



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ στην Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Υπηρεσιών, Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης και παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων από το ιατρικό προσωπικό.

ΜΑΞΙΜΟΣ ΚΩΝ. ΦΡΟΥΝΤΖΑΣ

Ιατρός

ΑΕΜ: 4042201802042

Κιν: 6978 880045

Email: froumax@hotmail.com

Επιβλέπων: Καθηγητής Παναγιώτης Λιαργκόβας

ΤΡΙΠΟΛΗ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης	4
1.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας	4
1.2 Η πολιτική του φαρμάκου	7
Η φαρμακευτική πολιτική των χωρών της ΕΕ μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση	26
2.1 Οι παρεμβάσεις στο χώρο του φαρμάκου ανά τύπο	26
2.2 Οι παρεμβάσεις στο χώρο του φαρμάκου ανά χώρα	28
Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων και κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων	31
3.1 Η ιατρική συνταγογράφηση	31
3.2 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων	37
3.3 Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων	40
3.4 Οι κανόνες της συνταγογράφησης	45
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	47
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	48
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	48
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	64
Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης

1.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας

1.1.1 Η Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι μια χώρα της νοτιοανατολικής Ευρώπης. Κατά την απογραφή του 2016 είχε πληθυσμό 10,8 εκατομμύρια κατοίκους, με χαμηλό δείκτη γεννήσεων (1,3) και μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων στον πληθυσμό (21,3%) (1). Επιπλέον, το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) ήταν 16.154€ και ο δείκτης ανεργίας ήταν 23,6% για εκείνο το έτος (1). Η Ελλάδα ακολουθεί το επιδημιολογικό προφίλ και τις υγειονομικές τάσεις των χωρών της Νότιας Ευρώπης. Παρόλα αυτά, η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρέασε αρνητικά τους δείκτες υγείας της χώρας, καθώς παρατηρήθηκε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, των ψυχολογικών προβλημάτων και των ποσοστών των αυτοκτονιών, οδηγώντας έτσι σε υποβάθμιση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (2-6).

1.1.2 Η οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση που ταλανίζει την Ευρώπη από το 2008 έγινε περισσότερο αισθητή στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, με σοβαρές κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις. Το ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε περίπου κατά 30%, οι δείκτες ανεργίας εκτοξεύθηκαν (27,5% το 2013), το επίπεδο των μισθών και της οικιακής κατανάλωσης μειώθηκε περισσότερο από 40%, και 35,6% του ελληνικού πληθυσμού ήταν στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού το 2016 (1, 6). Λόγω των σοβαρών δημοσιονομικών προβλημάτων, οι ελληνικές κυβερνήσεις ήταν αναγκασμένες

να υπογράψουν τρία προγράμματα διάσωσης (μνημόνια) το 2010, το 2012 και το 2015 (7). Ο τομέας της υγείας θεωρήθηκε ως ένας από τους πλέον ενδεικτικούς του δημοσιονομικού εκτροχιασμού της χώρας, και ως αποτέλεσμα διαδοχικά κύματα μεταρρυθμίσεων έχουν εφαρμοστεί αποτελώντας μέρος των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής (4).

1.1.3 Το σύστημα υγείας

Στο ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ήταν από τις υψηλότερες της Ευρώπης σαν ποσοστό του ΑΕΠ (9,5%), η οποία χρηματοδοτούνταν κατά κύριο λόγο από δημόσιους πόρους (περίπου το 68,5% της συνολικής δαπάνης για την υγεία) (1). Οι χρόνιες παθολογίες και η αποτυχία για περιορισμό της διόγκωσης των δαπανών για την υγεία, που προϋπήρχαν της κρίσης, δημιούργησαν την ανάγκη για βαθιές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας και τον τοποθέτησαν στο επίκεντρο των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής. Σαν αποτέλεσμα των μέτρων περιορισμού των εξόδων, η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά 34,5% (από τα 22,5 στα 14,7 δις ευρώ) μεταξύ του 2009 και του 2015, και το ποσοστό της χρηματοδότησης από δημόσιους πόρους υποχώρησε στο 59,1% (1).

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας τόσο των χωρών της Νότιας όσο και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Είναι ένα μείγμα συστημάτων δημόσιων φορέων και αποζημιώσεων, αφού το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο ιδρύθηκε το 1983 από φορολογικά έσοδα, λειτουργεί σαν ένα βισμαρκικό σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής υγειονομικής ασφάλισης και ταυτόχρονα σαν ένας ιδιαίτερα αναπτυγμένος ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας (8).

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στον τομέα της πολιτικής της υγείας καθορίζεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας (8). Το Υπουργείο Υγείας εξασφαλίζει αγαθά και υπηρεσίες υγείας εκτός νοσοκομείου, αλλά και μέσω των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών περίθαλψης στους κατοίκους και τους πολίτες της Ελλάδας μέσω του ΕΣΥ. Αντιθέτως, η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας όπως έχει προταθεί και εφαρμοστεί σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ακόμα λείπει (9). Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται από νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά ιατρεία, τα οποία κυρίως χρηματοδοτούνται από άμεσες δαπάνες των πολιτών, και η ιδιωτική ασφάλιση δρα συμπληρωματικά στη δημόσια κοινωνική ασφάλιση (10).

Με βάση τις απαιτήσεις των μνημονίων, τα ταμεία υγειονομικής ασφάλισης ανεξαρτητοποιήθηκαν από τα συνταξιοδοτικά ταμεία, και όλες οι δραστηριότητες παροχής υγειονομικής περίθαλψης πέρασαν υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας το 2010 (4). Τον επόμενο χρόνο, όλοι οι μεγάλοι οργανισμοί παροχής υγειονομικής ασφαλιστικής κάλυψης ενοποιήθηκαν σε έναν αυτοδιοικούμενο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος ονομάστηκε Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), και καλύπτει στην παρούσα φάση πάνω από το 98% των ασφαλισμένων Ελλήνων, παρέχοντας ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας (11). Ο ΕΟΠΥΥ είναι ο μοναδικός πιστωτής φαρμακευτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους του, στους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας της χώρας.

Μια σειρά από πρόσθετες μεταρρυθμιστικές πολιτικές έχουν εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια με σκοπό να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και ο περιορισμός των εξόδων, οι σημαντικότερες από τις οποίες περιλαμβάνουν τα εξής (12): υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων (2010), μείωση στις αμοιβές του προσωπικού των δημόσιων δομών υγείας και περιορισμούς στις προσλήψεις τέτοιου προσωπικού (2010), κεντρική προμήθεια των υγειονομικών αναλώσιμων (2010), μείωση των συντάξεων (2011-2012), αύξηση του κόστους χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών (2011), εισαγωγή ενός συστήματος πληρωμών στα δημόσια νοσοκομεία που σχετίζεται άμεσα με τις ιατρικές διαγνώσεις (2011), υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription) για όλες τις ιατρικές πράξεις και τη χορήγηση φαρμάκων (2012), ενίσχυση των μηχανισμών εσωτερικού ελέγχου και των διαδικασιών χρηματοοικονομικής αξιολόγησης (2012), και επανασύσταση της πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας με τοποθέτησή της κάτω από τη δικαιοδοσία του ΕΣΥ (2014), το οποίο αποκεντρώθηκε περαιτέρω με την πρόσφατη εισαγωγή ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης δύο επιπέδων (2017).

1.2 Η πολιτική του φαρμάκου

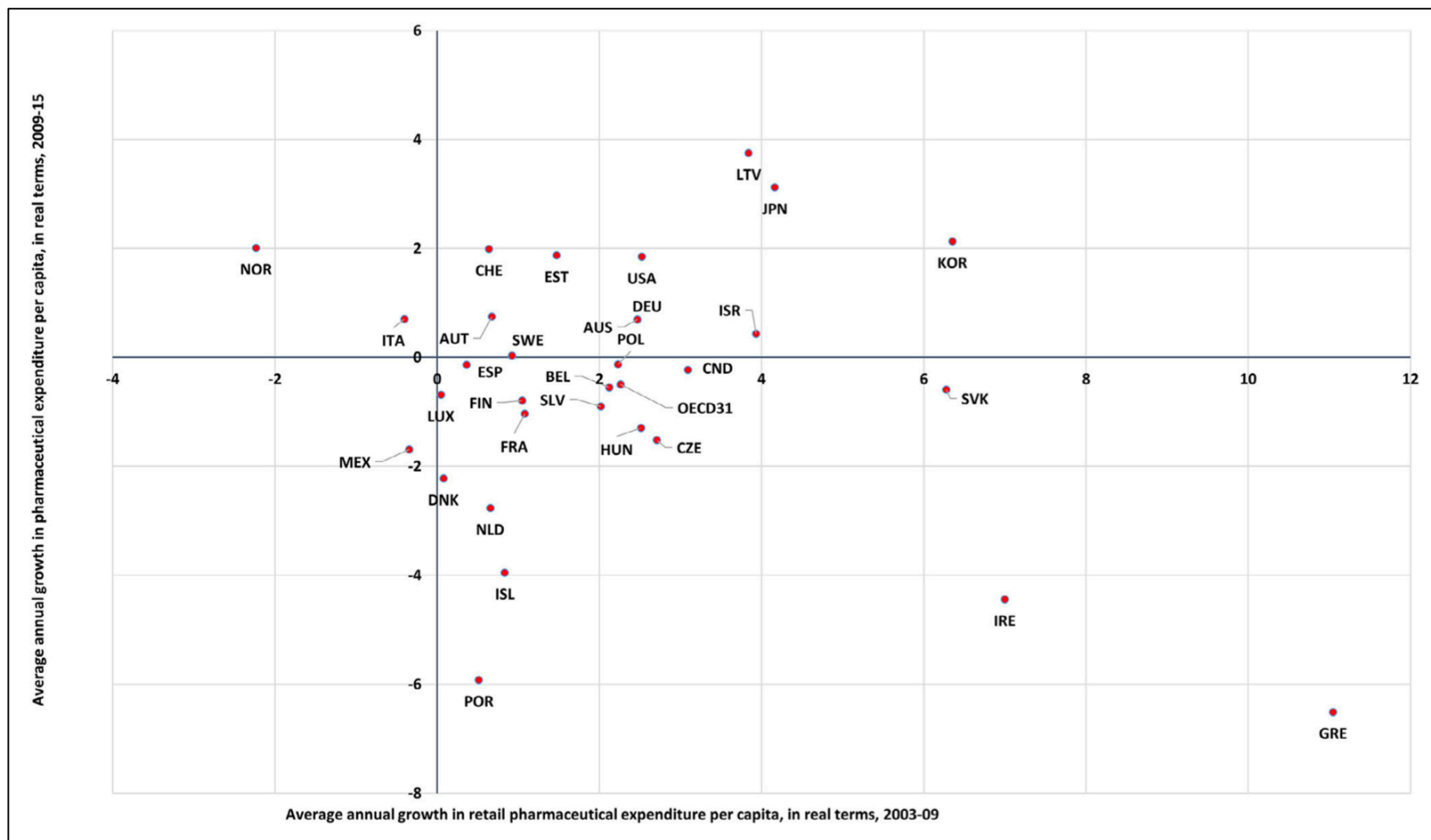
1.2.1 Η φαρμακευτική δαπάνη

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα αυξήθηκε με ένα ρυθμό πολύ μεγαλύτερο από το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ κατά τις δεκαετίες του 90' και του 00'. Τη δεκαετία του 00' η Ελλάδα υιοθέτησε πολυέξοδη φαρμακευτική πολιτική, με περιορισμένο έλεγχο του προϋπολογισμού, η οποία οδήγησε σε αξιολογητή αύξηση των δαπανών στον τομέα του φαρμάκου. Πιο συγκεκριμένα,

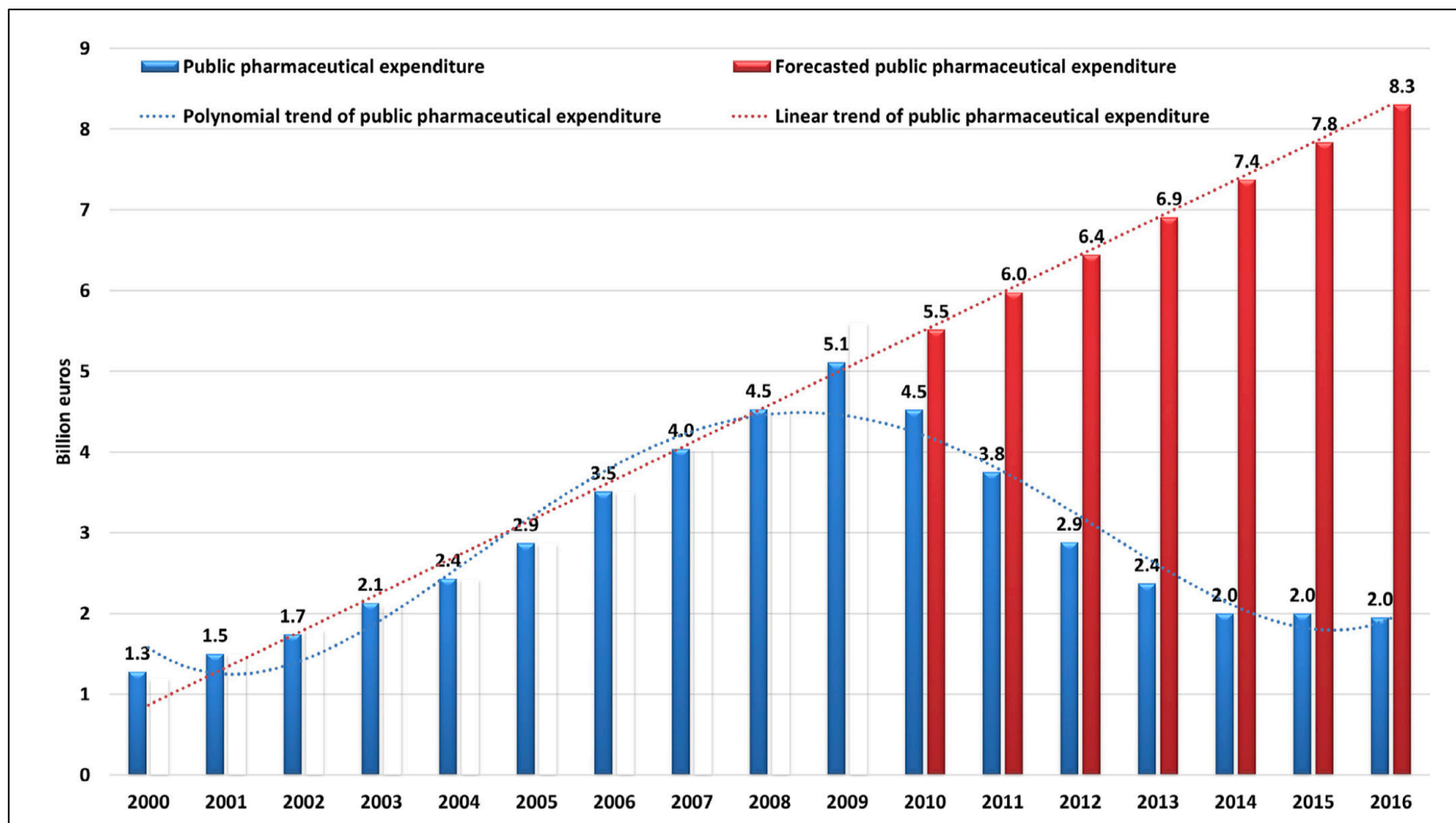
η μαζική αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα μεταξύ 2000 και 2007 έφτασε σε επίπεδα τριπλάσια από το μέσο όρο της ΕΕ (146% για την Ελλάδα και 58% για την ΕΕ), με αποτέλεσμα να γίνει μία από τις κορυφαίες χώρες σε φαρμακευτική δαπάνη στην περιοχή της Ευρώπης κατά τα τέλη της δεκαετίας του 00' (7). Επιπλέον, η Ελλάδα είχε το μεγαλύτερο ρυθμό μέσης ετήσιας κατά κεφαλήν ανάπτυξης φαρμακευτικής δαπάνης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ πριν την κρίση, που υπολογίζεται στο 11%, ενώ ο μέσος όρος των λοιπών χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 2,3% (Εικόνα 1).

Επίσης, η Ελλάδα παρουσίαζε τη μεγαλύτερη ύφεση της τάξης του -6,5% κατά την κρίση, ενώ ο μέσος όρος των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ ήταν -0,32% (13). Μεταξύ του 2009 και του 2015, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα έπεσε από το 2,9% στο 2,1% σαν ποσοστό επί του ΑΕΠ (σε καθαρά ποσά από 6,1 δις σε 3,8 δις ευρώ) (14). Οι περισσότερες χώρες, και ιδίως αυτές που βρίσκονταν κάτω από προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής (όπως η Πορτογαλία και η Ιρλανδία), προσπάθησαν να περικόψουν τη φαρμακευτική δαπάνη στα χρόνια που ακολούθησαν.

Με βάση τα μνημόνια, οι ευρωπαϊκοί θεσμοί πρότειναν την εφαρμογή μιας σειράς πολιτικών στο χώρο του φαρμάκου που στόχευε στο κόστος, με σκοπό την ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό επί του ΑΕΠ σε λιγότερο από 1% κατά το 2014. Έχει υπολογιστεί ότι με την απουσία των πολιτικών αυτών η φαρμακευτική δαπάνη θα είχε φτάσει τα 8,3 δις ευρώ το 2016 (Εικόνα 2). Ωστόσο, η εφαρμογή ελέγχου των τιμών, οι αυξήσεις στη συμμετοχή στις πληρωμές, οι επιστροφές πληρωμών (rebates), οι επανακτήσεις (clawbacks), καθώς και οι πρακτικές ηλεκτρονικής



Εικόνα 1. Μέση ετήσια κατά κεφαλήν αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης (2003-2009 εναντίον 2009-2015) (14).



Εικόνα 2. Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα με την απουσία μέτρων περιορισμού του κόστους (15).

συνταγογράφησης ελάττωσαν τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στο 1,95 δις ευρώ.

1.2.2 Η κυκλοφορία στην αγορά

Υπάρχουν 4 στάδια από τα οποία πρέπει να περάσει ένα φαρμακευτικό σκεύασμα για να αποκτήσει άδεια κυκλοφορίας στην ελληνική αγορά (16): η κεντρική διαδικασία του Ευρωπαϊκού Πρακτορείου Φαρμάκων, η κοινή αναγνώριση και οι αποκεντρωμένες διεργασίες με τα υπόλοιπα μέλη της ΕΕ (εθνική εφαρμογή σε περισσότερες από μία χώρες), και η εθνικές διαδικασίες. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) είναι η αρμόδια αρχή για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων στην Ελλάδα, μετά την εφαρμογή και τα συνοδευτικά αρχεία για το φάρμακο. Ο ΕΟΦ μπορεί να εισάγει οποιοδήποτε προϊόν σε ειδικές καταστάσεις σοβαρών ασθενειών (17) ή σε καταστάσεις απειλής της δημόσιας υγείας (18).

