Περίληψη.....	12
Abstract	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.1 Δημογραφικοί παράγοντες	19
1.2 Κοινωνικό – Οικονομικό Πλαίσιο	22
1.3 Φαρμακευτική Δαπάνη	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	25
2.1 Η αγορά του Φαρμάκου	27
2.2 Θεσμικό πλαίσιο συνταγογράφησης.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ.....	31
3.1 Η έννοια της ορθολογικής συνταγογράφησης	31
3.2 Η σημασία της συνταγογράφησης	33
3.3 Θεωρητικά μοντέλα λήψης ιατρικών αποφάσεων και συνταγογράφηση.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.....	39
4.1 Γενικά.....	39
4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	41
4.3 Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά.....	44
4.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	47
4.4.1 Κόστος Φαρμάκου και ασφαλιστική κάλυψη ασθενών	47

4.4.2 Ζήτηση εκ μέρους των ασθενών.....	49
4.4.3 Θεσμικό πλαίσιο σχετικά με τη συνταγογράφηση και στάση απέναντι στα γενόσημα	51
4.5 Πηγές Πληροφόρησης και επιρροή από συναδέλφους ή άλλους καθοδηγητές γνώμης.....	55
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	60
1.1 Αντικείμενο	60
1.2. Έκβαση.....	60
1.3. Προσδιοριστές.....	60
1.4. Μέθοδος της μελέτης	61
1.5. Είδος μελέτης	62
1.6. Χώρος μελέτης.....	62
1.7. Ερωτηματολόγιο	62
1.8. Διαδικασίες και μέθοδος συλλογής δεδομένων	63
1.9. Ηθικά θέματα	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	65
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	65
3.2 Συνταγογραφική επιλογή και τεκμηρίωσή της	70
3.3 Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας	77
3.4 Συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων	78
3.5 Ανεπιθύμητες ενέργειες	82
3.6 Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση	85
3.7 Συσχετίσεις.....	88
3.7.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία	88
3.7.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης..	91

3.7.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση	93
3.7.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση	95
3.7.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος	97
3.7.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή	100
3.7.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή.....	102
3.7.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους.....	107
3.7.10. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του.....	109
3.7.11. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή.....	112
3.7.12. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμός ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση	114
3.7.13. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	124
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127
Ξενόγλωσση	127
Ελληνική	139
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΦΥΛΛΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	148

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικοί παράγοντες συνοπτικά _____	19
Πίνακας 2: Φαρμακευτικές πολιτικές _____	25
Πίνακας 3- Βασικές αρχές ορθολογικής συνταγογράφησης _____	33
Πίνακας 4 - Δείκτες χρήσης φαρμάκων για δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας _____	35
Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη _____	65
Πίνακας 6: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη _____	68
Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της _____	70
Πίνακας 8: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της _____	73
Πίνακας 9: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της _____	75
Πίνακας 10: οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη σημασία τους κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας _____	77
Πίνακας 11: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων _____	79
Πίνακας 12: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες _____	83
Πίνακας 13: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση και την οικονομική κρίση _____	85
Πίνακας 14 : Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία _____	88
Πίνακας 15 : Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης _____	91
Πίνακας 16: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση _____	93

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση _____	95
Πίνακας 18: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος ____	97
Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή	100
Πίνακας 20: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή_____	102
Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους _____	105
Πίνακας 22: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους _____	107
Πίνακας 23: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του _____	109
Πίνακας 24: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή _____	112
Πίνακας 25: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του βαθμού ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση _____	114
Πίνακας 26: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος_____	117

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	19
Εικόνα 2: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα – ΕΕ	19
Εικόνα 3: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα (% συνολικών θανάτων, 2014)	20
Εικόνα 4: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα (% στον πληθυσμό εκάστοτε ηλικιακής ομάδας, 2014)	20
Εικόνα 5: Αριθμός ανέργων (χιλ. άτομα και ανεργία (% συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία – Ελλάδα (2016)	21
Εικόνα 6: Συνολική και δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας	22
Εικόνα 7: Δαπάνες υγείας κατά κεφαλή και ποσοστό (%) του ΑΕΠ	22
Εικόνα 8: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα -Ελλάδα	23
Εικόνα 9 : Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη	23

Ευχαριστίες

Θα ήθελα θερμά να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τους αγαπημένους μου φίλους και συνεργάτες που με ενθάρρυναν, συμμερίστηκαν και στήριξαν την προσπάθειά μου καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τις ειλικρινείς μου επίσης ευχαριστίες στον καθηγητή μου κ. Πέτρο Γαλάνη για την ουσιαστική του καθοδήγηση, την τεχνική και επιστημονική υποστήριξη σε όλα τα στάδια της ερευνητικής και συγγραφικής διαδικασίας αλλά και για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα και να αφιερώσω αυτή τη προσπάθεια στον λατρεμένο μου συνοδοιπόρο και σύντροφο στη ζωή, ο οποίος στάθηκε αδιαμαρτύρητα και ανελλιπώς πλάι μου, με αγάπη, υπομονή και πίστη.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Λέξεις κλειδιά: συνταγογραφική συμπεριφορά, προσδιοριστές, συνταγογράφηση, φαρμακευτική πολιτική, ιατροί

Περίληψη

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση και αποτύπωση των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών στην Ελλάδα στην παρούσα χρονική συγκυρία και την αποσαφήνιση των επιμέρους παραγόντων που τις επηρεάζουν.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη στην οποία ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 109 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, οι οποίοι ασκούν την ιατρική στο νομό Αττικής και έχουν τη δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων. Η λήψη των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο του 2018 έως και τον Σεπτέμβριο του 2018. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 77,9% (=109/140). Οι μελετώμενοι προσδιοριστές ήταν δημογραφικά χαρακτηριστικά, φαρμακολογικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που αφορούν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πηγές πληροφόρησης και επιρροές. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0.

Αποτελέσματα: Από τα ευρήματα της έρευνας φάνηκε ότι το βασικότερο κριτήριο επιλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα (90,8%). Συχνότερες αιτίες διαφοροποίησης της αρχικής συνταγογραφικής τους επιλογής είναι η δυσανεξία του ασθενή και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (97,2%). Επίσης, ο παράγοντας κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας και η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τη συνταγογράφηση (70,1% & 67,9% αντίστοιχα). Αναφορικά με τα γενόσημα, θεωρήθηκαν αρκετά καλά έως πολύ καλά σε θέματα ποιότητας (43,9%), ασφάλειας (51,4%) και

αποτελεσματικότητας (54,2%) και τα συνταγογραφούν αρκετά συχνά (46,8%). Χαρακτηριστικός είναι ο ρόλος του ιατρικού επισκέπτη ως η συχνότερη πηγή ενημέρωσης για τα γενόσημα (70,6%) ενώ για τις ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος προτιμούν να ενημερώνονται από το διαδίκτυο (58,7%). Επίσης, το 71,3% ενημερώνει τις αρχές σε περίπτωση που κάποιο σκεύασμα παρουσιάσει ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ασθενείς δεν πιέζουν τους ιατρούς να συνταγογραφήσουν φθηνότερα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και επιβολή πλαφόν διχάζει τους ιατρούς, με το 49,6% να δηλώνει ότι επηρεάζεται ελάχιστα έως καθόλου και του υπόλοιπους μέτρια έως πολύ, ενώ τα 2/3 των ιατρών νιώθουν ότι η αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών έχει επηρεαστεί μέτρια έως πολύ εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Μετά από διμεταβλητή ανάλυση βρέθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένου του φύλλου, της ηλικίας, της εργασιακής εμπειρίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του συνόλου των ασθενών στους οποίους συνταγογραφούν και του φορέα εργασίας, ασκούν επιρροή στις αποφάσεις συνταγογράφησης των ιατρών.

Συμπεράσματα: Η κλινική αποτελεσματικότητα, το κόστος και η εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου που διέπει τη συνταγογράφηση, σε συνδυασμό με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της συνταγογραφικής επιλογής φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους ιατρούς. Η εύρεση των προσδιοριστών της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών υγείας.

PRESCRIBING DETERMINANTS AMONG GREEK PHYSICIANS

Keywords: prescribing behavior, determinants, prescription, pharmaceutical policy, physicians

Abstract

Aim: To investigate and describe the prescribing behavior of physicians in Greece at this point of time, after having implemented various reforms in the pharmaceutical sector.

Material and method: A cross-sectional study was conducted in which the study population consisted of 109 physicians of all specialties who practice medicine in Attica and have the ability to prescribe medication. Data collection performed from June 2018 until September 2018. The response rate was 77.9% (= 109/140). The determinants under study were demographic characteristics, pharmacological characteristics, characteristics related to socio-economic factors, sources of information and influences. Data analysis included χ^2 test as well as Spearman correlation coefficient. Data analysis was performed with statistical software IBM SPSS 20.0.

Results: The findings of the study showed that the most important factor considered in choosing a pharmaceutical product was clinical effectiveness (90.8%). Frequent causes of differentiation of their initial prescription choice was patient intolerance and adverse medication reaction (97.2%). Also, the cost factor of pharmaceutical care as well as insurance coverage are inextricably linked to prescribing behavior (70.7% and 67.9% respectively). In terms of generic medication, these were considered quite satisfactory in terms of quality (43.9%), safety (51.4%) and efficacy (54.2%) and physicians actually were prescribing them quite often (46.8%). Pharmaceutical sales representatives seem to be of significance as a source of information concerning generic medication (70.6%), while for adverse medication reaction, physicians prefer to use the internet as a source of information (58.7%). Also, 71.3% notify the authorities in case a pharmaceutical product presents adverse reactions. Patient's don't request from the physicians to prescribe cheaper medication. Mandatory implementation of INN prescribing and quotas divide physicians, with 49.6% of them claiming little or no effect in their prescribing decision, while at the same time two-thirds feel that the effectiveness of patient care has been affected quite enough from the implementation of prescribing measures during the crisis. Bivariate analysis found that the demographic variables including sex, age, work experience, educational level, number of patients and workplace, influence prescribing decisions.

Conclusions: Clinical effectiveness, cost and implementation of the legislative framework governing prescribing, coupled with key demographic features, are key determinants of prescribing choices by doctors. Finding determinants of prescribing behavior of doctors is a prerequisite for shaping and implementing appropriate health policies.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαρκώς αυξανόμενες φαρμακευτικές δαπάνες που έχουν καταγραφεί τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως, έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Παράλληλα, έχουν αποτελέσει λόγο ανησυχίας στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής των χωρών και έναυσμα για τη λήψη απαραίτητων μέτρων και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με στόχο την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Mossialos et al., 2004).

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών οι οποίες έχουν παρατηρηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι ακατάλληλες, μη ορθολογικές αλλά ακόμη και επιβλαβείς για τους ασθενείς (Hogerzeil, 1995). Προκύπτει λοιπόν με σαφήνεια ότι η μη ορθολογική συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών φέρει αρνητικές επιπτώσεις υποβαθμίζοντας το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας μέσω υπερβολικής ή κακής χρήσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και της δημιουργίας ανούσιας αύξησης των δαπανών υγείας (Maxwell, 2009, Desalegn, 2013).

Το ζήτημα της συνταγογραφικής συνήθειας των ιατρών λαμβάνει ακόμη μεγαλύτερη σημασία στην Ελλάδα, δεδομένης της οικονομικής κρίσης που έχει υποστεί τα τελευταία χρόνια και των μεταρρυθμίσεων που έχουν υλοποιηθεί στο πλαίσιο δημοσιονομικής προσαρμογής και εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης της χώρας, η οποία είχε εκτιναχθεί στα ύψη μέχρι και το 2009.

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία η οποία διαμορφώνεται από διαφορετικούς παραμέτρους που σχετίζονται τόσο με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο περί φαρμακευτικής πολιτικής όσο και με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του συνταγογράφου ιατρού. Σε αυτό το πλαίσιο, πολλές ερευνητικές προσπάθειες εστιάζουν στο να αναλύσουν και να κατανοήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις πρακτικές και τις αποφάσεις των ιατρών κατά τη διαδικασία συνταγογράφησης.

Κατά την επιλογή ενός φαρμακευτικού θεραπευτικού σχήματος, οι ιατροί ακολουθούν συχνά συνήθη πρότυπα τα οποία αφορούν αρχικά, τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου και περιλαμβάνουν την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, την μορφή, την προτεινόμενη δόση καθώς και το κόστος του φαρμάκου (Denig et al, 2002). Πρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών και ανήκουν στην

κατηγορία των σταθερών μεταβλητών – καθότι δεν μπορούν να επηρεαστούν – περιλαμβάνουν την ηλικία και το φύλο των ιατρών καθώς και την περιοχή εργασίας. Παράλληλα, υπάρχουν και μεταβλητοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν και να προκαλέσουν αλλαγές στη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και η κλινική εμπειρία (Lubloy, 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο και έχοντας ήδη διανύσει μια περίοδο αρκετών ετών οικονομικής ύφεσης και επίπονων μεταρρυθμίσεων, η ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών στην Ελλάδα, θα μπορέσει να συμβάλει θετικά καταρχήν στην αποτίμηση του υφιστάμενου πλαισίου και κατά δεύτερον στον επαναπροσδιορισμό της στρατηγικής πολιτικής σε ότι αφορά την ποιοτικότερη φροντίδα υγείας και τον καλύτερο έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνήσει και να αποτυπώσει τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών στην Ελλάδα στην παρούσα χρονική συγκυρία, εξετάζοντας βασικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον ιατρό (επαγγελματική εμπειρία, επίπεδο εκπαίδευσης, εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες κλπ), με τον ασθενή (παράπονα λόγω κόστους, ασφαλιστική κάλυψη, αντιλήψεις) καθώς και με άλλους παράγοντες που αφορούν την διαθεσιμότητα της ιατρικής πληροφόρησης (ανεπιθύμητες ενέργειες, δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα), το θεσμικό πλαίσιο (υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, πλαφόν) καθώς επίσης και βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά που μπορεί να σχετίζονται με την συνταγογραφική συνήθεια των ιατρών. Η εν λόγω μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου από 109 ιατρούς, όλων των ειδικοτήτων στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν, επεξεργάστηκαν στατιστικά προκειμένου να αναδειχθούν οι προσδιοριστές των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Δημογραφικοί παράγοντες

Οι ανάγκες του πληθυσμού για παροχές υγείας καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό και από βασικούς δημογραφικούς παράγοντες. Η φυσική μεταβολή του πληθυσμού (γεννήσεις – θάνατοι) στην Ελλάδα, από το 2011 ξεκίνησε να παρουσιάζει αρνητική εξέλιξη με μείωση κατά 5.000 άτομα και το 2016 κατά 26.000 άτομα (ΣΦΕΕ, 2018).

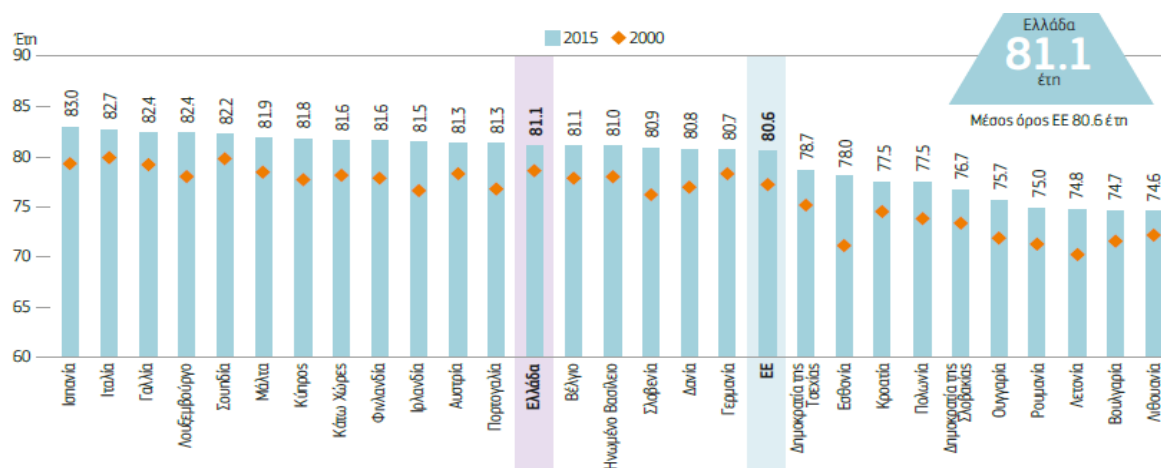
Πίνακας 1: Δημογραφικοί παράγοντες συνοπτικά

	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΕ
Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) 2015	81,1	80,6
Γεννήσεις – θάνατοι (ανά 1.000 άτομα) 2015	-2,7	-0,3
Πληθυσμός > 65 ετών (%) 2020	22,6 %	20,4 %

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

Παράλληλα, δυνάμει της εισαγωγής νέων καινοτόμων θεραπειών και της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση αγγίζοντας τα 81,1 έτη, λίγο υψηλότερο από το μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση το οποίο κυμάνθηκε στα 80,6 έτη και τις γυναίκες να ζουν περίπου 5 έτη επιπλέον σε σχέση με τους άντρες (84 έτη έναντι 79). Στον πίνακα 1, παρατίθενται οι βασικότεροι δημογραφικοί παράγοντες.

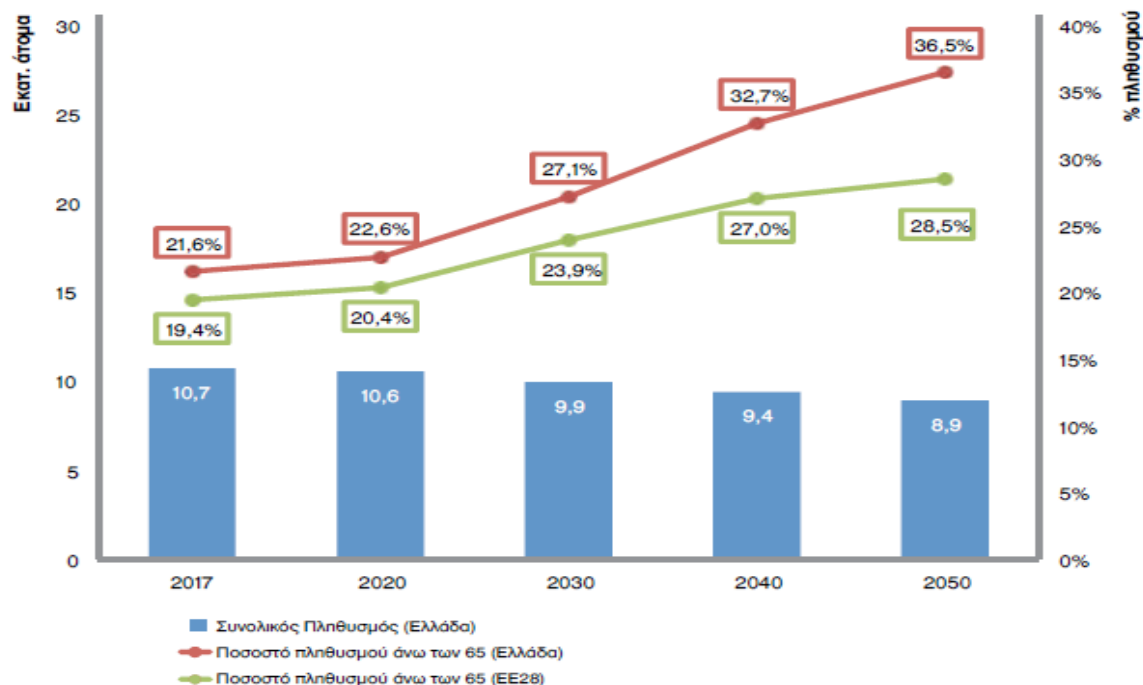
Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΗΕ, το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να φτάσει τα 84 έτη, γεγονός που συνεπάγεται ότι θα χρειασθούν επιπλέον πόροι για την κάλυψη των αναγκών υγείας τους. Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε για το 2015 με συγκριτικά στοιχεία του 2000.



Εικόνα 1: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

Πηγή: OECD, 2017

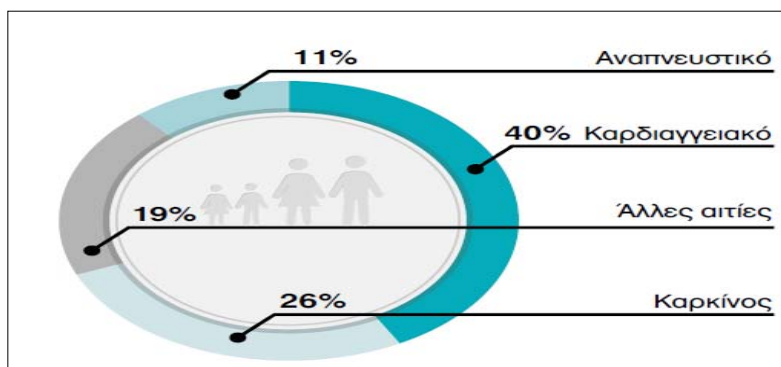
Η αρνητική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, ήτοι λιγότερες γεννήσεις, όπως διαμορφώνεται τα τελευταία έτη, εκτιμάται ότι θα οδηγήσει και στη σταδιακή μείωση του πληθυσμού της χώρας ενώ ταυτόχρονα θα επιφέρει και αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Συγκεκριμένα, όπως παρουσιάζεται στην εικόνα 2, το 2020 το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αναμένεται να φτάσει το 22,6% και το 2050 το 36,5%, ενώ τα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα κυμανθούν στο 20,4% και 28,5% αντίστοιχα (ΣΦΕΕ,2018).



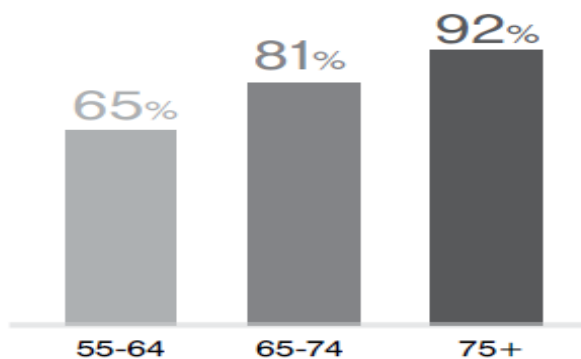
Εικόνα 2: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα - ΕΕ

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

Όπως παρουσιάζεται και στην εικόνα 3, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα, με ποσοστό 40% και 26% αντίστοιχα των συνολικών θανάτων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι το 2014 στην Ελλάδα 4,5 εκατ. άτομα αντιμετώπισαν κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, εκ των οποίων το 62% είναι ηλικίας 55 ετών και άνω, ενώ ειδικότερα η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών αντιμετωπίζει σε ποσοστό 92% κάποια χρόνια πάθηση όπως αποτυπώνεται στην εικόνα 4 (ΣΦΕΕ, 2018). Οι πιο σημαντικοί παράγοντες για τα έτη ζωής που σταθμίζονται ως προς την επιβάρυνση που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία, λαμβάνοντας υπόψη την επιβάρυνση λόγω θνησιμότητας και νοσηρότητας, αποτελούν οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, οι μυοσκελετικές διαταραχές και ο καρκίνος του πνεύμονα. Βάσει στοιχείων έρευνας για την υγεία, προκύπτει ότι ένα στα πέντε άτομα στην Ελλάδα πάσχει από υπέρταση, ένα στα δέκα από διαβήτη και περίπου ένα στα είκοσι από άσθμα (OECD, 2017).



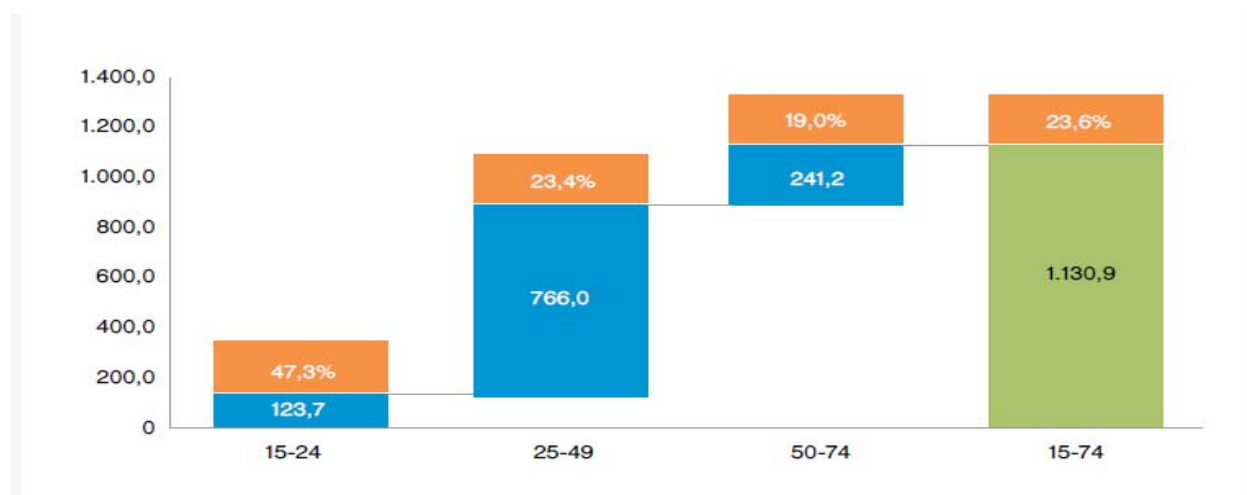
Εικόνα 3: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα (% συνολικών θανάτων, 2014)
Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018



Εικόνα 4: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα (% στον πληθυσμό εκάστοτε ηλικιακής ομάδας, 2014)
Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

1.2 Κοινωνικό – Οικονομικό Πλαίσιο

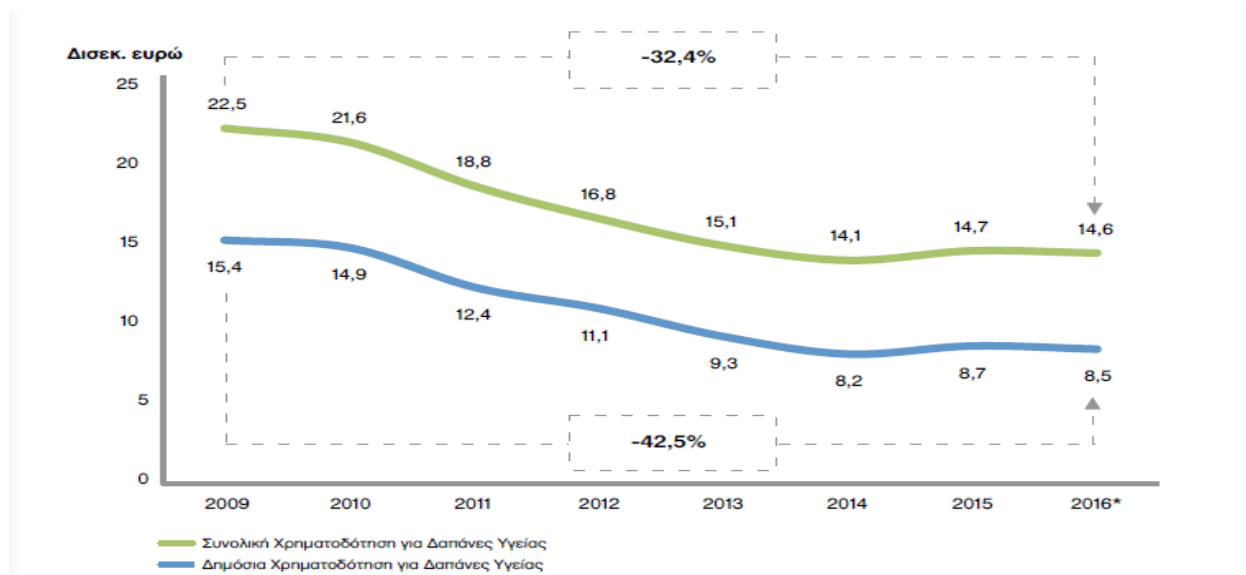
Η Ελλάδα, για την περίοδο 2010 -2017 εφάρμοσε ένα επίπονο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής στο πλαίσιο των μνημονιακών της υποχρεώσεων, το οποίο είχε σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην ελληνική οικονομία. Η μείωση των δημόσιων δαπανών και η αύξηση της φορολογίας είχαν ως αποτέλεσμα τη συρρίκνωση του ΑΕΠ το 2016 κατά 26,4% σε σχέση με το 2007. Η ανεργία στο γενικό πληθυσμό σκαρφάλωσε στο 27,5% το 2013 ενώ το 2016 διαμορφώθηκε λίγο βελτιωμένη στο 23,6%, ποσοστό που παραμένει όμως πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (8,6%). Πολύ πιο έντονο παρουσιάζεται το πρόβλημα της ανεργίας στους νέους ηλικίας 15-24 όπου σχεδόν οι μισοί βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας, ενώ το 72% του συνολικού αριθμού των ανέργων παρουσιάζονται ως μακροχρόνια άνεργοι, ήτοι εκτός αγοράς εργασίας για παραπάνω από 12 μήνες (ΣΦΕΕ, 2018). Στην εικόνα 5 παρουσιάζεται ο αριθμός των ανέργων και ανεργία ανά ηλικιακή κατηγορία στην Ελλάδα για το έτος 2016.



Εικόνα 5: Αριθμός ανέργων (χιλ. άτομα και ανεργία (% συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία – Ελλάδα (2016)

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

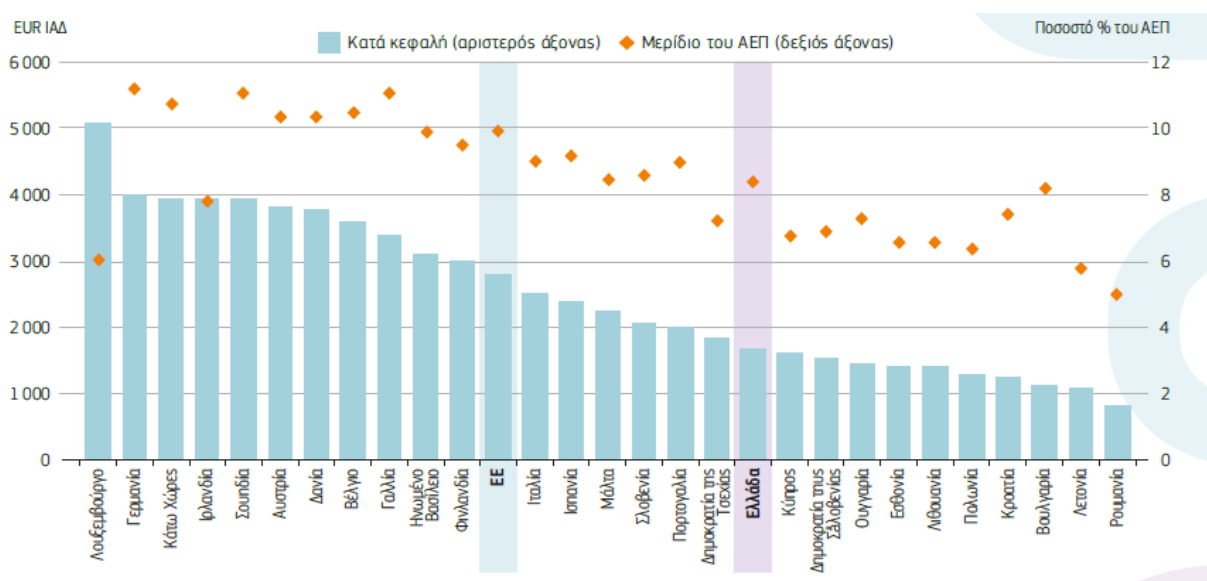
Οι προαναφερόμενες οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις σε συνδυασμό με την περίοδο δημοσιονομικής προσαρμογής 2010-2016 στην Ελλάδα, όπως γίνεται αντιληπτό, επηρέασαν άρδην τον τομέα της υγείας αρχικά με τη σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας κατά -32,4% και κατ'επόμενον τη μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας κατά -42,5% για την ίδια περίοδο, όπως παρουσιάζεται στην εικόνα 6 .



Εικόνα 6: Συνολική και δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισεκ. €).
Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

Η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης είχε ως επακόλουθο την μετατόπιση της δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα και την επιπλέον επιβάρυνση των νοικοκυριών μέσω της αυξημένης συμμετοχής των ασθενών για δαπάνες υγείας κυρίως στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

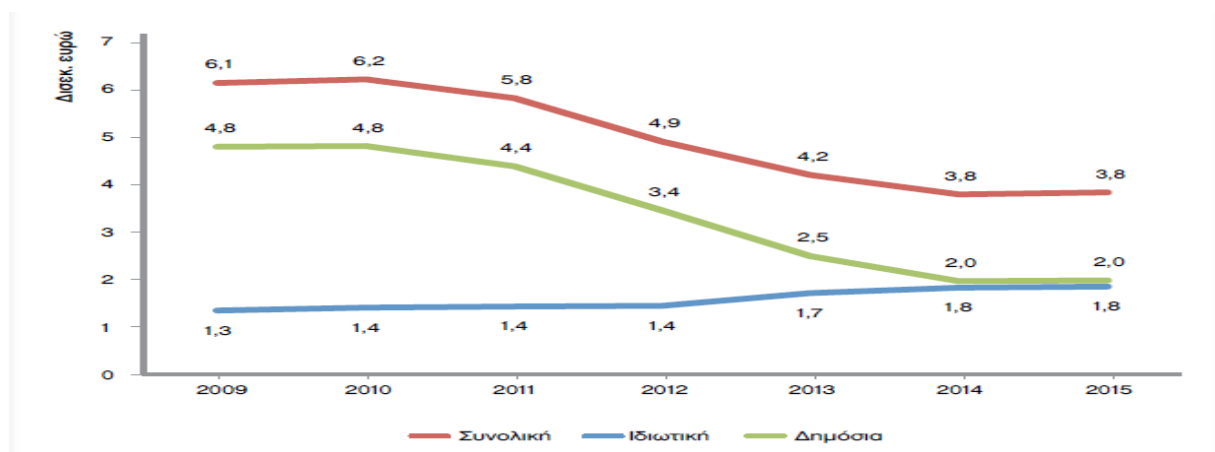
Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα για το 2015 δαπάνησε 8,4% του ΑΕΠ στη υγεία και ότι η κατά κεφαλή δαπάνη μειώθηκε 28%, από 2287 € το 2009 σε 1650 € το 2015, κατατάσσοντας την Ελλάδα σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ, όπως παρουσιάζεται στην εικόνα 7 (OECD, 2017).



Εικόνα 7: Δαπάνες υγείας κατά κεφαλή και ποσοστό (%) του ΑΕΠ (τα στοιχεία αφορούν το 2015)
Πηγή: OECD, 2017

1.3 Φαρμακευτική Δαπάνη

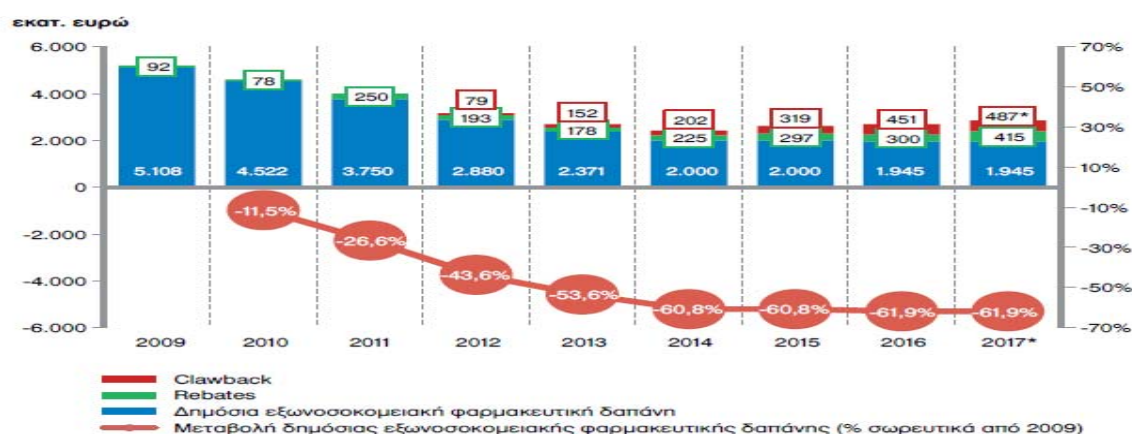
Το 2015, η συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και υγειονομικά αναλώσιμα διαμορφώθηκε στα € 3,8 δισεκ., μειωμένη κατά 37,6% σε σχέση με το 2009 ενώ η δημόσια δαπάνη διαμορφώθηκε στα € 2 δισεκ. το 2015, μειωμένη κατά 58,7% σε σχέση με το 2009. Αντίθετα, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε άνοδο από τα € 1,3 δισεκ. που κυμαινόταν το 2009 στα 1,8 δισεκ. το 2015, όπως αποτυπώνονται στην εικόνα 8.



Εικόνα 8: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα -Ελλάδα (δισεκ. €).

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

Επίσης, η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη για το 2017 διαμορφώθηκε στα €1.945 δισεκ., μειωμένη κατά 61,9% σε σχέση με € 5,1 δισεκ. το 2009. Στην εικόνα 9, παρουσιάζεται η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για τα έτη 2009 – 2015.



Εικόνα 9 : Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2018

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η πραγματικότητα της εποχής επιτάσσει τις κυβερνήσεις των κρατών να αναζητούν τις βέλτιστες πρακτικές για την ορθολογική μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας τους και ιδίως του φαρμακευτικού τομέα. Κοινός παρονομαστής στην προσπάθεια αυτή είναι η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας μέσω της επίτευξης σημαντικής εξοικονόμησης πόρων, χωρίς όμως να διακυβεύεται η ποιότητα περίθαλψης των ασθενών.

Οι πολιτικές συγκράτησης κόστους που υλοποιούνται θα πρέπει να στοιχειοθετούνται επαρκώς και οι περικοπές δαπανών να στοχεύουν στα πραγματικά αίτια και να μην περιορίζονται στη γρήγορη και εύκολη δημοσιονομική προσαρμογή (Goranitis et al., 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι Carone et al. (2012), αναφέρουν ότι η επικρατούσα αντίληψη των υπευθύνων χάραξης πολιτικής σε ολόκληρο τον κόσμο σχετίζεται με την υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών οι οποίες αφορούν πολιτικές τιμολόγησης και αποζημίωσης φαρμάκων, ελέγχου των δαπανών, εισόδου νέων φαρμάκων στην αγορά καθώς και με πολιτικές που σχετίζονται με τους ιατρούς, τους χονδρέμπορους και τους ασθενείς. Οι μεταρρυθμιστικές αυτές προσεγγίσεις είναι κοινές και εφαρμόζονται στην πλειοψηφία τους από τα περισσότερα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκειμένου να προωθηθεί η ορθολογική χρήση φαρμάκων και ταυτόχρονα να συγκρατηθεί η φαρμακευτική δαπάνη. Συγκεκριμένα, οι επιμέρους προσεγγίσεις αποτυπώνονται στον πίνακα 2 που ακολουθεί.

Πίνακας 2: Φαρμακευτικές πολιτικές

Πολιτικές που σχετίζονται με τιμολόγηση, αποζημίωση, εισόδου στην αγορά και έλεγχο δαπανών των φαρμάκων	
<i>Πολιτικές Τιμολόγησης φαρμάκων</i>	
1	Εξωτερική τιμή αναφοράς
2	Εσωτερική τιμή αναφοράς
3	Ενημερώσεις τιμών
4	Φ.Π.Α.
<i>Αποζημίωση φαρμάκων</i>	
1	Αξιολόγηση τεχνολογιών Υγείας
2	Θετικές Αρνητικές λίστες φαρμάκων
<i>Είσοδος στην αγορά</i>	
1	Ορισμός του χρόνου εισόδου στην αγορά

Έλεγχος δαπανών	
1	Εκπτώσεις / επιστροφή εσόδων
2	Επιστροφή τζίρου
3	Επιστροφή εσόδων σε περίπτωση υπέρβασης ανώτατου ορίου προϋπολογισμού
4	Συμφωνία επιμερισμού κινδύνου
5	Πάγωμα και περικοπή τιμών
6	Δημόσιοι διαγωνισμοί προμήθειας φαρμάκων
Πολιτικές που στοχεύουν στους χονδρέμπορους, τους ιατρούς και τους ασθενείς	
Χονδρέμποροι και Φαρμακοποιοί	
1	Υποκατάσταση γενοσήμων
2	Προσαυξήσεις
Ιατροί	
1	Παρακολούθηση συνταγογραφικής συμπεριφοράς (μέσω ηλεκτρονικής συνταγογράφησης)
2	Θεραπευτικά πρωτόκολλα
3	Ανώτατο όριο προϋπολογισμού φαρμάκων
4	Όρια συνταγογράφησης
5	Οικονομικά κίνητρα
6	Εκπαίδευση & πληροφόρηση
Ασθενείς	
1	Εκστρατείες ενημέρωσης
2	Συ- πληρωμές

Πηγή: Carone et al. (2012)

2.1 Η αγορά του Φαρμάκου

Η ελληνική φαρμακευτική αγορά αποτελείται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης των φαρμακευτικών προϊόντων στους καταναλωτές. Συγκεκριμένα, εκτός από τα φάρμακα που διατίθενται απευθείας στα νοσοκομεία, τα υπόλοιπα ακολουθούν μια πορεία από τη φαρμακευτική εταιρεία προς την φαρμακαποθήκη ή τον συνεταιρισμό φαρμακοποιών και εν τέλει στο φαρμακείο όπου θα καταλήξει στον τελικό αποδέκτη, τον καταναλωτή.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΣΦΕΕ (2018), στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται περίπου 106 παραγωγοί και εισαγωγείς φαρμακευτικών σκευασμάτων, 100 φαρμακαποθήκες, 26 Συνεταιρισμοί Φαρμακοποιών, ενώ τα φαρμακεία ανέρχονται στα 10.386. Επίσης, φάρμακα διατίθενται απευθείας στους ασθενείς και από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων αλλά και από τα 29 Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ σε ολόκληρη την Ελλάδα, ειδικά για τη χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους.

Σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά κριτήρια, τα φάρμακα διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες οι οποίες είναι (Μουρτζίκου και συν., 2015):

A. Τα συνταγογραφούμενα – αφορά τα φάρμακα τα οποία δεν θεωρούνται ασφαλή λόγω της τοξικότητάς τους, του τρόπου χορήγησης, των αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα, του εξειδικευμένου τρόπου χρήσης και για το λόγο αυτό θα πρέπει να χορηγούνται με την επίβλεψη κάποιου ειδικού.

B. Τα μη συνταγογραφούμενα (ΜΗΣΥΦΑ) ή OTC (over the counter) – αφορά τα φάρμακα τα οποία θεωρούνται ασφαλή εφόσον οι χρήστες τηρούν τις οδηγίες που περιλαμβάνονται στη συσκευασία.

Γ. Τα lifestyle φάρμακα – αφορά τα φάρμακα τα οποία δεν σχετίζονται με κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας αλλά με την ηλικία και τον τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα φάρμακα για την αντισύλληψη ή την παχυσαρκία.

Επίσης, σύμφωνα με την Γκόλνα και συν. (2013), τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία υπάρχουν στην ελληνική αγορά, συμπεριλαμβάνουν τα κάτωθι:

- πρωτότυπα φάρμακα τα οποία προστατεύονται από πατέντα λόγω καινοτομίας,
- πρωτότυπα φάρμακα των οποίων έχει λήξει η πατέντα,
- γενόσημα φάρμακα, βιοισοδύναμα αντίγραφα πρωτότυπων εκτός πατέντας,

- βιομοειδή φάρμακα, παρόμοια με πρωτότυπα βιολογικά εκτός πατέντας
- “me too” προϊόντα των οποίων η πρωτοτυπία βασίζεται σε τροποποίηση άλλου πρωτότυπου σκευάσματος και προστατεύεται από πατέντα.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αποτελείται από τρεις πηγές. Η πρώτη είναι μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και των εισφορών που καταβάλουν οι ασφαλισμένοι, η δεύτερη αφορά τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας των πολιτών και η τρίτη αφορά τις ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των καταναλωτών.

Η κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών γίνεται κατά κύριο λόγο από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο υπάγεται ο ασφαλισμένος, από πιθανή ιδιωτική ασφάλιση, από τις συμμετοχές των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό για τις περιπτώσεις ανασφάλιστων πολιτών.

2.2 Θεσμικό πλαίσιο συνταγογράφησης

Η μακροχρόνια αναποτελεσματική φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και η σπατάλη οικονομικών πόρων από την οποία συνοδεύτηκε, αδιαμφισβήτητα συνέβαλε στην περαιτέρω οικονομική κατάρρευση της χώρας. Χάθηκαν πολλές ευκαιρίες για πολλά χρόνια χωρίς καμία ενέργεια αποτροπής της εκτίναξης της φαρμακευτικής δαπάνης η οποία κορυφώθηκε το 2009. Η επιτακτική ανάγκη περιστολής των δαπανών στον τομέα της υγείας, οδήγησε σε άμεσες μεταρρυθμίσεις οι οποίες στόχευαν στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης (Vandoros & Stargardt, 2013).

Από τις πρώτες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν, στο πλαίσιο δημοσιονομικής προσαρμογής, ήταν η θεσμοθέτηση της θετικής λίστας φαρμάκων με το νόμο 3816/2010, σύμφωνα με την οποία καθορίζονται τα φάρμακα και το ύψος της κρατικής αποζημίωσης ενώ το 2012 θεσμοθετήθηκε και αρνητική λίστα φαρμάκων στην οποία περιλαμβάνονται τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς. Σημειώνεται ότι και οι δύο λίστες επικαιροποιούνται μια με δύο φορές κάθε χρόνο.

Στον ίδιο νόμο με τη θέσπιση της θετικής λίστας φαρμάκων, ιδρύεται και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων με στόχο την ενιαία και καθολική κάλυψη των ασφαλισμένων αλλά και τον κεντρικό προγραμματισμό, διαχείριση και οργάνωση σε ότι αφορά τις παροχές ασθενοείας σε είδος.

Επίσης, μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν στην Ελλάδα είναι η υποχρεωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης η οποία θεσπίστηκε με το νόμο 3892/2010 (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ορίζεται βάσει του νόμου ως *«η παραγωγή, διακίνηση και έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών»*. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι υποχρεωτική για όλους τους ιατρούς και όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία ο ιατρός πρέπει να καταχωρεί ηλεκτρονικά τη συνταγή του ασθενούς, στη συνέχεια να την εκτελεί ο φαρμακοποιός και στο τέλος την εκκαθαρίζει και τη πληρώνει ο ασφαλιστικός φορέας. Μέσω της εν λόγω εφαρμογής, δίνεται η δυνατότητα παρακολούθησης της τρέχουσας μηνιαίας φαρμακευτικής δαπάνης που κάνει ο ιατρός για κάθε ασφαλισμένο.

Το Υπουργείο Υγείας, στην προσπάθεια να συγκρατήσει τις φαρμακευτικές δαπάνες αλλά και να προωθήσει τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων, θέσπισε πλαφόν – όριο συνταγών - στη φαρμακευτική δαπάνη. Τα όρια στη φαρμακευτική δαπάνη κάθε ιατρού καθορίζονται ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφεί, την περιφερειακή ενότητα της χώρας που έχει έδρα και το μήνα του έτους σύμφωνα με την αντίστοιχη υπουργική απόφαση. Σημειώνεται ότι τα όρια έχουν προκύψει κατόπιν στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων του προηγούμενου έτους και προβλέπονται κυρώσεις και πρόστιμα σε περιπτώσεις αδικαιολόγητης και επανειλημμένης απόκλισης.

Με τους νόμους 3819, 3918 και 4025 του 2011, ορίστηκαν συγκεκριμένα περιθώρια κέρδους για τους χονδρέμπορους αλλά και εκπτώσεις για την αγορά φαρμάκων από τα νοσοκομεία απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες και παράλληλα θεσπίστηκε και το rebate που αφορά την επιστροφή 4% επί των συνολικών πωλήσεων κάθε συνταγογραφούμενου φαρμάκου, έτσι ώστε να περιοριστεί περαιτέρω η φαρμακευτική δαπάνη.

Καθοριστικής σημασίας ήταν και η θέσπιση της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη διεθνή ονομασία της δραστικής ουσίας των φαρμάκων με το νόμο 4052/2012 και 4093/2012, για όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες που εντάσσονται στον θετικό κατάλογο πλην ορισμένων περιπτώσεων με χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, με την Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΕΜΠ4/3057/18-11-2012, ορίστηκε ότι οι ιατροί θα πρέπει να συνταγογραφούν τη δραστική ουσία και οι φαρμακοποιοί έχουν την υποχρέωση να εκτελέσουν τη συνταγή με τη φθηνότερη εναλλακτική επιλογή που υπάρχει διαθέσιμη, ενημερώνοντας ταυτόχρονα τον ασθενή για την περίπτωση που ο ίδιος επιθυμεί να προμηθευτεί ακριβότερο φάρμακο με δίκη του επιβάρυνση της διαφοράς τιμής. Στην εν λόγω διάταξη, προβλέπονται και κάποιες εξαιρέσεις όπου ο ιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει με την εμπορική ονομασία του φαρμάκου, ανάλογα τη νόσο, αλλά και αυτές οι περιπτώσεις δεν μπορούν να ξεπεράσουν το 15% των συνολικών συνταγών σε αξία του ιατρού σε ετήσια βάση και θα πρέπει να αιτιολογούνται επαρκώς.

Όπως προκύπτει με σαφήνεια, οι μεταρρυθμίσεις που έχουν υλοποιηθεί είναι πολυάριθμες και αφορούν πολιτικές τιμολόγησης και αποζημίωσης φαρμάκων, ελέγχου των δαπανών, εισόδου νέων φαρμάκων στην αγορά καθώς και πολιτικές που σχετίζονται με τους ιατρούς, τους χονδρέμπορους και τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Σε μια προσπάθεια εννοιολογικής προσέγγισης του όρου της συνταγογράφησης, ο Aronson (2006) αναφέρει ότι αυτή, αποτελεί μια γραπτή εντολή η οποία περιλαμβάνει λεπτομερείς οδηγίες για το τι φάρμακο πρέπει να δοθεί στον ασθενή, σε ποια μορφή και δοσολογία, με ποιο τρόπο, πότε, πόσο συχνά και για πόσο καιρό, έχοντας ως βασικό στόχο τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού οφέλους και την ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συνεπειών της προτεινόμενης θεραπείας στον ασθενή.

Στην καθημερινή πρακτική, η συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής συχνά θεωρείται ως μια αναμενόμενη και απλή διεργασία ρουτίνας κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας καθορίζουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών στο πλαίσιο διαχείρισης φροντίδας τους. Στην πραγματικότητα όμως η συνταγογράφηση αποτελεί μια πολύπλοκη και σύνθετη διαδικασία η οποία προϋποθέτει διαγνωστικές δεξιότητες, βαθιά και εμπειριστατωμένη γνώση φαρμακοθεραπείας, κατανόηση των αρχών της κλινικής φαρμακολογίας, δεξιότητες επικοινωνίας και ικανότητες αποτελεσματικής αξιολόγησης και εκτίμησης του βαθμού αβεβαιότητας και κινδύνου της προτεινόμενης θεραπείας (Maxwell, 2009).

3.1 Η έννοια της ορθολογικής συνταγογράφησης

Σύμφωνα με την έκθεση εμπειρογνομώνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με την ορθολογική χρήση των φαρμάκων, αυτή ορίζεται ως μια κατάσταση όπου οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα κατάλληλα για την κατάστασή τους, σε δόσεις που καλύπτουν τις εξατομικευμένες απαιτήσεις τους κάθε φορά, για ένα επαρκές χρονικό διάστημα και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος τόσο για τους ίδιους όσο και για την κοινωνία ως σύνολο. Επιπλέον, στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι η ορθολογική χρήση συνεπάγεται με την εξισορρόπηση του θεραπευτικού οφέλους έναντι του κινδύνου και του κόστους. Την ευθύνη για την εν λόγω εξισορρόπηση φέρουν από κοινού οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, οι κανονιστικές αρχές για τα φάρμακα, η φαρμακοβιομηχανία, οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς καθώς και το ευρύ κοινό ως καταναλωτές (WHO, 1987).

Η έννοια της ορθολογικής συνταγογράφησης εξελίχθηκε με τα χρόνια από το παραδοσιακό μοντέλο που θεωρεί την ασθένεια ως μια φυσική διαταραχή του οργανισμού που μπορεί να διορθωθεί με τη χορήγηση φαρμάκων, σε ένα πιο ευρύ μοντέλο που αντιμετωπίζει τον ασθενή ως άτομο και όχι ως μια κατάσταση. Υπό αυτό το πρίσμα, κατά τη συνταγογράφηση ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου και του κόστους ενώ παράλληλα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και να σέβεται την επιλογή / επιθυμία του ασθενή (Barber, 1995, Maxwell, 2009). Στην πράξη, η επίτευξη όλων των προαναφερόμενων στόχων δεν είναι πάντα εφικτή, ωστόσο ο ιατρός προσπαθεί κάθε φορά να εξισορροπήσει όλες αυτές τις μεταβλητές και να επιτύχει τους περισσότερους δυνατούς.

Ο ΠΟΥ προχώρησε περαιτέρω και στην ανάπτυξη μιας συστηματικής προσέγγισης με κατευθυντήριες οδηγίες για τους επαγγελματίες υγείας που συνταγογραφούν προκειμένου να αποφευχθούν οι περιπτώσεις εσφαλμένης και ακατάλληλης συνταγογράφησης. Η εν λόγω προσέγγιση περιλαμβάνει έξι βήματα που θα πρέπει να ακολουθεί ο ιατρός (de Vries et al., 1994):

1. Σαφής προσδιορισμός του προβλήματος του ασθενή – το βήμα αυτό είναι καθοριστικής σημασίας για την ορθή και έγκυρη διάγνωση και επιτυγχάνεται μέσω της συνδυαστικής αξιολόγησης παραμέτρων που περιλαμβάνει το πρόβλημα / σύμπτωμα που περιγράφει ο ασθενής, αναλυτικό ιατρικό ιστορικό, διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις κλπ.
2. Σαφής προσδιορισμός του θεραπευτικού στόχου – τι είναι αυτό που θέλουμε να πετύχουμε με την θεραπεία (ανακούφιση από συμπτώματα, πρόληψη, θεραπεία). Με τον τρόπο αυτό ο ιατρός επικεντρώνεται στο πραγματικό πρόβλημα και περιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές αποφεύγοντας ταυτόχρονα και την άσκοπη χορήγηση φαρμάκων.
3. Επαλήθευση της καταλληλότητας της προτεινόμενης θεραπείας – στο βήμα αυτό θα πρέπει να ελέγχονται τρεις παράμετροι που αφορούν την καταλληλότητα της δραστικής ουσίας, τη δοσολογία και τη διάρκεια της θεραπείας πάντα εξατομικευμένα και σε συνδυασμό με το ρυθμιστικό πλαίσιο που εφαρμόζεται.
4. Χορήγηση της συνταγής και έναρξη της θεραπείας.
5. Παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών, οδηγιών και προειδοποιήσεων που σχετίζονται με τη λήψη της αγωγής - οι πιθανότητες συμμόρφωσης του ασθενή στη χορηγηθείσα θεραπεία, αυξάνονται όταν παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες από τον ιατρό, σχετικά με το τι θα πρέπει να κάνει και ποιο λόγο.

6. Παρακολούθηση και ενδεχόμενη διακοπή θεραπείας – ο σκοπός της παρακολούθησης είναι για να διαπιστωθεί κατά πόσο η θεραπεία είναι αποτελεσματική ή όχι, αν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και εάν χρειάζονται να γίνουν κάποιες διορθωτικές κινήσεις.

Στο πλαίσιο του προαναφερόμενου ορισμού, η Βρετανική φαρμακολογική εταιρεία προχώρησε στην περιγραφή δέκα βασικών αρχών που διέπουν την ορθολογική συνταγογράφηση και εμπεριέχουν τα προαναφερόμενα βήματα σε πιο αναλυτική μορφή, τα οποία προτρέπει να εφαρμόζουν οι επαγγελματίες υγείας και αποτυπώνονται στον πίνακα 3 (Aronson, 2012).

Πίνακας 3- Βασικές αρχές ορθολογικής συνταγογράφησης

1.	Να υπάρχει σαφήνεια για την αναγκαιότητα συνταγογράφησης (ακριβής διάγνωση, αναμενόμενο όφελος ασθενή).
2.	Να ληφθεί υπόψη το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς πριν τη συνταγογράφηση.
3.	Να ληφθούν υπόψη πρόσθετοι παράγοντες που δυνητικά θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακοθεραπείας.
4.	Να ληφθούν υπόψη οι αντιλήψεις, οι ανησυχίες και οι προσδοκίες του ασθενούς.
5.	Να επιλέγονται αποτελεσματικά, ασφαλή και οικονομικά φάρμακα, εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή.
6.	Να γίνεται συμμόρφωση στα εθνικά θεραπευτικά πρωτόκολλα.
7.	Να χορηγούνται σαφείς και νόμιμες συνταγές φαρμάκων με την απαραίτητη τεκμηρίωση.
8.	Να παρακολουθούνται τα οφέλη αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να παρουσιάσει μια φαρμακευτική αγωγή.
9.	Να καταγράφονται και να γνωστοποιούνται όλες οι αποφάσεις συνταγογράφησης, πλήρως τεκμηριωμένες.
10.	Η συνταγογράφηση να πραγματοποιείται εντός των γνωσιακών ορίων, δεξιοτήτων και εμπειρίας του επαγγελματία υγείας.