1.2.3 Η τιμολόγηση των φαρμάκων

Από το 2012, η ευθύνη της τιμολόγησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων έχει μεταφερθεί από το Υπουργείο Υγείας στον ΕΟΦ προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων και η διαχείριση (4). Οι λίστες τιμολόγησης αποστέλλονται αρχικά στο Υπουργείο Παιδείας, και στη συνέχεια αναρτώνται στο δελτίο τιμών των φαρμάκων με υπουργική απόφαση (19). Μέχρι πρόσφατα, μία επιτροπή τιμολόγησης, που αποτελούνταν από εκπροσώπους διάφορων φορέων, συμμετείχε στη διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων μέσω αξιολόγησης της λίστας των τιμών και κατάθεσης προτάσεων προς το Υπουργείο Υγείας. Παρόλα αυτά, η επιτροπή αυτή διαλύθηκε στις αρχές του 2018 (20). Ως εκ τούτου, η διαδικασία έγινε πιο κεντρική, καθώς το

Υπουργείο Υγείας όχι μόνο εγκρίνει τις λίστες των τιμών που προτείνονται από τον ΕΟΦ, αλλά γνωμοδοτεί και επί των όποιων ενστάσεων προκύπτουν κατά του εγκεκριμένου δελτίου τιμών.

Το 2010 και το 2011 έλαβαν χώρα δύο μείζονες περικοπές στη χονδρική τιμή των φαρμάκων που έφτασαν σε ένα μέσο όρο της τάξης του 21,5% και 10,2%, αντίστοιχα (21, 22). Ως αποτέλεσμα της συνεχόμενης μείωσης της τιμής των φαρμάκων, η Ελλάδα αντιμετώπισε το πρόβλημα της έλλειψης φαρμάκων και της παράλληλης αύξησης στις εξαγωγές φαρμάκων.

Η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα ακολουθεί ένα διεθνές τιμολογιακό σύστημα αναφοράς, στο οποίο συμμετέχει ένα σύνολο χωρών που διευρύνθηκε πρόσφατα, και αρχίζοντας από το 2011, βασίζεται στις σχετικές τιμές των φαρμάκων των άλλων χωρών της που συμμετέχουν μετά από την τήρηση αξιόπιστων αρχείων (23). Η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων έχει αλλάξει αρκετές φορές την περίοδο 2010-2015. Σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, οι τιμές όλων των φαρμάκων, εκτός από αυτά που ανήκουν στην αρνητική λίστα και στη λίστα εκτός συνταγογράφησης, αναθεωρούνται δύο φορές το χρόνο. Για νέα ιατρικά προϊόντα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση και τιμολογούνται για πρώτη φορά, απαιτείται να έχουν τιμολογηθεί και κυκλοφορήσει σε τουλάχιστον τρεις χώρες εκτός ΕΕ (19).

Η μέγιστη τιμή κυκλοφορίας ενός πρωτότυπου φαρμάκου εντός πατέντας για ανθρώπινη χρήση ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου στις χώρες της ΕΕ (19). Αυξήσεις τιμών σε φάρμακα που ήδη κυκλοφορούν δεν επιτρέπονται, εκτός από περιπτώσεις λανθασμένων διορθώσεων. Επιπλέον, η μέγιστη τιμή κυκλοφορίας βιολογικών και

βιοσυνθετικών ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ. Για φάρμακα που παράγονται αποκλειστικά εντός Ελλάδας, η τιμή καθορίζεται με βάση το κόστος παραγωγής, με ένα μέγιστο περιθώριο κέρδους της τάξης του 8,5%. Η μέγιστη τιμή κυκλοφορίας για πρωτότυπα φάρμακα εκτός πατέντας για τα οποία έχει κυκλοφορήσει το πρώτο γενόσημο στην αγορά, καθορίζεται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμάκου στις χώρες της ΕΕ ή στο 50% της τιμής του ίδιου φαρμάκου όταν ίσχυε η πατέντα, αναλόγως ποια τιμή είναι χαμηλότερη, ενώ δεν μπορεί να είναι χαμηλότερη από τη χαμηλότερη τιμή του φαρμάκου σε χώρα εντός ΕΕ (19). Για πρωτότυπα φάρμακα εκτός πατέντας χωρίς κάποιο γενόσημο στην αγορά, χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της ΕΕ. Οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων καθορίζεται στο 65% της χονδρικής τιμής του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου αναφοράς για το χρονικό διάστημα που αυτό είναι εκτός πατέντας. Επίσης, δυναμικές μειώσεις τιμών εφαρμόζονται σε γενόσημα φάρμακα με λιανική τιμή 12€, και οι τιμές μειώνονται κατά 1% για κάθε 250.000€ τζίρο από το συγκεκριμένο φάρμακο, με μέγιστη δυνατή μείωση της τάξης του 15%. Η παραπάνω μειώσεις φαρμάκων σε πρωτότυπα εκτός πατέντας και γενόσημα φάρμακα μπορούν να εφαρμοστούν μόνο σε προϊόντα με λιανική τιμή πάνω από 1€ και ένα ημερήσιο κόστος θεραπείας πάνω από 0,02€.

Μεταξύ 2011 και 2015, τα συνολικά περιθώρια κέρδους για τους χονδρέμπορους και για τους φαρμακοποιούς μειώθηκαν, ενώ η ίδια φθίνουσα πορεία αποτυπώθηκε και στα φάρμακα που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Στην περίπτωση των φαρμάκων εκτός λίστας συνταγογράφησης, επιτρέπεται η τιμολόγηση σε χαμηλότερα επίπεδα. Επιπλέον, ο φόρος προστιθέμενης αξίας

(ΦΠΑ) για τα περισσότερα φάρμακα είναι στο 6%, με κάποιες εξαιρέσεις για ειδικές κατηγορίες φαρμάκων που είναι στο 13% (24).

Πρόσφατα, η τιμολόγηση των φαρμάκων εκτός λίστας συνταγογράφησης άλλαξε (25). Ο ΕΟΦ παραμένει η αρμόδια αρχή για τη διαμόρφωση των τιμών των φαρμάκων εκτός λίστας συνταγογράφησης και η τελική έγκριση δίδεται από το Υπουργείο Υγείας. Ακόμα και εάν ένα προϊόν δεν έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρεις χώρες της ΕΕ, η τιμή διαμορφώνεται με βάση μία σχετικά μικρότερη ομάδα χωρών που χρησιμοποιείται ως βάση υπολογισμού. Η ενδεικτική λιανική τιμή πώλησης υπολογίζεται με βάση τις τιμές κυκλοφορίας των χωρών της λίστας με αύξηση 30% συν το ΦΠΑ. Οι τιμές των φαρμάκων εκτός λίστας συνταγογράφησης αναθεωρούνται δύο φορές το χρόνο, ενώ ανά τακτά χρονικά διαστήματα εκδίδονται συμπληρωματικά δελτία τιμών για φάρμακα νέας κυκλοφορίας.

1.2.4. Η αποζημίωση των φαρμάκων

Οι διαδικασίες της τιμολόγησης και της αποζημίωσης ήταν ξεχωριστές έως το 2011, όταν και έγινε επαναφορά μίας λίστας που περιλάμβανε όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (26). Η λίστα με τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1998, αλλά αργότερα καταργήθηκε το 2006 (27). Επίσης, μία νέα λίστα με φάρμακα για ανθρώπινη χρήση που δεν αποζημιώνονταν εισήχθη το 2012, η οποία μαζί με τη λίστα φαρμάκων εκτός συνταγογράφησης περιλάμβανε αρκετά φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία στο παρελθόν αποζημιώνονταν. Αρχικά, η λίστα αποζημίωσης διαμορφώθηκε από την Επιτροπή Λίστας Αποζημίωσης, η

οποία συγκροτήθηκε με υπουργική απόφαση, και αποτελούνταν κυρίως από εκπροσώπους κρατικών φορέων. Η αξιολόγηση των οικονομικών της υγείας δεν αποτελούσε κριτήριο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ δεν υπήρχαν όρια αξιολόγησης κόστους-αποτελέσματος και σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες. Παρόλα αυτά, οι ελεγκτές κυκλοφορίας των φαρμάκων μπορούσαν να καταθέσουν σε εθελοντική βάση, ως υποστηρικτικά αρχεία, αποφάσεις από τεχνοκρατικούς οργανισμούς της υγείας άλλων χωρών της ΕΕ και άλλο υλικό αναδεικνύοντας την κλινική αξία ενός φαρμάκου, καθώς και τη σχέση κόστους-οφέλους (24).

Στα μέσα Ιανουαρίου του 2018 εισήχθη μια μείζονα μεταρρύθμιση για το σύστημα αποζημίωσης των φαρμάκων (20). Η Επιτροπή Λίστας Αποζημίωσης αντικαταστάθηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (ΕΑ), η οποία πρακτικά αποτελεί ένα σώμα τεχνοκρατικής αξιολόγησης της υγείας και καθορίζει τη λίστα αποζημίωσης φαρμάκων μέχρι και σήμερα. Η Επιτροπή αυτή στελεχώθηκε από 11 ειδικούς στο χώρο της τεχνοκρατικής αξιολόγησης της υγείας, η οποίοι υποστηρίζονται από έναν εξειδικευμένο γραμματέα. Τα μέλη της επιτροπής και ο γραμματέας τοποθετούνται από το Υπουργείο Υγείας και η Επιτροπή εδρεύει στον ΕΟΦ. Προκειμένου να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα και η αμεροληψία στη λήψη αποφάσεων, εφαρμόζονται μία σειρά από προϋποθέσεις και περιορισμούς στα μέλη της επιτροπής.

Η Επιτροπή Αξιολόγησης είναι υπεύθυνη για την εισαγωγή/αποκλεισμό των νέων φαρμάκων που κυκλοφορούν στη λίστα αποζημίωσης, καθώς και για την αναθεώρηση της ήδη υπάρχουσας λίστας. Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης των φαρμάκων είναι τα εξής: 1) κλινικό όφελος, 2) σύγκριση με άλλα φάρμακα

που αποζημιώνονται, 3) αξιοπιστία των δεδομένων, 4) σχέση κόστους-οφέλους, και 5) αξιοποίηση προϋπολογισμού. Η τελική γνωμοδότηση, μάλιστα, μερικές φορές περιλαμβάνει τις ειδικές θεραπευτικές ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το φάρμακο και τα υποχρεωτικά θεραπευτικά πρωτόκολλα στα οποία εντάσσεται. Αυτά τα πρωτόκολλα αναμένεται να συσχετιστούν με την ανάπτυξη βάσεων δεδομένων για τους ασθενείς που τα λαμβάνουν, καθώς η Ελλάδα ακόμα υστερεί σε τέτοια συστήματα. Ο νέος τρόπος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να εξασφαλίσει τις πληροφορίες για τη δημιουργία τέτοιων βάσεων δεδομένων, αφού συγκεντρώνει εξατομικευμένες κλινικές πληροφορίες για τον κάθε ασθενή που λαμβάνει ένα φάρμακο. Κάτω από αυτό το πρίσμα, οι βάσεις δεδομένων για την ηπατίτιδα C και για τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία έχουν αρχίσει να συλλέγουν δεδομένα ήδη από το Σεπτέμβριο του 2015 και το Μάρτιο του 2016, αντίστοιχα (24). Μία ακόμα βάση δεδομένων για τον καρκίνο του πνεύμονα έχει πρόσφατα ξεκινήσει να στήνεται στο Νοσοκομείο «Σωτηρία», η οποία συγκεντρώνει και ψηφιοποιεί αναδρομικά δεδομένα.

Η διαδικασία αξιολόγησης ενός φαρμάκου που κυκλοφορεί για πρώτη φορά εναρμονίζεται με την εφαρμογή των απαιτήσεων των ρυθμιστών της αγοράς φαρμάκων, και συνοδεύεται από έναν πλήρη φάκελο, καθώς και από την πληρωμή ενός τέλους εισαγωγής (20). Για προϊόντα με αρχική θετική αξιολόγηση, απαιτείται μια γνωμοδότηση από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης λαμβάνοντας υπόψη τον αντίκτυπό τους στο συνολικό προϋπολογισμό. Η Επιτροπή Διαπραγματεύσεων συγκροτήθηκε με την πρόσφατη νομοθεσία, αντλώντας σκοπούς και αρμοδιότητες από την αντίστοιχη υπάρχουσα επιτροπή φαρμακευτικών αντιπροσώπων του ΕΟΠΥΥ, με τα μέλη της να

ορίζονται, επίσης, από το Υπουργείο Υγείας. Η Επιτροπή Διαπραγματεύσεων είναι υπεύθυνη για την έναρξη και την ολοκλήρωση της διαπραγμάτευσης με τους ρυθμιστές της αγοράς φαρμάκων σχετικά με τις τιμές και τις εκπτώσεις στα φάρμακα που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ ή χορηγούνται από τα δημόσια νοσοκομεία. Μετά από την έγκριση για την επιβάρυνση του συνολικού προϋπολογισμού, η Επιτροπή Αξιολόγησης προωθεί την τελική της εισήγηση στο Υπουργείο Υγείας για τελική έγκριση και έκδοση της λίστας με υπουργική απόφαση. Επιπλέον, είναι υποχρεωτικό η Επιτροπή Αξιολόγησης να αναθεωρήσει 1) ανά τριετία όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα εντός πατέντας που έχουν συμπεριληφθεί στη λίστα αποζημίωσης κατά το χρονικό διάστημα αυτό και 2) όλα τα προϊόντα που περιλαμβάνονται στη λίστα αποζημίωσης, τα οποία είναι ισοδύναμα θεραπευτικά με φάρμακα για τα οποία έχει κατατεθεί αίτηση εισαγωγής στη λίστα (20).

Η λίστα αποζημίωσης φαρμάκων είναι εναρμονισμένη με το τέταρτο επίπεδο του Ανατομικού Θεραπευτικού και Χημικού συστήματος ταξινόμησης, το οποίο αποτελεί βάση και για το σύστημα αναφοράς εσωτερικής τιμολόγησης (24). Η τιμή αναφοράς υπολογίζεται για την κάθε δραστική ουσία ή για το συνδυασμό των δραστικών ουσιών στα φαρμακευτικά προϊόντα ως ο σταθμισμένος μέσος όρος του ελάχιστου ημερησίου κόστους θεραπείας των γενόσημων που αντιστοιχούν στο 20% των πωλήσεων σε όγκο κατά τους 6 προηγούμενους μήνες πριν από τον υπολογισμό των τιμών (15). Το ποσό της αποζημίωσης για κάθε προϊόν είναι ίσο με την τιμή αναφοράς πολλαπλασιαζόμενη επί τον αριθμό της ημερήσιας δοσολογίας.

1.2.5 Η συμμετοχή στα φάρμακα

Ήδη πριν από την έλευση της οικονομικής κρίσης, εφαρμοζόταν ένα σύστημα τριών βαθμίδων συμμετοχής στα φάρμακα: 1) 0% για τις απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, 2) 10% για τις ειδικές χρόνιες νόσους, και 3) 25% για όλους τους υπόλοιπους τύπους ασθενειών (26, 27). Στις περιπτώσεις όπου η τιμή πώλησης ενός φαρμάκου είναι υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης (15), 1) εάν για το προϊόν υπάρχουν γενόσημα σκευάσματα στην αγορά, το ποσό που περισσεύει καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τον ασθενή πάνω από το ποσό της συμμετοχής και 2) εάν δεν υπάρχουν γενόσημα για το προϊόν αυτό στην αγορά, ο ασθενής καταβάλλει το μισό από το ποσό της διαφοράς, και το υπόλοιπο μισό επιβαρύνει τη φαρμακευτική με τη μορφή επιστροφής της πληρωμής (rebate). Από το 2016, έχει θεσπιστεί το ανώτατο όριο των 20€ για κάθε σκεύασμα, το οποίο έχει προστεθεί στο μέγιστο ποσό που ένας ασθενής μπορεί να πληρώσει πάνω από το ποσό της προβλεπόμενης συμμετοχής. Σε περιπτώσεις όπου η τιμή πώλησης είναι χαμηλότερη από την τιμή αναφοράς, έως 50% της διαφοράς αφαιρείται από τη συμμετοχή. Επίσης, ένας σταθερός φόρος 1€ ανά συνταγή κατατίθεται από τους ασθενείς από το 2014 (28, 29).

1.2.6 Άμεσες πληρωμές και ρυθμίσεις για ευπαθείς ομάδες

Μια ποιοτική ανασκόπηση της ελληνικής νομοθεσίας ανέδειξε ότι το 59,8% των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων στο χώρο του φαρμάκου έχει μετατοπίσει το κόστος στην πλευρά του καταναλωτή (30). Η μέση συμμετοχή στα φάρμακα αυξήθηκε από 13,3% σε 18% μεταξύ 2012 και 2013 (28), και το μέσο κόστος συνταγής ανά καταναλωτή αυξήθηκε κατά 65,2% μεταξύ 2011 και 2014 (29). Έχει υπολογιστεί ότι το μέσο επίπεδο άμεσων ιατρικών πληρωμών ανά

νοικοκυριό αυξήθηκε κατά 25,8% (από 249€ σε 313€), οι οποίες δυσανάλογα επιβάρυναν τον προϋπολογισμό των φτωχότερων στρωμάτων (31). Η αυξημένη επιβάρυνση των άμεσων φαρμακευτικών δαπανών σε συνδυασμό με την ελαττωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης προκάλεσε μια σημαντική μείωση του βιοτικού επιπέδου των ευπαθών ομάδων τόσο σε όρους οικονομικής δυσχέρειας όσο και σε όρους πρόσβασης στην απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (32, 33).

Πριν από την οικονομική κρίση, οι ανασφάλιστοι πολίτες επιβαρύνονταν εξ ολοκλήρου με το κόστος της εξωνοσοκομειακής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εκτός αν δικαιούνταν βιβλιάριο για ανασφάλιστες και χαμηλού εισοδήματος οικογένειες, το οποίο εξασφάλιζε το δικαίωμα για δωρεάν φάρμακα και παροχή υπηρεσιών υγείας από το δίκτυο του ΕΣΥ (34). Παρόλο που αυτό το βιβλιάριο απορίας βρίσκεται ακόμα σε ισχύ, στα μέσα του 2014, η υγειονομική κάλυψη επεκτάθηκε σε όλους τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες και νόμιμους κατοίκους που δε δικαιούνταν βιβλιάριο απορίας, εξασφαλίζοντας πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα με τις ίδιες συμμετοχές που ισχύουν για τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, αυτά τα πρόσθετα μέτρα είχαν περιορισμένη επιτυχία λόγω γραφειοκρατικών εμποδίων, διαδικασιών που στιγμάτιζαν τους ασθενείς, και ανεπαρκών δημόσιων πληροφοριών, χωρίς να αναφορά στο γεγονός ότι οι υψηλές συμμετοχές δημιουργούσαν ακόμα οικονομικές δυσκολίες στους φτωχούς ανασφάλιστους πολίτες (35). Το 2016, η υγειονομική κάλυψη επεκτάθηκε σε ειδικές ευπαθείς ομάδες (πχ. έγκυες, πρόσφυγες και ανηλίκους) και σε ανθρώπους που δε διέθεταν άδεια παραμονής. Στα μέσα του 2017, πέρασε ένας νόμος που προέβλεπε πλήρη

απαλλαγή ή ελάττωση στις συμμετοχές των φαρμάκων για εξαιρετικά φτωχούς πολίτες που δεν καλύπτονταν από άλλες ρυθμίσεις (36).