Πηγή: Aronson, 2012

3.2 Η σημασία της συνταγογράφησης

Η μη ορθολογική συνταγογράφηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται διαρκώς να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και εύλογα αποτελεί ζήτημα μείζονος σημασίας για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Οι συμπεριφορές μη ορθολογικής συνταγογράφησης συχνά οδηγούν σε δυσμενείς επιπτώσεις όπως είναι οι αναποτελεσματικές και μη ασφαλείς θεραπείες, η επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, η επιμήκυνση της διάρκειας της νόσου και η αύξηση του φαρμακευτικού κόστους (Desalegn, 2013).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, πάνω από τα μισά φάρμακα συνταγογραφούνται, διανέμονται ή πωλούνται μη ορθολογικά, ενώ το 50% των ασθενών αποτυγχάνει να πάρει σωστά τα φάρμακα του. Επιπλέον, περίπου το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε βασικά φάρμακα. Τα δεδομένα αυτά προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία στην παγκόσμια κοινότητα καθότι επιφέρουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών αλλά και στα συστήματα υγείας (WHO, 2002).

Σύμφωνα με τον Ofori – Asenso et al. (2016), οι βασικές κατηγορίες μη ορθολογικής συνταγογράφησης είναι οι εξής:

- Ελλιπή συνταγογράφηση – αφορά τις περιπτώσεις όπου η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται, δεν συνταγογραφείται από τον ιατρό ή χορηγείται σε μικρότερη δόση ή για μικρότερη διάρκεια από αυτή που πραγματικά χρειάζεται ο ασθενής για να αντιμετωπίσει την ασθένεια.
- Υπερβολική συνταγογράφηση – αφορά τις περιπτώσεις όπου συνταγογραφείται φαρμακευτική αγωγή που δεν ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της ασθένειας ή και αν ακόμη ενδείκνυται, αυτή χορηγείται σε μεγαλύτερη δόση και για μεγαλύτερη διάρκεια από αυτή που πραγματικά απαιτείται.
- Εσφαλμένη συνταγογράφηση – αφορά τις περιπτώσεις όπου χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για ασθένεια η οποία έχει διαγνωστεί λάθος ή για τις περιπτώσεις όπου δεν έχουν ληφθεί υπόψη βασικοί παράμετροι όπως αλλεργίες, συνυπάρχουσες παθήσεις, ιστορικό ή άλλα φάρμακα που μπορεί να λαμβάνει ήδη ένας ασθενής.
- Πολυδάπανη συνταγογράφηση - αφορά τις περιπτώσεις όπου συνταγογραφείται φαρμακευτική αγωγή η οποία είναι πολύ πιο δαπανηρή ενώ υπάρχει παρόμοια συγκρίσιμη, σε πολύ χαμηλότερο κόστος.
- Πολλαπλή συνταγογράφηση – αφορά τις περιπτώσεις όπου συνταγογραφούνται δύο ή περισσότερα φάρμακα για μια ασθένεια η οποία θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με λιγότερα ή όταν συνταγογραφούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση των δευτερευόντων συμπτωμάτων και όχι για την κύρια ασθένεια η οποία αποτελεί και την αιτία των δευτερευόντων.

Για την αντιμετώπιση της μη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων, πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα ανίχνευσης των ειδών, του μεγέθους και των αιτιακών παραγόντων αυτής (WHO, 2002).

Για το λόγο αυτό, το 1993 ο ΠΟΥ σε συνεργασία με το παγκόσμιο δίκτυο για την ορθολογική χρήση φαρμάκων (International Network for the Rational Use of Drugs – INRUD) πρόέβησαν στην ανάπτυξη και έκδοση ενός πρότυπου μεθοδολογικού εργαλείου μέτρησης συγκεκριμένων

ποσοτικών δεικτών χρήσης φαρμάκων σε δομές υγειονομικής περίθαλψης οι οποίοι ανιχνεύουν προβληματικές καταστάσεις συνταγογράφησης και ποιότητας φροντίδας. Οι εν λόγω δείκτες αποτελούν ευρέως αποδεκτό παγκόσμιο πρότυπο μέτρησης και περιγράφονται στο πίνακα 4 (WHO, 2004).

Πίνακας 4 - Δείκτες χρήσης φαρμάκων για δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Δείκτες συνταγογράφησης:	
1	Μέσος αριθμός φαρμάκων που συνταγογραφούνται ανά επίσκεψη ασθενή
2	Ποσοστό των φαρμάκων που συνταγογραφούνται με γενόσημο όνομα
3	Ποσοστό επισκέψεων που συνταγογραφείται αντιβιοτικό
4	Ποσοστό επισκέψεων με μια συνταγογραφούμενη ένεση
5	Ποσοστό των φαρμάκων που συνταγογραφούνται από τον κατάλογο βασικών φαρμάκων ή συνταγολογίου
Δείκτες φροντίδας ασθενών:	
1	Μέσος χρόνος επίσκεψης
2	Μέσος χρόνος διάθεσης
3	Ποσοστό των φαρμάκων που διατέθηκαν πραγματικά
4	Ποσοστό φαρμάκων με επαρκή σήμανση
5	Ποσοστό των ασθενών που γνωρίζουν τη σωστή δόση
Δείκτες Δομών:	
1	Διαθεσιμότητα του καταλόγου βασικών φαρμάκων στους επαγγελματίες υγείας
2	Διαθεσιμότητα κλινικών οδηγιών / πρωτοκόλλων
3	Ποσοστό διαθέσιμων βασικών φαρμάκων
Συμπληρωματικοί δείκτες χρήσης φαρμάκων:	
1	Μέσο κόστος φαρμάκου ανά επίσκεψη
2	Ποσοστό συνταγών σύμφωνα με τις κλινικές οδηγίες / πρωτόκολλα

Πηγή: WHO, 2004.

Τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό κατάλληλων στρατηγικών παρεμβάσεων και της μέτρησης επίπτωσης αυτών στη χρήση φαρμάκων.

3.3 Θεωρητικά μοντέλα λήψης ιατρικών αποφάσεων και συνταγογράφηση

Η ταχύτητα των αλλαγών στους τομείς της κλινικής διάγνωσης και θεραπευτικής διαχείρισης νοσημάτων σε συνδυασμό με την πληθώρα των άμεσα διαθέσιμων πληροφοριών που σχετίζονται με τους τομείς αυτούς, έφερε στο προσκήνιο την υιοθέτηση ενός διαφορετικού μοντέλου ιατρικής πράξης και λήψης ιατρικών αποφάσεων, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και η συνταγογράφηση. Η Ιατρική βασιζόμενη σε ενδείξεις (Evidence Based Medicine – EBM) αφορά τη μετεξέλιξη του παραδοσιακού μοντέλου λήψης ιατρικών αποφάσεων το οποίο είχε ως βάση το θεωρητικό υπόβαθρο που αποκτάται κατά την εκπαίδευση των ιατρών και των λοιπών δεξιοτήτων που αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της ιατρικής τους πρακτικής. Ο βασικός εμπνευστής της Ιατρικής βασιζόμενη σε ενδείξεις, David Sackett, αναφέρει ότι αυτή αποτελεί μια συνειδητή, σαφή και ορθολογική χρήση των ευρημάτων της τρέχουσας επιστημονικής έρευνας για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών με ορθολογικό τρόπο (Sackett et al, 1996). Στην πρακτική του εφαρμογή, η Ιατρική βάσει ενδείξεων συνδυάζει τις βέλτιστες ενδείξεις της επιστημονικής έρευνας με την κλινική εμπειρία του ιατρού και τις αξίες των ασθενών με τέτοιο τρόπο που να οδηγεί στη λήψη ορθολογικών κλινικών αποφάσεων και την εν τέλει επίτευξη της καλύτερης δυνατής έκβασης της κατάστασης ενός ασθενή (Γαλάνης, 2010).

Σύμφωνα λοιπόν με αυτό το θεωρητικό μοντέλο, όταν υπάρχει αβεβαιότητα στη κλινική διαχείριση ενός ασθενή (διάγνωση, πρόγνωση, διαχείριση), τότε προτείνεται να ακολουθούνται τα παρακάτω τέσσερα διαδοχικά στάδια, τα αρχικά των οποίων στην αγγλική γλώσσα αναφέρονται και ως τα τέσσερα «Α» (Rosenberg, 1995, Gilboy, 1996, Μουντοκαλάκης, 2015):

1. “Asking” – Διατύπωση σαφούς κλινικού ερωτήματος σχετικά με την κατάσταση του ασθενή.
2. “Accessing” – Αναζήτηση ενδείξεων και σχετικών κλινικών άρθρων σε βάσεις δεδομένων.
3. “Appraising” – Κριτική αξιολόγηση της εγκυρότητας και χρησιμότητας των ενδείξεων.
4. “Applying” – Εφαρμογή των εν λόγω αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Μια ακόμη θεωρητική προσέγγιση που σχετίζεται με τη λήψη ιατρικών αποφάσεων αφορά το δυαδικό μοντέλο διαδικασίας (Dual Process Theory – DPT), σύμφωνα με το οποίο η διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να περιγραφεί ως μια συνάρτηση δυο συστημάτων λειτουργίας. Το πρώτο σύστημα (σύστημα I) χαρακτηρίζεται από ένα αυτόματο, διαισθητικό, γρήγορο, αφηγηματικό, βιωματικό και αβίαστο τρόπο λειτουργίας, ενώ το δεύτερο σύστημα (σύστημα II)

χαρακτηρίζεται από ένα αναλυτικό, αργό, συνειδητό, ορθολογικό και με μεγάλη προσπάθεια τρόπο λειτουργίας (Croskerry, 2009).

Στην πρακτική του εφαρμογή, το δυαδικό μοντέλο εξηγεί ότι συχνά η λήψη των ιατρικών αποφάσεων γίνεται με μη αναλυτικές διαδικασίες, γρήγορα και αντανακλαστικά (σύστημα I) αξιοποιώντας την προηγούμενη εμπειρία που διαθέτουν οι ιατροί, τις συνήθειες, τις γνώσεις και άλλα γνώριμα ερεθίσματα. Σε περιπτώσεις όμως αβεβαιότητας και όχι τόσο γνώριμες, μπαίνει σε εφαρμογή η αναλυτική διαδικασία (σύστημα II) που περιλαμβάνει τη λογική, την κριτική σκέψη και την αντικειμενική ανάλυση όπου αναζητούνται επιπλέον στοιχεία μέσω του ιστορικού του ασθενούς, μέσω διαγνωστικών εξετάσεων για την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος που θα βελτιώσει τη διαγνωστική ακρίβεια και θα μειώσει τα λάθη διαχείρισης της φροντίδας ενός ασθενή (Ely et al. 2011, Bate et al. 2012, Djulbegovic et al. 2012, Saposnik et al. 2016).

Ένα επιπλέον αρκετά σημαντικό θεωρητικό μοντέλο που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια για την τεκμηρίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή ενός ασθενή είναι το μοντέλο της ουδού ή των ορίων (threshold model).

Το συγκεκριμένο μοντέλο ξεκινάει από την παραδοχή ότι προκειμένου ένας επαγγελματίας υγείας να μπορεί να πάρει την κατάλληλη θεραπευτική απόφαση, θα πρέπει αφενός να διαπιστώσει την πιθανότητα ύπαρξης νόσου ή μη στον ασθενή και αφετέρου να αποφασίσει αν τα πιθανά προσδοκώμενα οφέλη της προτεινόμενης θεραπείας αντισταθμίζουν τις ενδεχόμενες επιβλαβείς επιπτώσεις. Η προαναφερόμενη διεργασία συχνά εφαρμόζεται διαισθητικά από τους επαγγελματίες υγείας, όμως η διαδικασία λήψης απόφασης έχει μελετηθεί και καθιερωθεί εμπειριστατωμένα κάτω από αυτό το μοντέλο. Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο της ουδού αναφέρει ότι σε καταστάσεις αβεβαιότητας, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να επιλέξει τη χορήγηση θεραπείας όταν η πιθανότητα ύπαρξης της νόσου είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα της ουδού, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει σε αυτή. Έτσι λοιπόν, καθώς ο λόγος θεραπευτικού οφέλους / ενδεχόμενης βλάβης αυξάνεται, τότε η χορήγηση της θεραπείας μπορεί να δικαιολογηθεί και αντίστροφα (Djulbegovic et al, 2014, Boland & Lehmann, 2010). Στην ουσία λοιπόν, ο επαγγελματίας υγείας πραγματεύεται την πιθανότητα ενός νοσήματος πέραν της οποίας θα πρέπει και κάτω από την οποία δεν θα πρέπει να χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή, η οποία καλείται θεραπευτικός ουδός (therapeutic threshold). Γίνεται αντιληπτό επομένως, ότι η εκτίμηση του θεραπευτικού ουδού κρίνεται ως καθοριστικό και χρήσιμο εργαλείο ενός επαγγελματία υγείας καθότι ενισχύει την απόφαση χορήγησης θεραπευτικής αγωγής ή όχι, μεγιστοποιώντας το όφελος φροντίδας του ασθενή και αποφεύγοντας παράλληλα δυσάρεστες,

επώδυνες ή ακόμη και δαπανηρές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Γαλάνης & Σπάρος, 2006, Καλλιακμάνης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

4.1 Γενικά

Τα τελευταία χρόνια, η διερεύνηση των προσδιοριστών που διαμορφώνουν και καθορίζουν τη συνταγογραφική επιλογή των επαγγελματιών υγείας, αποκτά ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο και από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει μέσα από πολυάριθμες μελέτες ότι οι βέλτιστες επιλογές σε συνδυασμό με την ορθολογική χρήση έχουν θετικό αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας του γενικού πληθυσμού, στην οικονομική διαχείριση καθώς και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Mossialos et al. 2004).

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία η οποία διαμορφώνεται από διαφορετικούς παραμέτρους που σχετίζονται τόσο με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο περί φαρμακευτικής πολιτικής όσο και με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του συνταγογράφου ιατρού. Σε αυτό το πλαίσιο, πολλές ερευνητικές προσπάθειες εστιάζουν στο να αναλύσουν και να κατανοήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις πρακτικές και τις αποφάσεις των ιατρών κατά τη διαδικασία συνταγογράφησης.

Οι Buusman et al. (2007) σε μελέτη που διεξήχθη στη Δανία για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογραφική επιλογή των ιατρών βρήκαν ότι αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες σύμφωνα με:

- 1) Το κόστος του φαρμάκου.
- 2) Τους εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι δεν καθορίζονται από τους ιατρούς και αφορούν το ισχύον θεσμικό πλαίσιο συνταγογράφησης, τα εθνικά θεραπευτικά πρωτόκολλα, τις φαρμακευτικές εταιρείες, την επιρροή από συναδέλφους ή άλλους καθοδηγητές γνώμης κλπ.
- 3) Τους εσωτερικούς παράγοντες όπως τις απαιτήσεις των ασθενών, την προηγούμενη εμπειρία χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων σε ασθενείς, το φόρτο εργασίας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τον τρόπο χορήγησης και της δόσης του φαρμάκου.

Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Jacoby et al. (2003) όπου σε ποιοτική μελέτη μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 520 ιατρών για την ανίχνευση των παραγόντων που τους επηρεάζουν κατά τη συνταγογράφηση νέων φαρμακευτικών

σκευασμάτων βρήκαν ότι αυτοί ανήκουν σε τρεις βασικές κατηγορίες που αφορούν εσωτερικούς - προσωπικούς, εξωτερικούς – κοινωνικούς και φαρμακευτικούς παράγοντες.

Στην πρακτική εφαρμογή, η απόφαση του ιατρού για τη συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού θεραπευτικού σχήματος έχει να κάνει με μια δυναμική διαδικασία η οποία επηρεάζεται από ένα σύνολο παραμέτρων (Prosser et al., 2003) και η οποία εξαρτάται από τα βασικά χαρακτηριστικά του φαρμάκου - ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ανεπιθύμητες ενέργειες, μορφή, προτεινόμενη δόση , από το γενικότερο πλαίσιο που επικρατεί κατά τη στιγμή της συνταγογράφησης – προηγούμενη εμπειρία ιατρού και ασθενή, ζήτηση εκ μέρους του ασθενή, πίεση χρόνου και από τη συνήθη πρακτική – συνήθεια ή καθιερωμένη διαδικασία (Denig et al., 2002).

Πρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών και ανήκουν στην κατηγορία των σταθερών μεταβλητών – καθότι δεν μπορούν να επηρεαστούν – περιλαμβάνουν την ηλικία και το φύλο των ιατρών, το θεσμικό πλαίσιο συνταγογράφησης, καθώς και την περιοχή εργασίας. Παράλληλα, υπάρχουν και μεταβλητοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν και να προκαλέσουν αλλαγές στη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, κλινική εμπειρία, πηγές πληροφόρησης σχετικά με τα φάρμακα και το κόστος τους (Watkins et al., 2003, Mprogiatzidis 2013).

Πέρα από την γενικότερη κατηγοριοποίηση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, παρακάτω ακολουθούν αναλυτικά οι προσδιοριστές που σχετίζονται με αυτή:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

- Φύλο
- Ηλικία
- Ειδικότητα ιατρού
- Επαγγελματική εμπειρία
- Επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Θέση εργασίας
- Συχνότητα συνταγογράφησης

Κοινωνικοοικονομικοί:

- Θεσμικό πλαίσιο σχετικά με συνταγογράφηση
- Στάση απέναντι στα γενόσημα
- Κόστος φαρμάκου
- Ασφαλιστική κάλυψη ασθενούς
- Ζήτηση εκ μέρους των ασθενών

Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά:

- Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα φαρμάκου
- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Μορφή χορήγησης και προτεινόμενη δόση φαρμάκου

Πηγές Πληροφόρησης: & Επιρροή:

- Πληροφόρηση από επιστημονικούς αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών
- Επιρροή από συναδέλφους ή άλλους καθοδηγητές γνώμης

Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να βοηθήσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να προσδιορίσουν τα απαραίτητα μέτρα και τις ενέργειες που χρειάζονται τα συστήματα υγείας να υιοθετήσουν και έτσι να συμβάλλουν στη μεγαλύτερη οικονομική και κλινική αποδοτικότητα.

4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα σημαντικότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών είναι το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα του ιατρού, η επαγγελματική εμπειρία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η θέση εργασίας (φορέας του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα) και η συχνότητα συνταγογράφησης.

Σε έρευνα των Tahmasebi & Kebriaeezadeh (2015), διαπιστώθηκε ότι το φύλο και η ηλικία του ιατρού είχε σημαντική επίδραση στη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων, με τους άνδρες να παρουσιάζουν θετική επίδραση στη συνταγογράφηση νέων φαρμάκων και τους νεότερους σε ηλικία να συνταγογραφούν συχνότερα πρωτότυπα φάρμακα. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Tamblyn et al. (2003) όπου σε έρευνα που διεξήχθη σε 358 ιατρούς, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες συνταγογραφούν περισσότερα νέα φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες, κυρίως διότι ασχολούνται περισσότερο με τις νέες τεχνολογίες, ενώ σε ποιοτική έρευνα των Stevenson et al. (1999) βρέθηκε ότι οι γυναίκες ιατροί συνταγογραφούν λιγότερα φάρμακα και τείνουν γενικότερα προς την πρόληψη κατανάλωσης φαρμάκων. Επίσης, σχετικά με την ηλικία των ιατρών που συνταγογραφούν, βρέθηκε σε έρευνα των Peay & Peay (1988) ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ιατροί είναι λιγότερο πρόθυμοι να συνταγογραφούν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Η Lubloy (2014), σε μια συστηματική ανασκόπηση για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν την χρήση νέων φαρμάκων, κατέληξε ότι οι ιατροί μικρότερης ηλικίας ήταν θετικοί

στην υιοθέτηση νέων φαρμάκων με τους άντρες να τα συνταγογραφούν αρκετά νωρίτερα σε σχέση με τις γυναίκες.

Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα από τις Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη (2016), σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη στάση των ιατρών για την υποκατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ιατροί ήταν πιο επιφυλακτικές σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους αναφορικά με την ποιότητα των γενοσήμων ενώ η χαμηλή τιμή τους σε συνδυασμό με την μεγαλύτερη ευαισθησία προς τις οικονομικές δυσκολίες των ασθενών, είχε θετική επίδραση στη συνταγογράφηση από τις γυναίκες ιατρούς. Επίσης, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι ιατροί άνω των 51 ετών εμπιστεύονται περισσότερο τα γενόσημα καθώς τα θεωρούν αποτελεσματικά και ασφαλή καθώς επίσης ότι οι ιατροί οι οποίοι ασκούν περισσότερα χρόνια το επάγγελμα έχουν θετική άποψη για τα γενόσημα, με τους νεότερους ιατρούς να θεωρούν ότι τα γενόσημα εμφανίζουν πιο πολλές αστοχίες και παρενέργειες σε σχέση με τα πρωτότυπα. Οι ιατροί με ειδικότητα παθολογίας, οι οποίοι συνταγογραφούν και τα περισσότερα φάρμακα, εμφανίζονται να εμπιστεύονται περισσότερο τα γενόσημα σε αντίθεση με τους ιατρούς εργαστηριακού τομέα οι οποίοι είναι πιο επιφυλακτικοί ως προς την ασφάλεια των γενοσήμων ενδεχομένως εξαιτίας της έλλειψης κλινικής πρακτικής. Παρεμφερή αποτελέσματα εμφανίζει και η μελέτη των Tsiantou et al. (2009), όπου παρατηρήθηκε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ιατροί έχουν περισσότερες πιθανότητες συνταγογράφησης γενοσήμων σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους, καθώς επίσης και η μελέτη των Xanthroulou & Katsaliaki (2018) όπου η στατιστική ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ότι οι άντρες και οι μεγαλύτερης ηλικίας ιατροί τείνουν να προτιμούν την υποκατάσταση γενοσήμων.

Ο Kasliwal (2013), βρήκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική επίπτωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (μη ιατρικών) στη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών ανάλογα με την ηλικία, την ειδικότητα και το φύλο. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του ιατρού τόσο μειώνεται η επιρροή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη συνταγογραφική συμπεριφορά. Επίσης, αναφέρει ότι η ειδικότητα του παιδίατρου επηρεάζεται το λιγότερο δυνατό από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, γεγονός που τους οδηγεί στην λήψη περισσότερων ορθολογικών αποφάσεων, ενώ αναφορικά με το φύλο παρατηρήθηκε ότι η επιρροή των εξωτερικών παραγόντων, όπως των αυτή των φαρμακευτικών αντιπροσώπων, στη συνταγογραφική συμπεριφορά είναι μικρότερη στους άντρες ιατρούς σε σχέση με τις γυναίκες.

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Κρήτη κατά τη διάρκεια του 2011 – 2012 από τους Frouzi et al. (2013), σχετικά με τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα, διαπιστώθηκε ότι δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως τα χρόνια εμπειρίας, ο φορέας

εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ειδικότητα του ιατρού έχουν σημαντική συσχέτιση με τη συνταγογράφηση γενοσήμων. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ιατροί ηλικίας 41-45 ετών, που δουλεύουν σε δημόσια νοσοκομεία, με εμπειρία κάτω από 5 ή πάνω από 31 έτη και με ειδικότητα ορθοπαιδικού και πνευμονολόγου, έχουν υψηλότερη πιθανότητα συνταγογράφησης γενοσήμων.

Επιπλέον, ο Mprogiatzidis (2013) σε έρευνα 123 διευθυντών κλινικών σε 15 νοσοκομεία στην Ελλάδα, βρήκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία διευθυντές είναι προσεκτικοί στη χρήση νέων φαρμάκων σε σχέση με τους μικρότερους ενώ η προηγούμενη εμπειρία τους επηρεάζει τη συνταγογραφική τους επιλογή σε σχέση μόνο με επιστημονικά κριτήρια.

Σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. για τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την μη ορθολογική συνταγογράφηση αντιβιοτικών σε περιπατητικούς ασθενείς (Schmidt et al., 2018), διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του ιατρού και της πιθανότητας συνταγογράφησης αντιβιοτικών, με τους μικρότερους σε ηλικία να συνταγογραφούν λιγότερα αντιβιοτικά σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ιατρούς. Μάλιστα, στην εν λόγω έρευνα βρέθηκε ότι ειδικότερα για την ειδικότητα της παιδιατρικής, οι ιατροί ηλικίας μεταξύ 51 και 60 ήταν τέσσερις φορές πιο πιθανό να συνταγογραφήσουν αντιβιοτικά σε σχέση με τους ιατρούς ηλικίας κάτω των 30 ετών.

Σε αντίθεση, ο Mason (2008) αναφέρει ότι το φύλο, η επαγγελματική εμπειρία καθώς και το καθεστώς εργασίας των ιατρών δεν σχετίζεται με την χορήγηση νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων ενώ οι ιατροί που συνταγογραφούν περισσότερο φαίνονται περισσότερο πρόθυμοι να πειραματιστούν και να χορηγήσουν νέα σκευάσματα σε σύγκριση με αυτούς που συνταγογραφούν λιγότερο οι οποίοι συνήθως αναζητούν επιπλέον επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες μέσω βιβλιογραφίας ή άλλων πηγών. Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγουν και οι Ie et al. (2017), σε έρευνα που διεξήχθη σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συνταγογράφηση και τη πολυφαρμακία από τους επαγγελματίες υγείας, όπου βρήκαν ότι το φύλο, τα χρόνια κλινικής εμπειρίας και βαθμός της αίσθησης εμπιστοσύνης του ιατρού δεν σχετίζονται με τη συνταγογράφηση.

Στη μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι Murshid & Mohaidin (2017) σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα επώνυμα φάρμακα και η επίδρασή τους στη συνταγογράφηση, βρέθηκε ότι οι ιατροί μικρότερης ηλικίας στις ΗΠΑ, στο Πακιστάν και στη Μαλαισία, με λιγότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, συνταγογραφούν συχνότερα γενόσημα φάρμακα σε σχέση με ιατρούς μεγαλύτερης ηλικίας. Αντίθετα, οι ιατροί μεγαλύτερης ηλικίας στη Σαουδική Αραβία και στην Ελλάδα συνταγογραφούν συχνότερα γενόσημα φάρμακα σε σχέση με τους μικρότερους, ενώ στην Πολωνία η ηλικία του ιατρού δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συνταγογραφική τους επιλογή ή την προτίμηση των γενοσήμων. Επίσης, στην ίδια

μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη συνταγογράφηση γενοσήμων διαφοροποιούνται ανάλογα με το αν εργάζονται σε ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα, με αυτούς που εργάζονται στο δημόσιο να είναι πιο δεκτικοί στην υποκατάσταση γενόσημων σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τους El-Dahiyat et al. (2014) όπου βρήκαν ότι οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα είναι ενάντιοι στη χρήση γενοσήμων σε σχέση με τους ιατρούς του δημόσιου τομέα, καθώς και από τον Granlund (2009) ο οποίος διαπίστωσε ότι οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα ήταν 50 – 80% πιθανότερο να αρνηθούν την υποκατάσταση με γενόσημα φάρμακα σε σχέση με τους ιατρούς του δημοσίου. Επίσης, σε μελέτη των Kotwani et al. (2010) σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, βρήκαν μεταξύ άλλων, ότι οι ιατροί του δημοσίου επηρεάζονται λιγότερο από την πληροφόρηση που παρέχεται από τους αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών, σε σχέση με τους ιατρούς του ιδιωτικού τομέα. Οι Tan et al. (2009) αναφέρουν ότι οι ιατροί που δουλεύουν σε δημόσιες δομές, εξαιτίας του φόρτου εργασίας και του περιορισμένου διαθέσιμου χρόνου για την εξέταση των ασθενών, συχνά οδηγούνται στη λήψη μη ορθολογικών αποφάσεων σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών.

Διαφοροποίηση παρουσιάζεται επίσης και αναφορικά με τη συχνότητα συνταγογράφησης των ιατρών, όπου έχει διαπιστωθεί ότι οι ιατροί οι οποίοι συνταγογραφούν σε περισσότερους ασθενείς και μεγαλύτερο όγκο φαρμακευτικών σκευασμάτων, συνταγογραφούν και μεγαλύτερο εύρος διαφορετικών φαρμάκων (De Bakker at al., 2007).

4.3 Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά

Τα βασικότερα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών περιλαμβάνουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τη μορφή και την προτεινόμενη δόση.

Σε ποιοτική έρευνα που διεξήχθη σε ιατρούς στη Σουηδία σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη διαφοροποίηση της συνταγογραφικής διαδικασίας (Rahmner et al., 2009), βρέθηκε ότι οι ιατροί κατά τη συνταγογράφηση δίνουν προτεραιότητα στην ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των φαρμάκων έναντι του κόστους και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και ο Mason (2008) όπου σε μια μετα ανάλυση σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση νέων φαρμάκων στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διαπίστωσε ότι οι παράγοντες της

ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων παραμένουν ψηλά στην ιεράρχηση των ιατρών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες (Prosser & Walley, 2005, Armstrong, 2002).

Οι Theodorou et al. (2009), σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ιατρούς στην Ελλάδα και στην Κύπρο σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές τους αποφάσεις, κατέληξαν ότι και στις δύο χώρες η κλινική αποτελεσματικότητα του φαρμάκου θεωρείται ο πιο σημαντικός παράγοντας, με τους Έλληνες να λαμβάνουν υπόψη τους πρόσθετα χαρακτηριστικά του φαρμάκου όπως είναι η μορφή χορήγησης και η προτεινόμενη ημερήσια δόση. Επίσης, στην ίδια μελέτη, βρέθηκε ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την τροποποίηση της συνταγογραφικής απόφασης και στις δύο χώρες.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των Sharifnia et al. (2018), όπου σε πρόσφατη έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε 460 ιατρούς, διαπίστωσαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των φαρμάκων όπως η ασφάλεια, η αποδοτικότητα, η βιοδιαθεσιμότητα κ.α., αξιολογήθηκαν ως σημαντικοί και ότι έχουν θετική συσχέτιση με τις συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών, καταλήγοντας έτσι στη λογική υπόθεση ότι προκειμένου ένας επαγγελματίας υγείας συνταγογραφήσει κάποιο φάρμακο, θα αξιολογήσει πρώτα την κλινική αποτελεσματικότητά του.