1.2.7 Συνταγογράφηση και προώθηση των γενόσημων

Οι ιατροί που συνταγογραφούν θα πρέπει να είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να αποφασίσουν από ποιο ιδιωτικό φαρμακείο θα προμηθευτούν τα φάρμακά τους. Αρκετά μέτρα ελήφθησαν πρόσφατα προκειμένου να εκλογικευτεί σε ένα βαθμό το επίπεδο της συνταγογράφησης. Η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η καταχώρηση των φαρμάκων με βάση τη διεθνή μη εμπορική ονομασία για όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες της λίστας αποζημίωσης έχει καθιερωθεί από το 2012 (26). Η συνταγογράφηση με βάση την εμπορική ονομασία είναι επιτρεπτή μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (πχ. ασθενείς με αλλεργικές αντιδράσεις, μεταμοσχευθέντες και ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, εμβόλια, και χρόνια εκφυλιστικά και αυτοάνοσα νοσήματα), οι οποίες δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ. Οι εξαιρέσεις αυτές, καθώς και άλλες παρεκκλίσεις από την καθορισμένη συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, θα πρέπει να δικαιολογούνται επαρκώς, και δεν μπορούν να υπερβαίνουν το 15% στις συνολικές ετήσιες συνταγές κάθε ιατρού. Τα στατιστικά της συνταγογράφησης των ιατρών αποτυπώνονται ακριβώς στη διαδικτυακή εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Διεύθυνσης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) που χρησιμοποιείται για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία υποστηρίζει επίσης τη διαχείριση και τον προγραμματισμό παραπεμπτικών, διαγνωστικών εξετάσεων και άλλων ιατρικών πράξεων. Αναλυτικός έλεγχος για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη φαρμακευτική δαπάνη διεξάγεται σε

μηνιαία βάση, και οι ανάλογες ποινές επιβάλλονται σε ιατρούς που δε συμμορφώνονται με τους κανονισμούς (37).

Σε συνδυασμό με την υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η επιβολή της χρήσης θεραπευτικών πρωτοκόλλων από τους ιατρούς σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση εισήχθη επίσης το 2012 (37). Αυτά τα πρωτόκολλα επιτρέπουν έναν καλύτερο έλεγχο στη συνταγογράφηση και οδηγούν στις θεραπευτικές επιλογές με το μικρότερο δυνατό κόστος. Από τότε, οι οδηγίες συνταγογράφησης βαθμιαία βελτιώνονται και αναθεωρούνται μέσα στο σύστημα. Παρόλα αυτά, μέχρι τον Απρίλιο του 2018, μόνο επτά θεραπευτικά πρωτόκολλα είχαν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

Στις αρχές του 2014, η κυβέρνηση άρχισε να επικεντρώνεται περισσότερο στην ελάττωση της κατανάλωσης φαρμάκων και στην εκλογίκευση της συνταγογράφησης με σκοπό τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Μάλιστα, τέθηκε ένα μηνιαίο όριο στο ποσό που είχε ο κάθε ιατρός στη διάθεσή του για συνταγογράφηση των αντίστοιχων φαρμάκων (80% του προϋπολογισμού συνταγογράφησης του περασμένου έτους) (12). Στους μήνες που ακολούθησαν, τέθηκαν όρια στη συνταγογράφηση σχετικά με την ειδικότητα του κάθε ιατρού, τον αριθμό των ασθενών που κάθε ιατρός εξυπηρετεί, τη γεωγραφική περιοχή, και το μήνα του χρόνου. Από την άλλη πλευρά, ειδικές κατηγορίες ασθενών εξαιρέθηκαν από τους κανόνες αυτούς, όπως ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καρκινοπαθείς, ασθενείς με τελικού σταδίου μυοκαρδιοπάθεια και μεταμοσχευθέντες ασθενείς (38). Επίσης, επιβλήθηκαν ελάχιστα όρια συνταγογράφησης φαρμακευτικών σκευασμάτων εκτός πατέντας ανά ιατρό, τα οποία από τα μέσα του 2015

αναφέρονται στα γενόσημα φάρμακα (39). Όλοι αυτοί οι στόχοι ελέγχονται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ανατροφοδοτούνται μέσω ενός συστήματος επιβράβευσης και ποινών. Πρόσφατα, το ρυθμιστικό πλαίσιο ανανεώθηκε και τέθηκε ο στόχος της εξωνοσοκομειακής συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό 60% του συνολικού όγκου φαρμάκων (36). Επιπροσθέτως, έχουν καθοριστεί 10 δείκτες αξιολόγησης της συνταγογράφησης κάθε ιατρού, όπως ο αριθμός των συνταγών, μέσος αριθμός των συνταγών ανά ασφαλισμένο, μέσο κόστος ανά συνταγή, και ποσοστό συνταγογράφησης των νέων δραστικών ουσιών. Μια ανάλογη διαδικασία έχει θεσπιστεί και για την αξιολόγηση του ρόλου των φαρμακείων. Από το 2017, προωθούνται οικονομικά κίνητρα προς τους φαρμακοποιούς για να υποστηρίξουν την υποκατάσταση των πρωτότυπων με γενόσημα φάρμακα (40). Η εκπλήρωση των μηναίων στόχων (25% όλων των συνταγών για το 2017) σχετίζεται με υποχρεωτικές περικοπές προς τις φαρμακευτικές εταιρείες που φτάνουν το 10,5%. Παρά την υιοθέτηση διάφορων μέτρων για την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων κατά τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό τους σε μερίδιο αγοράς έχει αυξηθεί σε μέτριο βαθμό από 17% το 2009 σε 24% το 2015 (41).

1.2.8. Άλλα μέτρα περιορισμού του κόστους

Από το Μάιο του 2013 έχει εγκατασταθεί ένα ηλεκτρονικό σύστημα διακίνησης φαρμάκων, που βοηθά τον ΕΟΦ να χαρτογραφήσει καλύτερα την πορεία διακίνησης των φαρμάκων κατά τη διαδρομή τους στην αλυσίδα διάθεσής τους στην αγορά, ενώ έχει σχεδιαστεί με τρόπο τέτοιο ώστε να δυσκολεύει την παράνομη εξαγωγή φαρμάκων στο εξωτερικό από τους χονδρέμπορους

φαρμάκων (42). Το σύστημα αυτό ελέγχει όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που κυκλοφορούν, μαζί με όλη την αλυσίδα διάθεσής τους, με βάση το μοναδικό σειριακό αριθμό που αναγράφεται στην ειδική ταινία που φέρει το κάθε πακέτο φαρμάκου.

Από το 2010, η προμήθεια των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών μηχανημάτων στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται μέσω της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας. Η παράλληλη λειτουργία μιας επιτροπής ελέγχου επιτρέπει τη σύγκριση των τιμών των προϊόντων και των υπηρεσιών που είναι κοινά μεταξύ των νοσοκομείων, βελτιώνοντας έτσι τη διαφάνεια στον καθορισμό των τιμών και τον έλεγχό τους (43). Πιο πρόσφατα, (μέσα 2017), η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας αντικαταστάθηκε από την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) και το Παρατηρητήριο Λίστας Τιμών από το Παρατηρητήριο της Βάσης Υψηλότερων Αποδεκτών Τιμών με σκοπό τη βελτίωση των κεντρικών προμηθειών και τη μείωση του κόστους (36). Η βάση της νέας αρχής περιλαμβάνει όλες τις μονάδες υγείας κάτω από την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας, Άμυνας (για τα στρατιωτικά νοσοκομεία) και Παιδείας (για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία). Ένας πολύ σημαντικός στόχος αυτής της πολιτικής παραμένει η αύξηση του μεριδίου των γενόσημων φαρμάκων στο 50% του συνόλου των συνταγογραφούμενων ή χρησιμοποιούμενων από τα νοσοκομεία φαρμάκων, καθώς ο στόχος αυτός δεν έχει ακόμα επιτευχθεί (34).

1.2.9 Επιστροφές πληρωμών (rebates) και επανακτήσεις (clawbacks)

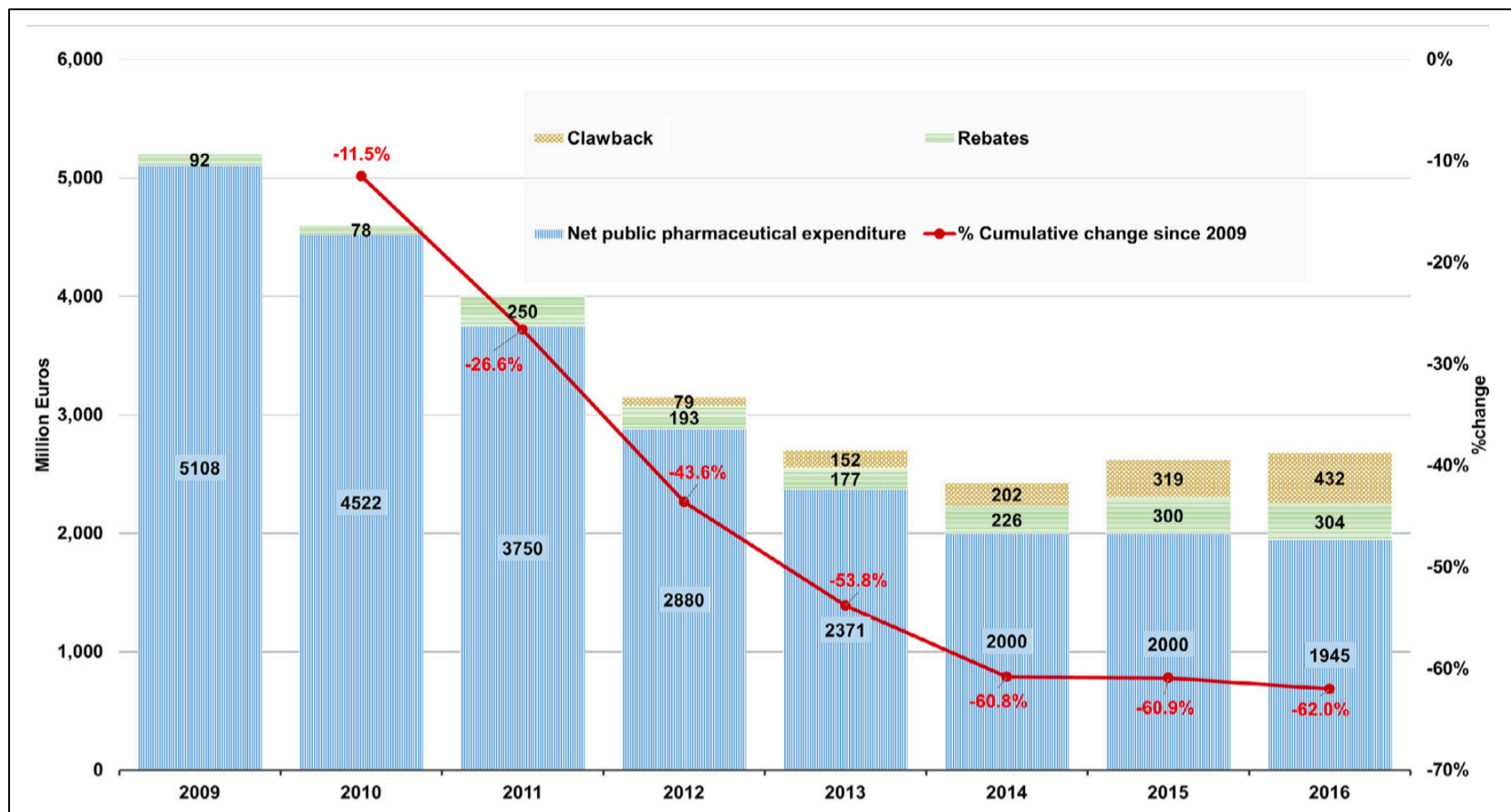
Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε μετά από την ελάττωση των επιστροφών στις πληρωμές (rebates), οι οποίες είχαν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, και πλέον καταβάλλονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες και σε ένα

μικρό βαθμό από τα φαρμακεία από το 2011 (4). Η επανάκτηση (clawback) είναι ένας ακόμα μηχανισμός από την ελληνική κυβέρνηση για τον έλεγχο της εξωνοσοκομειακής (από το 2012) και ενδονοσοκομειακής (από το 2016) φαρμακευτικής δαπάνης (24). Ο μηχανισμός αυτός διασφαλίζει ότι οι προϋπολογισμοί των ασφαλιστικών ταμείων και των νοσοκομείων δεν θα υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο όριο φαρμακευτικών εξόδων, ενώ το πλεόνασμα πάνω από αυτό το όριο θα καλύπτεται από τις ίδιες τις φαρμακευτικές εταιρείες (7). Η συνεισφορά των φαρμακευτικών εταιρειών με τη μορφή των επιστροφών πληρωμών (rebates) και των επανακτήσεων (clawbacks) στην πραγματική φαρμακευτική δαπάνη έχει αυξηθεί σημαντικά από το 8,6% στο 27,5% μεταξύ 2012 και 2016 (Εικόνα 3) (15).

1.2.10 Η διάθεση των φαρμάκων

Τα φαρμακευτικά προϊόντα διανέμονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στην ελληνική αγορά είτε μέσω των χονδρεμπόρων στα φαρμακεία είτε απευθείας στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι φαρμακοβιομηχανίες μπορούν και να προμηθεύουν τα φαρμακεία απευθείας με φάρμακα. Κάτω από ειδικές περιστάσεις (πχ. μειωμένη κινητικότητα των ασθενών), οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να προμηθεύουν με φάρμακα απευθείας τους ασθενείς μετά από τη λήψη σχετικής άδειας από τον ΕΟΠΥΥ (8).

Τα φαρμακευτικά προϊόντα διατίθενται στο κοινό αποκλειστικά διαμέσου των 10.674 ιδιωτικών φαρμακείων, των φαρμακείων των νοσοκομείων και των 29 φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ (44). Τα φάρμακα υψηλού κόστους για σοβαρές παθήσεις που αφορούν μόνο νοσοκομειακή χρήση ή έχουν λιανική τιμή πάνω από 3.000€ (ν. 3816/2010) διατίθενται αποκλειστικά μέσω των νοσοκομείων ή



Εικόνα 3. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2009-2016) (15). Οι επιστροφές πληρωμών (rebates) δεν αφορούν περικοπές. Το 2016 βασίζεται στην επανάκτηση (clawback) για το πρώτο μισό του έτους.

μέσω των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ. Η διαδικτυακή διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων επιτρέπεται αποκλειστικά για πώληση από νόμιμα φαρμακεία στην ελληνική επικράτεια και μόνο για μη συνταγογραφημένα και μη αποζημιούμενα φάρμακα (45). Από τα μέσα του 2016, κάποια φάρμακα εκτός λίστας αποζημίωσης για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων που διαγιγνώσκονται και θεραπεύονται εύκολα από τους ίδιους τους ασθενείς μπορούν να διατεθούν από supermarkets και άλλα καταστήματα (46).

2. Η φαρμακευτική πολιτική των χωρών της ΕΕ μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση

2.1 Οι παρεμβάσεις στο χώρο του φαρμάκου ανά τύπο

Η μείωση τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα ήταν το πιο συχνό μέτρο ελάττωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, που εφαρμόστηκε από τις χώρες της ΕΕ σε απάντηση προς την παγκόσμια οικονομική ύφεση του 2008 (συνολικά 15 μειώσεις φαρμάκων σε 11 χώρες) (47).

Το δεύτερο συχνότερο μέτρο ήταν οι μεταβολές στις συμμετοχές των φαρμακευτικών προϊόντων, που οδήγησαν κυρίως σε αύξηση του συνολικού κόστους για τους πολίτες (συνολικά 13 παρεμβάσεις σε 9 χώρες, που αφορούσαν αυξήσεις στο αντίτιμο ανά συνταγή και υψηλότερη συμμετοχή στα φάρμακα, εξαιτίας του μικρότερου ποσού αποζημίωσης ανά προϊόν). Σε 8 χώρες της ΕΕ οι μεταρρυθμίσεις επηρέασαν τις λίστες αποζημίωσης των φαρμάκων (π.χ. αναδιατυπώσεις της λίστας αποζημίωσης και εισαγωγή νέας θετικής ή αρνητικής λίστας αποζημίωσης), και σε 10 περιπτώσεις οι μεταρρυθμίσεις είχαν επίδραση στις τιμές αναφοράς των φαρμάκων (οι μεταβολές στον τρόπο παραγωγής των φαρμάκων επέτρεψαν χαμηλότερες

τιμές αναφοράς και μεγαλύτερη ποικιλία σε παρόμοια φάρμακα), ενώ παρατηρήθηκαν και μεταβολές ανάμεσα σε όμοιες σειρές γενόσημων φαρμάκων. Τα μέτρα προώθησης των γενόσημων (π.χ. υποχρεωτική συνταγογράφηση δραστικής ουσίας, εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού) ήταν από τις πιο ευρέως διαδεδομένες παρεμβάσεις σε απάντηση προς την παγκόσμια οικονομική κρίση (47).

Επιπλέον, συχνά μέτρα αποτέλεσαν οι αυξήσεις στον ΦΠΑ των φαρμάκων (σε 7 χώρες, με την Ελλάδα να προχωρά δύο φορές σε αύξηση του ΦΠΑ το 2010 και σε εκ νέου μείωση το 2011) και οι αλλαγές στον τρόπο εξόφλησης των προμηθευτών φαρμακευτικών προϊόντων (σε 9 χώρες). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάποιες χώρες (π.χ. Ισπανία) ο βασικός ΦΠΑ αυξήθηκε, αλλά αυτό συνήθως δεν είχε επίδραση στις τιμές των φαρμάκων (εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο όπου ο βασικός ΦΠΑ εφαρμόστηκε στα φάρμακα που δεν απαιτούσαν συνταγή), καθώς στην πλειοψηφία των χωρών στα φάρμακα εφαρμόστηκε χαμηλότερος ΦΠΑ από το βασικό. Επιπροσθέτως, σημειώθηκαν μειώσεις στα περιθώρια κέρδους των φαρμακευτικών εταιριών στην Ελβετία και στα αντίστοιχα των χονδρεμπόρων στην Ελλάδα και την Ιταλία. Παρόλα αυτά, στην Ισπανία, στην Πορτογαλία και την Ισπανία τα περιθώρια κέρδους των φαρμακευτικών αυξήθηκαν.

Στα πλαίσια του εξωτερικού συστήματος αναφοράς τιμών, σύμφωνα με το οποίο η τιμολόγηση των φαρμάκων και ο καθορισμός της αποζημίωσης από τα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται μετά από σύγκριση με τις αντίστοιχες τιμές φαρμάκων άλλων χωρών, δύο χώρες (η Μάλτα και η Γερμανία – κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις από το 2012 και μετά), εισήγαγαν τη συγκεκριμένη διαδικασία τιμολόγησης, ενώ 4 ευρωπαϊκές χώρες άλλαξαν το ήδη υπάρχον

εξωτερικό σύστημα αναφοράς τιμών, κυρίως διευρύνοντας τον κατάλογο των χωρών αναφοράς, αλλά και με την αλλαγή του τρόπου υπολογισμού των τιμών στοχεύοντας στην επίτευξη χαμηλότερων τιμών.

2.2 Οι παρεμβάσεις στο χώρο του φαρμάκου ανά χώρα

Τα περισσότερα μέτρα για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης εφαρμόστηκαν στις χώρες της Βαλτικής, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στην Πορτογαλία και την Ιρλανδία.

Η Ελλάδα άρχισε να ανταποκρίνεται στην παγκόσμια οικονομική κρίση την άνοιξη του 2010, με μία δέσμη μέτρων επείγοντος χαρακτήρα – κάποια από τα οποία εφαρμόστηκαν προσωρινά. Από το Μάιο του 2010 και εντεύθεν, έλαβαν χώρα αρκετές μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων, σε συνδυασμό με την ελάττωση του περιθωρίου κέρδους στην χονδρική αγορά του φαρμάκου και τη διπλή αύξηση στο ΦΠΑ των φαρμάκων, η οποία όμως αποκαταστάθηκε στην αρχή του 2011 με εκ νέου μείωση. Η συχνότητα αναθεώρησης της τιμής των φαρμάκων που είχαν εισαχθεί στην αγορά τα τελευταία τέσσερα χρόνια αυξήθηκε από μία, σε τρεις φορές το χρόνο. Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων καθορίστηκε στο 90% της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων, ενώ προηγουμένως ήταν στο ίδιο επίπεδο. Επίσης, διαμορφώθηκε μια νέα θετική και αρνητική λίστα αποζημίωσης φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τέλος, η αρμοδιότητα του καθορισμού της τιμής των φαρμάκων μεταβιβάστηκε εξ ολοκλήρου στο Υπουργείο Υγείας την άνοιξη του 2011, καθώς στο προηγούμενο διάστημα ήταν επιμερισμένη σε τρία διαφορετικά υπουργεία (Υγείας, Οικονομικών και Ανάπτυξης) (48).

Η Ισπανία πέρασε δύο νόμους με τη διαδικασία του κατεπείγοντος το Μάρτιο και το Μάιο του 2010. Η τιμή των ακριβών γενόσημων φαρμάκων μειώθηκε κατά 30%, ενώ τα πρωτότυπα και τα φάρμακα για σπάνιες ασθένειες («ορφανά») υποβλήθηκαν σε περικοπή της λιανικής τιμής πώλησής τους κατά 7,5% και 4% αντίστοιχα, η οποία επιβάρυνε τόσο τις φαρμακοβιομηχανίες, όσο και τις φαρμακαποθήκες, καθώς και τα ίδια τα φαρμακεία. Επιπλέον, η Ισπανία θεμελίωσε αλλαγές στη διαδικασία καθορισμού της τιμής των φαρμάκων, όπως στο σύστημα αναφοράς της τιμής των φαρμάκων και στο σύστημα αναφοράς τιμών του εξωτερικού, επιτρέποντας περαιτέρω μειώσεις στις τιμές και εναρμονισμό των εφαρμοζόμενων νόμων με την υπάρχουσα κατάσταση (49).

Η αντίδραση της Ιρλανδίας, της τρίτης χώρας που χτυπήθηκε από την κρίση του 2010, ήταν λίγο διαφορετική. Η Ιρλανδία δεν έλαβε τόσα πολλά μέτρα, όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, ενώ αντιμετώπισε τη φαρμακοβιομηχανία ως ένα σημαντικό επενδυτή και πάροχο θέσεων εργασίας μέσα στην ιρλανδική οικονομία. Κάποιες πολιτικές είχαν ήδη εφαρμοστεί νωρίτερα, όπως ο περιορισμός του περιθωρίου κέρδους των χονδρεμπόρων φαρμάκου και των φαρμακείων το 2009, και η αναθεώρηση του συστήματος αναφοράς των τιμών του εξωτερικού (π.χ. αξιολόγηση των νέων φαρμάκων από επιτροπή τεχνοκρατών της υγείας από το 2009 και έπειτα). Το 2010, η Ιρλανδία προχώρησε σε διάφορα κύματα μείωσης των τιμών, ενώ διαπραγματεύτηκε και δέχθηκε προσφορές από τις φαρμακοβιομηχανίες στο κομμάτι των γενόσημων φαρμάκων. Αυτό συνέβη το Φεβρουάριο και τον Οκτώβριο του 2010, και για τα φάρμακα εντός πατέντας στο τέλος του 2010. Η πολιτική απόφαση για τη διαμόρφωση ενός συστήματος αναφοράς τιμών των φαρμάκων ελήφθη το

2010. Παρόλα αυτά, η σχετική νομοθετική ρύθμιση καθυστέρησε αφού δεν έλαβε χώρα μέχρι τις εκλογές της άνοιξης του 2011 (50).

Στη Γερμανία, η μεταρρύθμιση προετοιμάστηκε μετά την αλλαγή στην κυβέρνηση το 2009, και πραγματοποιήθηκε την 1^η Ιανουαρίου 2011. Οι φαρμακευτικές εταιρείες στη Γερμανία είναι υποχρεωμένες να εκδίδουν ένα επιστημονικό φυλλάδιο με την αξιολόγηση του πρόσθετου θεραπευτικού οφέλους ενός νέου φαρμάκου σε σχέση με τις υπάρχουσες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές – η οποία μπορεί στη συνέχεια να χρησιμοποιηθεί στις διαπραγματεύσεις για την επιστροφή της πληρωμής στα ασφαλιστικά ταμεία (rebate). Επιπροσθέτως, ο μεταρρυθμιστικός νόμος στη Γερμανία προέβλεπε ότι για τον καθορισμό της συμμετοχής των ασθενών στην τιμή ενός φαρμάκου θα λαμβάνονται υπόψη οι τιμές του φαρμάκου αυτού σε άλλες χώρες. Τέλος, από τον Αύγουστο του 2010 μέχρι το τέλος του 2013 εφαρμόστηκαν μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης, που αφορούσαν ένα πάγωμα στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και μία αύξηση (από το 6% στο 16%) στην υποχρεωτική επιστροφή πληρωμών (rebate) από τη μεριά των φαρμακοβιομηχανιών προς τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (51).

Η Πολωνία σχεδίασε ένα νόμο για τη διαρθρωτική μεταρρύθμιση του συστήματος συμμετοχής στα φάρμακα από τους ασφαλισμένους, προκειμένου να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη και να εναρμονιστεί με την ευρωπαϊκή νομοθεσία μετά από μία περίοδο παραβάσεων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, έγινε παραβίαση κάποιων χρονοδιαγραμμάτων σχετικά με αποφάσεις για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων και τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, οι οποίες ρυθμίζονταν από την Οδηγία Διαφάνειας της ΕΕ. Ο νέος νόμος της συμμετοχής των ασφαλισμένων στα φάρμακα, ο οποίος πέρασε

από τη βουλή την άνοιξη του 2011 μετά από πολλή συζήτηση και από διάφορες τροποποιήσεις, και τέθηκε τελικά σε ισχύ το 2012, περιέχει μία σειρά από πολιτικές αλλαγές σε διάφορα πεδία της αγοράς του φαρμάκου, όπως ο περιορισμός στο περιθώριο κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών, η υποχρεωτική αποζημίωση από τις φαρμακοβιομηχανίες σε περίπτωση υπέρβασης του προϋπολογισμού, η εφαρμογή φόρου στις φαρμακευτικές για τη δημόσια χρηματοδότηση κλινικών μελετών για νέα φάρμακα, αλλαγές στις συσχετίσεις για τις τιμές των γενόσημων φαρμάκων κλπ (52).

Οι χώρες της Βαλτικής (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία) άρχισαν να επιβάλλουν μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης σε απάντηση στην παγκόσμια κρίση ήδη από το 2008-2009. Η Λιθουανία έλαβε περίπου 28 νέες μεταρρυθμιστικές αποφάσεις αυτά τα χρόνια. Το 2010, οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στις χώρες της Βαλτικής κινήθηκαν προς την κατεύθυνση της εκλογίκευσης στη χρήση των φαρμάκων, συμπεριλαμβάνοντας την προώθηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων και, σε κάποιες περιπτώσεις, την κατάργηση αυστηρών μέτρων περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης που είχαν ληφθεί την περασμένη χρονιά (53-55).

3. Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων και κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων

3.1 Η ιατρική συνταγογράφηση

Η σημασία της ιατρικής συνταγογράφησης ποικίλλει από χώρα σε χώρα, αλλά σε γενικές γραμμές ορίζεται ως «... ένα πρόγραμμα παροχής υγειονομικής περίθαλψης από έναν ιατρό, κάτω από τους κανόνες που διέπουν το πλαίσιο περίθαλψης, για έναν συγκεκριμένο ασθενή» (56). Η ιατρική συνταγή μπορεί

να αφορά μια διαγνωστική εξέταση ή/και μια θεραπευτική παρέμβαση, και να παρουσιάζει ένα διαφορετικό βαθμό περιπλοκότητας κάθε φορά. Μπορεί να περιλαμβάνει από μια απλή διαγνωστική εξέταση ή φάρμακο μέχρι πολύ σύνθετους συνδυασμούς εξετάσεων ή θεραπειών, με ποικίλη διάρκεια, από μια απλή δόση έως θεραπείες εφ' όρου ζωής (57).

Η συνταγογράφηση φαρμάκων λαμβάνει χώρα σε ένα σύνθετο περιβάλλον και συμπεριλαμβάνει αρκετούς παράγοντες, το αντίκτυπο των οποίων ίσως είναι δύσκολο να προσδιοριστεί (58). Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι οι συνήθειες και η συμπεριφορά των ιατρών, η σχέση τους με τους ασθενείς, η αγορά του φαρμάκου με τις δράσεις και τις επιπτώσεις της, καθώς και η διαδικασία λήψης των θεραπευτικών αποφάσεων από μόνη της, η οποία μπορεί να είναι «μερικώς ασυνείδητη, βασισμένη σε εμπειρική προσέγγιση παρά σε δομημένη ανάλυση όλων των σχετικών δεδομένων, και μερικώς βασισμένη σε κοινωνικά λιγότερο θεμιτά κίνητρα» (59).

Η συνταγογράφηση γίνεται όλο και περισσότερο σύνθετη, και μάλιστα υπάρχουν δεδομένα προβληματικής συνταγογράφησης από μερίδα ιατρών σε διάφορες δομές, που αφορούν λάθη, ελλείψεις ποσότητες φαρμάκων, συνταγογράφηση περίσσειας φαρμάκων, καθώς και ακατάλληλη έως και άνευ ενδείξεων συνταγογράφηση (60). Γενικότερα, η διαδικασία συνταγογράφησης είναι τόσο περίπλοκη, που από τα χρόνια της εκπαίδευσης έως και τα χρόνια της άσκησης ιατρικής, είναι δύσκολο να διαχωριστεί σε τμήματα θεωρητικής γνώσης και αξιολόγησης της επίδοσης σε αυτή (61). Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση σχετίζονται με τον ιατρό που την πραγματοποιεί, τον ασθενή, την κοινωνία, την ιατρική γνώση, διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν τη δεδομένη χρονική περίοδο (όπως μια επιδημία),

το περιβάλλον άσκησης της ιατρικής, τη διαθεσιμότητα των ιατρικών δεδομένων και άλλους εξωτερικούς παράγοντες (62).

Ο ρόλος των παραγόντων αυτών, εκτός από τους παράγοντες που σχετίζονται με τους ίδιους τους ιατρούς, συνοψίζονται ως εξής:

1. *Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή και το κοινωνικό σύνολο.* Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει το οικογενειακό και ιατρικό ιστορικό των ασθενών, το οποίο πιθανώς σχετίζεται με μεμονωμένες και ειδικές παθήσεις ή ακαθόριστες, ακόμα και πολλαπλές παθήσεις (63). Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν, επίσης, τον τρόπο ζωής, με την ευρύτερη έννοια, που αφορά όχι μόνο τον τρόπο ζωής των ασθενών, αλλά και των συγγενών/συγκατοίκων, καθώς και τη διάθεση για θεραπεία με μη-συνταγογραφούμενα φάρμακα και φυσικά βιολογικά προϊόντα (64).
2. *Παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία.* Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τις ιδιότητες των ίδιων των φαρμάκων, δηλαδή τη φαρμακοκινητική, τη φαρμακοδυναμική, τη δοσολογία, τη μορφή, τη γεύση, την οδό απέκκρισης, την ευκολία στη χορήγηση, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και το κόστος (65).
3. *Παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή συνταγογράφησης.* Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει το αντίκτυπο μιας ομάδας κανόνων και οδηγιών χορήγησης φαρμάκων, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις με τους ανώτερους και τους ειδικούς σε κάθε πάθηση (66). Η δομή συνταγογράφησης αφορά τόσο την τεχνική υποστήριξη (σε επίπεδο ασθενών και δεδομένων για φάρμακα), όσο και την υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού, που περιλαμβάνει τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, καθηγητές, διαιτολόγους, ψυχολόγους, και

τεχνικούς υπολογιστών εξειδικευμένους στην υγεία, και κυρίως στη βελτίωση της συνταγογράφησης (67). Ειδικό ρόλο είναι πιθανό να διαδραματίσουν συγκεκριμένες συνθήκες του εκάστοτε ιδρύματος, όπως ο τρόπος της άσκησης της ιατρικής (ατομικά ή σε ομάδες), ο αριθμός, η διάρκεια και η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων, η διαθεσιμότητα σε διαγνωστικά μέσα και η δυνατότητα προσέγγισης ειδικών ιατρών, καθώς και το εκάστοτε συγκοινωνιακό δίκτυο, αφού είναι απαραίτητο για να φτάσει ένας ασθενής στον ιατρό του ή για να φτάσει στο ιατρικό κέντρο που έχει υποδειχθεί από το θεράποντα (68).

4. *Πληροφόρηση και άλλοι εξωτερικοί παράγοντες.* Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει ένα τεράστιο αριθμό πηγών πληροφόρησης για τα φάρμακα που κυκλοφορούν, τα θεραπευτικά σχήματα και κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση. Κάποιες από αυτές τις πηγές απευθύνονται απευθείας στους ιατρούς, και περιλαμβάνουν τόσο την αναλυτική παρουσίαση του κάθε φαρμάκου από τους ιατρικούς αντιπροσώπους σε κάθε ιατρό ξεχωριστά στο χώρο του, όσο και μια αναπτυσσόμενη υπηρεσία που παρέχεται στους υγειονομικούς παρόχους τα τελευταία χρόνια, μέσω της οποίας γίνεται ενημέρωση και παρουσίαση των φαρμακευτικών δειγμάτων διαδικτυακά. Επιπλέον, δεν έπαψαν οι κλασικές στρατηγικές πώλησης από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών, όπως στοχευμένα μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ιστοσελίδες και τηλεφωνικές κλήσεις, όπως και ειδικός εξοπλισμός με τη διαφημιζόμενη φίρμα της κάθε εταιρείας σε χορηγούμενα ιατρικά συνέδρια. Από την άλλη πλευρά, διάφορες πηγές πληροφόρησης απευθύνονται στους ίδιους τους ασθενείς. Παρόλο που αυτό το είδος της διαφήμισης δεν επιτρέπεται σε όλες τις χώρες του κόσμου ή επιτρέπεται

με ειδικούς περιορισμούς, έχει εξαπλωθεί σε όλες τις χώρες μέσω του διαδικτύου και της δορυφορικής τηλεόρασης (69).

5. *Άλλοι εξωτερικοί παράγοντες.* Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει πολιτικές, κανόνες ή και νόμους αποζημίωσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των χωρών που διαθέτουν εθνικά συστήματα δημόσιας υγείας και αυτών που δε διαθέτουν. Ακόμα και μεταξύ χωρών με εθνικά συστήματα δημόσιας υγείας, οι πολιτικές αποζημίωσης των φαρμάκων, με ή χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων, ποικίλλουν σε σχέση με τα δύο πρότυπα συστήματα υγείας που έχουν περιγραφεί, το «σύστημα Bismarck» και το «σύστημα Beveridge». Το «σύστημα Bismarck» βασίζεται κυρίως σε πόρους κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι πόροι του «συστήματος Beveridge» προέρχονται από φορολογικά έσοδα. Οι διαφορές αυτές περιλαμβάνουν, επίσης, κυβερνητικές πολιτικές σχετικές με την αμοιβή των ιατρών, τα επίπεδα ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγειονομικών δομών, τις ανησυχίες των ιατρών για την εφαρμογή του νόμου, διάφορες ρυθμιστικές διατάξεις και πολιτικές ανησυχίες (70).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τους ιατρούς απαιτούν ειδική προσοχή, ξεκινώντας από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (59). Κατά τη διαδικασία αυτή, ο ιατρός έχει το ρόλο του κεντρικού λήπτη μιας απόφασης, σε σχέση με τον ασθενή, αλλά η τελική απόφαση υφίσταται μια σειρά από επιδράσεις:

1. Οι ασθενείς συχνά επηρεάζουν τη συνταγογράφηση (71), με πολύ μεγαλύτερη επίδραση στις συνταγές γενικών ιατρών σε σχέση με συνταγές ειδικών ιατρών.

2. Οι επιλογές των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση μπορεί να επηρεαστούν από ειδικές απαιτήσεις των συγγενών των ασθενών, όπως συμβαίνει όταν αυτοί θεωρούν ότι η συνταγογράφηση πολλών φαρμάκων οδηγεί σε καλύτερο και γρηγορότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (72).
3. Τυπικές και άτυπες επαφές με άλλους ιατρούς και υγειονομικό προσωπικό μπορεί να επηρεάσει τις τελικές επιλογές της συνταγογράφησης.

Στην τελευταία περίπτωση, οι επαφές σχετίζονται με τη μορφή άσκησης της ιατρικής επιστήμης, καθώς είναι συχνότερες και δυνατότερες σε περιβάλλον νοσοκομείου, ενώ είναι πιο αδύναμες και αραιές σε περιπτώσεις ιδιωτικών ιατειρών. Οι φαρμακοποιοί των νοσοκομείων έχουν πολύ ισχυρή επιρροή στις θεραπευτικές επιλογές των ιατρών, καθώς λαμβάνουν μέρος στον καθορισμό των οδηγιών του εκάστοτε ιδρύματος, στις οποίες κάθε ιατρός που εργάζεται σε αυτό οφείλει να υπακούει (73).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι διάφοροι συναισθηματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη συνταγογράφηση φαρμάκων. Σε πολλές περιπτώσεις η συνταγογράφηση βασίζεται στη βραχεία μνήμη (74). Η θεραπευτική απόφαση μπορεί να μην ακολουθεί επιστημονική λογική (75), τουλάχιστον σε κοινές ασθένειες, ή κατά την επιλογή γενόσημων φαρμάκων (76). Στις περιπτώσεις αυτές, οι συμπεριφορές και τα κίνητρα των οικογενειακών ιατρών παίζουν σημαντικό ρόλο (77).

Προκειμένου, λοιπόν, να κατανοηθεί η φύση της συνταγογράφησης φαρμάκων, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν ψυχολογικές, επαγγελματικές,

και περιβαλλοντικές πτυχές των διαδικασιών συνταγογράφησης, τόσο σε επίπεδο γενικών ιατρών, όσο και πάνω και κάτω από αυτό το επίπεδο (78).

3.2 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων

Απόφαση είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων (αυτοί που λαμβάνουν την απόφαση), κάνουν μια επιλογή ανάμεσα σε διάφορες εναλλακτικές που συνεκτιμώνται (επιλογές). Η αναγκαία συνθήκη για να οριστεί η απόφαση είναι: αυτός που παίρνει την απόφαση να έχει να επιλέξει ανάμεσα σε διάφορες εναλλακτικές (επιλογές). Αν υπάρχει μία μόνο επιλογή, χωρίς εναλλακτικές, η διαδικασία αυτή δεν είναι απόφαση (79).