Επίσης, σε έρευνα που διεξήχθη μεταξύ 150 επαγγελματιών υγείας (Schumock et al., 2004), βρέθηκε ότι τα σημαντικότερα κριτήρια που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές τους αποφάσεις σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των φαρμάκων όπως είναι η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα, η ευκολία χορήγησης της ημερήσιας δόσης και η φαρμακοτεχνική μορφή. Εξετάζοντας τα επιστημονικά κριτήρια επιλογής φαρμάκων από τους κλινικούς ιατρούς, σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα (Mrogiatzidis, 2013), βρέθηκε ότι οι ενδείξεις, η αποτελεσματικότητα της δραστικής ουσίας και οι αντενδείξεις αποτελούν τους πιο κρίσιμους παράγοντες επιλογής, με τις παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα να ακολουθούν, ενώ η ευκολία χορήγησης και η συνιστώμενη ημερήσια δοσολογία δεν φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά την επιλογή τους. Ο Bradley (1992), εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τους γενικούς ιατρούς για το αν θα προχωρήσουν σε συνταγογράφηση φαρμάκων ή όχι, διαπίστωσε ότι η συχνότερη αιτία ανησυχίας αφορούσε τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αλλά και η αποτελεσματικότητα, οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και ο κίνδυνος υπερδοσολογίας. Στην ποιοτική μελέτη των Jacoby et al. (2003), σχετικά με τη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη συνταγογράφηση νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους επαγγελματίες υγείας, βρέθηκε ότι οι αποφάσεις τους επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου τα οποία περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανεκτικότητα,

ανεπιθύμητες ενέργειες, δοσολογία και τρόπο χορήγησης. Οι Buusman et al. (2007), αναφέρουν ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου αποτελούν σημαντικό ζήτημα για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας κατά την εναλλαγή μεταξύ ομοειδών φαρμάκων, ενώ η προηγούμενη εμπειρία τους με ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα επιλογή φαρμάκου πρώτης γραμμής και έχει μεγάλο βαθμό συσχέτισης με τις προσδοκίες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων. Στην ίδια έρευνα αναφέρθηκε επίσης ότι οι διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά το δοσολογικό σχήμα επηρεάζει τις συνταγογραφικές επιλογές των ιατρών με προτίμηση των σκευασμάτων που χορηγούνται τις λιγότερες δυνατές φορές μέσα στην ημέρα και έχουν 24- ώρο εύρος κάλυψης.

Επιπλέον, οι Tsiantou et al. (2009) σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, καταλήγουν ότι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών αποτελεί το βασικότερο λόγο βάσει του οποίου οι επαγγελματίες υγείας θα διαφοροποιούσαν τη συνταγογραφική τους συνήθεια, ενώ σε έρευνα των El-Dahiyat et al. (2014) στην Ιορδανία, βρέθηκε ότι οι αποφάσεις συνταγογράφησης των ιατρών επηρεάζονται πρωτίστως από την κλινική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των φαρμάκων, με τη μορφή και την προτεινόμενη δόση να ακολουθούν αμέσως μετά. Οι Jones et al. (2001), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, βρήκαν ότι οι αποφάσεις των ιατρών βασίζονται κυρίως σε τεκμηριωμένες αναφορές από την επιστημονική βιβλιογραφία και από επιστημονικές συναντήσεις.

Ακόμη, σε μελέτη των Soremekun & Omitiran (2014) για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους ιατρούς κατά τη συνταγογράφηση για τις περιπτώσεις διαχείρισης γονιμότητας στη Νιγηρία, βρέθηκε ότι η κλινική αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα επιρροής για την επιλογή φαρμάκου με ποσοστό 41,67%. Στην ίδια μελέτη, αναφέρεται επίσης ότι η προτεινόμενη ημερησία δόση συνιστά επίσης σημαντικό παράγοντα επιρροής, τρίτο σε σειρά κατάταξης μετά το κόστος φαρμάκου, με ποσοστό 14,58%.

Οι Denig et al. (2002), κατέγραψαν τη διαδικασία λήψης συνταγογραφικής απόφασης 61 ιατρών για τους ασθενείς τους ενώ σκέπτονταν δυνατά και διαπίστωσαν ότι αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των φαρμάκων, οι περισσότερες αναφορές των ιατρών σχετίζονταν με την αποτελεσματικότητα και το μηχανισμό δράσης του φαρμάκου ενώ περιστασιακά γινόταν αναφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες.

4.4 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Οι σημαντικότεροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών περιλαμβάνουν το κόστος του φαρμάκου, την ασφαλιστική κάλυψη ασθενούς, τη ζήτηση εκ μέρους των ασθενών, το θεσμικό πλαίσιο σχετικά με τη συνταγογράφηση και τη στάση των ιατρών απέναντι στα γενόσημα..

4.4.1 Κόστος Φαρμάκου και ασφαλιστική κάλυψη ασθενών

Σε μελέτη των Reichert et al. (2000) που διεξήχθη στην Αμερική σχετικά με τη στάση των ιατρών όσον αφορά τη συνταγογράφηση κοινών φαρμακευτικών σκευασμάτων, βρέθηκε ότι το 88% θεωρεί ότι το κόστος αποτελεί σημαντικό κριτήριο επιλογής του φαρμάκου και το 71% θα θυσίαζε σε κάποιο βαθμό την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου για να το κάνει πιο προσιτό στον ασθενή, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη. Παρεμφερή είναι και τα ευρήματα των Tsiantou et al. (2009) σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελλάδα, όπου το 62,3% των συμμετεχόντων ιατρών αναφέρουν ότι ο παράγοντας του κόστους επηρεάζει σημαντικά την τελική τους απόφαση και τον παράγοντα της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενή να βρίσκεται σε υψηλότερη θέση με ποσοστό 69,1%. Ομοίως, ο Mprogiatzidis (2013) καταλήγει ότι το κόστος επηρεάζει σημαντικά τη διαδικασία επιλογής φαρμάκων καθώς επίσης και ότι η δυνατότητα ή μη ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενή έχει σαφή επίδραση στην επιλογή της θεραπείας.

Επίσης, σε έρευνα των Prosser & Walley (2005) σχετικά με τη σημασία και την επίδραση του κόστους στη συνταγογράφηση φαρμάκων, βρέθηκε ότι ενώ οι ιατροί το θεωρούν σημαντικό παράγοντα και ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση του βαθμού ευαισθητοποίησης μεταξύ των ιατρών. Στην ίδια έρευνα, κατέληξαν ότι οι συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών στηρίζονται πρωτίστως στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του φαρμάκου και δευτερευόντως στο κόστος του. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στη Σουηδία, στην Αγγλία και στην Ελλάδα και Κύπρο, των Rahmner et al. (2009), του Mason (2008) και των Theodorou et al. (2009) αντίστοιχα, όπου διαπιστώθηκε ότι το κόστος του φαρμάκου επηρεάζει τις συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Ο Bradley (1992) αναφέρει ότι το 41,4% των ερωτηθέντων ιατρών αντιμετωπίζει δυσκολία κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων, η οποία σχετίζεται με τις ανησυχίες τους αναφορικά με το κόστος των φαρμάκων, κατατάσσοντας το δεύτερο σε σειρά ως πηγή

ανησυχίας, μετά από τις παρενέργειες. Οι Ryan et al. (1990) σε μελέτη που διεξήχθη στη Σκωτία για την ανίχνευση της στάσης των ιατρών αλλά και τις γνώσεις τους σχετικά με το κόστος των φαρμάκων που συνταγογραφούν, βρήκαν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνούν με την άποψη ότι το κόστος θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής ενός ασθενή, όμως στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η εκτίμηση των ιατρών σχετικά με το κόστος των φαρμάκων που συνταγογραφούν ήταν λανθασμένη καθώς παρουσίαζαν επανειλημμένα την τάση να διογκώνουν το κόστος των φθηνότερων φαρμάκων και να υποτιμούν το κόστος των ακριβότερων. Ο προβληματισμός έγκειται στο γεγονός ότι η εσφαλμένη αυτή αντίληψη των ιατρών μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία και με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί (Safavi & Hayward, 1992, Walzak et al. 1994, Hoffman et al. 1995, Allan et al. 2007) οι οποίες επισημαίνουν εν τέλει την ανάγκη των επαγγελματιών υγείας για πληροφόρηση σχετικά με τα κόστη των φαρμάκων που συνταγογραφούν.

Ακόμη, σε μελέτη των Carthy et al. (2000), αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με το κόστος κατά τη συνταγογράφηση, αναφέρουν ότι ενώ οι ιατροί φαίνονται να συμφωνούν επί της αρχής για τη λήψη πρωτοβουλιών που σχετίζονται με τη μείωση του κόστους, δυσανασχετούν όταν νιώθουν ότι η εφαρμογή της δημοσιονομικής πολιτικής τους αναγκάζει να διαφοροποιήσουν τον τρόπο με τον οποίο παίρνουν αποφάσεις σχετικά με τα φάρμακα που θα επιλέξουν να χορηγήσουν στους ασθενείς τους. Οι Buusman et al. (2007), σε ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων στη Δανία, αναφέρουν ότι το θέμα της τιμής των φαρμάκων επαναλαμβανόταν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων των ιατρών και έτσι τεκμηρίωσαν ότι οι συνταγογραφικές τους επιλογές φαρμάκων πρώτης γραμμής βασίζονται κατά κύριο λόγο στην τιμή, ενώ σε αντίθεση οι Jacoby et al. (2003) κάνουν λόγο για ανάγκη αλλαγής της στάσης των ιατρών απέναντι στη σημασία που δίνουν στον παράγοντα του κόστους των φαρμάκων καταρχήν, έτσι ώστε να υπάρξει θετική ανταπόκριση στην εφαρμογή πρακτικών που θα προάγουν την εξισορρόπηση του θεραπευτικού οφέλους έναντι του κινδύνου και του κόστους, ήτοι την ορθολογική συνταγογράφηση.

Οι El-Dahiyat et al. (2014) σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιορδανία, βρήκαν ότι το κόστος του φαρμάκου αποτελεί τον τρίτο σε σειρά κατάταξης παράγοντα που επηρεάζει τη συνταγογραφική τους απόφαση, μετά από την αποτελεσματικότητα και την προτεινόμενη δοσολογία, με τους ιατρούς που εργάζονται σε δημόσιες δομές να το λαμβάνουν περισσότερο υπόψη τους σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, οι Tan et al.

(2009), σε μελέτη που διεξήχθη σε οικογενειακούς ιατρούς στη Σιγκαπούρη, βρήκαν ότι το κόστος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών.

Οι Meyers et al. (2006), σε μελέτη που διεξήχθη στην Αμερική σχετικά με την επίδραση της ασφαλιστικής κάλυψης ή μη του ασθενή κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων, βρήκαν ότι οι ιατροί λαμβάνουν υπόψη τους το ασφαλιστικό καθεστώς του ασθενή με αποτέλεσμα αρκετές φορές να διαφοροποιήσουν την κλινική διαχείρισή τους, ενώ ο Lundin (2000) διαπίστωσε ότι αρκετές φορές η στάση των ιατρών απέναντι στη συνταγογράφηση ασφαλισμένων και ανασφάλιστων διαφοροποιείται. Επίσης, οι Raina et al. (2007) βρήκαν στον Καναδά ότι το 60% των ιατρών επηρεάζεται στη συνταγογραφική του συμπεριφορά όταν οι ασθενείς έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα πρόσβασης σε φάρμακα, αναγνωρίζοντας την πιθανότητα διαφοροποίησης της προτεινόμενης θεραπείας τους εάν η ασφαλιστική κάλυψη ήταν διαφορετική.

Επίσης, οι μελέτες των Mrogiatzidis (2013), Theodorou et al. (2009), Tsiantou et al. (2009) και Reichert et al. (2000), επιβεβαιώνουν μέσω των ευρημάτων τους ότι η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενή επηρεάζει τη συνταγογραφική επιλογή των ιατρών, πολύ περισσότερο δε όταν ο ασθενής είναι ανασφάλιστος.

Οι Al-Mohamadi et al. (2014) σε μελέτη σχετικά με τις τάσεις συνταγογράφησης φαρμάκων σε ασθενείς οι οποίοι έχουν ασφαλιστική κάλυψη, βρήκαν ότι οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα είναι πιθανότερο να συνταγογραφήσουν περισσότερα ή και ακριβότερα φάρμακα σε ασθενείς οι οποίοι έχουν ασφαλιστική κάλυψη παρά σε ανασφάλιστους, ενώ οι Gonul et al. (2001) διαπιστώνουν ότι ο τύπος της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενή έχει άμεση επίπτωση στην πιθανότητα συνταγογράφησης ενός φαρμάκου. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία και με την έρευνα των Fadare et al. (2015) στην Νιγηρία, όπου βρέθηκε ότι οι συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από την κατάσταση ασφάλισης του ασθενή, με διαφαινόμενη τάση αυτή της συνταγογράφησης περισσότερων φαρμάκων μεταξύ των ασθενών οι οποίοι διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

4.4.2 Ζήτηση εκ μέρους των ασθενών

Εμπειρικές μελέτες καταδεικνύουν ότι η λήψη κλινικών αποφάσεων των ιατρών όπως και η συνταγογράφηση επηρεάζονται εξίσου σημαντικά και από παραμέτρους κοινωνικούς, συμπεριλαμβανομένων και των προσδοκιών και απαιτήσεων των ασθενών τους (Webb & Lloyd, 1994, Virji & Britten, 1991, Britten, 1995).

Ο Bradley (1992), σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Αγγλία σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών, αναφέρει ότι το 44,3% νιώθει προβληματισμό όταν αντιλαμβάνονται ότι πρέπει να συνταγογραφήσουν κάποιο φάρμακο προκειμένου να μη διαταραχθεί η σχέση τους με τον ασθενή και συγκεκριμένα για να αποφευχθούν προστριβές, παράπονα ή οποιουδήποτε τύπου κριτικές. Επίσης, στη Σιγκαπούρη οι Tan et al. (2009) βρήκαν ότι οι συνταγογραφικές αποφάσεις των οικογενειακών ιατρών επηρεάζονται σημαντικά από τις προσωπικές πεποιθήσεις των ασθενών, τις αντιλήψεις τους καθώς και από τον βαθμό κατανόησης της κατάστασης της υγείας τους, αλλά και οι Carthy et al. (2000) διαπίστωσαν ότι η υπερβολική και μη ρεαλιστική ζήτηση των ασθενών επηρεάζει την απόφαση συνταγογράφησης. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και των Prosser et al. (2003), όπου διαπιστώθηκε ότι η ζήτηση εκ μέρους των ασθενών επηρεάζει σημαντικά τις συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών οι οποίοι πολλές φορές ενδίδουν ακόμη και όταν έχουν διαφορετική άποψη και θεωρούν ότι το απαιτούμενο σκεύασμα δεν θα έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος, η διατήρηση της σχέσης ιατρού – ασθενή, η αποφυγή προστριβών αλλά και η αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, αποτελούν τους βασικότερους λόγους αυτής της παραχώρησης.

Οι Kotwani et al. (2010), εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην Ινδία, βρήκαν ότι οι ιατροί αρκετές φορές υποκύπτουν στις προσδοκίες ή στις απαιτήσεις των ασθενών για συνταγογράφηση συγκεκριμένων σκευασμάτων που έχουν συγκεκριμένη μορφή ή δύναμη, ή που τους έχουν χορηγηθεί στο παρελθόν ή και για ορισμένα τα οποία έχουν πρώτα διερευνήσει μέσω άλλων πηγών ως κατάλληλα.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία σχετικά με την επιρροή των προσδοκιών των ασθενών στην συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, οι Cockburn & Pit (1997) έδωσαν μια πρόσθετη διάσταση στο θέμα καθώς βρήκαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της αντίληψης των ιατρών για τις προσδοκίες των ασθενών. Συγκεκριμένα, όταν ο ιατρός αντιλαμβανόταν ότι ο ασθενής προσδοκούσε χορήγηση φαρμάκων, τότε ήταν 10 φορές πιο πιθανό να οδηγηθεί σε συνταγογράφηση φαρμάκων. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και των Stevenson et al. (1999), σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις αντιλήψεις των ιατρών για την επίδραση που έχουν οι ασθενείς στη συνταγογράφηση όπου αναφέρουν ότι παράγοντες όπως το χαμηλό εισόδημα, οι πολιτιστικές πεποιθήσεις και η προηγούμενη συνταγογραφική συνήθεια των ασθενών επιδρούν στη συνταγογράφηση των ιατρών, αλλά καταλήγουν ότι οι προσδοκίες των ασθενών έχουν υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς και διαιωνίζονται ως πεποίθηση από τους ίδιους στην προσπάθεια να διατηρήσουν μια καλή σχέση με τους ασθενείς.

Τέλος, σε αντίθετα αποτελέσματα κατέληξαν οι Lee et al. (2017) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών, όπου βρέθηκε ότι η αντίληψη των ιατρών για τις προσδοκίες των ασθενών για συνταγογράφηση αντιβιοτικών δεν παρουσίαζε να επηρεάζει τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών.

4.4.3 Θεσμικό πλαίσιο σχετικά με τη συνταγογράφηση και στάση απέναντι στα γενόσημα

Στις περισσότερες χώρες, οι ιατροί έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα της συνταγογράφησης φαρμάκων στους ασθενείς και για το λόγο αυτό διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση ή μη ορθολογικής συνταγογραφικής συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας των ασθενών και ο προσδιορισμός της βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας αποτελούν πρωταρχικό μέλημα των ιατρών. Στην πραγματικότητα όμως, αρκετές φορές γίνονται αποδέκτες από ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν τις επιλογές τους με αποτέλεσμα αυτές να χαρακτηρίζονται ως μη ορθολογικές, περιττές ή δαπανηρές. Για την καλύτερη απόδοση των συστημάτων υγείας, οι χώρες υιοθετούν μέτρα –μεταξύ άλλων - που στοχεύουν και στη βελτίωση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, όπως την παρακολούθηση της συνταγογράφησης, την επιβολή πλαφόν – ορίου δαπάνης στη συνταγογράφηση, την υιοθέτηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τη συνταγογράφηση βάσει της δραστικής ουσίας κ.α. (Carone et al. 2012).

Στη Γαλλία, οι Durieux et al. (2000) αναφέρουν ότι η εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων δεν κατάφεραν να έχουν μεγάλη επιτυχία εξαιτίας του μεγάλου όγκου τους, της περιορισμένης δυνατότητας παρακολούθησης, της έλλειψης πληροφοριακών συστημάτων αλλά και της ανησυχίας των ιατρών ότι η εφαρμογή τους ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Επίσης, οι Hetlevik et al. (2000), σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την αξιολόγηση της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη, κατέληξαν ότι αυτά δεν οδήγησαν σε σημαντική αλλαγή της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών αλλά ούτε και στην έκβαση της πάθησης του ασθενή.

Οι Sinnenberg et al. (2017), σε ποιοτική μελέτη μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων σε 52 ιατρούς για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τους ιατρούς να συνταγογραφήσουν ή όχι οπιοειδή στις μονάδες επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων,

βρήκαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τους κανονισμούς του νοσοκομείου περί περιορισμού χρήσης τους ή όχι, με το θεσμικό πλαίσιο και τα θεραπευτικά πρωτοκόλλα που εφαρμόζονται, συμβάλουν σημαντικά στην απόφασή τους να συνταγογραφήσουν οπιοειδή.

Οι Bloor & Freemantle (1996), σε μια ανασκόπηση των πολιτικών που εφαρμόζονται διεθνώς για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας χρήσης φαρμάκων και εστιάζοντας ειδικότερα σε αυτές που επηρεάζουν τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών όπως τον περιορισμό ορίου φαρμακευτικής δαπάνης, της ανατροφοδότησης και ενημέρωσης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιδίων και της εφαρμογής θεραπευτικών πρωτοκόλλων, καταλήγουν ότι οι κανονιστικές αλλαγές στη συνταγογράφηση θα πρέπει πρωτίστως να στηρίζονται στην τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους και όχι απλά να στοχεύουν στη συγκράτηση του κόστους. Επίσης, οι Schumock et al. (2004) σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, βρήκαν ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική λίστα φαρμάκων τα οποία αποζημιώνονται και η ύπαρξη πολιτικών περιορισμού χρήσης φαρμάκων, ασκούσαν σημαντική επιρροή στην συνταγογραφική τους επιλογή, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Taylor & Bond (1991), με τη θετική λίστα να καταλαμβάνει τη πρώτη θέση σε σειρά κατάταξης ως σημαντικότερος παράγοντας επιρροής. Παρόμοια είναι τα ευρήματα και των Buusman et al. (2007) όπου διαπίστωσαν ότι οι εξωτερικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το θεσμικό πλαίσιο συνταγογράφησης είναι αναμενόμενοι, τυγχάνουν γενικότερης αποδοχής και μάλιστα η πλειοψηφία των ιατρών δεν τους θεωρεί ως περιοριστικούς παράγοντες αλλά ως χρήσιμο εργαλείο ιδίως για την επιλογή φαρμάκων πρώτης γραμμής.

Η έρευνα των Raina et al. (2007) στον Καναδά σχετικά με τη διερεύνηση αν η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών επηρεάζεται από την εφαρμοστέα νομοθεσία αποζημίωσης φαρμάκων σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 60% των ιατρών επηρεάζονται από τους περιορισμούς κόστους που καθορίζουν την πρόσβαση των ασθενών σε φάρμακα και παραδέχονται ότι θα άλλαζαν τη θεραπεία εάν η δυνατότητα οικονομικής κάλυψης ήταν διαφορετική, γεγονός που μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες σε ότι αφορά την ισότητα και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών.

Οι Polyzos et al. (2016), μέσω της παρουσίασης των πρώτων αποτελεσμάτων της εφαρμογής του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα διαπίστωσαν τον μετασχηματισμό της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών η οποία μεταφράστηκε σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης σε όγκο και αξία η οποία οφείλεται εν μέρει στη μείωση των τιμών αλλά επίσης και από τα μέτρα που υιοθετήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας όπως την

παρακολούθηση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, τη χρήση γενόσημων φαρμάκων και την αναθεώρηση της θετικής λίστας φαρμάκων.

Οι περιορισμένοι δημοσιονομικοί πόροι δημιουργούν έντονα την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής φαρμάκου προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης και προώθησης των γενόσημων φαρμάκων από αρκετές χώρες, γεγονός το οποίο έχει προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας.

Έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν στην Ελλάδα και Κύπρο σχετικά με τις αντιλήψεις και την στάση των ιατρών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα, διαπίστωσαν ότι περίπου το 50% των ιατρών που συμμετείχαν σε αυτές χαρακτηρίζουν την ποιότητα των γενόσημων ως υψηλή ή πολύ υψηλή και την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα τους ως άριστη ή ικανοποιητική, ενώ και στις δύο έρευνες η πλειονότητα των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι η εφαρμογή του συστήματος συνταγογράφησης βάσει της διεθνούς επιστημονικής ονομασίας της δραστικής ουσίας είναι απαραίτητη στην Ελλάδα (Theodorou et al. 2009, Tsiantou et al. 2009). Παρόλα αυτά και στις δύο έρευνες βρέθηκε ότι μόνο το 25% των ιατρών πράγματι συνταγογραφεί γενόσημα φάρμακα συχνά ή πολύ συχνά στην Ελλάδα, ενώ στην Κύπρο το ποσοστό αυτό ξεπερνούσε το 60% (Theodorou et al, 2009).

Οι Frouzi et al. (2013), σε μεταγενέστερη μελέτη που έγινε στην Κρήτη κατά τη διάρκεια του 2011 – 2012, σχετικά με την στάση των ιατρών απέναντι στη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων διαπίστωσαν ότι στην πλειονότητά τους οι ερωτηθέντες ήταν θετικοί στη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων με το 56,1% να συνταγογραφούν γενόσημα με συχνότητα κάτω του 20%, το 44,1% με συχνότητα 20-50% και το 3,4% με συχνότητα άνω του 80%. Όσοι επιλέγουν να μην συνταγογραφούν γενόσημα, το αποδίδουν καταρχήν στην προτίμηση που έχουν στα πρωτότυπα φάρμακα αλλά και στην αβεβαιότητα που νιώθουν σχετικά με την ασφάλεια αυτών. Επίσης, στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι το 32,1% των συμμετεχόντων είναι υπέρ της εφαρμογής του μέτρου συνταγογράφησης βάσει της δραστικής ουσίας και όχι με την επωνυμία του φαρμάκου, ενώ το 67,9% ήταν κατά.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα των Labiris et al. (2015) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 908 ιατρούς σε ολόκληρη την Ελλάδα το 2014 έδειξαν μια γενικότερη φτωχή αποδοχή από τους ιατρούς σχετικά με τη θέσπιση και εφαρμογή πρακτικών ενθάρρυνσης και προώθησης γενόσημων φαρμάκων, καθότι δεν νιώθουν πεπεισμένοι αφενός για το συνολικό οικονομικό όφελος της χρήσης αυτών και αφετέρου ότι οι αρμόδιες αρχές του ΕΣΥ μπορούν να αντιμετωπίσουν τους ελέγχους φαρμακοεπαγρύπνησης που απαιτούνται. Συγκεκριμένα, το 85% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ενάντιοι στη διαδικασία αυτόματης

υποκατάστασης με γενόσημα φάρμακα και το 61% θεωρεί ότι αυτή η υποκατάσταση διακρίνει τους ασθενείς σύμφωνα με την οικονομική τους δυνατότητα να αγοράσουν τα πρωτότυπα φάρμακα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2015 από τις Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη (2016) σχετικά με τη διερεύνηση παραγόντων που επιδρούν στη στάση των ιατρών για την υποκατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα, βρέθηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων γνωρίζει ότι τα γενόσημα είναι βιοισοδύναμα με τα πρωτότυπα, ασφαλή και αποτελεσματικά αλλά ταυτόχρονα έχει επιφύλαξη για τα αυτά που προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες. Παράλληλα, η συντριπτική πλειοψηφία συμφωνεί ότι το γενόσημο είναι μια πιο οικονομική εκδοχή του πρωτοτύπου αλλά και ότι στις ευαίσθητες καταστάσεις υγείας όπου ο ασθενής μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από διαφορές στα επίπεδα φαρμάκων, δεν θα πρέπει να επιτρέπεται η χρήση τους.

Επίσης, σε μια επιπλέον μελέτη στην Ελλάδα από τους Tsaprantzi et al. (2016) σχετικά με την επίδραση της πληροφόρησης στη στάση των ιατρών απέναντι στα γενόσημα, διαπιστώθηκε ότι η παροχή ποιοτικής πληροφόρησης σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα, επηρεάζει σημαντικά τη στάση τους και τη συνταγογραφική τους πρακτική, με το 76,9% των συμμετεχόντων να είναι υπέρ της έκδοσης θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την υποκατάσταση των πρωτοτύπων με γενόσημα και το 84,3% να αναφέρει ότι τους ανησυχεί η αξιοπιστία των εταιρειών που παρασκευάζουν τα γενόσημα φάρμακα.

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ιορδανία (El-Dahiyat et al., 2014), βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών έχουν θετική στάση απέναντι στα γενόσημα και είναι πρόθυμοι και δεκτικοί στην υιοθέτηση πρακτικών που θα ενθαρρύνουν τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων όπως της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την υποκατάσταση με γενόσημα. Παρόμοια είναι και αποτελέσματα στη Μαλαισία (Chuaa et al., 2010) και στη Γαλλία (Paraponaris et al., 2004) όπου το 85,1% των ιατρών δηλώνουν ότι στην πρακτική τους συνταγογραφούν ενεργά γενόσημα φάρμακα και το 76,2% να δηλώνουν ότι είναι δεκτικοί στη συνταγογράφηση φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία, αντίστοιχα. Στη Σλοβενία, τα γενόσημα φάρμακα θεωρούνται από τους ιατρούς ως ισότιμα υποκατάστατα των πρωτοτύπων φαρμάκων και είναι πρόθυμοι να τα χρησιμοποιήσουν εφόσον το κόστος τους είναι σημαντικά χαμηλότερο από τα πρωτότυπα (Kersnik & Peklar, 2006).

Επιπλέον, στην Ιρλανδία οι Dunne et al. (2014) μετά την εφαρμογή των νέων μέτρων της υποκατάστασης με γενόσημα και της αποζημίωσης σύμφωνα με τις τιμές αναφοράς, παρόλο που εντοπίστηκαν ορισμένοι προβληματισμοί εξαιτίας της περιορισμένης ενημέρωσης για την κλινική αποτελεσματικότητα και την ποιότητα προέλευσης, οι ιατροί εμφάνισαν θετική στάση

απέναντι στη χρήση αυτών αλλά και στην εφαρμογή των νέων θεσμικών μέτρων για την προώθηση τους.

Οι Riner et al. (2017), σε ποιοτική μελέτη που διεξήχθη σε δύο πόλεις στη Γαλλία κατέληξαν ότι οι αρμόδιες αρχές θα πρέπει να μεριμνήσουν για την ανάπτυξη πολιτικών προώθησης γενοσήμων έτσι ώστε να αρθούν οι αμφιβολίες και οι προβληματισμοί των ασθενών και των ιατρών σε θέματα βιοϊσοδυναμίας αλλά και για την αποφυγή της μεγάλης ανομοιομορφίας σε σύνθεση και μορφή των γενόσημων που προορίζονται για την ίδια πάθηση, έτσι ώστε να μην δημιουργείται σύγχυση στους ασθενείς. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των Dunne & Dunne (2015) στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν από τον Ιανουάριο του 2003 μέχρι και τον Νοέμβριο του 2014, σχετικά με τη στάση των ιατρών απέναντι στα γενόσημα, κατέληξαν ότι η στάση τους εξελίσσεται θετικά όμως υπάρχουν ακόμα ζητήματα που τους προκαλούν επιφυλάξεις σε σχέση με την βιοϊσοδυναμία και την ασφάλεια.

Τέλος, σε μια ακόμη συστηματική ανασκόπηση των Toverud et al. (2015) από το 2002 μέχρι το 2012, διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί έχουν επίγνωση της σημασίας των γενόσημων στη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης σε φάρμακα αλλά παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σχετικά με την στάση τους απέναντι σε θέματα ποιότητας ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας του συστήματος υγείας της χώρας. Συγκεκριμένα, τα πιο ανεπτυγμένα συστήματα υγείας διαθέτουν πιο αξιόπιστες δημόσιες ρουτίνες ελέγχου για τα φαρμακευτικά σκευάσματα γενικότερα αλλά και καλύτερες απαιτήσεις βιοϊσοδυναμίας για τα γενόσημα ειδικότερα, γεγονός που αυξάνει την αίσθηση εμπιστοσύνης της ποιότητας των γενόσημων.

4.5 Πηγές Πληροφόρησης και επιρροή από συναδέλφους ή άλλους καθοδηγητές γνώμης

Η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά και από άλλες πηγές πληροφόρησης όπως είναι οι συστάσεις από ιατρούς ειδικότητας, από συζητήσεις με συναδέλφους τους σχετικά με θέματα συνταγογράφησης, από επιστημονικά άρθρα που σχετίζονται με φαρμακευτικά σκευάσματα και λόγω προηγούμενης δικής τους εμπειρίας και λιγότερο από αντιπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών ή διαφημίσεων σε επιστημονικά περιοδικά (Astrom et al., 2002).

Οι Jacoby et al. (2003) διαπίστωσαν ότι στους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογραφική απόφαση των ιατρών περιλαμβάνονται η πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών, από τους υγειονομικούς συμβούλους που

ορίζονται από το κράτος, από τις επαγγελματικές συζητήσεις μεταξύ συναδέλφων καθώς και από τη διαθέσιμη επιστημονική βιβλιογραφία και τα επιστημονικά περιοδικά, ενώ ο Bradley (1992) αναφέρει ότι αρκετές φορές η συνταγογραφική επιλογή των ιατρών επηρεάζεται εμμέσως διότι δεν θέλουν να διαφοροποιήσουν την επιλογή σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους ή διότι προσπαθούν να αποφύγουν να έρθουν σε αντίθεση με τη συνηθισμένη πολιτική διαχείρισης που εφαρμόζεται για παράδειγμα σε ένα νοσοκομείο.

Οι σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης που χρησιμοποιούν οι ιατροί στην Ελλάδα για να δικαιολογήσουν τη συνταγογραφική τους επιλογή είναι οι δημοσιεύσεις στα ιατρικά περιοδικά και στα ιατρικά συνέδρια καθώς και τα ιατρικά συγγράμματα και λιγότερο οι αντιπρόσωποι των φαρμακευτικών εταιρειών και το διαδίκτυο, ενώ αντίθετως οι ιατροί στην Κύπρο παρουσιάζουν μεγαλύτερη προτίμηση στα ιατρικά συνέδρια και στους αντιπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών και λιγότερο στα ιατρικά συγγράμματα και τις δημοσιεύσεις στα ιατρικά περιοδικά (Theodorou et al., 2009). Επιπλέον, στη μελέτη των Tsiantou et al. (2009) που διεξήχθη στην Ελλάδα για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων, βρέθηκε ότι οι κυριότερες πηγές πληροφόρησης των ιατρών είναι οι δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά και στα ιατρικά συνέδρια και τα ιατρικά συγγράμματα πρώτα στην σειρά κατάταξης και να ακολουθούν οι αντιπρόσωποι των φαρμακευτικών εταιρειών και οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα των Soremekun & Omitiran (2014), όπου αναφέρουν ότι οι πηγές πληροφόρησής τους σχετικά με τα τεχνικά χαρακτηριστικά των φαρμάκων για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας είναι κατά 30% από δημοσιεύσεις σε ιατρικά περιοδικά, 26% από ιατρικά συγγράμματα, 16% από το διαδίκτυο και μόλις 7,5% από τους αντιπρόσωπους φαρμακευτικών εταιρειών.

Ο Mrogiatzidis (2013) σε μια ακόμη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα αναφέρει ότι οι επικεφαλές τμημάτων στα νοσοκομεία αξιολογούν ως σημαντικές πηγές πληροφόρησης για την επιλογή φαρμάκων τα ιατρικά συνέδρια, τις δημοσιεύσεις ειδικών στον τομέα της ιατρικής και τα ιατρικά συγγράμματα ενώ δεν θεωρούν σημαντικές πηγές πληροφόρησης τη χρήση διαδικτυακών ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων και των διαδικτυακών βιβλιοθηκών.

Επίσης, σε μελέτη των Yang et al. (2014) στην Ταϊλάνδη, για την ανίχνευση του κατά πόσο η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών για τη χορήγηση νέων αντιψυχωσικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς, επηρεάζεται από τις συνταγογραφικές αποφάσεις των συναδέλφων τους που εργάζονται στο ίδιο νοσοκομείο, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική επιρροή μεταξύ τους, ιδιαίτερα μεταξύ αυτών παρόμοιας ηλικίας αλλά σημειώνουν επίσης ότι όσο πιο μεγάλη και σταθερή είναι

μια ομάδα συναδέλφων και όσο πιο μεγάλη είναι η διάρκεια της κοινωνικής τους επαφής, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίδρασή τους.

Οι Christakis & Fowler (2011), αναπτύσσοντας περαιτέρω την κοινωνική διάσταση ερμηνείας συνταγογραφικής συμπεριφοράς σημειώνουν ότι τα μέλη μιας ιατρικής κοινότητας, όπως και σε κάθε άλλο κοινωνικό δίκτυο ανθρώπων, όταν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ενδέχεται να υιοθετήσουν και παρόμοιες συμπεριφορές. Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει ότι η επίδραση αυτή γίνεται εντονότερη όταν ασκείται από συναδέλφους οι οποίοι θεωρούνται ως καθοδηγητές γνώμης ή Key Opinion Leaders, δηλαδή άτομα τα οποία λογίζονται ως αξιόπιστα, ευχάριστα και εμπιστοσύνης και τα οποία έχουν τη δυνατότητα μέσω των δεξιοτήτων τους αλλά και της ευκολίας κοινωνικής πρόσβασης που τα χαρακτηρίζει, να επηρεάσουν την συμπεριφορά των συναδέλφων γύρω τους (Iyengar et al. 2011, Nair et al. 2010, Soumerai et al. 1998, Bhatia & Wang, 2011, Flodgren et al. 2011, Lubloy et al. 2014, Sanyal et al. 2017).

Η ενημέρωση μέσω των αντιπρόσωπων φαρμακευτικών εταιρειών αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης των ιατρών η οποία επηρεάζει σημαντικά τις συνταγογραφικές αποφάσεις τους και ιδιαίτερα αυτές που αφορούν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα (Prosser et al., 2003). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Buusman et al. (2007) η οποία διεξήχθη στη Δανία, όπου διαπίστωσαν ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες ιατροί δεχόντουσαν σε τακτική βάση επισκέψεις από αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών και οι οποίοι αποτελούσαν πηγή ενημέρωσης, ιδίως για τα νέα φαρμακευτικά σκευάσματα. Οι Spurling et al. (2010), στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν σχετικά με την επίδραση ενημερωτικών δράσεων των φαρμακευτικών εταιρειών, συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων των φαρμακευτικών αντιπροσώπων, βρήκαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η έκθεση στην πληροφόρηση απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τους ιατρούς, σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα συνταγογράφησης, υψηλότερα κόστη και ακόμη σε μη ορθολογικές συνταγογραφικές πρακτικές. Επίσης, οι Taylor & Bond (1991) αναφέρουν ότι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες βάσει του οποίου οι ιατροί θα άλλαζαν την καθιερωμένη συνταγογραφική τους συνήθεια, είναι η επιρροή από τους αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών και κυρίως σε περιπτώσεις βραχυπρόθεσμης χρήσης φαρμάκων όπως των αντιβιοτικών.

Διερευνώντας τη δυναμική της σχέσης μεταξύ ιατρών και φαρμακευτικών αντιπροσώπων, οι Chimonas et al. (2007) διαπίστωσαν ότι ενώ οι ιατροί αναγνωρίζουν την ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ των ιδίων και των φαρμακευτικών εταιρειών, υποστηρίζουν την επαφή

τους με τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους είτε μέσω αποφυγής αναγνώρισης του προβλήματος είτε δικαιολογώντας την αλληλεπίδρασή τους ως ακίνδυνη και εποικοδομητική.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία μέσω ερωτηματολογίου σε 1388 ιατρούς, διαπιστώθηκε ότι το 84% των συμμετεχόντων δέχεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα επίσκεψη από κάποιο αντιπρόσωπο φαρμακευτικής εταιρείας, το 69% δέχεται να πάρει δωρεάν δείγματα φαρμάκων ενώ το 43% θεωρεί ότι λαμβάνει επαρκή και αξιόπιστη πληροφόρηση από τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους και το 42% νιώθει ότι η συνταγογραφική τους συνήθεια επηρεάζεται από τη συχνότητα των επισκέψεων των τελευταίων (Lieb & Scheurich, 2014).

Στην συστηματική ανασκόπηση των Fickweiler et al. (2017) των ερευνών σχετικά με το πώς η αλληλεπίδραση μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών και των ιατρών επηρεάζει τη συνταγογραφική τους συμπεριφορά, βρέθηκε ότι η αλληλεπίδραση με τους αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών και η αποδοχή άλλων ανταμοιβών από τις φαρμακευτικές εταιρείες, επηρεάζουν τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών και είναι πιθανό να συμβάλουν σε μη ορθολογικές συνταγογραφικές πρακτικές.

Η μελέτη των Joseph & Mantrala (2009) τεκμηριώνει ότι η δωρεάν παροχή δειγμάτων φαρμακευτικών σκευασμάτων στους ιατρούς επηρεάζει τη συνταγογραφική τους συμπεριφορά ιδίως σε καταστάσεις διαγνωστικής αβεβαιότητας και με πιο εμφανή τη προτίμηση από ιατρούς με λιγότερη επαγγελματική εμπειρία. Επιπλέον, ο Shimura (2018), σε μελέτη που διεξήχθη στη Ιαπωνία σχετικά με το κατά πόσο η φαρμακευτική βιομηχανία επηρεάζει τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, βρήκε ότι η επαφή με τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους επηρεάζει σημαντικά τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών.

Σε μια μετα-ανάλυση της Wazana (2000), για την ανίχνευση της έκτασης και των στάσεων των ιατρών σχετικά με την αλληλεπίδραση με τους αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών, διαπιστώθηκε ότι στις περισσότερες μελέτες τα αποτελέσματα που σχετίζονταν με την αλληλεπίδραση αυτή είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του συνταγογραφικού κόστους, τις πρακτικές μη ορθολογικής συνταγογράφησης, την προτίμηση συνταγογράφησης και προώθησης νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων και τη μείωση συνταγογράφησης γενόσημων. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης των Muijers et al. (2005) στην Ολλανδία, όπου βρέθηκε ότι οι συχνές επαφές με τους αντιπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών σχετίζονται με χαμηλότερης ποιότητας συνταγογράφηση.

Τέλος, σε αντίθεση με τα ευρήματα των προφερόμενων μελετών, υπάρχουν αρκετές που αναφέρουν ότι η πληροφόρηση από τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους έχει πολύ μικρή ως μηδαμινή επιρροή στη συνταγογραφική επιλογή των ιατρών (Schumock et al., 2004, Tsiantou et al., 2009, Mprogiatzidis 2013, El-Dahiyat et al., 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1 Αντικείμενο

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει μια σειρά από βήματα τα οποία ξεκινούν με τον καθορισμό της ερευνητικής υπόθεσης, την επιλογή του είδους της μελέτης που θεωρείται κατάλληλο, την εφαρμογή κατάλληλης μεθόδου δειγματοληψίας, τον καθορισμό του κατάλληλου μεγέθους του δείγματος που απαιτείται καθώς και των εργαλείων μέτρησης. Το αντικείμενο των μελετών περιλαμβάνει μια σύγκριση κατ' ελάχιστο, ενός ή περισσότερων προσδιοριστών και μιας έκβασης (Γαλάνης, 2017).

Στην παρούσα μελέτη, η μελετώμενη έκβαση (outcome) ήταν οι συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών και το αντικείμενο ήταν η περιγραφική σχέση της συνταγογραφικής συνήθειας των ιατρών με διάφορα χαρακτηριστικά (προσδιοριστές) τα οποία πιθανολογείται ότι σχετίζονται με αυτή.

Τα συστατικά στοιχεία της μελετώμενης σχέσης ήταν τα εξής:

- (α) Η έκβαση ή, αλλιώς, εξαρτημένη (dependent) μεταβλητή που ήταν οι συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών.
- (β) Οι προσδιοριστές της έκβασης ή ανεξάρτητες (independents) μεταβλητές που ήταν δημογραφικά χαρακτηριστικά, φαρμακολογικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που αφορούν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πηγές πληροφόρησης και επιρροές.

1.2. Έκβαση

Στην παρούσα μελέτη, η μελετώμενη έκβαση (outcome) ήταν οι συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών.

1.3. Προσδιοριστές

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η περιγραφική σχέση της συνταγογραφικής συνήθειας των ιατρών με ορισμένα χαρακτηριστικά. Μελετήθηκαν δηλαδή χαρακτηριστικά (προσδιοριστές), τα οποία πιθανολογείται ότι σχετίζονται με την συνταγογραφική συνήθεια των ιατρών. Οι μελετώμενοι προσδιοριστές της έκβασης ήταν δημογραφικά χαρακτηριστικά, φαρμακολογικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που αφορούν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πηγές πληροφόρησης και επιρροές. Τα μελετώμενα χαρακτηριστικά προέκυψαν

έπειτα από την κατάλληλη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αναλυτικότερα, οι προσδιοριστές που διερευνήθηκαν ήταν οι εξής:

A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

- Φύλο
- Ηλικία
- Ειδικότητα ιατρού
- Επαγγελματική εμπειρία
- Επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Θέση εργασίας
- Συχνότητα συνταγογράφησης

B. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

- Θεσμικό πλαίσιο σχετικά με συνταγογράφηση
- Στάση απέναντι στα γενόσημα
- Κόστος φαρμάκου
- Ασφαλιστική κάλυψη ασθενούς
- Ζήτηση εκ μέρους των ασθενών

Γ. Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά

- Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα φαρμάκου
- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Μορφή χορήγησης και προτεινόμενη δόση φαρμάκου

Δ. Πηγές Πληροφόρησης & επιρροή:

- Πληροφόρηση από επιστημονικούς αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιρειών
- Επιρροή από συναδέλφους ή άλλους καθοδηγητές γνώμης

1.4. Μέθοδος της μελέτης

Με τον όρο μέθοδος νοείται ο τρόπος προσέγγισης του τελικού αποτελέσματος της μελέτης, δηλαδή η διεργασία απόκτησης της εμπειρικής πληροφορίας.

Ο πληθυσμός-πηγή (source population) ή υποκείμενος πληθυσμός αποτέλεσε την πηγή των συμμετεχόντων της μελέτης. Στη μελέτη αυτή, ο πληθυσμός-πηγή ήταν το σύνολο των ιατρών (άντρες και γυναίκες) ανεξαρτήτου ηλικίας που έχουν τη δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων στο νομό Αττικής. Ο καθορισμός του πληθυσμού-πηγή είναι καθοριστικής σημασίας για τη χάραξη των ορίων των επιτρεπόμενων γενικεύσεων.

Ο μελετώμενος πληθυσμός (study population) αποτελούνταν από 109 ιατρούς που ασκούν την ιατρική στο νομό Αττικής.

1.5. Είδος μελέτης

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) στην οποία η μέτρηση της έκβασης (συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών) και των προσδιοριστών πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, η λήψη δηλαδή των πληροφοριών για την έκβαση πραγματοποιήθηκε την ίδια χρονική στιγμή με τη λήψη των πληροφοριών για τους προσδιοριστές.

1.6. Χώρος μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην κεντρική υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ, σε ιδιωτικά ιατρεία, σε ιατρεία των ΠΕΔΥ, σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία που βρίσκονται στο νομό Αττικής, με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας.

Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε 140 ιατρούς, από τα οποία επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 109 ερωτηματολόγια, με το ποσοστό συμμετοχής να είναι 77,9 % (=109/140).

1.7. Ερωτηματολόγιο

Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών σχετικά με τους προσδιοριστές της συνταγογραφικής συνήθειας των ιατρών χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από κλειστές ερωτήσεις, δομημένο σε έξι θεματικές ενότητες το οποίο έχει αναπτυχθεί από το Τμήμα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας ειδικά για τους σκοπούς παλαιότερης έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Ελλάδα και Κύπρο και για το οποίο χορηγήθηκε έγγραφη άδεια για τη χρήση του από τον αρμόδιο κ. Θεοδώρου (βλ. παράρτημα Ι). Επιπρόσθετα, το εν λόγω ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στις ανάγκες των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσης μελέτης και τροποποιήθηκε εν μέρει έχοντας ως γνώμονα τις τελευταίες εξελίξεις που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα της συνταγογράφησης καθώς και με βάση τη βιβλιογραφία.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τους προσδιοριστές των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων PubMed, χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά: *Prescribing behavior(s), determinant(s), indicator(s), pattern(s), perception(s), attitude(s), trend(s), general practitioner(s), physician(s), doctor(s), GP's, prescribing, influence(s), decision(s), pharmaceuticals.*

Η αναζήτηση αφορούσε άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα στο χρονικό διάστημα 1948 (έτος ένταξης άρθρων στο PubMed) έως τον Ιούνιο 2018.

1.8. Διαδικασίες και μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η λήψη των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2018 μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2018 με τη χρήση του κατάλληλου ερωτηματολογίου. Οι ιατροί ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτώς, με τη διανομή του φύλλου ενημέρωσης των συμμετεχόντων (βλ. παράρτημα ΙΙ), για τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης, έτσι ώστε να αποφασίσουν εάν επιθυμούν ή όχι να συμμετάσχουν εθελοντικά στη μελέτη. Προφανώς, δεν ασκήθηκε κανενός είδους πίεση για συμμετοχή στη μελέτη. Στη συνέχεια, οι ιατροί κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο χωρίς να αναφέρουν τα στοιχεία τους (ονοματεπώνυμο), γεγονός που διατήρησε την ανωνυμία τους. Δεν υπήρξε χρονικός περιορισμός, έτσι ώστε οι ιατροί να μην πιεστούν χρονικά και να μην οδηγηθούν σε βεβιασμένες απαντήσεις. Κάθε ερωτηματολόγιο τοποθετήθηκε σε ειδικό αδιαφανή φάκελο στον οποίο είχε πρόσβαση μόνο ο ερευνητής. Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν, με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS 20.0, στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Έτσι, εξασφαλίστηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (α) η πληροφορημένη συναίνεση (informed consent) των ιατρών για τη συμμετοχή τους στη μελέτη, (β) η ανωνυμία των συμμετεχόντων και (γ) το απόρρητο των πληροφοριών στις οποίες είχε πρόσβαση μόνο ο ερευνητής.

1.9. Ηθικά θέματα

Η παρούσα μελέτη, όπως έχει γίνει κατανοητό από τα παραπάνω, δεν περιείχε κινδύνους για την υγεία των ιατρών, οι οποίοι κλήθηκαν απλώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο εφόσον, βεβαίως, το επιθυμούσαν και εφόσον αρχικώς είχαν ενημερωθεί (προφορικά και γραπτά) για τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης. Με τον τρόπο αυτόν, εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση των ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 109 ιατρούς οι οποίοι απάντησαν σχετικά με τις συνταγογραφικές συνήθειές τους και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογραφική τους επιλογή σε όλα τα επίπεδα λήψης κλινικής θεραπευτικής απόφασης.

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στους Πίνακες 5 και 6 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη ιατρών μελέτη.

Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Ανδρας	63 (57,8)
Γυναίκα	46 (42,2)
Ηλικία^a	53,4 (8,9) ^a
Ειδικότητα	
Καμία	2 (1,8)
Ορθοπαιδικός	10 (9,2)
Πνευμονολόγος	5 (4,6)
Ψυχίατρος	4 (3,7)
Χειρουργός	4 (3,7)
Ενδοκρινολόγος	3 (2,8)

Παθολόγος	21 (19,3)
Ουρολόγος	3 (2,8)
Οδοντίατρος	4 (3,7)
Μαιευτήρας / Γυναικολόγος	7 (6,4)
Γενικός ιατρός	4 (3,7)
Παιδίατρος	11 (10,1)
ΩΡΛ	4 (3,7)
Ακτινοθεραπευτής ογκολόγος	6 (5,5)
Γαστρεντερολόγος	1 (0,9)
Καρδιολόγος	8 (7,3)
Οφθαλμίατρος	2 (1,8)
Νευρολόγος	3 (2,8)
Ρευματολόγος	3 (2,8)
Αλλεργιολόγος	1 (0,9)
Φυσιάτρος	1 (0,9)
Δερματολόγος	1 (0,9)
Αγγειοχειρουργός	1 (0,9)
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^α	25,3 (8,5)^α
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών	
Όχι	58 (53,2)
Ναι	51 (46,8)

Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης	
Όχι	54 (49,5)
Ναι	55 (50,5)
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)	
Όχι	20 (18,3)
Ναι	89 (81,7)
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)	
Όχι	60 (55,0)
Ναι	49 (45,0)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 57,8% των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 53,4 έτη (ΤΑ=8,9). Τα έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής ήταν κατά μέσο όρο 25,3 (ΤΑ=8,5).

Το 46,8% είχε πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές ή/και διδακτορικές σπουδές, το 50,55% είχε συμμετάσχει σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης, το 81,7% είχε συμμετάσχει σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος) και το 45% είχε τουλάχιστον μία (1) δημοσίευση την τελευταία πενταετία.

Πίνακας 6: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Εργάζεστε σε	
Ιδιωτικό ιατρείο	
Όχι	51 (46,8)
Ναι	58 (53,2)
Ιδιωτικό νοσοκομείο / κλινική συμβεβλημένο(-η) με ΕΟΠΥΥ	
Όχι	91 (83,5)
Ναι	18 (16,5)
Ιδιωτικό νοσοκομείο / κλινική χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ	
Όχι	106 (97,2)
Ναι	3 (2,8)
Δημόσιο Νοσοκομείο	
Όχι	94 (86,2)
Ναι	15 (13,8)
ΠΕΔΥ	
Όχι	58 (53,2)
Ναι	51 (46,8)
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^α	70,0 (90,0) ^α
Βαθμός εξουκείωσης και χρήσης Η/Υ	
Καθόλου	1 (,9)
Λίγο	2 (1,8)

Μέτρια	23 (21,1)
Αρκετά	53 (48,6)
Πολύ	30 (27,5)
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για βιβλιογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;	
Καθόλου	2 (1,8)
Λίγο	11 (10,1)
Μέτρια	11 (10,1)
Αρκετά	44 (40,4)
Πολύ	41 (37,6)
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;	
Καθόλου	11 (10,1)
Λίγο	16 (14,7)
Μέτρια	20 (18,3)
Αρκετά	41 (37,6)
Πολύ	21 (19,3)

^α Διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

Το 53,2% εργαζόταν σε ιδιωτικό ιατρείο, το 16,5% σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική συμβεβλημένο(-η) με ΕΟΠΥΥ, το 2,8% σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, το 13,8% σε δημόσιο νοσοκομείο και το 46,8% σε ΠΕΔΥ.

Η διάμεση τιμή του συνόλου των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφήσαν/εβδομάδα ήταν 70 (IR=90), το 76,1% είχε αρκετά/πολύ μεγάλο βαθμό εξοικείωσης με Η/Υ, το 78% χρησιμοποιούσε αρκετά/πολύ το Διαδίκτυο για βιβλιογραφική έρευνα από το σπίτι ή την

εργασία και το 56,9% χρησιμοποιούσε αρκετά/πολύ το Διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία.

3.2 Συνταγογραφική επιλογή και τεκμηρίωσή της

Στους Πίνακες 7, 8 και 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της.

Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της

Χαρακτηριστικό	N (%)
Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί για σας το βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης;	
Δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα	
Όχι	10 (9,2)
Ναι	99 (90,8)
Φαρμακοτεχνική μορφή (ενέσιμη μορφή, πόσιμο διάλυμα, ταμπλέτα κλπ)	
Όχι	91 (83,5)
Ναι	18 (16,5)
Ενδεδειγμένη ημερήσια δοσολογία σε σχέση με την φαρμακοτεχνική μορφή	
Όχι	94 (86,2)
Ναι	15 (13,8)

Οικονομικό κόστος για τον ασθενή	
Όχι	88 (80,7)
Ναι	21 (19,3)
Προτίμηση / Αίτημα του ασθενούς	
Όχι	106 (97,2)
Ναι	3 (2,8)
Άλλο	
Όχι	108 (99,1)
Ναι	1 (0,9)
Παρακαλώ διευκρινίστε	
Εξατομικευμένη αγωγή	1 (0,9)
Από ποιες πηγές τεκμηριώνετε τις συνταγογραφικές σας προτιμήσεις;	
Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά	
Όχι	42 (38,5)
Ναι	67 (61,5)
Βιβλιογραφία αναφοράς	
Όχι	45 (41,3)
Ναι	64 (58,7)
Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια	
Όχι	39 (35,8)
Ναι	70 (64,2)
Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη / επιστημονικού συνεργάτη	

φαρμακευτικής βιομηχανίας	
Όχι	56 (51,4)
Ναι	53 (48,6)
Ιατρικές βιβλιοθήκες και Βάσεις δεδομένων στο Διαδίκτυο	
Όχι	69 (63,3)
Ναι	40 (36,7)
Άλλο	
Όχι	102 (93,6)
Ναι	7 (6,4)
Παρακαλώ διευκρινίστε	
SPC φαρμάκων	1 (0,9)
Εμπειρία και άλλων συναδέλφων	1 (0,9)
Εμπειρία κλινική άμεση με ασθενή	1 (0,9)
Κατευθυντήριες οδηγίες	1 (0,9)
Μικρό φάσμα φαρμάκων - 30 χρόνια εμπειρίας	1 (0,9)

Για το 90,8% των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα αποτελούσε βασικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης, για το 16,5% η φαρμακοτεχνική μορφή (ενέσιμη μορφή, πόσιμο διάλυμα, ταμπλέτα κλπ), για το 13,8% η ενδεδειγμένη ημερήσια δοσολογία σε σχέση με την φαρμακοτεχνική μορφή, για το 19,3% το οικονομικό κόστος για τον ασθενή, για το 2,8% η προτίμηση/το αίτημα του ασθενούς και για το 0,9% η εξατομικευμένη αγωγή.

Το 61,5% ανέφερε ότι τεκμηριώνει τις συνταγογραφικές του προτιμήσεις μέσω των δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά, το 58,7% μέσω βιβλιογραφίας αναφοράς, το 64,2% μέσω ανακοινώσεων σε επιστημονικά συνέδρια, το 48,6% μέσω ενημέρωσης από ιατρικούς

επισκέπτες/επιστημονικούς συνεργάτες από τη φαρμακευτική βιομηχανία, το 36,7% μέσω ιατρικών βιβλιοθηκών και βάσεων δεδομένων στο διαδίκτυο και το υπόλοιπο 6,4% μέσω άλλων πηγών (SPC φαρμάκων, εμπειρία και άλλων συναδέλφων, άμεση κλινική εμπειρία με τον ασθενή, κατευθυντήριες οδηγίες και το μικρό φάσμα φαρμάκων).