Οι πρώτες μελέτες σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων άρχισαν με την άνθιση του κλάδου των Οικονομικών, αλλά από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, η ψυχολογία έχει προσεγγίσει το θέμα αυτό από μια διαφορετική σκοπιά, και έχει διαμορφώσει κάποια μοντέλα που στοχεύουν να εξηγήσουν τα βήματα, με τα οποία οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις:

1. *Το ορθολογιστικό-κανονιστικό μοντέλο/απόλυτος ορθολογισμός (80)*. Το μοντέλο αυτό προβλέπει ότι ο άνθρωπος λαμβάνει τις αποφάσεις του με απόλυτα ορθολογιστική σκέψη και φτάνει στην καλύτερη λύση ικανοποιώντας την αρχή μεγιστοποίησης των αποτελεσμάτων.
2. *Το ευρετικό μοντέλο ή περιορισμένου ορθολογισμού (81)*. Η παρουσίαση αυτού που λαμβάνει τις αποφάσεις ως ένας «αλάνθαστος επιστήμονας» δεν ήταν επαρκής, και αντικαταστάθηκε από έναν άνθρωπο που λαμβάνει αποφάσεις και έχει περιορισμένη και σκόπιμη ορθολογιστική σκέψη.

3. *Η προοπτική θεωρία* (82). Η θεωρία του προσδοκώμενου βασίζεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι τείνουν να αξιολογούν κάθε πιθανό αποτέλεσμα μιας απόφασης στη βάση ενός σημείου αναφοράς ή μιας δεδομένης κατάστασης, όπως μπορεί να είναι, για παράδειγμα, η κατάστασή τους της στιγμή της απόφασης. Η θεωρία αυτή δίνει μεγάλη σημασία στον τρόπο που διατυπώνεται το πρόβλημα για το οποίο απαιτείται η λήψη μιας απόφασης, καθώς πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι τα ίδια προβλήματα, όταν περιγράφονται αλλιώς, οδηγούν σε διαφορετικές αποφάσεις (83).

Οι άνθρωποι, συνήθως, αποφασίζουν να χρησιμοποιήσουν μια προοπτική επίλυσης προβλημάτων σε περιστάσεις όπου δεν είναι εύκολο να ερμηνεύσουν αμέσως όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες (84). Συχνά, οι όροι λήψη αποφάσεων και επίλυση προβλημάτων θεωρούνται ισότιμοι. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα δύο διαφορετικές και διακριτές δραστηριότητες: η λήψη αποφάσεων λαμβάνει χώρα μετά τη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων. Ένα πρόβλημα ορίζεται ως ένα κενό ή μια διαφορά μεταξύ της επιθυμητής κατάστασης και της υπάρχουσας (85).

Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται διαφορετικές στρατηγικές για να βρεθεί η καλύτερη λύση για ένα πρόβλημα, συνήθως ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα (86):

1. Προσδιορισμός του προβλήματος: όταν γνωρίζουμε το πρόβλημα, μπορούμε να αναλάβουμε δράση για να το λύσουμε όσο καλύτερα μπορούμε.
2. Ορισμός των ζητούμενων: η διαδικασία που περιγράφει ακριβώς τι θέλουμε να κατακτήσουμε.

3. Συλλογή σχετικών πληροφοριών: πρώτα πρέπει να βρούμε αρκετές πληροφορίες. Μπορεί να είναι δύσκολο να αποφασιστεί ποια δεδομένα είναι σημαντικά και ποια όχι. Σε αυτή τη διαδικασία, η συλλογή σχετικών δεδομένων είναι, γενικά, ένα από τα πιο δύσκολα στάδια.
4. Ανακάλυψη εναλλακτικών: η διαδικασία λήψης μιας απόφασης λαμβάνει χώρα μόνο εάν υπάρχουν εναλλακτικές επιλογές. Δεν υπάρχει, όμως, τρόπος να είμαστε σίγουροι ότι η καλύτερη εναλλακτική θα υπάρχει ανάμεσα σε αυτές που συλλέξαμε. Μια λύση είναι να σιγουρευτούμε ότι όλες οι «συμβατικές» λύσεις έχουν καταγραφεί, και μετά να προσπαθήσουμε να βρούμε καινοτόμες εναλλακτικές προτάσεις.
5. Επιλογή των κριτηρίων για την ανάδειξη της καλύτερης εναλλακτικής: λογικά, σκοπός είναι επιλογή της καλύτερης εναλλακτικής. Παρόλα αυτά, αυτό μπορεί να γίνει μόνο αν περιγραφεί με λεπτομέρεια η έννοια της «καλύτερης». Θεωρητικά, θα υπάρχει τουλάχιστον ένα κριτήριο με το οποίο θα μπορεί να επιλεγεί η καλύτερη εναλλακτική.
6. Διαμόρφωση του μοντέλου: η θεμελίωση της σχέσης μεταξύ των ζητούμενων, των εναλλακτικών, των δεδομένων και των κριτηρίων αξιολόγησης.
7. Εκτίμηση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων κάθε εναλλακτικής: το μοντέλο που διαμορφώθηκε προηγουμένως, χρησιμοποιείται πρωθύστερα για την εκτίμηση του αποτελέσματος κάθε εναλλακτικής.
8. Επιλογή των καλύτερων εναλλακτικών με προσήλωση στα ζητούμενα: εάν όλα τα προηγούμενα βήματα έγιναν σωστά, είναι εφικτή η επιλογή

της καλύτερης εναλλακτικής (αυτής που πληροί τα κριτήρια επιλογής που υιοθετήθηκαν).

Βεβαίως, όταν πραγματοποιείται η λήψη μιας απόφασης, γίνεται προσπάθεια για συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών, που σχετίζονται με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε εναλλακτικής που είναι διαθέσιμη (67). Αυτό γίνεται μέσω της «διανοητικής συνιστώσας», που μας επιτρέπει να ελαχιστοποιούμε τα διαστήματα αβεβαιότητας, και συνεπώς τα λάθη, σε καθημερινές καταστάσεις. Παρόλα αυτά, η λήψη μιας απόφασης σε «απόλυτα ορθολογιστικές συνθήκες» είναι πιθανή μόνο εάν γνωρίζουμε όλα τα δεδομένα και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις για μια κατάσταση (87). Τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς διαδραματίζουν ένα «θεμελιώδη ρόλο στις ανώτερες μορφές της ανθρώπινης εμπειρίας». Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι, γενικά, οι άνθρωποι στρέφονται στο συναίσθημα ή στις συναισθηματικές εκδηλώσεις τους, όταν οι καταστάσεις είναι περίπλοκο να αξιολογηθούν ή όταν ο χρόνος περιορίζει την ικανότητα για ακριβή αξιολόγηση κάθε εναλλακτικής (88, 89). Κατά τη διάρκεια της επιλογής της κατάλληλης εναλλακτικής, υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση ανάμεσα στην ορθολογική αξιολόγηση και τη συναισθηματική ρύθμιση (90).

3.3 Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων

Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη λήψη αποφάσεων φαίνεται να έχει περισσότερα συναισθηματικά στοιχεία, και βασίζεται λιγότερο στη λογική, από ότι πιστεύεται, συχνά, στις ποσοτικές, βασισμένες σε μοντέλα, αναλύσεις της συμπεριφοράς κατά τη συνταγογράφηση. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων

είναι, συνήθως, περίπλοκη και επηρεάζεται από διάφορα είδη παραγόντων, ο καθένας από τους οποίους, με τη σειρά του, έχει πολλαπλές επιδράσεις (59):

Το πολυπαραγοντικό περιβάλλον. Ο ιατρός είναι, κατά βάση, αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις σε σχέση με τον ασθενή. Αυτή η παρατήρηση, όμως, έχει και άλλες παραμέτρους. Πρώτον, οι ασθενείς επηρεάζουν τη συνταγογράφηση, με την επίδρασή τους να είναι ισχυρότερη στους γενικούς ιατρούς στις δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, συγκριτικά με τη συνταγογράφηση που πραγματοποιείται στα Νοσοκομεία από ειδικούς ιατρούς. Επίσης, οι αποφάσεις των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση, ίσως, επηρεάζονται από συγκεκριμένες απαιτήσεις των συγγενών των ασθενών, τυπικές και άτυπες επαφές με άλλους ιατρούς, καθώς και με λοιπό υγειονομικό προσωπικό (91, 92).

Η υπερφόρτωση με πληροφόρηση από πολλαπλές πηγές. Η δυνατότητα των ιατρών για επεξεργασία της πληροφορίας είναι θεμελιωδώς ανεπαρκής. Συνήθως, οι ιατροί δεν μπορούν να επεξεργαστούν όλες τις πληροφορίες, με τις οποίες κατακλύζονται από διάφορες επιστημονικές ή/και διαφημιστικές πηγές, και οι οποίες αφορούν πολλά και διαφορετικά ζητήματα, όπως παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, θεραπείες, και προμήθειες με φαρμακευτικές ουσίες. Η αναμενόμενη πίεση του χρόνου, που επιβαρύνει τους ιατρούς, σε συνδυασμό με το υψηλό ρίσκο και την αβεβαιότητα για τα αποτελέσματα των θεραπευτικών σχημάτων που συνταγογραφούν, επιδεινώνει αυτό το θεμελιώδες πρόβλημα (59).

Η πολλαπλή διαγνωστική και θεραπευτική αβεβαιότητα. Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της διαδικασίας λήψης θεραπευτικών αποφάσεων από τους

ιατρούς είναι η δυσκολία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων μιας θεραπείας.

Υπάρχουν τρεις ομάδες βασικών λόγων αβεβαιότητας (93, 94):

1. Η αβεβαιότητα που σχετίζεται με τους ασθενείς, και προκαλείται από διάφορες παραμέτρους, όπως υποκειμενικές και ελλιπείς περιγραφές των συμπτωμάτων από τους ίδιους τους ασθενείς, εξωγενείς, συνήθως, άγνωστους στο θεράποντα παράγοντες που τους επηρεάζουν, καθώς και αλλαγές της κατάστασής τους.
2. Η αβεβαιότητα που σχετίζεται με την πάθηση, και προκαλείται από το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχουν πολλές και διαφορετικές εξηγήσεις για το ίδιο σύμπτωμα, πολλαπλά συμπτώματα που οφείλονται στην ίδια πάθηση, ή πολλαπλές παθήσεις που συνυπάρχουν.
3. Η αβεβαιότητα που σχετίζεται με τις επιδράσεις των φαρμάκων, λόγω της περιορισμένης δυνατότητας για πειραματισμό κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας, των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων και των πιθανών συσσωρευτικών αποτελεσμάτων που έχουν στους ασθενείς.

Τα στοιχεία αυτά οδηγούν σε μία στρατηγική ελαχιστοποίησης του κινδύνου κατά τη συνταγογράφηση, συνήθως με τη στροφή σε κάποιον ειδικό για τη γνώμη του ή με το στενό περιορισμό εντός των οδηγιών. Κατά την ανάλυση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στη συνταγογράφηση, χρειάζεται να γίνει διάκριση μεταξύ των καταστάσεων που η συνταγογράφηση είναι μια συνηθισμένη επαναλαμβανόμενη διαδικασία, και αυτών που δεν γίνεται σε επίπεδο ρουτίνας, καθώς τα κριτήρια λήψης θεραπευτικών αποφάσεων διαφέρουν (59). Όταν η συνταγογράφηση αφορά νέα προϊόντα ή/και καινούριους ασθενείς με σύνθετο νοσολογικό προφίλ, οι ιατροί προχωρούν σε

εκτενή αξιολόγηση των δεδομένων, και εφαρμόζουν διάφορα κριτήρια για την επιλογή τους:

1. Διαζευκτικοί ή συζευκτικοί κανόνες, που βασίζονται συχνά στις κύριες επιδράσεις των φαρμάκων, περιορίζουν τον αριθμό των εναλλακτικών επιλογών.
2. Οι εναπομείνουσες επιλογές αποκλείονται μία προς μία, είτε με βάση τη δραστική τους ουσία, είτε με βάση τη μορφή τους, είτε με βάση την εμπορική τους ονομασία.
3. Ανταποδοτικοί κανόνες παρεμβαίνουν σε αυτό το σημείο για να γίνει η τελική επιλογή.

Σε καταστάσεις όπου η συνταγογράφηση είναι μια συνηθισμένη διαδικασία, που γίνεται σε χρόνια βάση, ο ιατρός συνειδητά ή ασυνείδητα προχωρά σε μια διαδικασία «μάθησης». Στην πραγματικότητα, οι ιατροί έχουν μια έμφυτη δυνατή ανάγκη να διατηρούν τον έλεγχο των καταστάσεων, ακόμα και κάτω από μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας, με αποτέλεσμα να υιοθετούν πληροφορίες μέσα από μια ενεργητική παρά παθητική διαδικασία μάθησης (95). Οι φαρμακευτικές εταιρείες, από τη μεριά τους, προωθούν μέσα που επηρεάζουν τόσο τη συνταγογράφηση ασθενών που γίνεται σε σταθερή βάση, όσο και αυτή που πραγματοποιείται σε καινούριους ασθενείς ή σε επείγουσα βάση. Η τιμή ενός φαρμάκου, η διαφήμιση, η παρουσίασή του, τα δείγματα που παρέχονται, καθώς και διάφορα δώρα προς τους ιατρούς, μπορούν να επηρεάσουν τα ποσοστά συνταγογράφησης ενός φαρμάκου (96).

Τιμή. Η τιμή ενός φαρμάκου γενικά δεν έχει μεγάλη σημασία. Παρόλα αυτά, η τιμή μπορεί να είναι απαγορευτικός παράγοντας για συνταγογράφηση φαρμάκων με υψηλό κόστος αγοράς ή για συνταγογράφηση σε ασθενείς με

περιορισμένη οικονομική δύναμη. Επιπλέον, οι οικογενειακοί και οι νεότεροι σε ηλικία ιατροί δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην τιμή ενός φαρμάκου, γι' αυτό και οι κυβερνήσεις δίνουν, πλέον, όλο και μεγαλύτερο βάρος στην επιτήρηση των τιμών στην αγορά του φαρμάκου (91).

Διαφήμιση. Παραδοσιακά, οι προωθητικές ενέργειες των φαρμακευτικών εταιρειών ήταν σχεδόν εξ ολοκλήρου επικεντρωμένες στην παρουσίαση των φαρμάκων και στην στενή ενημέρωση των ιατρών, καθώς και στην παροχή δωρεάν δειγμάτων προς δοκιμή για τους ιατρούς. Ο πολύ σημαντικός ρόλος της διαφήμισης, που κατευθύνεται προς τους ιατρούς, φαίνεται τόσο από τις πληροφορίες για τα φάρμακα που δημοσιεύονται στα διάφορα μέσα (ιατρικά περιοδικά, επιστημονικές εκδόσεις), όσο και από την ενημέρωση που γίνεται από κρατικούς και διάφορους άλλους οργανισμούς (97, 98).

Ενημέρωση. Στην όλο και πιο σύνθετη και ταχέως εξελισσόμενη αγορά του φαρμάκου, οι φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι διατηρούν το βασικό ρόλο της παρουσίασης παλαιών και νέων φαρμακευτικών προϊόντων (99).

Δείγματα. Τα δωρεάν δείγματα προς διάθεση στους ιατρούς, θεωρείται ότι δημιουργούν μια δέσμευση των φαρμακευτικών αντιπροσώπων προς την εταιρεία τους, και λειτουργούν σαν υπενθύμιση προς τον ιατρό για την παρουσία του φαρμακευτικού αντιπροσώπου όταν αυτός έχει αποχωρήσει.

Δώρα. Εκτός από τα δωρεάν δείγματα, πολλές φαρμακευτικές εταιρείες προσφέρουν διάφορα δώρα (χορηγίες για συμμετοχή σε συνέδρια, ταξίδια, ιατρική εκπαίδευση, γεύματα, προωθητικό υλικό, αμοιβές, και μικρότερα δώρα, όπως στυλό) (100), που αποσκοπούν στη μακροπρόθεσμη ενίσχυση των σχέσεων της εταιρείας με τους εκάστοτε ιατρούς (93). Όπως και με τα δωρεάν δείγματα, το γεγονός ότι η παροχή δώρων έχει γίνει συνήθεια, ίσως ευθύνεται

για τη μειωμένη αποτελεσματικότητά τους, αλλά εξηγεί και τις αντίθετες αντιδράσεις που προκαλεί η μη παροχή τους (101).

3.4 Οι κανόνες της συνταγογράφησης

Η συνταγογράφηση των φαρμάκων και ο έλεγχός της γίνονται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περιοχής, τις τοπικές συνήθειες, τους άγραφους κανόνες και τους νόμους της κάθε πολιτείας. Τα βασικά πρότυπα συμπεριφοράς που υπάρχουν αφορούν τα εξής:

1. Η αρμοδιότητα της συνταγογράφησης περιορίζεται στους ιατρούς ή επεκτείνεται σε άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες, μαίες κλπ.) ή/και στους φαρμακοποιούς.
2. Η αρμοδιότητα να παρέχει/πουλάει φάρμακα περιορίζεται στους φαρμακοποιούς ή επεκτείνεται στους ιατρούς ή/και στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας.

Με άλλα λόγια, στο ένα άκρο υπάρχουν συστήματα υγείας στα οποία ο ιατρός μπορεί μόνο να συνταγογραφήσει φάρμακα και ο φαρμακοποιός μόνο να πουλάει φάρμακα, ή να τα παρέχει σε αυτούς που τα δικαιούνται δωρεάν. Στο άλλο άκρο, υπάρχουν συστήματα υγείας, στα οποία ένα φάρμακο μπορεί να συνταγογραφηθεί από σχεδόν κάθε επαγγελματία υγείας, και μπορεί να πωληθεί/διατεθεί από φαρμακοποιούς, ιατρούς, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας (102).

Η εθνική ή τοπική νομοθεσία καθορίζει ποιος έχει δικαίωμα να συνταγογραφήσει ένα φάρμακο: για παράδειγμα, στις ΗΠΑ όλες οι πολιτείες επιτρέπουν τη συνταγογράφηση από ιατρούς, αλλά, υπό μερικούς περιορισμούς, και από νοσηλευτές, μαίες, οδοντιάτρους, ποδολόγους,

τεχνικούς οπτομετρίας, ενώ σε κάποια μέρη, και από φαρμακοποιούς. Από την άλλη μεριά, στην Ταϊλάνδη τα φάρμακα παρέχονται απευθείας στους ασθενείς από τον ιατρό, στο εξωτερικό ιατρείο του νοσοκομείου στο οποίο εξετάζονται (103). Επιπλέον, υπάρχουν κάποιες κατηγορίες φαρμάκων που δε χρειάζονται συνταγογράφηση, τα λεγόμενα φάρμακα εκτός λίστας συνταγογράφησης. Η χορήγηση τέτοιων φαρμάκων δεν απαιτεί αυστηρά ιατρική συνταγή. Σε κάποια συστήματα υγείας, όμως, συνταγογραφούνται από ιατρούς, επειδή μόνο έτσι μπορεί να γίνει αποζημίωση μέρους του ποσού που απαιτείται για την αγορά τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων, που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο συνταγογραφούν φάρμακα οι Έλληνες ιατροί, κατά την περίοδο εξόδου από την οικονομική κρίση που βασάνισε τη χώρα για περίπου 10 χρόνια. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η πιθανή επίδραση της ηλικίας των ιατρών στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Λόγω της άμεσης συσχέτισης της ηλικίας των ιατρών με την προϋπηρεσία τους, καθώς και με το επίπεδο της τεχνολογικής τους κατάρτισης, σκοπός της μελέτης είναι η έμμεση εξαγωγή συμπερασμάτων και για τις δύο αυτές παραμέτρους σε σχέση με την πιθανή επίδρασή τους στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η συνταγογράφηση φαρμάκων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 103 ιατροί όλων των ηλικιών, που είχαν ποικίλες ειδικότητες και προέρχονταν από διάφορους χώρους επαγγελματικής απασχόλησης. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τη μορφή ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου που ήταν αναρτημένο στην πλατφόρμα Google Forms™, το οποίο απεστάλη στους συμμετέχοντες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και μέσω κοινωνικής δικτύωσης (social media). Η δομή και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε σχετικά δεδομένα της βιβλιογραφίας (76). Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αναλυτικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και για τη μελλοντική χρήση των δεδομένων που θα παρείχαν. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν μόνο μετά τη δήλωση

συγκατάθεσής τους. Η αναλυτική μορφή του ερωτηματολογίου φαίνεται στη Φιγούρα 1.

Ερώτημα 1 από 6

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους ιατρούς.

Το παρόν ερωτηματολόγιο διανέμεται ηλεκτρονικά στο πλαίσιο εκπόνησης φιλικής έρευνας για το ΠΜΕ "Οργάνωση και Διοίκηση Δημόσιων Υπηρεσιών, Δημόσιων Οργανισμών και Επιχειρήσεων" του Πανεπιστημίου Πατρών. Βάσει του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως αυτός τέθηκε σε ισχύ από της 25ης Μαΐου 2018, καθώς και του νόμου 4624/2019 - ΦΕΚ 137Α/2019, καθίσταται Εξουσιοδοτημένος σε όλους λαμβάνουν μέρος ότι: Η συμμετοχή στην έρευνα είναι πλήρως ανώνυμη και εμπιστευτική, παρέχεται συγκατάθεση ρητή μέσω της παρούσας δήλωσης και ελεύθερη προς χρησιμοποίηση των δεδομένων αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας και στο πλαίσιο αυτής. Επίσης, διακηρύσσεται ότι η κατά τα ανωτέρω παραχόμενη συγκατάθεση εκάστου συμμετέχοντος δύναται να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή από αυτόν. Τέλος, διατηρούνται ακέραια το δικαίωμα ανωνυμίας και το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα.

Ερώτημα 2 από 6

Χαρακτηριστικά των ιατρών.

Παρακαλώ επιλέξτε 1 (μία) μόνο απάντηση.

Φύλο

Άνδρας
 Γυναίκα
 Άλλο

Ηλικία

20-30 ετών
 31-40 ετών
 41-50 ετών
 51+ ετών

Χρόνια

1-5 έτη
 6-10 έτη
 11-15 έτη
 15+ έτη

Ειδικότητα

Παθολόγος
 Χειρουργός
 Γυναικολόγος
 Παιδίατρος
 Καρδιολόγος
 Άλλο

Εκπαίδευση

Μεταπτυχιακή
 Συνεχόμενη
 Τουλάχιστον μία συμμετοχή σε συνέδρια
 Τουλάχιστον μία δημοσίευση

Επαγγελματικός

Δημόσιος
 Ιδιωτικός
 Πανεπιστήμιο
 Στρατός

Χρήση

Συνεχώς
 Σπορτικά
 Μέτρια
 Σχεδόν καθόλου
 Καθόλου

Ερώτημα 3 από 6

Τάσεις των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση.

Παρακαλώ επιλέξτε 1 (μία) ή περισσότερες απαντήσεις.

Ποιότητα αποτελούν για εσάς τα βασικά κριτήρια επιλογής ενός

Η αποδεδειγμένη κλινική αποτελεσματικότητα
 Ο τρόπος χρήσης
 Η αντιστάσιμη πειρήσια δόση
 Το κόστος για τον ασθενή
 Η προτίμηση του ασθενούς
 Άλλο

Ποιότητα πηγές χρησιμοποιείτε για την ανασήτηση νέων φαρμακευτικών επιλογών για συνταγογράφηση?

Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά
 Ιατρικά συγγράμματα αναφοράς (textbooks)
 Ανακωνιστικές σε ιατρικά συνέδρια
 Φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι
 Ιατρικά δεδομένα στο Διαδίκτυο
 Άλλο

Για ποιόν βαθμό η ύπαρξη ασφαλείας του ασθενούς επηρεάζει την επιλογή σας για τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου?

Δύση
 Ανεπαρκώς ενέργειες
 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα
 Εγκυμοσύνη
 Θηλασμός
 Ηπιαστική νεφρική ανεπάρκεια
 Άλλο

Πόσο σημαντικό είναι το κόστος ενός φαρμάκου στην επιλογή σας να το

Πολύ
 Αρκετά
 Μέτρια
 Σχεδόν καθόλου
 Καθόλου σημαντικό

Ερώτημα 4 από 6

Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με τη γενόσημα φάρμακα.

Παρακαλώ επιλέξτε 1 (μία) μόνο απάντηση.

Ποιά είναι γνώμη σας για την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα

Εξαιρετική
 Ικανοποιητική
 Μέτρια
 Σχεδόν κακή
 Κακή

Ποιά είναι γνώμη σας για την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα

Εξαιρετική
 Ικανοποιητική
 Μέτρια
 Σχεδόν κακή
 Κακή

Ποιά είναι γνώμη σας για την αποτελεσματικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με το πρωτότυπο?

Εξαιρετική
 Ικανοποιητική
 Μέτρια
 Σχεδόν κακή
 Κακή

Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο φάρμακο αντί για ένα

Πολύ συχνά
 Συχνά
 Κάποιες φορές
 Σπάνια
 Σχεδόν ποτέ

Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο φάρμακο αντί για ένα

Πολύ συχνά
 Συχνά
 Κάποιες φορές
 Σπάνια
 Σχεδόν ποτέ

Πιστεύετε είναι εφικτό να υπάρξει ένα σύστημα συνταγογράφησης βασισμένο στη δραστική ουσία ενός φαρμάκου?

Πολύ
 Αρκετά
 Μέτρια
 Σχεδόν καθόλου
 Καθόλου

Ερώτημα 5 από 6

Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με την καινοτομία.

Παρακαλώ επιλέξτε 1 (μία) ή περισσότερες απαντήσεις.

Κατά τη γνώμη σας, η υψηλή τιμή ενός νέου φαρμάκου συνεπάγεται και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα?

Σίγουρα
 Σε μεγάλο βαθμό
 Αρκετά
 Σε μικρό βαθμό
 Καθόλου

Γενικά, τι πιστεύετε σχετικά με την αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων σε σύγκριση με αυτά που ήδη υπάρχουν στην αγορά?

Ξεκάθαρα πιο αποτελεσματικά
 Σχετικά πιο αποτελεσματικά
 Παρόμοια αποτελεσματικότητα
 Δε διαφέρουν καθόλου
 Λιγότερο αποτελεσματικά

Ποιότητα πηγές χρησιμοποιείτε για να ενημερωθείτε για τα νέα φάρμακα που

Επιστημονικά περιοδικά
 Ιατρικά συνέδρια
 Φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι
 Επιστημονικές ιατρικές ενότητες
 Διαδίκτυο
 Άλλο

Ερώτημα 6 από 6

Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων.

Παρακαλώ επιλέξτε 1 (μία) ή περισσότερες απαντήσεις.

Ποιότητα πηγές χρησιμοποιείτε για να ενημερωθείτε για τα νέα ανεπιθύμητα ενέργειες ενός φαρμάκου που πρόκειται να συνταγογραφήσετε?

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ)
 Διαδίκτυο
 Φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι
 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ)
 Συνδελφείς
 Άλλο

Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζει την επιλογή σας για τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου?

Πόσο πολύ
 Πολύ
 Μέτρια
 Λίγο
 Καθόλου

Πόσες φορές τα τελευταία δύο χρόνια έδει εμφάνιση μία ανεπιθύμητη ενέργεια από φάρμακο που συνταγογραφήσατε σε ασθενή σας?

Καμία
 1-5 φορές
 6-10 φορές
 10+ φορές

Στείλατε "έπικριτη κάρτα" για να ενημερώσετε τις αρμόδιες αρχές αυτές τις

Ναι
 Όχι

Φιγούρα 1. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το ηλεκτρονικό σύστημα στατιστικής ανάλυσης SPSS 25.0 για Macintosh (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Για την ανάλυση συσχέτισης των διχοτομημένων μεταβλητών της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μη-παραμετρική δοκιμασία Pearson- χ^2 . Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 1, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 103 ιατροί που δραστηριοποιούνται στην ελληνική επικράτεια, 55% από τους οποίους ήταν άνδρες και 45% ήταν γυναίκες. Οι μισοί (50%) από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μεταξύ 20-30 ετών, το ένα τέταρτο (25%) ήταν μεταξύ 31-40 ετών, ενώ το 22% ήταν 41-50 ετών και το 3% πάνω από 51 ετών. Επιπλέον, περίπου οι μισοί ιατροί (51%) που συμμετείχαν είχαν 1-5 έτη προϋπηρεσίας, το ένα τέταρτο (25%) είχαν 6-10 έτη προϋπηρεσίας, το 12% είχε 11-15 έτη προϋπηρεσίας και το υπόλοιπο 12% είχε προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 15 έτη. Το 13% των ιατρών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν παθολόγοι, το 35% χειρουργοί, το 6% ήταν γυναικολόγοι, το 2% παιδίατροι, το 6% καρδιολόγοι, ενώ το 38% είχαν κάποια άλλη ειδικότητα. Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν σε ποσοστό 58% παρακολουθήσει κάποιου είδους μεταπτυχιακή εκπαίδευση, ενώ το ίδιο ποσοστό συνέχιζε την εκπαίδευσή του μέχρι τη στιγμή της έρευνας. Μάλιστα, οι μισοί ιατροί (50%) είχαν τουλάχιστον μία συμμετοχή σε συνέδριο, ενώ περίπου οι μισοί (49%) είχαν τουλάχιστον μία δημοσίευση σε διεθνές επιστημονικό περιοδικό. Το 61%

των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα δραστηριοποιούνταν στο δημόσιο τομέα, το 18% στον ιδιωτικό τομέα, το 15% ήταν μέλη της πανεπιστημιακής κοινότητας, ενώ το 6% ανήκαν στον ελληνικό στρατό. Τέλος, το 76% των ιατρών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα έκαναν συνεχή χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, το 19% έκανε συχνή χρήση υπολογιστών και το 5% μέτρια χρήση, ενώ κανένας ιατρός που συμμετείχε στη μελέτη δεν απείχε από τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ιατρών που εκτελούν συνταγογράφηση.	
Φύλο	
Ανδρας	57 (55%)
Γυναίκα	46 (45%)
Ηλικία	
20-30 ετών	51 (50%)
31-40 ετών	26 (25%)
41-50 ετών	23 (22%)
51+ ετών	3 (3%)
Προϋπηρεσία	
1-5 έτη	52 (51%)
6-10 έτη	26 (25%)
11-15 έτη	12 (12%)
15+ έτη	13 (12%)
Ειδικότητα	
Παθολόγος	14 (13%)
Χειρουργός	36 (35%)
Γυναικολόγος	6 (6%)
Παιδίατρος	2 (2%)
Καρδιολόγος	6 (6%)
Άλλο	39 (38%)
Εκπαίδευση	
Μεταπτυχιακή	59 (58%)
Συνεχιζόμενη	59 (58%)
Τουλάχιστον μία συμμετοχή σε συνέδριο	51 (50%)
Τουλάχιστον μία δημοσίευση	50 (49%)
Επαγγελματικός Τομέας	
Δημόσιος	63 (61%)
Ιδιωτικός	19 (18%)
Πανεπιστήμιο	15 (15%)
Στρατός	6 (6%)
Χρήση Υπολογιστών	
Συνεχής	78 (76%)
Συχνή	20 (19%)
Μέτρια	5 (5%)
Σχεδόν καθόλου	-
Καθόλου	-

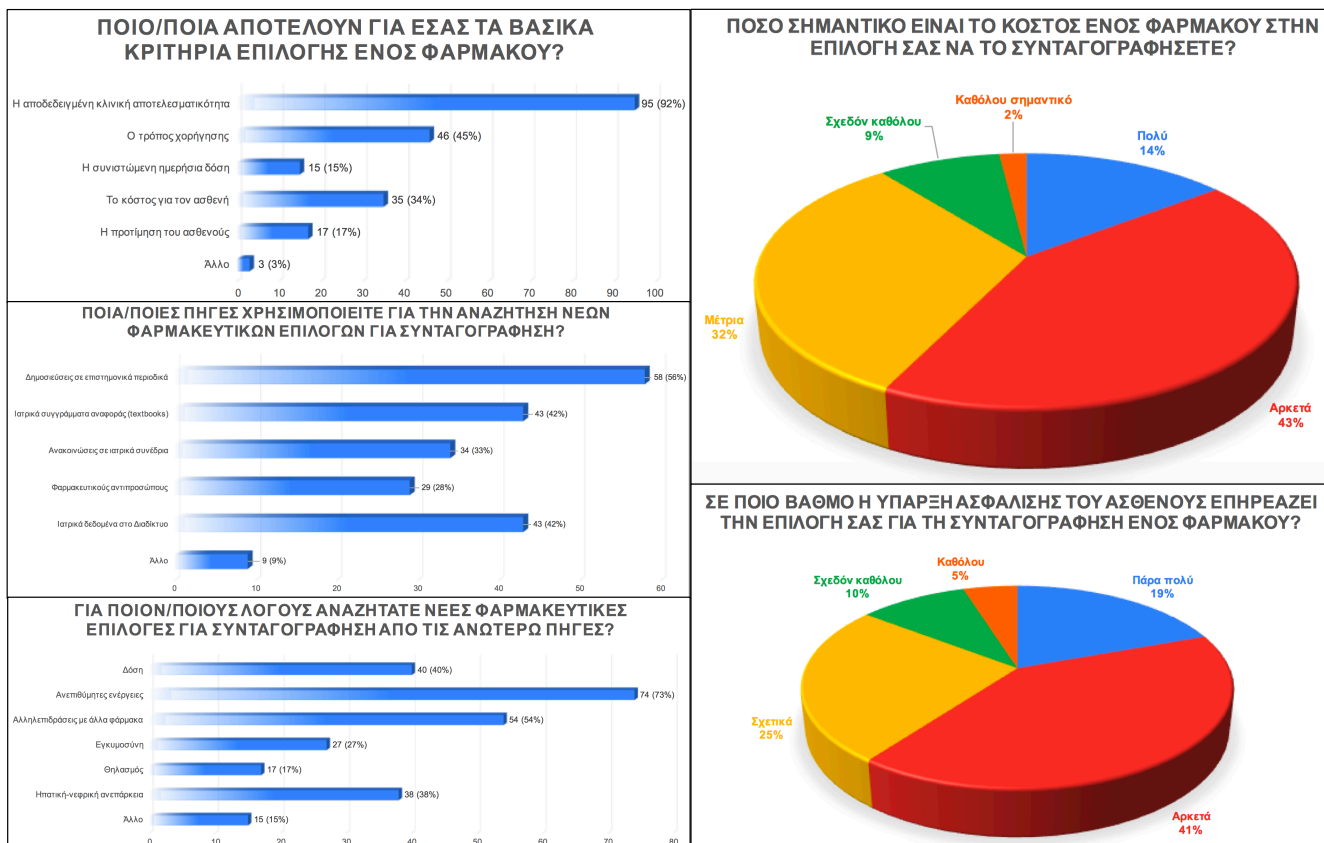
Τάσεις των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου σχετίζεται με τη συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση των φαρμάκων και διάφορες παραμέτρους που την επηρεάζουν. Όπως φαίνεται στη Φιγούρα 2, το 92% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρεί την αποδεδειγμένη κλινική αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου ως βασικό κριτήριο για την επιλογή του να το συνταγογραφήσει. Το 45% θεωρεί τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου ως βασικό κριτήριο για την επιλογή αυτή, το 15% λαμβάνει υπόψη του τη συνιστώμενη ημερήσια δόση για να προχωρήσει στη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου, το 34% των ιατρών θεωρεί το κόστος ως ένα βασικό κριτήριο επιλογής, ενώ το 17% των ιατρών αξιολογεί και την προτίμηση του ασθενούς σε σχέση με ένα φάρμακο. Τέλος, ένα 3% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα λαμβάνει υπόψη του και άλλα κριτήρια πριν επιλέξει να συνταγογραφήσει ένα φάρμακο.

Το 56% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιούν δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, προκειμένου να ενημερωθούν για νέες φαρμακευτικές επιλογές προς συνταγογράφηση. Επίσης, τα διεθνή επιστημονικά συγγράμματα αναφοράς (textbooks) αποτελούν πηγή ενημέρωσης για το 42% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια για το 33% των ιατρών. Τέλος, το 28% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώνεται για νέες φαρμακευτικές επιλογές προς συνταγογράφηση από φαρμακευτικούς αντιπροσώπους, το 42% από ιατρικά δεδομένα στο Διαδίκτυο και το 9% από άλλες πηγές.

Το 40% των ιατρών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη αναζητούν νέες φαρμακευτικές επιλογές για να συνταγογραφήσουν λόγω αναντιστοιχίας της επιθυμητής δόσης ενός σκευάσματος με τις ανάγκες του ασθενούς, ενώ το 73% αναζητά νέες επιλογές λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών που εμφανίζουν οι ασθενείς σε ήδη χορηγούμενα φάρμακα. Επιπλέον, οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνουν οι ασθενείς αποτελούν αιτία για εναλλακτικές επιλογές συνταγογράφησης για το 54% των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη, ενώ οι εγκυμοσύνη (27%) και ο θηλασμός (17%) αποτελούν αξιοσημείωτες αιτίες για στροφή σε εναλλακτικές επιλογές συνταγογράφησης. Τέλος, η ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια που μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς οδήγησαν τους ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη στην αναζήτηση νέων φαρμάκων για συνταγογράφηση σε ποσοστό 38%, ενώ 15% των ιατρών αναζήτησαν ένα νέο φάρμακο για άλλους λόγους.

Το κόστος ενός φαρμάκου παίζει, όπως φαίνεται στη Φιγούρα 2, σημαντικό ρόλο στην επιλογή ενός ιατρού να το συνταγογραφήσει, αφού το 14% των ιατρών που πήραν μέρος στην παρούσα μελέτη το θεώρησε πολύ σημαντικό, το 43% το θεώρησε αρκετά σημαντικό και το 32% των ιατρών το θεώρησε μέτρια σημαντικό. Αντίθετα, 9% των ιατρών το θεώρησε σχεδόν καθόλου σημαντικό και 2% δεν το θεώρησε καθόλου σημαντικό. Επιπλέον, το 19% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα θεώρησε ότι η ασφαλιστική κάλυψη ενός ασθενούς επηρεάζει πάρα πολύ την επιλογή τους για συνταγογράφηση ενός φαρμάκου, ενώ το 41% των ιατρών θεώρησε ότι την επηρεάζει αρκετά. Το 25% των ιατρών θεώρησε ότι την επηρεάζει σχετικά. Τέλος, το 10% των ιατρών θεώρησε ότι δεν την επηρεάζει σχεδόν καθόλου, ενώ το 5% θεώρησε ότι δεν την επηρεάζει καθόλου.