Πίνακας 8: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της

Χαρακτηριστικό	N (%)
Σε ποιες περιπτώσεις αναζητάτε περισσότερες πληροφορίες και συμβουλευέστε κάποια από τις παραπάνω πηγές κατά τη συνταγογραφική σας επιλογή;	
Δοσολογία	
Όχι	76 (69,7)
Ναι	33 (30,3)
Ανεπιθύμητες Ενέργειες	
Όχι	25 (22,9)
Ναι	84 (77,1)
Συνέργιες με άλλες ουσίες	
Όχι	33 (30,3)
Ναι	76 (69,7)
Χορήγηση κατά την κύηση	
Όχι	61 (56,0)
Ναι	48 (44,0)
Χορήγηση κατά τον θηλασμό	
Όχι	59 (54,1)

Ναι	50 (45,9)
Χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής, νεφρικής ανεπάρκειας	
Όχι	51 (46,8)
Ναι	58 (53,2)
Χρόνιο νόσημα	
Όχι	73 (67,0)
Ναι	36 (33,0)
Πόσο συχνά ζητάτε τη γνώμη των συναδέλφων σας / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης;	
Ποτέ	9 (8,3)
Λίγες φορές	44 (40,4)
Μερικές φορές	40 (36,7)
Αρκετές φορές	15 (13,8)
Πάντοτε	1 (0,9)

Το 30,3% ανέφερε ότι αναζητεί περισσότερες πληροφορίες και συμβουλευεται κάποια από τις παραπάνω πηγές κατά τη συνταγογραφική του επιλογή για τη δοσολογία, το 77,1% για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, το 69,7% για τις συνέργιες με άλλες ουσίες, το 44% για τη χορήγηση κατά την κύηση, το 45,9% για τη χορήγηση κατά τον θηλασμό, το 53,2% για τη χορήγηση σε περίπτωση ηπατικής ή/και νεφρικής ανεπάρκειας και το 33% για την περίπτωση χρονίων νοσημάτων.

Το 48,7% ανέφερε ότι ποτέ/λίγες φορές ζητά τη γνώμη των συναδέλφων του/αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ/από το Υπουργείο Υγείας/ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης, το 36,7% μερικές φορές, το 13,8% αρκετές φορές και το 0,9% πάντοτε.

Πίνακας 9: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογραφική επιλογή και τη τεκμηρίωσή της

Χαρακτηριστικό	N (%)
Για ποιο λόγο διαφοροποιείτε συνήθως την αρχική συνταγογραφική σας επιλογή;	
Κυκλοφορία νέου σκευάσματος	
Όχι	70 (64,2)
Ναι	39 (35,8)
Δυσανεξία ασθενούς / Ανεπιθύμητες ενέργειες	
Όχι	3 (2,8)
Ναι	106 (97,2)
Απόσυρση σκευάσματος από την αγορά	
Όχι	60 (55,0)
Ναι	49 (45,0)
Άλλο	
Όχι	104 (95,4)
Ναι	5 (4,6)
Παρακαλώ διευκρινίστε	
Αναποτελεσματικότητα	2 (1,8)
Μη ανταπόκριση ασθενούς	3 (2,8)
Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας απόφαση η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών;	
Καθόλου	20 (18,3)

Λίγο	53 (48,6)
Μέτρια	25 (22,9)
Αρκετά	11 (10,1)
Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας απόφαση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα;	
Καθόλου	14 (12,8)
Λίγο	17 (15,6)
Μέτρια	42 (38,5)
Αρκετά	22 (20,2)
Πολύ	14 (12,8)
Πόσο συχνά πιέζεστε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα νέο σκεύασμα;	
Καθόλου	48 (44,0)
Λίγο	41 (37,6)
Μέτρια	13 (11,9)
Αρκετά	5 (4,6)
Πολύ	2 (1,8)

Το 35,8% ανέφερε ότι διαφοροποιεί συνήθως την αρχική συνταγογραφική του επιλογή λόγω της κυκλοφορίας νέου σκευάσματος, το 97,2% λόγω δυσανεξίας του ασθενούς/ανεπιθύμητων ενεργειών, το 45% λόγω απόσυρσης ενός σκευάσματος από την αγορά, το 2,8% λόγω μη ανταπόκρισης του ασθενούς και το 1,8% λόγω αναποτελεσματικότητας του φαρμάκου.

Το 66,9% των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη ανέφερε ότι η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών επηρεάζει καθόλου/λίγο τη

συνταγογραφική του απόφαση, το 58,7% ανέφερε ότι το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα επηρεάζει μέτρια/αρκετά τη συνταγογραφική του απόφαση και το 12,8% πολύ.

Το 77,6% των ιατρών ανέφερε ότι πιέζονται από τους ασθενείς τους να συνταγογραφήσουν ένα νέο σκεύασμα καθόλου/λίγο.

3.3 Σημασία κόστους φαρμακευτικής φροντίδας

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη σημασία τους κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας.

Πίνακας 10: οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη σημασία τους κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο σημαντικός είναι κατά τη συνταγογραφική επιλογή σας ο παράγοντας «κόστος φαρμάκου»;	
Καθόλου	11 (10,1)
Λίγο	21 (19,3)
Μέτρια	38 (34,9)
Αρκετά	34 (31,2)
Πολύ	5 (4,6)
Πόσο συχνά παραπονούνται οι ασθενείς για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας;	
Καθόλου	12 (11,0)

Λίγο	33 (30,3)
Μέτρια	35 (32,1)
Αρκετά	27 (24,8)
Πολύ	2 (1,8)
Σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη συνταγογραφική σας επιλογή η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή;	
Καθόλου	11 (10,1)
Λίγο	24 (22,0)
Μέτρια	31 (28,4)
Αρκετά	34 (31,2)
Πολύ	9 (8,3)

Το 34,9% των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη ανέφερε ότι ο παράγοντας «κόστος φαρμάκου» είναι μέτρια σημαντικός κατά τη συνταγογραφική του επιλογή και το 29,4% καθόλου/λίγο.

Το 32,1% των ιατρών ανέφερε ότι οι ασθενείς παραπονούνται μέτρια για το κόστος μιας φαρμακοθεραπείας και το 41,3% καθόλου/λίγο.

Το 28,4% των ιατρών ανέφερε ότι η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή επηρεάζει μέτρια τη συνταγογραφική του επιλογή και το 32,1% καθόλου/λίγο.

3.4 Συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων.

Πίνακας 11: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων σκευασμάτων

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο αποτελεσματική θεωρείτε ότι είναι η εφαρμογή του συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος;	
Καθόλου αποτελεσματική	25 (22,9)
Λίγο αποτελεσματική	20 (18,3)
Μέτρια αποτελεσματική	38 (34,9)
Αρκετά αποτελεσματική	17 (15,6)
Πολύ αποτελεσματική	9 (8,3)
Πώς κρίνετε την ποιότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;	
Καθόλου καλή	3 (2,8)
Λίγο καλή	14 (13,1)
Μέτρια καλή	43 (40,2)
Αρκετά καλή	32 (29,9)
Πολύ καλή	15 (14,0)
Πώς κρίνετε την ασφάλεια των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;	
Καθόλου καλή	3 (2,8)
Λίγο καλή	13 (12,1)

Μέτρια	36 (33,6)
Αρκετά καλή	41 (38,3)
Πολύ καλή	14 (13,1)
Πώς κρίνετε την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;	
Καθόλου καλή	4 (3,7)
Λίγο καλή	8 (7,5)
Μέτρια	37 (34,6)
Αρκετά καλή	44 (41,1)
Πολύ καλή	14 (13,1)
Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο (generic, αντιγραφικό) σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του;	
Ποτέ	4 (3,7)
Λίγες φορές	20 (18,3)
Μερικές φορές	32 (29,4)
Αρκετές φορές	51 (46,8)
Πάντοτε	2 (1,8)
Από ποιες πηγές ενημερώνεστε για τα γενόσημα φάρμακα;	
Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά	
Όχι	56 (51,4)
Ναι	53 (48,6)
Βιβλιογραφία αναφοράς	

Όχι	55 (50,5)
Ναι	54 (49,5)
Ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια	
Όχι	59 (54,1)
Ναι	50 (45,9)
Ενημέρωση ιατρικού επισκέπτη / επιστημονικού συνεργάτη φαρμακευτικής βιομηχανίας	
Όχι	32 (29,4)
Ναι	77 (70,6)
Ιατρικές βιβλιοθήκες και Βάσεις δεδομένων στο Διαδίκτυο	
Όχι	68 (62,4)
Ναι	41 (37,6)
Άλλο	
Όχι	103 (94,5)
Ναι	6 (5,5)
Παρακαλώ διευκρινίστε	
Feedback από ασθενείς / αξιοπιστία εταιρίας	2 (1,8)
SPC φαρμάκων	1 (0,9)
Διαδίκτυο	1 (0,9)
Ποτέ	1 (0,9)
Σύστημα e-συνταγογράφησης	1 (0,9)

Το 41,2% των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη ανέφερε ότι η εφαρμογή του συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος είναι μέτρια αποτελεσματική και το 34,9% καθόλου/λίγο αποτελεσματική.

Το 40,2% των ιατρών ανέφερε ότι η ποιότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων είναι μέτρια καλή σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 29,9% αρκετά καλή και το 14% πολύ καλή.

Το 33,6% των ιατρών ανέφερε ότι η ασφάλεια των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων είναι μέτρια σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 38,3% αρκετά καλή και το 13,1% πολύ καλή.

Το 34,6% των ιατρών ανέφερε ότι η αποτελεσματικότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων είναι μέτρια σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους, το 41,1% αρκετά καλή και το 13,1% πολύ καλή.

Το 29,4% των ιατρών ανέφερε ότι μερικές φορές συνταγογραφεί ένα γενόσημο (generic, αντιγραφικό) σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του, το 46,8% αρκετές φορές και το 1,8% πάντοτε.

Το 48,6% των ιατρών ανέφερε ότι ενημερώνεται για τα γενόσημα φάρμακα μέσω των δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά, το 49,5% μέσω βιβλιογραφίας αναφοράς, το 45,9% μέσω ανακοινώσεων σε επιστημονικά συνέδρια, το 70,6% μέσω ενημέρωσης από ιατρικούς επισκέπτες/επιστημονικούς συνεργάτες από τη φαρμακευτική βιομηχανία, το 37,6% μέσω ιατρικών βιβλιοθηκών και βάσεων δεδομένων στο διαδίκτυο, το 4,6% μέσω άλλων πηγών (feedback από ασθενείς/αξιοπιστία εταιρίας, SPC φαρμάκων, διαδίκτυο, σύστημα e-συνταγογράφησης) και το 0,9% δεν ενημερώνεται ποτέ.

3.5 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

Πίνακας 12: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες

Χαρακτηριστικό	N (%)
Από ποιες πηγές ενημερώνεστε για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος;	
Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας	
Όχι	51 (46,8)
Ναι	58 (53,2)
Διαδίκτυο	
Όχι	45 (41,3)
Ναι	64 (58,7)
Ιατρικός επισκέπτης / Επιστημονικός συνεργάτης φαρμακευτικών εταιρειών	
Όχι	68 (62,4)
Ναι	41 (37,6)
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	
Όχι	104 (95,4)
Ναι	5 (4,6)
Συνάδελφοι	
Όχι	68 (62,4)
Ναι	41 (37,6)
Άλλο	
Όχι	93 (85,3)

Ναι	16 (14,7)
Παρακαλώ διευκρινίστε	
SPC φαρμάκων	4 (3,7)
Από τον ασθενή	3 (2,8)
Βιβλιογραφία	2 (1,8)
Εθνικό συνταγολόγιο	1 (0,9)
Ιατρικά συνέδρια	2 (1,8)
Νοσοκομειακούς συναδέλφους	1 (0,9)
Συνταγολόγιο ΕΟΦ	1 (0,9)
Φύλλο οδηγιών σκευάσματος	2 (1,8)
Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας επιλογή η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή σας από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος;	
Λίγο	4 (3,7)
Μέτρια	6 (5,5)
Αρκετά	54 (49,5)
Πολύ	45 (41,3)
Στις περιπτώσεις όπου εμφανίζονται ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενή από τη χορήγηση σκευάσματος που συνταγογραφήσατε, χρησιμοποιήσατε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας;	
Όχι	31 (28,7)
Ναι	77 (71,3)

Το 53,2% των ιατρών ανέφερε ότι ενημερώνεται για τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ενός σκευάσματος μέσω των φαρμακευτικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, το 58,7% μέσω του διαδικτύου, το 37,6% μέσω ενημέρωσης από ιατρικούς επισκέπτες/επιστημονικούς συνεργάτες από τις φαρμακευτικές εταιρείες, το 4,6% μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, το 37,6% μέσω συναδέλφων και το 14,7% μέσω άλλων πηγών (SPC φαρμάκων, από τον ασθενή, τη βιβλιογραφία, το εθνικό συνταγολόγιο, τα ιατρικά συνέδρια και τους νοσοκομειακούς συναδέλφους).

Το 49,5% των ιατρών ανέφερε ότι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενή του από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος επηρεάζει αρκετά τη συνταγογραφική του επιλογή και το 41,3% πολύ.

Το 71,35 των ιατρών ανέφερε ότι στις περιπτώσεις όπου εμφανίζονται ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενή από τη χορήγηση σκευάσματος που συνταγογράφησε, χρησιμοποιούσε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.

3.6 Συνταγογράφηση και οικονομική κρίση

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση και την οικονομική κρίση.

Πίνακας 13: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ιατρών στη μελέτη αναφορικά με τη συνταγογράφηση και την οικονομική κρίση

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση;	
Καθόλου	6 (5,5)
Λίγο	14 (12,8)

Μέτρια	38 (34,9)
Αρκετά	44 (40,4)
Πολύ	7 (6,4)
Πόσο συχνά πιέζεστε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα φτηνότερο σκεύασμα;	
Καθόλου	38 (34,9)
Λίγο	40 (36,7)
Μέτρια	25 (22,9)
Αρκετά	4 (3,7)
Πολύ	2 (1,8)
Πόσο έχει επηρεαστεί η συνταγογραφική σας συμπεριφορά εξαιτίας της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την επιβολή πλαφόν;	
Καθόλου	22 (20,2)
Λίγο	32 (29,4)
Μέτρια	34 (31,2)
Αρκετά	17 (15,6)
Πολύ	4 (3,7)
Πόσο έχει επηρεαστεί η αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας των ασθενών από την επιβολή μέτρων στη συνταγογράφηση φαρμάκων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης; (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, συνταγογράφηση με δραστική ουσία, επιβολή πλαφόν ανά ειδικότητα, τρόπος χορήγησης φαρμάκων υψηλού κόστους, ΜΗΣΥΦΑ);	
Καθόλου	14 (12,8)

Λίγο	21 (19,3)
Μέτρια	39 (35,8)
Αρκετά	32 (29,4)
Πολύ	3 (2,8)

Το 40,4% των ιατρών ανέφερε ότι ήταν αρκετά ικανοποιημένοι/ες από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση, το 34,9% μέτρια και το 6,4% πολύ.

Το 34,9% των ιατρών ανέφερε ότι δεν πιέζεται από τους ασθενείς του να συνταγογραφήσει ένα φτηνότερο σκεύασμα, το 36,7% λίγο και το 22,9% μέτρια.

Το 20,2% των ιατρών ανέφερε ότι δεν έχει επηρεαστεί η συνταγογραφική του συμπεριφορά εξαιτίας της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την επιβολή πλαφόν, το 29,4% λίγο και το 31,2% μέτρια.

Το 32,1% των ιατρών ανέφερε ότι έχει η αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας των ασθενών έχει επηρεαστεί καθόλου/λίγο από την επιβολή μέτρων στη συνταγογράφηση φαρμάκων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, συνταγογράφηση με δραστική ουσία, επιβολή πλαφόν ανά ειδικότητα, τρόπος χορήγησης φαρμάκων υψηλού κόστους, ΜΗΣΥΦΑ), το 35,8% μέτρια, το 29,4% αρκετά και το 2,8% πολύ.

3.7 Συσχετίσεις

3.7.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία.

Πίνακας 14 :Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,042^α
Άνδρας	8 (12,7)	12 (19,0)	14 (22,2)	17 (27,0)	12 (19,0)	
Γυναίκα	3 (6,5)	4 (8,7)	6 (13,0)	24 (52,2)	9 (19,6)	
Ηλικία^β	-0,255 ^β					0,008^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,203 ^β					0,034^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,077 ^β					0,456 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,283 ^α

Όχι	6 (10,3)	12 (20,7)	11 (19,0)	17 (29,3)	12 (20,7)	
Ναι	5 (9,8)	4 (7,8)	9 (17,6)	24 (47,1)	9 (17,6)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,201^α
Όχι	8 (14,8)	8 (14,8)	10 (18,5)	18 (33,3)	10 (18,5)	
Ναι	3 (5,5)	8 (14,5)	10 (18,2)	23 (41,8)	11 (20,0)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,001^α
Όχι	6 (30,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	
Ναι	5 (5,6)	13 (14,6)	14 (15,7)	37 (41,6)	20 (22,5)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,002^α
Όχι	8 (13,3)	11 (18,3)	14 (23,3)	22 (36,7)	5 (8,3)	
Ναι	3 (6,1)	5 (10,2)	6 (12,2)	19 (38,8)	16 (32,7)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,542^α
Όχι	6 (11,8)	5 (9,8)	9 (17,6)	20 (39,2)	11 (21,6)	
Ναι	5 (8,6)	11 (19,0)	11 (19,0)	21 (36,2)	10 (17,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο φύλο και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,042$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χρησιμοποιούσαν λιγότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία ($p=0,008$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στα έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με περισσότερα έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής χρησιμοποιούσαν λιγότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία ($p=0,034$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στη συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) χρησιμοποιούσαν περισσότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία σε σχέση με τα άτομα που δεν συμμετείχαν σε συνέδρια ($p=0,001$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην πραγματοποίηση δημοσιεύσεων (τουλάχιστον μία την τελευταία 5ετία) και τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν τουλάχιστον 1 δημοσίευση την τελευταία 5ετία χρησιμοποιούσαν περισσότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ($p=0,001$).

3.7.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης.

Πίνακας 15 :Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης					Τιμή p
	Ποτέ	Λίγες φορές	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Πάντοτε	
Φύλο						0,005^a
Άνδρας	8 (12,7)	28 (44,4)	21 (33,3)	6 (9,5)	0 (0,0)	
Γυναίκα	1 (2,2)	16 (34,8)	19 (41,3)	9 (19,6)	1 (2,2)	
Ηλικία^β	-0,071 ^β					0,465 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,135 ^β					0,162 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	0,077 ^β					0,459 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και						0,298 ^a

διδασκατορικών σπουδών						
Όχι	3 (5,2)	25 (43,1)	21 (36,2)	8 (13,8)	1 (1,7)	
Ναι	6 (11,8)	19 (37,3)	19 (37,3)	7 (13,7)	0 (0,0)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,477 ^α
Όχι	3 (5,6)	25 (46,3)	19 (35,2)	6 (11,1)	1 (1,9)	
Ναι	6 (10,9)	19 (34,5)	21 (38,2)	9 (16,4)	0 (0,0)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,369 ^α
Όχι	1 (5,0)	10 (50,0)	7 (35,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	
Ναι	8 (9,0)	34 (38,2)	33 (37,1)	13 (14,6)	1 (1,1)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,476 ^α
Όχι	2 (3,3)	30 (50,0)	18 (30,0)	10 (16,7)	0 (0,0)	
Ναι	7 (14,3)	14 (28,6)	22 (44,9)	5 (10,2)	1 (2,0)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,376 ^α
Όχι	4 (7,8)	20 (39,2)	19 (37,3)	7 (13,7)	1 (2,0)	
Ναι	5 (8,6)	24 (41,4)	21 (36,2)	8 (13,8)	0 (0,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο φύλο και τη συχνότητα με την οποία ζητείται η γνώμη των συναδέλφων/αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ/Υπουργείο Υγείας/ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ζητούσαν περισσότερο τη γνώμη τους επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,005$).

3.7.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση.

Πίνακας 16: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση				Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	
Φύλο					0,721 ^α
Άνδρας	11 (17,5)	32 (50,8)	15 (23,8)	5 (7,9)	
Γυναίκα	9 (19,6)	21 (45,7)	10 (21,7)	6 (13,0)	
Ηλικία^β	-0,004 ^β				0,968 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	0,004 ^β				0,968 ^β

Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,091 ^β				0,380 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών					0,424 ^α
Όχι	10 (17,2)	27 (46,6)	14 (24,1)	7 (12,1)	
Ναι	10 (19,6)	26 (51,0)	11 (21,6)	4 (7,8)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης					0,058 ^α
Όχι	8 (14,8)	24 (44,4)	14 (25,9)	8 (14,8)	
Ναι	12 (21,8)	29 (52,7)	11 (20,0)	3 (5,5)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)					0,164 ^α
Όχι	3 (15,0)	8 (40,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	
Ναι	17 (19,1)	45 (50,6)	19 (21,3)	8 (9,0)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)					0,681 ^α
Όχι	13 (21,7)	27 (45,0)	14 (23,3)	6 (10,0)	
Ναι	7 (14,3)	26 (53,1)	11 (22,4)	5 (10,2)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο					0,251 ^α
Όχι	11 (21,6)	25 (49,0)	12 (23,5)	3 (5,9)	
Ναι	9 (15,5)	28 (48,3)	13 (22,4)	8 (13,8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στο πόσο επηρεάζει η ενημέρωση από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών τη συνταγογραφική απόφαση και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

3.7.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση.

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,074 ^α
Ανδρας	11 (17,5)	12 (19,0)	22 (34,9)	10 (15,9)	8 (12,7)	
Γυναίκα	3 (6,5)	5 (10,9)	20 (43,5)	12 (26,1)	6 (13,0)	
Ηλικία^β	-0,120 ^β					0,217 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,073 ^β					0,451 ^β

Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	0,077 ^β					0,455 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,065 ^α
Όχι	7 (12,1)	6 (10,3)	21 (36,2)	14 (24,1)	10 (17,2)	
Ναι	7 (13,7)	11 (21,6)	21 (41,2)	8 (15,7)	4 (7,8)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,568 ^α
Όχι	6 (11,1)	10 (18,5)	19 (35,2)	10 (18,5)	9 (16,7)	
Ναι	8 (14,5)	7 (12,7)	23 (41,8)	12 (21,8)	5 (9,1)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,453 ^α
Όχι	3 (15,0)	4 (20,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	
Ναι	11 (12,4)	13 (14,6)	36 (40,4)	18 (20,2)	11 (12,4)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,038^α
Όχι	9 (15,0)	11 (18,3)	24 (40,0)	13 (21,7)	3 (5,0)	
Ναι	5 (10,2)	6 (12,2)	18 (36,7)	9 (18,4)	11 (22,4)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,956 ^α
Όχι	6 (11,8)	9 (17,6)	20 (39,2)	9 (17,6)	7 (13,7)	
Ναι	8 (13,8)	8 (13,8)	22 (37,9)	13 (22,4)	7 (12,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην πραγματοποίηση δημοσιεύσεων (τουλάχιστον μία την τελευταία 5ετία) και το πόσο επηρεάζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα τη συνταγογραφική απόφαση. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν τουλάχιστον 1 δημοσίευση την τελευταία 5ετία επηρεάζονταν περισσότερο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα αναφορικά με τη συνταγογραφική τους απόφαση σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ($p=0,038$).

3.7.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος.

Πίνακας 18: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,237 ^α
Άνδρας	30 (47,6)	22 (34,9)	8 (12,7)	2 (3,2)	1 (1,6)	
Γυναίκα	18 (39,1)	19 (41,3)	5 (10,9)	3 (6,5)	1 (2,2)	

Ηλικία^β						-0,070 ^β	0,473 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β						-0,190 ^β	0,047^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β						0,419 ^β	<0,001^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών							0,174 ^α
Όχι	23 (39,7)	23 (39,7)	8 (13,8)	2 (3,4)	2 (3,4)		
Ναι	25 (49,0)	18 (35,3)	5 (9,8)	3 (5,9)	0 (0,0)		
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης							0,350 ^α
Όχι	24 (44,4)	20 (37,0)	5 (9,3)	3 (5,6)	2 (3,7)		
Ναι	24 (43,6)	21 (38,2)	8 (14,5)	2 (3,6)	0 (0,0)		
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)							0,225 ^α
Όχι	10 (50,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Ναι	38 (42,7)	34 (38,2)	10 (11,2)	5 (5,6)	2 (2,2)		
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)							0,081 ^α
Όχι	29 (48,3)	21 (35,0)	9 (15,0)	1 (1,7)	0 (0,0)		
Ναι	19 (38,8)	20 (40,8)	4 (8,2)	4 (8,2)	2 (4,1)		
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο							0,002^α

Όχι	15 (29,4)	23 (45,1)	7 (13,7)	4 (7,8)	2 (3,9)	
Ναι	33 (56,9)	18 (31,0)	6 (10,3)	1 (1,7)	0 (0,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στα έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με περισσότερα έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής πιέζονταν περισσότερο από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος ($p=0,047$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφούσαν οι γιατροί της μελέτης και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών πιέζονταν περισσότερο από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος ($p<0,001$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονταν σε ιδιωτικό ιατρείο πιέζονταν λιγότερο από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος ($p=0,002$).

3.7.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή.

Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,167 ^α
Ανδρας	8 (12,7)	15 (23,8)	19 (30,2)	16 (25,4)	5 (7,9)	
Γυναίκα	3 (6,5)	6 (13,0)	19 (41,3)	18 (39,1)	0 (0,0)	
Ηλικία^β	0,015 ^β					0,876 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	0,014 ^β					0,886 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,058 ^β					0,575 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και						0,237 ^α

διδακτορικών σπουδών						
Όχι	7 (12,1)	6 (10,3)	21 (36,2)	21 (36,2)	3 (5,2)	
Ναι	4 (7,8)	15 (29,4)	17 (33,3)	13 (25,5)	2 (3,9)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,524 ^α
Όχι	7 (13,0)	15 (27,8)	9 (16,7)	20 (37,0)	3 (5,6)	
Ναι	4 (7,3)	6 (10,9)	29 (52,7)	14 (25,5)	2 (3,6)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,136 ^α
Όχι	3 (15,0)	5 (25,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	
Ναι	8 (9,0)	16 (18,0)	32 (36,0)	28 (31,5)	5 (5,6)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,346 ^α
Όχι	5 (8,3)	14 (23,3)	21 (35,0)	18 (30,0)	2 (3,3)	
Ναι	6 (12,2)	7 (14,3)	17 (34,7)	16 (32,7)	3 (6,1)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,317 ^α
Όχι	6 (11,8)	10 (19,6)	20 (39,2)	13 (25,5)	2 (3,9)	
Ναι	5 (8,6)	11 (19,0)	18 (31,0)	21 (36,2)	3 (5,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στη σημαντικότητα του παράγοντα «κόστος φαρμάκου» κατά τη συνταγογραφική επιλογή και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

3.7.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή.

Πίνακας 20: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,072 ^α
Άνδρας	9 (14,3)	16 (25,4)	15 (23,8)	19 (30,2)	4 (6,3)	
Γυναίκα	2 (4,3)	8 (17,4)	16 (34,8)	15 (32,6)	5 (10,9)	
Ηλικία^β	-0,175 ^β					0,070 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,170 ^β					0,077 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,166 ^β					0,107 ^β

Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,247 ^α
Όχι	7 (12,1)	10 (17,2)	14 (24,1)	20 (34,5)	7 (12,1)	
Ναι	4 (7,8)	14 (27,5)	17 (33,3)	14 (27,5)	2 (3,9)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,996 ^α
Όχι	6 (11,1)	14 (25,9)	11 (20,4)	17 (31,5)	6 (11,1)	
Ναι	5 (9,1)	10 (18,2)	20 (36,4)	17 (30,9)	3 (5,5)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,214 ^α
Όχι	3 (15,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	5 (25,0)	2 (10,0)	
Ναι	8 (9,0)	18 (20,2)	27 (30,3)	29 (32,6)	7 (7,9)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,205 ^α
Όχι	6 (10,0)	15 (25,0)	18 (30,0)	17 (28,3)	4 (6,7)	
Ναι	5 (10,2)	9 (18,4)	13 (26,5)	17 (34,7)	5 (10,2)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,095 ^α
Όχι	6 (11,8)	13 (25,5)	17 (33,3)	12 (23,5)	3 (5,9)	
Ναι	5 (8,6)	11 (19,0)	14 (24,1)	22 (37,9)	6 (10,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στο πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή τη συνταγογραφική επιλογή και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

3.7.8. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους.

Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,539 ^α
Ανδρας	2 (3,2)	10 (16,1)	15 (24,2)	24 (38,7)	11 (17,7)	
Γυναίκα	1 (2,2)	3 (6,7)	21 (46,7)	17 (37,8)	3 (6,7)	
Ηλικία^β	-0,126 ^β					0,198 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,068 ^β					0,484 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,193 ^β					0,063 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,076 ^α
Όχι	0 (0,0)	8 (14,3)	16 (28,6)	21 (37,5)	11 (19,6)	

Ναι	3 (5,9)	5 (9,8)	20 (39,2)	20 (39,2)	3 (5,9)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,723 ^α
Όχι	2 (3,8)	9 (17,0)	13 (24,5)	22 (41,5)	7 (13,2)	
Ναι	1 (1,9)	4 (7,4)	23 (42,6)	19 (35,2)	7 (13,0)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,509 ^α
Όχι	1 (5,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	
Ναι	2 (2,3)	9 (10,3)	32 (36,8)	34 (39,1)	10 (11,5)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,857 ^α
Όχι	3 (5,2)	6 (10,3)	19 (32,8)	20 (34,5)	10 (17,2)	
Ναι	0 (0,0)	7 (14,3)	17 (34,7)	21 (42,9)	4 (8,2)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,381 ^α
Όχι	0 (0,0)	6 (12,0)	23 (46,0)	17 (34,0)	4 (8,0)	
Ναι	3 (5,3)	7 (12,3)	13 (22,8)	24 (42,1)	10 (17,5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στην αξιολόγηση της ασφάλειας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

3.7.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους.

Πίνακας 22: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,267 ^α
Άνδρας	3 (4,8)	6 (9,7)	17 (27,4)	24 (38,7)	12 (19,4)	
Γυναίκα	1 (2,2)	2 (4,4)	20 (44,4)	20 (44,4)	2 (4,4)	
Ηλικία^β	-0,134 ^β					0,169 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,060 ^β					0,542 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,212 ^β					0,040^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,031^α
Όχι	1 (1,8)	4 (7,1)	17 (30,4)	23 (41,1)	11 (19,6)	

Ναι	3 (5,9)	4 (7,8)	20 (39,2)	21 (41,2)	3 (5,9)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,403 ^α
Όχι	2 (3,8)	7 (13,2)	14 (26,4)	23 (43,4)	7 (13,2)	
Ναι	2 (3,7)	1 (1,9)	23 (42,6)	21 (38,9)	7 (13,0)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,501 ^α
Όχι	1 (5,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	5 (25,0)	
Ναι	3 (3,4)	4 (4,6)	34 (39,1)	37 (42,5)	9 (10,3)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,488 ^α
Όχι	3 (5,2)	4 (6,9)	20 (34,5)	21 (36,2)	10 (17,2)	
Ναι	1 (2,0)	4 (8,2)	17 (34,7)	23 (46,9)	4 (8,2)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,474 ^α
Όχι	0 (0,0)	4 (8,0)	21 (42,0)	19 (38,0)	6 (12,0)	
Ναι	4 (7,0)	4 (7,0)	16 (28,1)	25 (43,9)	8 (14,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφούσαν οι γιατροί της μελέτης και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας

των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών αξιολόγησαν λιγότερο την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους ($p=0,040$).

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν μεταπτυχιακές ή/και διδακτορικές σπουδές αξιολόγησαν λιγότερο την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους ($p=0,031$).

3.7.10. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του.

Πίνακας 23: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του					Τιμή p
	Ποτέ	Λίγες φορές	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Πάντοτε	
Φύλο						0,425 ^a
Ανδρας	4 (6,3)	11 (17,5)	14 (22,2)	32 (50,8)	2 (3,2)	

Γυναίκα	0 (0,0)	9 (19,6)	18 (39,1)	19 (41,3)	0 (0,0)	
Ηλικία^β	0,082 ^β					0,401 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	0,129 ^β					0,182 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,053 ^β					0,610 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,100 ^α
Όχι	3 (5,2)	6 (10,3)	17 (29,3)	31 (53,4)	1 (1,7)	
Ναι	1 (2,0)	14 (27,5)	15 (29,4)	20 (39,2)	1 (2,0)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,424 ^α
Όχι	2 (3,7)	11 (20,4)	15 (27,8)	25 (46,3)	1 (1,9)	
Ναι	2 (3,6)	9 (16,4)	17 (30,9)	26 (47,3)	1 (1,8)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,010^α
Όχι	2 (10,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	
Ναι	2 (2,2)	14 (15,7)	26 (29,2)	45 (50,6)	2 (2,2)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,024^α
Όχι	3 (5,0)	15 (25,0)	17 (28,3)	24 (40,0)	1 (1,7)	
Ναι	1 (2,0)	5 (10,2)	15 (30,6)	27 (55,1)	1 (2,0)	

Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,273 ^α
Όχι	1 (2,0)	8 (15,7)	16 (31,4)	26 (51,0)	0 (0,0)	
Ναι	3 (5,2)	12 (20,7)	16 (27,6)	25 (43,1)	2 (3,4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στη συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) και τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) συνταγογραφούσαν περισσότερο γενόσημα (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι των πρωτοτύπων τους σε σχέση με τα άτομα που δεν συμμετείχαν σε συνέδρια ($p=0,010$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην πραγματοποίηση δημοσιεύσεων (τουλάχιστον μία την τελευταία 5ετία) και τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημου (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι του πρωτότυπου του. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν τουλάχιστον 1 δημοσίευση την τελευταία 5ετία συνταγογραφούσαν περισσότερο γενόσημα (generic, αντιγραφικό) σκευάσματος έναντι των πρωτοτύπων τους σε σχέση με τα άτομα που δεν συμμετείχαν σε συνέδρια ($p=0,024$).

3.7.11. Εξαρτημένη μεταβλητή: Πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή.

Πίνακας 24: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή				Τιμή p
	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο					0,358 ^α
Άνδρας	4 (6,3)	2 (3,2)	31 (49,2)	26 (41,3)	
Γυναίκα	0 (0,0)	4 (8,7)	23 (50,0)	19 (41,3)	
Ηλικία^β	-0,195 ^β				0,043^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,090 ^β				0,350 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	-0,258 ^β				0,011^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών					0,095 ^α

Όχι	2 (3,4)	3 (5,2)	24 (41,4)	29 (50,0)	
Ναι	2 (3,9)	3 (5,9)	30 (58,8)	16 (31,4)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης					0,202 ^α
Όχι	2 (3,7)	1 (1,9)	27 (50,0)	24 (44,4)	
Ναι	2 (3,6)	5 (9,1)	27 (49,1)	21 (38,2)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)					0,284 ^α
Όχι	2 (10,0)	0 (0,0)	6 (30,0)	12 (60,0)	
Ναι	2 (2,2)	6 (6,7)	48 (53,9)	33 (37,1)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)					0,345 ^α
Όχι	3 (5,0)	2 (3,3)	32 (53,3)	23 (38,3)	
Ναι	1 (2,0)	4 (8,2)	22 (44,9)	22 (44,9)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο					0,401 ^α
Όχι	2 (3,9)	3 (5,9)	26 (51,0)	20 (39,2)	
Ναι	2 (3,4)	3 (5,2)	28 (48,3)	25 (43,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και του πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν ότι επηρεάζονταν λιγότερο από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος αναφορικά με τη συνταγογραφική τους επιλογή ($p=0,043$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφούσαν οι γιατροί της μελέτης και του πόσο επηρεάζει η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος τη συνταγογραφική επιλογή. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ανέφεραν ότι επηρεάζονταν λιγότερο από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου σκευάσματος αναφορικά με τη συνταγογραφική τους επιλογή ($p=0,011$).

3.7.12. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμός ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του βαθμού ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση.

Πίνακας 25: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και του βαθμού ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Βαθμός ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση	Τιμή p
----------------------	---	--------

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,036^α
Ανδρας	3 (4,8)	11 (17,5)	26 (41,3)	20 (31,7)	3 (4,8)	
Γυναίκα	3 (6,5)	3 (6,5)	12 (26,1)	24 (52,2)	4 (8,7)	
Ηλικία^β	-0,198 ^β					0,040^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	-0,179 ^β					0,063 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	0,147 ^β					0,153 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,097 ^α
Όχι	4 (6,9)	11 (19,0)	17 (29,3)	23 (39,7)	3 (5,2)	
Ναι	2 (3,9)	3 (5,9)	21 (41,2)	21 (41,2)	4 (7,8)	
Συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης						0,330 ^α
Όχι	3 (5,6)	7 (13,0)	20 (37,0)	22 (40,7)	2 (3,7)	
Ναι	3 (5,5)	7 (12,7)	18 (32,7)	22 (40,0)	5 (9,1)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,001^α
Όχι	3 (15,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	
Ναι	3 (3,4)	7 (7,9)	34 (38,2)	38 (42,7)	7 (7,9)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία						0,078 ^α

(1) την τελευταία 5ετία)						
Όχι	5 (8,3)	8 (13,3)	19 (31,7)	28 (46,7)	0 (0,0)	
Ναι	1 (2,0)	6 (12,2)	19 (38,8)	16 (32,7)	7 (14,3)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,534 ^α
Όχι	3 (5,9)	7 (13,7)	16 (31,4)	22 (43,1)	3 (5,9)	
Ναι	3 (5,2)	7 (12,1)	22 (37,9)	22 (37,9)	4 (6,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο φύλο και το βαθμό ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ήταν περισσότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,036$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το βαθμό ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ήταν λιγότερο ικανοποιημένα ($p=0,040$).
- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στη συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) και το βαθμό ικανοποίησης από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα ανά έτος) ήταν περισσότερο ικανοποιημένα σε σχέση με τα άτομα που δεν συμμετείχαν σε συνέδρια ($p=0,001$)

3.7.13. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και της συχνότητας πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος.

Πίνακας 26: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος					Τιμή p
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο						0,418 ^α
Άνδρας	24 (38,1)	20 (31,7)	14 (22,2)	3 (4,8)	2 (3,2)	
Γυναίκα	14 (30,4)	20 (43,5)	11 (23,9)	1 (2,2)	0 (0,0)	
Ηλικία^β	0,028 ^β					0,771 ^β
Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής^β	0,034 ^β					0,725 ^β
Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε/εβδομάδα^β	0,214 ^β					0,036 ^β
Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών σπουδών						0,207 ^α
Όχι	16 (27,6)	24 (41,4)	16 (27,6)	1 (1,7)	1 (1,7)	
Ναι	22 (43,1)	16 (31,4)	9 (17,6)	3 (5,9)	1 (2,0)	
Συμμετοχή σε προγράμματα						0,494 ^α

διαρκούς εκπαίδευσης						
Όχι	18 (33,3)	22 (40,7)	10 (18,5)	3 (5,6)	1 (1,9)	
Ναι	20 (36,4)	18 (32,7)	15 (27,3)	1 (1,8)	1 (1,8)	
Συμμετοχή σε συνέδρια (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)						0,335 ^α
Όχι	10 (50,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	
Ναι	28 (31,5)	36 (40,4)	21 (23,6)	2 (2,2)	2 (2,2)	
Δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία (1) την τελευταία 5ετία)						0,210 ^α
Όχι	20 (33,3)	20 (33,3)	16 (26,7)	3 (5,0)	1 (1,7)	
Ναι	18 (36,7)	20 (40,8)	9 (18,4)	1 (2,0)	1 (2,0)	
Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο						0,275 ^α
Όχι	15 (29,4)	21 (41,2)	13 (25,5)	0 (0,0)	2 (3,9)	
Ναι	23 (39,7)	19 (32,8)	12 (20,7)	4 (6,9)	0 (0,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη (n) και σχετική συχνότητα (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος χ^2 για τάση

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση:

- Βρέθηκε στατιστική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφούσαν οι γιατροί της μελέτης και τη συχνότητα πίεσης από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ανέφεραν ότι πιέζονταν περισσότερο από τους ασθενείς για τη συνταγογράφηση ενός φτηνότερου σκευάσματος ($p=0,011$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε καταρχήν ότι οι Έλληνες ιατροί διαθέτουν ένα πολύ καλό επίπεδο εκπαιδευτικής κατάρτισης και μάλιστα δραστηριοποιούνται αρκετά με δημοσιεύσεις και συμμετοχή σε συνέδρια. Επίσης, στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι ιατροί κατέχουν μεγάλο βαθμό εξοικείωσης με τον Η/Υ και χρησιμοποιούν το διαδίκτυο αρκετά για βιβλιογραφική και συνταγογραφική έρευνα.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι το βασικότερο κριτήριο επιλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας έναντι μιας άλλης είναι η δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα, γεγονός που επιβεβαιώνεται σε αρκετές άλλες μελέτες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Rahmner et al. 2009, Mason 2008, Prosser & Walley, 2005, Armstrong 2002, Theodorou et al. 2009, Schumock et al. 2004, Mrogiazidis 2013, Jacoby et al. 2003, El-Dahiyat et al. 2014, Soremekun & Omitiran 2014).

Από την άλλη, η φαρμακοτεχνική μορφή και η δοσολογία φάνηκαν ότι δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα τη συνταγογραφική επιλογή των ιατρών, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με ορισμένες μελέτες οι οποίες ιεραρχούσαν τα εν λόγω χαρακτηριστικά ως σημαντικά κριτήρια επιλογής. Συγκεκριμένα, οι μελέτες των Theodorou et al. (2009), Schumock et al. (2004) και Buusman et al. (2007) λαμβάνουν ιδιαίτερα υπόψη τους τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου όπως είναι η μορφή χορήγησης και η προτεινόμενη ημερήσια δόση.

Οι πηγές τεκμηρίωσης των συνταγογραφικών προτιμήσεων των ιατρών στη μελέτη μας είναι οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια και οι δημοσιεύσεις στα επιστημονικά περιοδικά πρωτίστως και η ενημέρωση μέσω του ιατρικού επισκέπτη της φαρμακευτικής βιομηχανίας να κατατάσσεται τέταρτη σε σειρά προτίμησης. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε πλήρη συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα από τους Theodorou et al. (2009), Tsiantou et al. (2009) και Mrogiazidis (2013) αλλά και στο εξωτερικό από τους Soremekun & Omitiran (2014) και El-Dahiyat et al. (2014). Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες ιατροί συμβουλευόταν τις προαναφερόμενες πηγές πληροφόρησης κυρίως για να αντλήσουν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμακευτικών σκευασμάτων και συνέργιες με άλλες ουσίες.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι πάνω από τα 2/3 των ιατρών στη μελέτη δηλώνουν ότι η συνταγογραφική τους απόφαση επηρεάζεται ελάχιστα έως καθόλου εξαιτίας πίεσης των ασθενών για συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων και εξαιτίας της ενημέρωσης από τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών. Τα ευρήματα αυτά, σε ότι αφορά

στη συνταγογράφηση εξαιτίας ζήτησης εκ μέρους των ασθενών, διαφοροποιούνται από εμπειρικές μελέτες οι οποίες έχουν καταγράψει σημαντική επιρροή (Virji & Britten 1991, Webb & Lloyd 1994, Prosser et al. 2003 και Carthy et al. 2000), αλλά και σε ότι αφορά την επιρροή από τους αντιπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών (Prosser et al. 2003, Lieb & Scheurich 2014, Shimura 2018). Ενδεικτικά αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι αρκετές μελέτες έχουν καταγράψει ότι η πληροφόρηση από τις φαρμακευτικές εταιρείες μέσω των αντιπροσώπων της σχετίζεται με υψηλότερα κόστη αλλά και πρακτικές μη ορθολογικής συνταγογράφησης (Fickweiler et al. 2017, Wazana 2000, Muijers et al. 2005, Spurling et al. 2010).

Αναφορικά με το κατά πόσο επηρεάζεται η συνταγογραφική απόφαση των συμμετεχόντων από το θεσμικό πλαίσιο που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, προκύπτει ότι πάνω από τα 2/3 των ιατρών νιώθουν ότι αυτό είναι αληθές, ενώ στο ερώτημα για τον βαθμό που έχει επηρεαστεί η συνταγογραφική συμπεριφορά εξαιτίας της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την επιβολή πλαφόν στους ιατρούς, σχεδόν οι μισοί απαντούν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια έως πολύ. Πράγματι, η εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου έχει υποστηριχθεί και σε άλλες μελέτες ότι επηρεάζει τις συνταγογραφικές αποφάσεις των ιατρών όπως των Raina et al (2007) όπου η εφαρμοστέα νομοθεσία περί περιορισμού αποζημίωσης φαρμάκων για την οστεοαρθρίτιδα, επηρέαζε το 60% των ιατρών αλλά και των Taylor & Bond (1991) όπου η θετική λίστα φαρμάκων καταλάμβανε τη πρώτη θέση ως παράγοντας επιρροής της συνταγογραφικής απόφασης. Άλλωστε, αυτό το εύρημα δεν θα πρέπει να προκαλεί εντύπωση καθότι η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες που έχει εφαρμόσει τόσες πολλές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα (Leopold et al. 2014).

Σε σχέση με το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας αλλά και της ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή, προκύπτει ότι πάνω από τα 2/3 των ιατρών επηρεάζονται μέτρια έως πάρα πολύ, γεγονός που υποδεικνύει ότι έχουν αυξημένο βαθμό ευαισθησίας στο θέμα της οικονομικής επιβάρυνσης που έχει επιβληθεί στους πολίτες είτε λόγω των συμπληρωμών είτε λόγω έλλειψης ασφαλιστικής ικανότητας. Το εύρημα αυτό καταγράφεται και σε άλλες μελέτες όπως των Reichert et al. (2000), όπου η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης θα οδηγούσε στην επιλογή φθηνότερου φαρμάκου καθώς επίσης των Meyers et al. (2006) και του Lundin (2000), όπου επιβεβαιώνεται ότι η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης ή όχι διαφοροποιεί την επιλογή των φαρμάκων.

Στην παρούσα μελέτη, βρήκαμε επίσης ότι τα γενόσημα φάρμακα θεωρήθηκαν από τους μισούς σχεδόν τους ιατρούς αρκετά καλά έως πολύ καλά σε θέματα ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας και το 48,6% τα συνταγογραφεί αρκετά έως πολύ συχνά, γεγονός το οποίο δείχνει μια θετική στάση και αυξημένη αίσθηση εμπιστοσύνης. Τα ευρήματα αυτά σε ότι αφορά

την ποιότητα, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα επιβεβαιώνονται και από τις προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα των Theodorou et al (2009), Tsiantou et al. (2009) και Frouzi et al. (2013). Επίσης, σε ότι αφορά τη συχνότητα συνταγογράφησης γενόσημων, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας σε σχέση με τις προαναφερόμενες μελέτες όπου το ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων κυμαινόταν στο 25%. Το ερώτημα βέβαια που προκύπτει σχετίζεται με το κατά πόσο αυτή η αύξηση ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της μεγαλύτερης αίσθησης εμπιστοσύνης ή ως αποτέλεσμα της επιβολής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την υποκατάσταση με γενόσημα φάρμακα.

Ακόμη, βρήκαμε ότι το 41,2% νιώθουν ότι η εφαρμογή του συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία είναι λίγο έως καθόλου αποτελεσματική και το 34,9% νιώθουν ότι είναι μέτρια αποτελεσματική. Οι Labiris et al. (2015) σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα κατέγραψε ότι το 85% ήταν ενάντιοι στη διαδικασία αυτόματης υποκατάστασης με γενόσημα αφενός επειδή δεν ήταν πεπεισμένοι για το οικονομικό όφελος και αφετέρου επειδή οι αρμόδιες αρχές δεν μπορούσαν να ελέγξουν επαρκώς τα ποιοτικά στοιχεία των γενόσημων. Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να προβληματίσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ως προς τα αίτια προκειμένου στη συνέχεια να μπορούν να επέμβουν ουσιαστικά και να ενισχύσουν την αίσθηση εμπιστοσύνης των επαγγελματιών υγείας ως προς τα γενόσημα και την εν τέλει καλύτερη εφαρμογή του μέτρου.

Η ταξινόμηση των πηγών πληροφόρησης εμφανίζονται διαφορετικές στην περίπτωση της ενημέρωσης για τα γενόσημα και στην περίπτωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπου στην πρώτη περίπτωση ο ιατρικός επισκέπτης κατατάσσεται ως η συχνότερη πηγή, με τη βιβλιογραφία αναφοράς, τις δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά και τις ανακοινώσεις σε επιστημονικά περιοδικά να ακολουθούν σε σειρά, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες η συχνότερη πηγή ενημέρωσης είναι το διαδίκτυο, και μετά ακολουθούν οι φαρμακευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και στην τρίτη θέση μαζί οι ιατρικοί επισκέπτες και οι συνάδελφοι. Τα ευρήματα αυτά έρχονται εν μέρει σε συμφωνία με τις μελέτες των Theodorou et al. (2009) όπου ο ιατρικός επισκέπτης ταξινομείται πρώτος σε ότι αφορά την ενημέρωση για νέα φάρμακα στην Κύπρο και δεύτερος στην Ελλάδα. Επίσης οι μελέτες των Prosser et al. (2003) και Jones et al. (2001) επιβεβαιώνουν ότι οι ιατρικοί επισκέπτες ήταν σημαντική πηγή πληροφόρησης σε ότι αφορά νέα φαρμακευτικά σκευάσματα. Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ενημερώνει τις αρχές σε περίπτωση που κάποιο σκεύασμα παρουσιάσει ανεπιθύμητες ενέργειες, γεγονός το οποίο έρχεται σε πλήρη αντίθεση στην μελέτη των Theodorou et al. (2009) όπου η πλειονότητα των ιατρών δεν δήλωναν στις αρμόδιες αρχές την παρουσία ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η τοποθέτηση των ιατρών στην μελέτη μας όπου σχεδόν τα 2/3 θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας των ασθενών έχει επηρεαστεί μέτρια έως αρκετά πολύ εξαιτίας της επιβολής μέτρων στη συνταγογράφηση λόγω της οικονομικής κρίσης, γεγονός που υποδηλώνει ένα βαθμό ευαισθησίας σε ότι αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους.

Αναφορικά με την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών, βρέθηκε μετά από σχετική στατιστική ανάλυση ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας, της εργασιακής εμπειρίας, του συνόλου των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό του εκπαιδευτικού επιπέδου και του φορέα εργασίας ασκούν επιρροή στις αποφάσεις συνταγογράφησης των ιατρών.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ιατροί χρησιμοποιούν περισσότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα, ζητούσαν περισσότερο τη γνώμη συναδέλφων και αρμόδιων υπηρεσιών για θέματα ορθής συνταγογράφησης και ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις επισκέψεις των ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για τεκμηρίωση της συνταγογραφικής απόφασης, γεγονός το οποίο εξηγείται και από προηγούμενες μελέτες όπου γυναίκες ιατροί ήταν πιο επιφυλακτικές σε θέματα ποιότητας (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016), καθώς και ότι η επιρροή φαρμακευτικών αντιπροσώπων ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τους άντρες (Kasliwal, 2013).

Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ιατροί, κάνουν λιγότερη χρήση του διαδικτύου για συνταγογραφική έρευνα, επηρεάζονται λιγότερο από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή από τη χορήγηση συγκεκριμένου φαρμάκου και ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις των ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση. Ακόμη, βρήκαμε ότι οι ιατροί με τα περισσότερα έτη ενεργούς άσκησης ιατρικής, χρησιμοποιούν λιγότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα καθώς επίσης και ότι πιέζονταν περισσότερο από τους ασθενείς για συνταγογράφηση νέου φαρμάκου. Τα ευρήματα αυτά μπορούν εν μέρει να ερμηνευτούν ως μια σχετικά αναμενόμενη κατάσταση για τους μεγαλύτερης ηλικίας ιατρούς, καθότι η μεγαλύτερη ηλικία συνήθως υποδηλώνει και περισσότερα χρόνια εμπειρίας και συσσώρευσης γνώσεων αντιμετώπισης και χειρισμού ασθενών. Τα προαναφερόμενα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με μελέτες που αναφέρουν ότι τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας του ιατρού δεν σχετίζονται με τη συνταγογράφηση (Ie et al., 2017).

Οι ιατροί οι οποίοι συμμετέχουν στα συνέδρια (τουλάχιστον ένα ανά έτος) και πραγματοποιούν δημοσιεύσεις (τουλάχιστον μία την τελευταία πενταετία) χρησιμοποιούσαν περισσότερο το διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα και συνταγογραφούν περισσότερο γενόσημα φάρμακα.

Επίσης αυτοί που συμμετέχουν στα συνέδρια ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις των ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση, ενώ οι ιατροί που πραγματοποιούν δημοσιεύσεις επηρεάζονται περισσότερο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για τη συνταγογράφηση. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι ιατροί οι οποίοι διαθέτουν καλό επίπεδο εκπαιδευτικής κατάρτισης σαφώς και έχουν μεγαλύτερο βαθμό εξοικείωσης με τους Η/Υ και το διαδίκτυο καθώς επίσης λόγω της ενασχόλησης τους σε επιστημονικά συνέδρια και συγγραφής επιστημονικών δημοσιεύσεων, είναι ενεργοί στην επιστημονική κοινότητα και έτσι ενημερώνονται περισσότερο σε σχέση με τους ιατρούς που δεν ασχολούνται.

Βρήκαμε επίσης ότι οι ιατροί με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών στους οποίους συνταγογραφούν πιέζονταν περισσότερο από τους ασθενείς να συνταγογραφήσουν ένα νέο ή φθηνότερο σκεύασμα, αξιολόγησαν λιγότερο την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων σε σχέση με τα πρωτότυπα και επηρεάζονταν λιγότερο από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον ασθενή.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία είχαν μεταπτυχιακές ή/και διδακτορικές σπουδές αξιολόγησαν λιγότερο την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων σε σχέση με τα πρωτότυπα και τέλος βρέθηκε ότι οι ιατροί που εργάζονται σε ιδιωτικό ιατρείο πιέζονταν λιγότερο από τους ασθενείς για συνταγογράφηση ενός νέου σκευάσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην παρούσα μελέτη υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι αφορούν καταρχήν το περιορισμένο δείγμα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η μελέτη μας για οικονομικούς και πρακτικούς λόγους πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας στην κεντρική υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ, σε ιδιωτικά ιατρεία, σε ιατρεία των ΠΕΔΥ, σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία που βρίσκονται στο νομό Αττικής, σε μια συγκεκριμένη δηλαδή αστική περιοχή της Ελλάδας. Η γενίκευση των συμπερασμάτων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς ο μελετώμενος πληθυσμός σίγουρα δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα των ιατρών ολόκληρης της Ελλάδας.

Επιπλέον, μολονότι διερευνήσαμε έναν σημαντικό αριθμό προσδιοριστών της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, είναι σαφές πως το ερευνητικό αυτό ερώτημα δεν εξαντλείται με μια και μόνο μελέτη. Είναι απαραίτητη η διεξαγωγή παρόμοιων μελετών για τη διερεύνηση προσδιοριστών που δεν ήταν δυνατόν να μετρηθούν στη μελέτη μας. Για παράδειγμα, η διερεύνηση ποσοτικών προσδιοριστών που σχετίζονται με την εκτέλεση των συνταγών και η διασταύρωση με το ποσοστό δήλωσης των ιδίων ότι συνταγογραφούν γενόσημα, ή συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων ή συγκρίσεις μεταξύ φορέων εργασίας (δημόσιο ή ιδιωτικό), μπορεί να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες και να αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο.

Επίσης, δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με αυτοαναφορές των ιατρών, τα δεδομένα που προέκυψαν ενέχουν ένα βαθμό υποκειμενικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη είναι καταρχήν ότι η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία η οποία είναι δυναμική και διαμορφώνεται από διαφορετικούς παραμέτρους που σχετίζονται με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο περί φαρμακευτικής πολιτικής, με τα βασικά χαρακτηριστικά του φαρμάκου, με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του συνταγογράφου ιατρού και με πρόσθετους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Το εύρημα που κυριαρχεί, στην παρούσα χρονική συγκυρία όπου η Ελλάδα έχει διανύσει αρκετά χρόνια οικονομικής ύφεσης και εφαρμογής πληθώρας μεταρρυθμίσεων ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, είναι ότι η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών τεκμηριώνεται ως ορθολογική βάσει των αρχών που την χαρακτηρίζουν. Ειδικότερα, οι ιατροί κατατάσσουν πρωταρχικό κριτήριο εκλογής μιας φαρμακευτικής θεραπείας την δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα, επιλέγουν πρωτίστως επιστημονικά τεκμηριωμένες πηγές πληροφόρησης όπως τις ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια και τις δημοσιεύσεις στα επιστημονικά περιοδικά και ταυτόχρονα δεν επηρεάζονται ιδιαίτερα στην απόφασή τους από τους ασθενείς ή τους επιστημονικούς συνεργάτες των φαρμακευτικών εταιρειών.

Το θεσμικό πλαίσιο που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, το κόστος της φαρμακευτικής φροντίδας αλλά και η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους για τον ασθενή αποτελούν ισχυρές μεταβλητές επιρροής των συνταγογραφικών επιλογών των ιατρών.

Αναφορικά με τα γενόσημα, αυτό που χρήζει περαιτέρω διερεύνηση είναι το γεγονός ότι παρόλο που δεν αποτυπώνεται η διαφοροποίηση της στάσης των ιατρών απέναντι στην συνολική ποιότητα των γενόσημων σε σχέση με τις προηγούμενες μελέτες που είχαν διεξαχθεί, εντούτοις έχει αυξηθεί σημαντικά η συχνότητα συνταγογράφησης αυτών. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί είτε ως επί της ουσίας αναγνώριση της σημασίας των γενόσημων και αυξημένη αίσθηση εμπιστοσύνης, παρόλο που δεν καταγράφεται στη μελέτη, είτε ως αποτέλεσμα της επιβολής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία. Σε κάθε περίπτωση, τα προαναφερόμενα ευρήματα σηματοδοτούν την επιρροή του θεσμικού πλαισίου που εφαρμόζεται, στις αποφάσεις συνταγογράφησης των ιατρών.