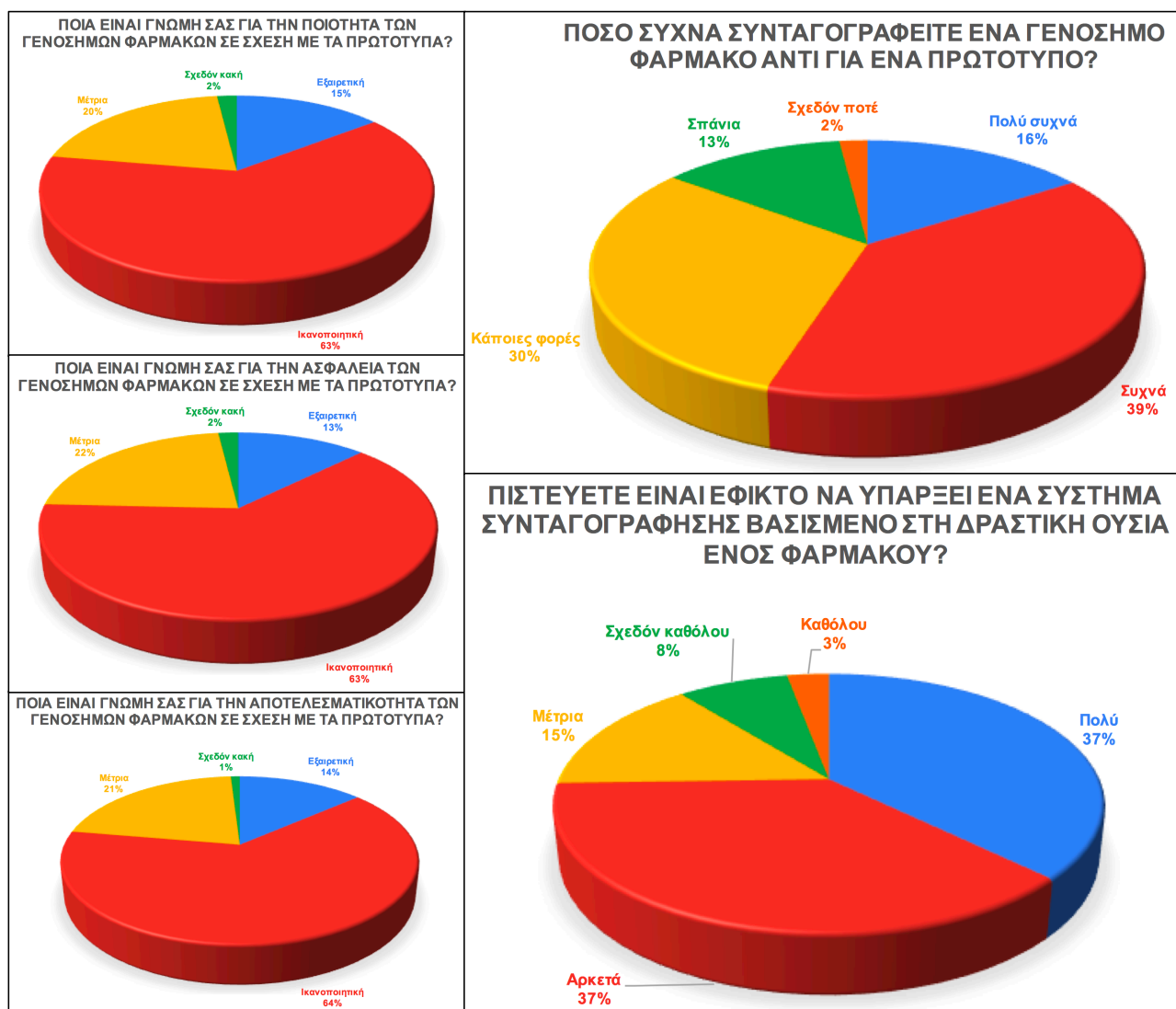


Φιγούρα 2. Οι τάσεις των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων.

Γενόσημα φάρμακα

Η αντιλήψεις των ιατρών, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, σχετικά με τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων αποτυπώνονται στη Φιγούρα 3. Πιο αναλυτικά, το 15% των ιατρών είχε εξαιρετική γνώμη για την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων, το 63% είχε ικανοποιητική άποψη για την ποιότητά τους, το 20% είχε μέτρια και μόλις το 2% σχεδόν κακή, ενώ κανένας ιατρός δεν είχε κακή γνώμη για την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων. Επιπλέον, το 13% των ιατρών που συμμετείχε στην έρευνα είχε εξαιρετική άποψη για την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων, το 63% των ιατρών εξέφρασε ικανοποιητική γνώμη για την ασφάλειά τους, ενώ το 22% των ιατρών είχε μέτρια άποψη για την ασφάλειά τους και μόλις το 2% είχε σχεδόν κακή άποψη. Τέλος,

το 14% των ιατρών που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη εξέφρασε εξαιρετική γνώμη για την αποτελεσματικότητα των γενόσημων φαρμάκων, το 64% εξέφρασε ικανοποιητική άποψη για την αποτελεσματικότητά τους, ενώ το 21% είχε μέτρια άποψη και μόλις το 1% σχεδόν κακή.



Φιγούρα 3. Οι αντιλήψεις των ιατρών σε σχέση με τα γενόσημα φάρμακα

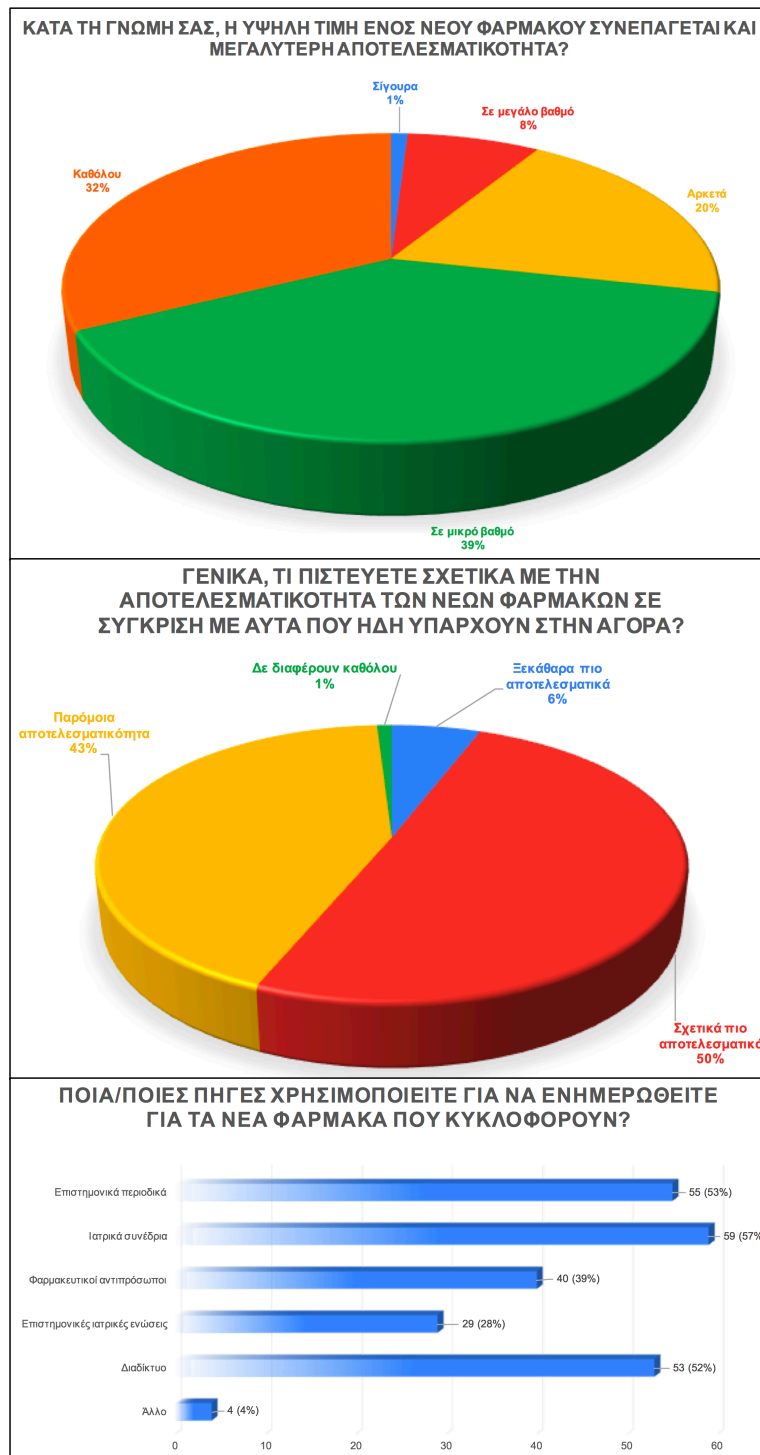
Η θετική άποψη για τα γενόσημα φάρμακα δεν αρκεί από μόνη της για να έχει επίδραση στη συνταγογράφηση, αφού το 16% των ιατρών που συμμετείχε στην έρευνα συνταγογραφεί πολύ συχνά γενόσημα φάρμακα, το 39% επιλέγει γενόσημα φάρμακα συχνά, το 30% τα συνταγογραφεί κάποιες φορές, ενώ το

13% τα επιλέγει σπάνια και μόλις το 2% δεν τα επιλέγει σχεδόν ποτέ. Επιπροσθέτως, το 37% των ιατρών που συμμετείχε στην έρευνα δήλωσε ότι πιστεύει σθεναρά πως είναι εφικτό να δημιουργηθεί ένα σύστημα συνταγογράφησης που να βασίζεται στη δραστική ουσία, και όχι στην εμπορική ονομασία των φαρμάκων. Μάλιστα, ακόμα 37% των συμμετεχόντων δήλωσε πως είναι αρκετά πεπεισμένο πως αυτό μπορεί να συμβεί, ενώ το 15% δήλωσε πως το πιστεύει σε μέτριο βαθμό, 8% δήλωσε πως δεν το πιστεύει σχεδόν καθόλου, και μόλις 3% δεν το πιστεύει καθόλου (Φιγούρα 3).

Καινοτομία

Η συμπεριφορά των ιατρών, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, απέναντι στα καινούρια φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά και ο τρόπος με τον οποίο τα εντάσσουν στις θεραπευτικές τους επιλογές, αντικατοπτρίζονται στη Φιγούρα 4. Πιο συγκεκριμένα, το 6% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι τα νέα φάρμακα που κυκλοφορούν είναι ξεκάθαρα πιο αποτελεσματικά από αυτά που υπάρχουν ήδη στην αγορά, το 50% θεωρεί ότι είναι σχετικά πιο αποτελεσματικά, το 43% θεωρεί ότι νέα και ήδη υπάρχοντα φάρμακα έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα, ενώ μόλις το 1% θεωρεί ότι δε διαφέρουν καθόλου. Επιπλέον, μόλις 1% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα θεώρησε σίγουρα ότι η υψηλότερη τιμή ενός φαρμάκου συνεπάγεται και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, το 8% το θεωρεί σε μεγάλο βαθμό, το 20% το θεωρεί αρκετά, το 39% το θεωρεί σε μικρό βαθμό, ενώ το 32% δεν το θεωρεί καθόλου. Τέλος, το 53% των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί διεθνή ιατρικά περιοδικά για να ενημερωθεί για νέα φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά, το 57% χρησιμοποιεί τα ιατρικά συνέδρια, το 39% ενημερώνεται από τους

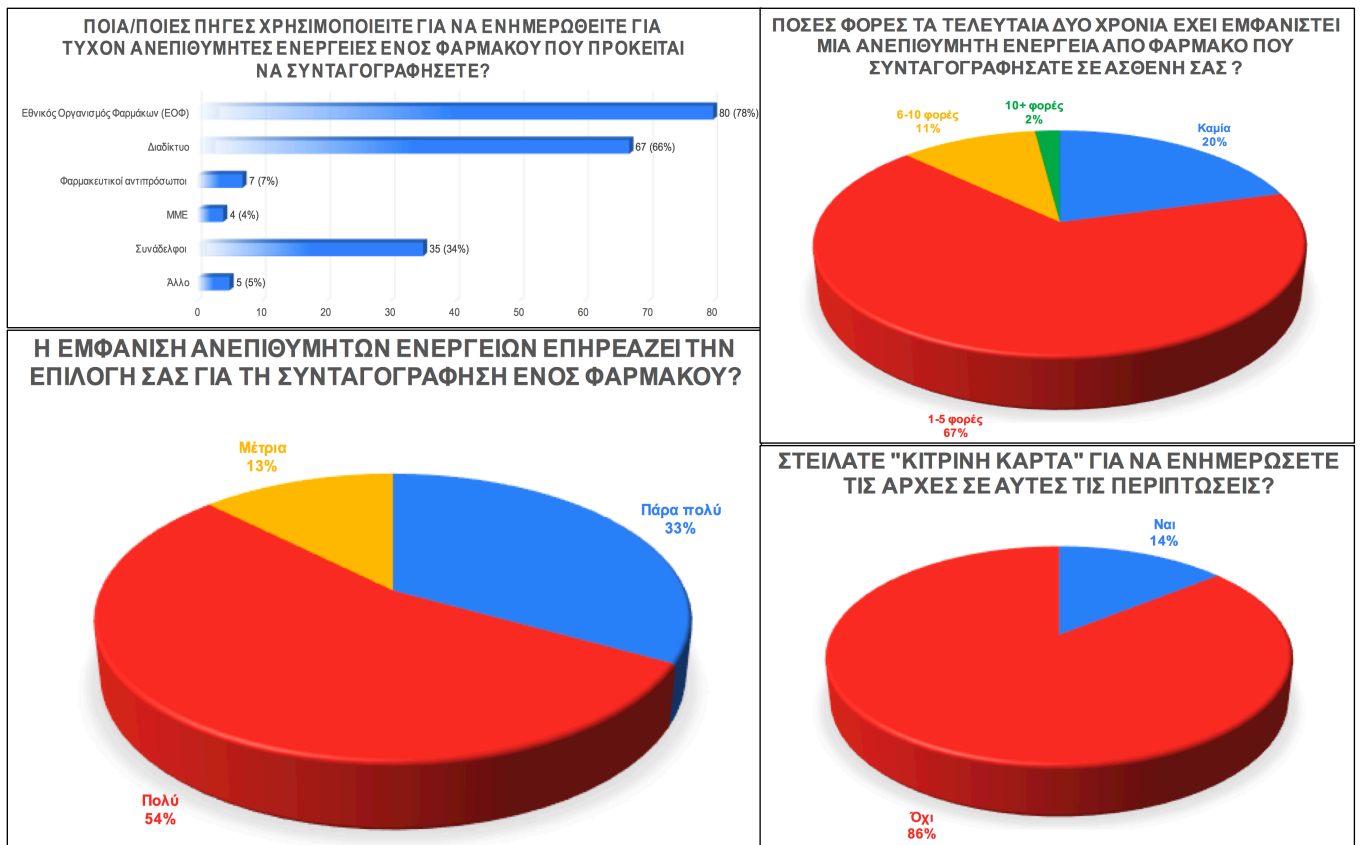
ιατρικούς αντιπροσώπους, το 28% από επιστημονικές ιατρικές ενώσεις, το 52% απευθύνεται στο Διαδίκτυο προκειμένου να ενημερωθεί, ενώ 4% των ιατρών που πήραν μέρος χρησιμοποιεί άλλες πηγές.



Φιγούρα 4. Η συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στα καινούρια φάρμακα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τη συνταγογράφηση, όπως φαίνεται στη Φιγούρα 5. Το 33% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα επηρεάζεται πάρα πολύ από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που πρόκειται να συνταγογραφήσει, το 54% επηρεάζεται πολύ, ενώ το 13% επηρεάζεται σε μέτριο βαθμό. Για το λόγο αυτό, οι ιατροί που κάνουν συνταγογράφηση ενημερώνονται για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων από διάφορες πηγές: στην παρούσα μελέτη, το 78% των ιατρών ενημερώνονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), το 66% από το Διαδίκτυο, το 7% από φαρμακευτικούς αντιπροσώπους, το 4% από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), το 34% από συζητήσεις με συναδέλφους και το 5% από άλλες πηγές. Επιπλέον, ένα σημαντικό ζήτημα που προκύπτει για τους ιατρούς είναι η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από φάρμακα που συνταγογραφούν, η οποία στην παρούσα μελέτη ήταν για το 67% των ιατρών που συμμετείχαν 1-5 φορές τα τελευταία δύο χρόνια, για το 11% των ιατρών ήταν 6-10 φορές τα τελευταία δύο χρόνια, μόλις για το 2% ήταν μεγαλύτερη από 10 φορές στα δύο τελευταία χρόνια, ενώ το 20% των ιατρών δεν αντιμετώπισε καμία ανεπιθύμητη ενέργεια για φάρμακο που συνταγογράφησε την τελευταία διετία. Τέλος, ανησυχητικό είναι το γεγονός πως 86% των ιατρών που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη δεν απέστειλε «κίτρινη κάρτα» στις αρμόδιες αρχές προς ενημέρωση για την εμφάνιση ανεπιθύμητης ενέργειας φαρμάκου μετά από συνταγογράφηση, όπως το νομοθετικό πλαίσιο ορίζει. Αντιθέτως, μόνο το 14% των ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα, το έπραξε.



Φιγούρα 5. Η συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφούν.

Η επίδραση της ηλικίας των ιατρών στη συνταγογράφηση φαρμάκων

Η ηλικία ενός ιατρού αντικατοπτρίζει τόσο την προϋπηρεσία που διαθέτει, όσο και τη βαθμίδα του στην ιεραρχία άσκησης της ιατρικής επιστήμης, καθώς επίσης και την τεχνολογική του κατάρτιση. Συνεπώς, η ανάλυση της πιθανής επίδρασης της ηλικίας των ιατρών στην άσκηση της συνταγογράφησης προσφέρει πολύτιμα άμεσα και έμμεσα συμπεράσματα.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, στις τάσεις των ιατρών σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων, η ηλικία έπαιξε ρόλο μόνο στις πηγές που χρησιμοποιούν οι ιατροί, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, για να ενημερώνονται όταν αναζητούν νέες φαρμακευτικές επιλογές για

συνταγογράφηση. Έτσι, οι ιατροί που είναι μεγαλύτεροι από 30 ετών χρησιμοποιούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περισσότερο το Διαδίκτυο ($p=0.034$) και τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους ($p=0.009$), προκειμένου να ενημερωθούν για εναλλακτικές φαρμακευτικές επιλογές, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που είναι μικρότεροι των 30 ετών.