Επιπλέον, η διαπίστωση ύπαρξης δημογραφικών μεταβλητών οι οποίες ασκούν επιρροή στις αποφάσεις συνταγογράφησης των ιατρών, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας, της

εργασιακής εμπειρίας, του συνόλου των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό του εκπαιδευτικού επιπέδου και του φορέα εργασίας, έχει ιδιαίτερη σημασία και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Εν κατακλείδι, η εύρεση των προσδιοριστών των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών υγείας. Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί η δυνατότητα στους ιατρούς, στους ασθενείς και στους αρμόδιους φορείς να κατανοήσουν βαθύτερα τη σημασία της συνταγογράφησης στους τομείς της διασφάλισης οικονομικών πόρων και της βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης για να διαμορφώσουν κατάλληλες συμπεριφορές και να λάβουν τα απαιτούμενα μέτρα για την ορθή αντιμετώπιση ενός τόσο σημαντικού θέματος. Η ενημέρωση και σχετική εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων καθώς και η συνεργασία όλων σίγουρα θα συμβάλει προς αυτή τη κατεύθυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Al-Mohamadi, A., Al-Harbi, A. M., Manshi, A. M., & Rakkah, M. M. (2014). Medications prescribing pattern toward insured patients. *Saudi pharmaceutical journal : SPJ : the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society*, 22(1), 27-31.

Allan, G.M., Lexchin, J. & Wiebe, N. (2007). Physician Awareness of Drug Cost: A Systematic Review. *PLoS Med* 4(9): e283. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040283>.

Armstrong, D. (2002). Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1771–1777. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00309-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00309-4).

Aronson, J.K. (2006). Balanced prescribing. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 62:6, 629-632.

Aronson, J.K. (2012). Balanced prescribing – principles and challenges. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74:4, 566-572.

Åström, K. , Duggan, C. and Bates, I. (2002), Influences on prescribing: the perceptions of general practitioners in two primary care trusts. *International Journal of Pharmacy Practice*, 10: R10-R10.

Barber, N. (1995). What constitutes good prescribing? *BMJ*, 310, 923–925.

Bate, L., Hutchinson, A., Underhill, J., & Maskrey, N. (2012). How clinical decisions are made. *British journal of clinical pharmacology*, 74(4), 614-20.

Bhatia, T., & Wang, L. (2011). Identifying physician peer-to-peer effects using patient movement data. *International Journal of Research in Marketing*, Elsevier, 28(1), 51-61.

Bloor, K., & Freemantle, N. (1996). Lessons From International Experience In Controlling Pharmaceutical Expenditure II: Influencing Doctors. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7045), 1525-1527.

- Boland, M. V., & Lehmann, H. P. (2010). A new method for determining physician decision thresholds using empiric, uncertain recommendations. *BMC medical informatics and decision making*, 10, 20.
- Bradley, C.P. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 42(364), 454-8.
- Britten, N. (1995). Patients' demands for prescriptions in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 310(6987), 1084-5.
- 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 Primary Health Care*, 25(4), 208–213.
- Carone, G., Schwierz, C. and Xavier, A. (2012) Cost-Containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU. European Commission, Directorate General for Economic and Financial Affairs.
www.ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf.
- Carthy, P., Harvey, I., Brawn, R. & Watkins, C. (2000). A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs, *Family Practice*, Volume 17, Issue 1, Pages 36–41, <https://doi.org/10.1093/fampra/17.1.36>.
- Chimonas, S., Brennan, T. A., & Rothman, D. J. (2007). Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. *Journal of general internal medicine*, 22(2), 184-90.
- Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2011). Commentary--Contagion in Prescribing Behavior Among Networks of Doctors. *Marketing Science, INFORMS*, 30(2), 213-216.
- Chua, G., Hassali, M., Shafie, A., & Awaisu, A. (2010). A survey exploring knowledge and perceptions of general practitioners towards the use of generic medicines in the northern state of Malaysia. *Health Policy* 95, 229–235.
- Cockburn, J., & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7107), 520-3.

Croskerry, P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning, *Academic Medicine*, 84(8): 1022-1028.

De Bakker, D. H., Coffie, D. S., Heerdink, E. R., van Dijk, L., & Groenewegen, P. P. (2007). Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. *BMC health services research*, 7, 132. doi:10.1186/1472-6963-7-132.

De Vries, T.P., Henning, R.H., Hogerzeil, H.V., Fresle, D.A. (1994). *Guide to good prescribing. A practical manual.* World Health Organization Action Programme on Essential Drugs. Geneva: World Health Organization.

Denig, P., Witteman, C. L., & Schouten, H. W. (2002). Scope and nature of prescribing decisions made by general practitioners. *Quality & safety in health care*, 11(2), 137-43.

Desalegn A. Antrneh (2013). Assessment of drug use pattern using WHO prescribing indicators at Hawassa University teaching and referral hospital, south Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13:170.

Djulfbegovic, B., Hozo, I., Beckstead, J., Tsalatsanis, A., & Pauker, S. G. (2012). Dual processing model of medical decision-making. *BMC medical informatics and decision making*, 12, 94.

Djulfbegovic, B., Elqayam, S., Reljic, T., Hozo, I., Miladinovic, B., Tsalatsanis, A., Kumar, A., Beckstead, J., Taylor, S., Cannon-Bowers, J. (2014). How do physicians decide to treat: an empirical evaluation of the threshold model. *BMC medical informatics and decision making*, 14, 47.

Dunne, S. S., & Dunne, C. P. (2015). What do people really think of generic medicines? A systematic review and critical appraisal of literature on stakeholder perceptions of generic drugs. *BMC medicine*, 13, 173. doi:10.1186/s12916-015-0415-3.

Dunne, S., Shannon, B., Cullen, W. & Dunne, C.P. (2014). Beliefs, perceptions and behaviours of GPs towards generic medicines. *Family Practice*, 31(4); 467–474, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu024>

Durieux, P., Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., & Ravaud, P. (2000). FROM CLINICAL RECOMMENDATIONS TO MANDATORY PRACTICE: The Introduction of Regulatory Practice Guidelines in the French Healthcare System. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(04), 969-975.

El-Dahiyat, F., Kayyali, R., & Bidgood, P. (2014). Physicians' perception of generic and electronic prescribing: A descriptive study from Jordan. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 7, 7. doi:10.1186/2052-3211-7-7.

Ely, J.W., Graber, M.L., & Croskerry, P. (2011). Checklists to Reduce Diagnostic Errors. *Academic Medicine*; 86: (3), 307–313.

Fadare, J. O., Adeoti, A. O., Aina, F., Solomon, O. A., & Ijalana, J. O. (2015). The influence of health insurance scheme on the drug prescribing pattern in a Nigerian tertiary healthcare facility. *Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association*, 56(5), 344-8.

Fickweiler, F., Fickweiler, W., & Urbach, E. (2017). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ open*, 7(9), e016408. doi:10.1136/bmjopen-2017-016408.

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., & Eccles, M. P. (2011). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD000125. doi:10.1002/14651858.CD000125.pub4.

Frouzi, E., Chatzea, V.E., Sifaki Pistolla, D., Saridi, M., Rekleiti, M. & Souliotis, K. (2013). Knowledge and attitudes of Greek Physicians towards generic prescribing after the economic crisis. *International Journal of Pharma Sciences and Research*, 4(10), 125-133.

Gilboy, S. (1996). Evidence – based medicine – An improved format for journal clubs. *Psychiatric Bulletin*, 20: 673 – 675.

Gonul, F., Carter, F., Petrova, E., & Srinivasan, K. (2001). Promotion of Prescription Drugs and Its Impact on Physicians' Choice Behavior. *Journal of Marketing*, 65(3), 79–90. <https://doi.org/10.1509/jmkg.65.3.79.18329>.

Goranitis, I., Siskou, O. & Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*, 117(3), 279-284.

Granlund, D. (2009) Are private physicians more likely to veto generic substitution of prescribed pharmaceuticals?. *Social Science and Medicine*, 69(11): 1643-1650
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.016>

Hetlevik, I., Holmen, J., Krüger, O., Kristensen, P., Iversen, H.G. & Furuseth, K. (2000). Implementing clinical guidelines in the treatment of diabetes mellitus in general practice. Evaluation of effort, process, and patient outcome related to implementation of a computer-based decision support system. *International journal of technology assessment in health care*, 16: 210-27.

Hoffman, J., Barefield, F.A. & Ramamurthy, S. (1995). A survey of physician knowledge of drug costs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10(6):432-5.

Hogerzeil H. V. (1995). Promoting rational prescribing: an international perspective. *British journal of clinical pharmacology*, 39(1), 1-6.

Ie, K., Felton, M., Springer, S., Wilson, S.A. & Albert, S.M. (2017). Physician Factors Associated with Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use. *J Am Board Fam Med*. 30(4):528-536. doi: 10.3122/jabfm.2017.04.170121.

Iyengar, R., Van den Bulte, C., & Valente, T.W. (2011). Opinion Leadership and Social Contagion in New Product Diffusion. *Marketing Science*, 30:2, 195-212.

Jacoby, A., Smith, M., & Eccles, M. (2003). A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs. *The British Journal of General Practice*, 53(487), 120–125.

Jones, M. I., Greenfield, S. M., & Bradley, C. P. (2001). Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7309), 378-81.

Joseph, K. & Mantrala, M. (2009). A model of the role of free samples in physicians' prescription decisions. *Market Lett*, 20: 15-29.

Kasliwal, N. (2013). A Study of Psychosocial Factors on Doctors Prescribing Behaviour - An Empirical Study in India. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, Volume 13, Issue 2, PP 05-10.

Kersnik, J. and Peklar, J. (2006). Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 31: 577-583. doi:[10.1111/j.1365-2710.2006.00776.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2006.00776.x).

Klein, D., MacDonald, A., Drummond, N. and Cave, A. (2006). A qualitative study to identify factors influencing COXIB prescribed by family physicians for musculoskeletal disorders. *Oxford Journals. Medicine, Family Practice*, Volume 23, Issue 6, Pages 659–665.

Kotwani, A., Wattal, C., Katewa, S., Joshi, P.C. & Holloway, K. (2010). Factors influencing primary care physicians to prescribe antibiotics in Delhi India, *Family Practice*, Volume 27, Issue 6, 1 December 2010, Pages 684–690, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq059>.

Labiris, G., Fanariotis, M., Kastanioti, C., Alexias, G., Protopapas, A., Karampitsakos, T. & Niakas, D. (2015). Greek physicians' perceptions on generic drugs in the era of austerity. *Scientifica*, Volume 2015, Article ID 251792, 9 pages.

Lee, T. H., Wong, J. G., Lye, D. C., Chen, M. I., Loh, V. W., Leo, Y. S., Lee, L. K. & Chow, A. L. (2017). Medical and psychosocial factors associated with antibiotic prescribing in primary care: survey questionnaire and factor analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(656), e168-e177.

Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A. K., Vogler, S., Valkova, S., de Joncheere, K., Leufkens, H. G., Wagner, A. K., Ross-Degnan, D. & Laing, R. (2014). Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 630-640D.

Lieb, K., & Scheurich, A. (2014). Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions, and the effects on prescribing habits. *PloS one*, 9(10), e110130. doi:10.1371/journal.pone.0110130.

Lubloy, A. (2014). Factors affecting the uptake of new medicines: a systematic literature review. *BMC health services research*, 14, 469. doi:10.1186/1472-6963-14-469.

Lundin, D. (2000). Moral hazard in physician prescription behavior. *Journal of Health Economics*, 9:5, 639-662.

Mason, A. (2008). New medicines in primary care: a review of influences on general practitioner prescribing. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 33: 1-10. doi:[10.1111/j.1365-2710.2008.00875.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2008.00875.x).

Maxwell, S. (2009). Rational prescribing: the principles of drug selection. *Clinical Medicine*, 9(5), 481-485.

Meyers, D. S., Mishori, R., McCann, J., Delgado, J., O'Malley, A. S., & Fryer, E. (2006). Primary care physicians' perceptions of the effect of insurance status on clinical decision making. *Annals of family medicine*, 4(5), 399-402.

Mossialos, E., Walley, T. & Mrazek, M. (2004) Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview. In *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality* Edited by: Mossialos E, Mrazek M, Walley T. European Observatory on Health Systems and Policies Series. McGraw-Hill Education, Maidenhead, UK, Open University Press.

Mpogiatzidis, P. (2013). Prescribing behavior on a clinical department leadership level in public hospitals. *Clinical Governance An International Journal* Vol. 18 No. 4, pp. 332-349.

Muijrsers, P. EM. , Grol, R. PTM., Sijbrandij, J., Janknegt, R., & Knottnerus, A.J. (2005). Differences in prescribing between GPs. Impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives, *Family Practice*, 22 (6); 624–630, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi074>.

Murshid, M. A., & Mohaidin, Z. (2017). Physicians' perceptions towards brand medicine and its effect on prescribing: A narrative review. *Journal of Generic Medicines*, 13(4), 157–183. <https://doi.org/10.1177/1741134317709509>

Nair, H., Manchanda, P., & Bhatia, T. (2010). Asymmetric Social Interactions in Physician Prescription Behavior: The Role of Opinion Leaders. *Journal of Marketing Research*, 47(5), 883-895.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf

OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

Ofori-Asenso, R. & Agyeman, A. A. (2016). Irrational Use of Medicines - A Summary of Key Concepts. *Pharmacy* (Basel, Switzerland), 4(4), 35.

Paraponaris, A., Verger, P., Desquins, B., Villani, P., Bouvenot, G., Rochaix, L., Gourheux, J.C., Moatti, J.P. & Paca, P.M.G. (2004). Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe International Non-proprietary Names. *Health Policy*, 70(1):23–32.

Peay, M.Y. & Peay, E.R. (1988). The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Social Science & Medicine*, Volume 26, Issue 12, Pages 1183-1189.

Polyzos, N., Karakolias, S., Dikeos, C., Theodorou, M., Kastanioti, C., Mama, K., Polizoidis, P., Skamnakis, C., Tsairidis, C. & Thireos, E. (2014). The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed?. *BMC health services research*, 14, 583. doi:10.1186/s12913-014-0583-4.

Polyzos, N., Kastanioti, C., Zilidis, C., Mavridoglou, G., Karakolias, S., Litsa, P., Menegakis, V. & Kani, C. (2016). Greek National E-Prescribing System: Preliminary Results of a Tool for Rationalizing Pharmaceutical Use and Cost. *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 10; 241-249.

Prosser, H. & Walley, T. (2003). Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 53(489), 305-11.

Prosser, H., Almond, S. & Walley, T. (2003). Influences on GPs' decision to prescribe new drugs- the importance of who says what. *Family Practice*, 20(1):61-8.

Prosser, H. & Walley, T. (2005). A qualitative study of GPs' and PCO stakeholders' views on the importance and influence of cost on prescribing. *Social Science & Medicine*, 60(6):1335-46.

Rahmner Bastholm, Gustafsson Lars, Larsson Jan, Rosenqvist Urban, Tomson Göran, Holmström Inger (2009). Variations in understanding the drug-prescribing process: a qualitative study among Swedish GPs, *Family Practice*, Volume 26, Issue 2, Pages 121–127.

- Raina, P. S., Gafni, A., Bell, S., Grant, S., Sebaldt, R. J., Fan, A., Petrie, A. & Skilton, K. (2007). Is There a Tension between Clinical Practice and Reimbursement Policy? The Case of Osteoarthritis Prescribing Practices in Ontario. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 3(2), e128-44.
- Reichert S, Simon T, Halm EA. (2000). Physicians' Attitudes About Prescribing and Knowledge of the Costs of Common Medications. *Arch Intern Med*, 160(18):2799–2803. doi:10.1001/archinte.160.18.2799.
- Riner, B., Bussy, A., Hélène-Pelage, J., Moueza, N., Lamy, S. & Carrère, P. (2017). “No generics, Doctor!” The perspective of general practitioners in two French regions. *BMC Health Services Research*, 17:707.
- Rosenberg, W., Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*; 310:1122-6.
- Ryan, M., Yule, B., Bond, C., & Taylor, R. J. (1990). Scottish general practitioners' attitudes and knowledge in respect of prescribing costs. *BMJ (Clinical research ed.)*, 300(6735), 1316-8.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.R. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 312:71–2.
- Safavi, K.T. & Hayward, R.A. (1992). Choosing between apples and apples. Physicians' choices of prescription drugs that have similar side effects and efficacies. *J Gen Intern Med*, 7: 32-7. <https://doi.org/10.1007/BF02599099>.
- Sanyal, S.N., Datta, S.K. & Banerjee, A.K. (2017). Factors influencing prescribing decisions among physicians: an empirical study on generic drugs. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 11(4), 330-360.
- Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C.& Tobler, P.N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16:138.
- Schmidt, M., Spencer, M., & Davidson, L. (2018). Patient, Provider, and Practice Characteristics Associated with Inappropriate Antimicrobial Prescribing in Ambulatory Practices. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(3), 307-315. doi:10.1017/ice.2017.263.

Schumock, G. T., Walton, S. M., Park, H. Y., Nutescu, E. A., Blackburn, J. C., Finley, J. M., & Lewis, R. K. (2004). Factors that Influence Prescribing Decisions. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(4), 557–562. <https://doi.org/10.1345/aph.1D390>.

Sharifnia, S., Mohammadzadeh, M., Arzani, G., Salamzadeh, J., Abolfazli, S. A., Zali, A., & Khoshdel, A. R. (2018). Main Factors Affecting Physicians' Prescribing Decisions: The Iranian Experience. *Iranian journal of pharmaceutical research : IJPR*, 17(3), 1105-1115.

Shimura H. (2018). Sales promotion by wholesalers affects general practitioners' prescription behaviours in Japan. *Journal of market access & health policy*, 6(1), 1424474. doi:10.1080/20016689.2018.1424474.

Sinnenberg, L. E., Wanner, K. J., Perrone, J., Barg, F. K., Rhodes, K. V., & Meisel, Z. F. (2017). What Factors Affect Physicians' Decisions to Prescribe Opioids in Emergency Departments? *MDM Policy & Practice*. <https://doi.org/10.1177/2381468316681006>.

Soremekun, R., & Omitiran, B. (2014). Factors affecting physicians' prescription and pattern of prescription in the management of secondary infertility. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 8(48), 1205-1212.

Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Gurwitz, J.H., Guadagnoli, E., Hauptman, P., Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Gao, X., Willison, D.J., Asinger, R. & Gobel, F. (1998). Effect of Local Medical Opinion Leaders on Quality of Care for Acute Myocardial Infarction. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 279(17):1358–1363.

Spurling, G. K., Mansfield, P. R., Montgomery, B. D., Lexchin, J., Doust, J., Othman, N., & Vitry, A. I. (2010). Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS medicine*, 7(10), e1000352. doi:10.1371/journal.pmed.1000352.

Stevenson, F.A., Greenfield, S.M., Jones, M., Nayak, A. & Bradley, C.P. (1999). GPs' perceptions of patient influence on prescribing, *Family Practice*, Volume 16, Issue 3, Pages 255–261, <https://doi.org/10.1093/fampra/16.3.255>.

Tahmasebi, N., & Kebriaeezadeh, A. (2015). Evaluation of factors affecting prescribing behaviors, in Iran pharmaceutical market by econometric methods. *Iranian journal of pharmaceutical research : IJPR*, 14(2), 651-6.

- Tamblyn, R., McLeod, P., Hanley, J.A., Girard, N. & Hurley, J. (2003). Physician and Practice Characteristics Associated with the Early Utilization of New Prescription Drugs. *Medical Care*, Vol. 41, No. 8, pp. 895-908.
- Tan, N.C., Tay, I.H., Ngoh, A. & Tan, M. (2009). Factors influencing family physicians' drug prescribing behaviour in asthma management in primary care. *Singapore Med J.*, 50(3):312-9.
- Taylor, R. J., & Bond, C. M. (1991). Change in the established prescribing habits of general practitioners: an analysis of initial prescriptions in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 41(347), 244-8.
- Theodorou, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadas, N., Fragoulakis, V., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2009). Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC Health Services Research*, 9(1), 150.
- Toverud, E. L., Hartmann, K., & Håkonsen, H. (2015). A Systematic Review of Physicians' and Pharmacists' Perspectives on Generic Drug Use: What are the Global Challenges?. *Applied health economics and health policy*, 13 Suppl 1(Suppl 1), S35-45.
- Tsiantou, V. , Zavras, D. , Kousoulakou, H. , Geitona, M. and Kyriopoulos, J. (2009), Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34: 547-554. doi:[10.1111/j.1365-2710.2009.01037.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2009.01037.x)
- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy*, 109 1, 1-6.
- Virji, A. & Britten, N. (1991). A Study of the Relationship Between Patients' Attitudes and Doctors' Prescribing, *Family Practice*, 8(4): 314–319, <https://doi.org/10.1093/fampra/8.4.314>
- Walzak, D., Swindells, S. and Bhardwaj, A. (1994). Primary Care Physicians and the Cost of Drugs: A Study of Prescribing Practices Based on Recognition and Information Sources. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 34: 1159-1163. doi:[10.1002/j.1552-4604.1994.tb04726.x](https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.1994.tb04726.x)
- Watkins, C., Harvey, I., Carthy, P., Moore, L., Robinson, E. & Brawn, R. (2003). Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care*;12:29–34.
- Wazana A. (2000). Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a Gift Ever Just a Gift?. *JAMA*. 283(3):373–380. doi:10.1001/jama.283.3.373.

Webb, S., & Lloyd, M. (1994). Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 44(381), 165-9.

WHO / World Health Organization (1987). *The Rational Use of Drugs. Report of a conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985.* Geneva, World Health Organization.

WHO / World Health Organization (2002). *Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy and Perspectives on medicine no. 5 Document WHO/EDM/2002.3.* Geneva, World Health Organization.

WHO / World Health Organization (2004). *The World Medicines Situation.* Geneva, World Health Organization.

Yang, M., Lien, H. & Chou, S. (2014), Is there a physician peer effect? Evidence from new drug prescriptions. *Economic Inquiry*, 52:1, 116-137.

Ελληνική

Γαλάνης, Π. (2010). Ιατρική βασιζόμενη σε ενδείξεις. Μπεϋζιανή λογική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3): 551-562.

Γαλάνης, Π. (2017). Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(4):559-566.

Γαλάνης, Π. & Σπάρος, Λ. (2006). Ορθολογικές κλινικές αποφάσεις. Η έννοια του θεραπευτικού ουδού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(5): 521-535.

Γκόλνα, Χ., Παρατσιώκας, Ν. & Βεντούρης, Ν. (2013). Αναπτυξιακές προοπτικές της Ελληνικής Βιομηχανίας. Αθήνα. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).

Καλλιακμάνης, Α.Γ. (2004). Η πιθανότητα του θεραπευτικού ουδού μετά την κλινική εξέταση στη θεωρία λήψης των κλινικών αποφάσεων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 21(3):289-306.

Μουντοκαλάκης, Θ.Δ. (2015). Αποσαφηνίζοντας τον όρο “evidence based medicine”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 32(5): 650-660.

Μουρτζίκου, Α., Σταμούλη, Μ., Χήτου, Π. & Πουλιάκης, Α. (2015). Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3):344-353.

Ξανθοπούλου, Σ. & Κατσαλιάκη, Κ. (2016). Διερεύνηση παραγόντων που επιδρούν στη στάση ασθενών και ιατρών για την υποκατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 15, Τεύχος 1, σ. 60-82.

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) (2018). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017. Αθήνα, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πρόγραμμα Σπουδών: Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας"

Ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση των προσδιοριστών των συνταγογραφικών συνηθειών των γιατρών στην Ελλάδα

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 – VI).

Για κάθε μία από τις ερωτήσεις, επιλέγετε 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.

Ευχαριστούμε Θερμά για τη Συνεργασία

ΜΕΡΟΣ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Φύλο:

1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Ηλικία: _____

3. Ειδικότητα: _____

0. καμία

4. Έτη ενεργούς άσκησης της ιατρικής: _____
(από έναρξης άσκησης επαγγέλματος, συμπεριλαμβανομένου του ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ, της ΑΣΚΗΣΗΣ, της ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ κλπ)

5. Εκπαιδευτικό Επίπεδο:

1. Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών 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)

6. Εργάζεστε σε:

Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις

1. Ιδιωτικό ιατρείο
2. Ιδιωτικό νοσοκομείο / κλινική συμβεβλημένο(-η) με ΕΟΠΥΥ
3. Ιδιωτικό νοσοκομείο / κλινική χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ
4. Δημόσιο Νοσοκομείο
5. ΠΕΔΥ

7. Σύνολο ασθενών για τους οποίους συνταγογραφείτε / εβδομάδα
: _____

8. Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης Η/Υ

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Αρκετά
5. Πολύ

9. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για βιβλιογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;

1. Καθόλου

- 2. Λίγο
- 3. Μέτρια
- 4. Αρκετά
- 5. Πολύ

10. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;

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

ΜΕΡΟΣ II: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ

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)

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).....

2.3. Σε ποιες περιπτώσεις αναζητάτε περισσότερες πληροφορίες και συμβουλευέστε κάποια 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

2.4. Πόσο συχνά ζητάτε τη γνώμη των συναδέλφων σας / αρμόδιων υπηρεσιών ΕΟΠΥΥ / Υπουργείο Υγείας / ΕΟΦ επί θεμάτων ορθής συνταγογράφησης;

- 1. Ποτέ
- 2. Λίγες φορές
- 3. Μερικές φορές
- 4. Αρκετές φορές
- 5. Πάντοτε

2.5. 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)

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

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

2.7. Πόσο επηρεάζει τη συνταγογραφική σας απόφαση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που ισχύει για τη συνταγογράφηση στην Ελλάδα;

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

2.8. Πόσο συχνά πιέζεστε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα νέο σκεύασμα;

- 1. Καθόλου

- 2. Λίγο
- 3. Μέτρια
- 4. Αρκετά
- 5. Πολύ

ΜΕΡΟΣ III: ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

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

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ IV: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

4.1. Πόσο αποτελεσματική θεωρείτε ότι είναι η εφαρμογή του συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία του σκευάσματος;

- 1. Καθόλου αποτελεσματική
- 2. Λίγο αποτελεσματική
- 3. Μέτρια αποτελεσματική
- 4. Αρκετά αποτελεσματική

5. Πολύ αποτελεσματική
- 4.2. **Πώς κρίνετε την ποιότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**
1. Καθόλου καλή
 2. Λίγο καλή
 3. Μέτρια καλή
 4. Αρκετά καλή
 5. Πολύ καλή
- 4.3. **Πώς κρίνετε την ασφάλεια των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**
1. Καθόλου καλή
 2. Λίγο καλή
 3. Μέτρια
 4. Αρκετά καλή
 5. Πολύ καλή
- 4.4. **Πώς κρίνετε την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων (generics, αντιγραφικών) σκευασμάτων σε σχέση με τα πρωτότυπα όμοια τους;**
1. Καθόλου καλή
 2. Λίγο καλή
 3. Μέτρια
 4. Αρκετά καλή
 5. Πολύ καλή
- 4.5. **Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο (generic, αντιγραφικό) σκεύασμα έναντι του πρωτότυπου του;**
1. Ποτέ
 2. Λίγες φορές
 3. Μερικές φορές
 4. Αρκετές φορές
 5. Πάντοτε
- 4.6. **Από ποιες πηγές ενημερώνεστε για τα γενόσημα φάρμακα;**
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).....

ΜΕΡΟΣ V: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

5.1 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)

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

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Αρκετά
5. Πολύ

5.3. Στις περιπτώσεις όπου εμφανίζονται ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενή από τη χορήγηση σκευάσματος που συνταγογραφήσατε, χρησιμοποιήσατε την κίτρινη κάρτα ενημέρωσης του Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας;

1. Ναι
2. Όχι

Μέρος VI: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

6.1 Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις επισκέψεις ιατρικών επισκεπτών για φαρμακευτική ενημέρωση μετά την οικονομική κρίση;

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

6.2 Πόσο συχνά πιέζεστε από τους ασθενείς σας να συνταγογραφήσετε ένα φτηνότερο σκεύασμα;

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

6.3 Πόσο έχει επηρεαστεί η συνταγογραφική σας συμπεριφορά εξαιτίας της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την επιβολή πλαφόν;

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

6.4 Πόσο έχει επηρεαστεί η αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας των ασθενών από την επιβολή μέτρων στη συνταγογράφηση φαρμάκων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης; (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, συνταγογράφηση με δραστική ουσία, επιβολή πλαφόν ανά ειδικότητα, τρόπος χορήγησης φαρμάκων υψηλού κόστους, ΜΗΣΥΦΑ);

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΦΥΛΛΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «**Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, διεξάγεται μια μελέτη για τη διερεύνηση των προσδιοριστών των συνταγογραφικών συνηθειών των γιατρών στην Ελλάδα . Η μελέτη αυτή αφορά γιατρούς που συνταγογραφούν και που εργάζονται στην Ελλάδα και έχει τον εξής τίτλο: «Προσδιοριστές των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών στην Ελλάδα». **Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και δεν θα συλλεχθούν προσωπικά σας δεδομένα.** Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Κυρίμη Μαρία και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν τη μελέτη αυτή.