Πίνακας 2. Τάσεις των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση.			
	Ποιό/ποιά αποτελούν για εσάς τα βασικά κριτήρια επιλογής ενός φαρμάκου?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Η αποδεδειγμένη κλινική αποτελεσματικότητα	45 (88%)	50 (96%)	$p=0.133$
Ο τρόπος χορήγησης	22 (43%)	24 (46%)	$p=0.758$
Η συνιστώμενη ημερήσια δόση	8 (16%)	7 (13%)	$p=0.749$
Το κόστος για τον ασθενή	19 (37%)	16 (31%)	$p=0.487$
Η προτίμηση του ασθενούς	9 (18%)	8 (15%)	$p=0.757$
Άλλο	2 (4%)	1 (2%)	$p=0.546$
	Ποιά/ποιές πηγές χρησιμοποιείτε για την αναζήτηση νέων φαρμακευτικών επιλογών για συνταγογράφηση?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά	29 (57%)	29 (56%)	$p=0.911$
Ιατρικά συγγράμματα αναφοράς (textbooks)	19 (37%)	24 (46%)	$p=0.360$
Ανακινώσεις σε ιατρικά συνέδρια	14 (27%)	20 (38%)	$p=0.235$
Φαρμακευτικούς αντιπροσώπους	8 (16%)	20 (38%)	$p=0.009$
Ιατρικά δεδομένα στο Διαδίκτυο	16 (31%)	27 (52%)	$p=0.034$
Άλλο	7 (14%)	2 (4%)	$p=0.076$
	Για ποιόν/ποιούς λόγους αναζητάτε νέες φαρμακευτικές επιλογές για συνταγογράφηση από τις ανωτέρω πηγές?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Δόση	16 (31%)	24 (46%)	$p=0.124$
Ανεπιθύμητες ενέργειες	36 (71%)	41 (79%)	$p=0.335$
Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα	28 (55%)	26 (50%)	$p=0.618$
Εγκυμοσύνη	13 (25%)	14 (27%)	$p=0.869$
Θηλασμός	9 (18%)	8 (15%)	$p=0.757$
Ηπατική-νεφρική ανεπάρκεια	20 (39%)	18 (35%)	$p=0.629$
Άλλο	6 (12%)	9 (17%)	$p=0.425$
	Πόσο σημαντικό είναι το κόστος ενός φαρμάκου στην επιλογή σας να το συνταγογραφήσετε?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Πολύ	8 (16%)	7 (13%)	$p=0.749$
Αρκετά	22 (43%)	22 (42%)	$p=0.932$
Μέτρια	18 (35%)	15 (29%)	$p=0.483$
Σχεδόν καθόλου	2 (4%)	7 (13%)	$p=0.086$
Καθόλου σημαντικό	1 (2%)	1 (2%)	$p=0.989$
	Σε ποιό βαθμό η ύπαρξη ασφάλισης του ασθενούς επηρεάζει την επιλογή σας για τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Πάρα πολύ	11 (22%)	9 (17%)	$p=0.585$
Αρκετά	18 (35%)	24 (46%)	$p=0.262$
Σχετικά	16 (31%)	10 (19%)	$p=0.156$
Σχεδόν καθόλου	4 (8%)	6 (12%)	$p=0.527$
Καθόλου	2 (4%)	3 (6%)	$p=0.663$

Σχετικά με τη συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα (Πίνακας 3), η μόνη στατιστικά σημαντική σχέση που παρατηρήθηκε ήταν ότι οι ιατροί που είναι κάτω των 30 ετών βρίσκουν εξαιρετική την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων σε βαθμό στατιστικά σημαντικό από τους ιατρούς άνω των 30 ετών ($p=0.046$).

Πίνακας 3. Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα.			
	Ποιά είναι γνώμη σας για την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα πρωτότυπα?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Εξαιρετική	11 (22%)	4 (8%)	$p=0.046$
Ικανοποιητική	30 (59%)	35 (67%)	$p=0.372$
Μέτρια	8 (16%)	13 (25%)	$p=0.241$
Σχεδόν κακή	2 (4%)	0 (0%)	$p=0.149$
Κακή	-	-	
	Ποιά είναι γνώμη σας για την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα πρωτότυπα?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Εξαιρετική	9 (18%)	4 (8%)	$p=0.128$
Ικανοποιητική	30 (59%)	35 (67%)	$p=0.375$
Μέτρια	11 (22%)	12 (23%)	$p=0.854$
Σχεδόν κακή	1 (2%)	1 (2%)	$p=0.989$
Κακή	-	-	
	Ποιά είναι γνώμη σας για την αποτελεσματικότητα των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα πρωτότυπα?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Εξαιρετική	10 (20%)	4 (8%)	$p=0.078$
Ικανοποιητική	31 (61%)	34 (65%)	$p=0.629$
Μέτρια	9 (18%)	13 (25%)	$p=0.363$
Σχεδόν κακή	1 (2%)	0 (0%)	$p=0.310$
Κακή	-	-	
	Πόσο συχνά συνταγογραφείτε ένα γενόσημο φάρμακο αντί για ένα πρωτότυπο?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Πολύ συχνά	9 (18%)	7 (13%)	$p=0.558$
Συχνά	22 (43%)	18 (35%)	$p=0.375$
Κάποιες φορές	13 (25%)	18 (35%)	$p=0.313$
Σπάνια	5 (10%)	8 (15%)	$p=0.394$
Σχεδόν ποτέ	2 (4%)	0 (0%)	$p=0.149$
	Πιστεύετε είναι εφικτό να υπάρξει ένα σύστημα συνταγογράφησης βασισμένο στη δραστική ουσία ενός φαρμάκου?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Πολύ	23 (45%)	15 (29%)	$p=0.087$
Αρκετά	19 (37%)	19 (37%)	$p=0.940$
Μέτρια	6 (12%)	9 (17%)	$p=0.402$
Σχεδόν καθόλου	3 (6%)	5 (10%)	$p=0.479$
Καθόλου	0 (0%)	3 (6%)	$p=0.082$

Η αντίληψη των ιατρών σε σχέση με την καινοτομία φαίνεται να επηρεάζεται σε κάποια κομμάτια από την ηλικία (Πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί άνω των 30 ετών επιλέγουν τα ιατρικά συνέδρια σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους, που είναι κάτω των 30 ετών, προκειμένου να ενημερωθούν για τα νέα φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά ($p=0.004$). Επιπλέον, οι ιατροί άνω των 30 ετών θεωρούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ότι η υψηλή τιμή ενός φαρμάκου συνεπάγεται και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τους συναδέλφους τους κάτω των 30 ετών ($p=0.029$). Αντιθέτως, οι ιατροί κάτω των 30 ετών θεωρούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό λιγότερο πιθανό η υψηλή τιμή ενός φαρμάκου να συνεπάγεται και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, σε σχέση με τους ιατρούς άνω των 30 ετών ($p=0.012$).

Πίνακας 4. Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με την καινοτομία.			
	Κατά τη γνώμη σας, η υψηλή τιμή ενός νέου φαρμάκου συνεπάγεται και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Σίγουρα	1 (2%)	0 (0%)	$p=0.310$
Σε μεγάλο βαθμό	1 (2%)	7 (13%)	$p=0.029$
Αρκετά	6 (12%)	14 (27%)	$p=0.052$
Σε μικρό βαθμό	26 (51%)	14 (27%)	$p=0.012$
Καθόλου	17 (33%)	16 (31%)	$p=0.780$
	Γενικά, τι πιστεύετε σχετικά με την αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων σε σύγκριση με αυτά που ήδη υπάρχουν στην αγορά?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Ξεκάθαρα πιο αποτελεσματικά	3 (6%)	3 (6%)	$p=0.980$
Σχετικά πιο αποτελεσματικά	21 (41%)	31 (60%)	$p=0.061$
Παρόμοια αποτελεσματικότητα	25 (49%)	18 (35%)	$p=0.138$
Δε διαφέρουν καθόλου	1 (2%)	0 (0%)	$p=0.310$
Λιγότερο αποτελεσματικά	-	-	
	Ποιά/ποιές πηγές χρησιμοποιείτε για να ενημερωθείτε για τα νέα φάρμακα που κυκλοφορούν?		
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Επιστημονικά περιοδικά	30 (59%)	25 (48%)	$p=0.274$
Ιατρικά συνέδρια	21 (41%)	36 (69%)	$p=0.004$
Φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι	17 (33%)	23 (44%)	$p=0.257$
Επιστημονικές ιατρικές ενώσεις	15 (29%)	14 (27%)	$p=0.779$
Διαδίκτυο	24 (47%)	29 (56%)	$p=0.377$
Άλλο	2 (4%)	2 (4%)	$p=0.984$

Ο τρόπος με τον οποίο οι ιατροί, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, αντιμετωπίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφούν, φαίνεται να επηρεάζεται, επίσης, από την ηλικία τους σε κάποιες παραμέτρους (Πίνακας 5). Οι ιατροί κάτω των 30 ετών φαίνεται πως χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περισσότερο από τους συναδέλφους τους άνω των 30 ετών, προκειμένου να ενημερώνονται για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, που πρόκειται να συνταγογραφήσουν ($p=0.032$). Αντιθέτως, οι ιατροί άνω των 30 ετών, που συμμετείχαν στην έρευνα, φαίνεται πως χρησιμοποιούν τα ΜΜΕ περισσότερο από τους συναδέλφους τους κάτω των 30 ετών, προκειμένου να ενημερωθούν για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, που πρόκειται να συνταγογραφήσουν ($p=0.043$).

Πίνακας 5. Συμπεριφορά των ιατρών σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων.

Ποιά/ποιές πηγές χρησιμοποιείτε για να ενημερωθείτε για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες ενός φαρμάκου που πρόκειται να συνταγογραφήσετε?			
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ)	40 (78%)	40 (77%)	$p=0.854$
Διαδίκτυο	23 (45%)	13 (25%)	$p=0.032$
Φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι	2 (4%)	5 (10%)	$p=0.251$
ΜΜΕ	0 (0%)	4 (8%)	$p=0.043$
Συναδέλφους	17 (33%)	18 (35%)	$p=0.891$
Άλλο	2 (4%)	3 (6%)	$p=0.663$
Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζει την επιλογή σας για τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου?			
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Πάρα πολύ	16 (31%)	17 (33%)	$p=0.886$
Πολύ	27 (53%)	29 (56%)	$p=0.773$
Μέτρια	7 (14%)	6 (12%)	$p=0.738$
Λίγο	-	-	
Καθόλου	-	-	
Πόσες φορές τα τελευταία δύο χρόνια έχει εμφανιστεί μία ανεπιθύμητη ενέργεια από φάρμακο που συνταγογραφήσατε σε ασθενή σας?			
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Καμία	13 (25%)	8 (15%)	$p=0.203$
1-5 φορές	32 (63%)	36 (69%)	$p=0.487$
6-10 φορές	6 (12%)	5 (10%)	$p=0.724$
10+ φορές	0 (0%)	2 (4%)	$p=0.157$
Στείλατε "κίτρινη κάρτα" για να ενημερώσετε τις αρχές σε αυτές τις περιπτώσεις?			
	<30 ετών (n=51)	≥30 ετών (n=52)	p-value
Ναι	6 (12%)	8 (15%)	$p=0.592$
Όχι	43 (84%)	42 (81%)	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε να αναλύσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους ιατρούς στην ελληνική επικράτεια στα χρόνια της εξόδου από την οικονομική κρίση, που ταλαιπώρησε τη χώρα για περίπου 10 χρόνια. Όπως προέκυψε από τη μελέτη, οι Έλληνες ιατροί βασίζουν τις θεραπευτικές τους επιλογές κυρίως στην αποδεδειγμένη κλινική αξία των σκευασμάτων, στον τρόπο που χορηγούνται, ώστε να είναι προσιτά στον ασθενή και λαμβάνουν υπόψη το κόστος των επιλογών τους, ώστε ο ασθενής να μπορεί να ανταποκριθεί οικονομικά. Αυτό δείχνει την επίδραση της οικονομικής κρίσης στη συνείδηση των Ελλήνων ιατρών, ακόμα και κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, χωρίς όμως ποτέ να υποκύπτουν σε επιστημονικές εκπτώσεις, που πιθανώς να έχουν κλινικό αντίκτυπο στους ασθενείς.

Επίσης, οι Έλληνες ιατροί προτιμούν να αναζητούν νέες φαρμακευτικές επιλογές σε πηγές που υπόκεινται σε ευρύ έλεγχο από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, όπως τα άρθρα διεθνών ιατρικών περιοδικών, το Διαδίκτυο και διεθνή συγγράμματα αναφοράς, διατηρώντας έτσι τη μέγιστη επιστημονική επάρκεια, σε αντίθεση με τι προσωπικό όφελος, που πιθανώς να είχε η ενημέρωση από φαρμακευτικούς αντιπροσώπους, για παράδειγμα. Μάλιστα, οι λόγοι αναζήτησης εναλλακτικών φαρμακευτικών επιλογών για συνταγογράφηση είναι συνήθως ξεκάθαρα επιστημονικοί, όπως ανεπιθύμητες ενέργειες, αλληλεπιδράσεις με άλλα σκευάσματα ή κάποιου είδους ανεπάρκεια τους ασθενούς (νεφρική ή ηπατική). Τέλος, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι το κόστος ενός φαρμάκου και ύπαρξη ασφάλισης του ασθενούς είναι δύο βασικοί παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά τη συνταγογράφηση για

περισσότερους από τους μισούς ιατρούς που συμμετείχαν, υπογραμμίζοντας το μεγάλο αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης, ακόμα και στο νευραλγικό τομέα της υγείας, και μάλιστα στον τρόπο που ένας ιατρός επιλέγει το φάρμακο του ασθενούς του.

Η μεγάλη πλειοψηφία των Ελλήνων ιατρών, που συμμετείχαν στη μελέτη, στα χρόνια της αποδρομής της οικονομικής κρίσης, αναγνώρισε τη μεγάλη αξία των γενόσημων φαρμάκων σε όρους ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Μάλιστα, περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι συνταγογραφούν αρκετά συχνά γενόσημα φάρμακα, ενώ τα τρία τέταρτα επιθυμούν να συνταγογραφούν με βάση τη δραστική ουσία, και όχι την εμπορική ονομασία. Φαίνεται, τελικά, πως η οικονομική κρίση αποτέλεσε το έναυσμα, ακόμα και στη χώρα μας, να διαλυθούν οι μύθοι γύρω από τα γενόσημα φάρμακα, και αφού δοκιμάστηκε η αξία τους αυτά τα χρόνια, που διαδόθηκαν λόγω του πλεονεκτήματος της χαμηλότερης τιμής, να θεμελιωθεί στην επιστημονική κοινότητα η αξία ενός φαρμάκου, λόγω της δράσης του στον ασθενή, και όχι λόγω του ονόματός του.

Η οικονομική κρίση, αλλά και η επιστημονική πρόοδος των τελευταίων ετών, οδήγησε στην αύξηση των θεραπευτικών επιλογών για διάφορες παθήσεις, λόγω της εισόδου στην αγορά πολλών νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Οι Έλληνες ιατροί σε ποσοστό μεγαλύτερο από το μισό αντιμετώπισαν θετικά την καινούρια αυτή συνθήκη. Μάλιστα, η αξιολόγηση των νέων αυτών φαρμακευτικών προϊόντων από την ελληνική επιστημονική κοινότητα αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα, αφού στο μεγαλύτερο βαθμό έγινε μέσα από πηγές με μεγάλο επιστημονικό κύρος, όπως ιατρικά συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά και ειδικές επιστημονικές βάσεις δεδομένων στο Διαδίκτυο.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ενός φαρμάκου βαραίνουν σε μεγάλο βαθμό την επιλογή ενός ιατρού για να το συνταγογραφήσει, όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα. Ευτυχώς, οι Έλληνες ιατροί διατηρούν το ποσοστό εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο ότι οι Έλληνες ιατροί επιλέγουν να ενημερώνονται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφούν από αντικειμενικές πηγές υψηλού επιστημονικού κύρους, όπως ο ΕΟΦ και το Διαδίκτυο, παραμερίζοντας προσωπικά οφέλη ή σύγκρουση συμφερόντων, που πιθανόν να υπέκρυπτε η ενημέρωση από λιγότερο αντικειμενικές πηγές, όπως οι φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι και τα ΜΜΕ. Βέβαια, μεγάλη ανησυχία εμπνέει το γεγονός ότι, όπως φαίνεται από την παρούσα μελέτη, η συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων ιατρών που συνταγογραφεί δεν ενημερώνει τις αρμόδιες πηγές, όταν παρατηρείται κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια από ένα φάρμακο. Αυτό, ίσως, επιτάσσει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και ενημέρωση προς τους παρόχους υγείας για αυτή τους την υποχρέωση, αλλά και επικαιροποίηση του θεσμικού πλαισίου, με σκοπό την επιβολή αυστηρότερων ποινών σε όσους δε συμμορφώνονται.

Η παρούσα μελέτη έδειξε, επίσης, και μία επίδραση της ηλικίας, αλλά και όλων αυτών που συνεπάγεται έμμεσα, όπως η προϋπηρεσία, η βαθμίδα και η τεχνολογική κατάρτιση, στη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους Έλληνες ιατρούς. Έτσι, φάνηκε μια προτίμηση των ιατρών μεγαλύτερης ηλικίας στους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους και στο Διαδίκτυο για την αναζήτηση νέων φαρμακευτικών επιλογών, υπογραμμίζοντας τη μεγάλη επίδραση των φαρμακευτικών εταιρειών στη συνταγογράφηση, που προέρχεται, όμως, από μια άλλη εποχή, προ οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη

ανέδειξε μια εκτίμηση της νέας γενιάς ιατρών προς τα γενόσημα φάρμακα σε σχέση με τους ιατρούς μεγαλύτερων ηλικιών. Πιθανώς, αυτό δικαιολογείται λόγω της «αναγκαστικής» χρήσης αυτών των φαρμάκων χαμηλού κόστους στα χρόνια της οικονομικής κρίσης από τους νέους ιατρούς, και της κατάρριψης όλων των μύθων που τα συνόδευαν τα χρόνια πριν την κρίση, ίσως και τεχνηέντως για το συμφέρον των μεγάλων φαρμακευτικών εταιρειών.

Η επίδραση των πολιτικών των φαρμακοβιομηχανιών στη συνείδηση των Ελλήνων ιατρών, φαίνεται και από το γεγονός ότι οι ιατροί μεγαλύτερης ηλικίας ταυτίζουν την αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου με την υψηλή του τιμή. Αντίθετα, οι νέοι ιατροί φαίνεται, με βάση την παρούσα μελέτη, ότι θεωρούν ακριβώς το αντίστροφο. Συνεπώς, η οικονομική κρίση αποτέλεσε αφορμή για αναθεώρηση των χαρακτηριστικών εκείνων που καθιστούν ένα φάρμακο αποτελεσματικό, και σίγουρα οδήγησε στην εξάλειψη της τιμής ενός φαρμάκου από αυτά. Μάλιστα, όπως κατέδειξε η παρούσα έρευνα, οι διαφημιστικές πολιτικές των φαρμακευτικών εταιρειών ήταν τόσο ισχυρές στα χρόνια πριν από την κρίση, που οι ιατροί μεγαλύτερης ηλικίας προτιμούσαν να ενημερώνονται για τα νέα φάρμακα που κυκλοφορούν από τα ιατρικά συνέδρια, στα οποία υπήρχαν περίπτερα των εταιρειών. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην προτίμησή τους για ενημέρωση σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες ενός φαρμάκου από τα ΜΜΕ, σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νεότερους συναδέλφους τους.

Βιβλιογραφία

1. Statistics EEP. Available online: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Renewable_energy_statistics (accessed on 22 November 2018). 2015.
2. Authority HS. Evolution of the annual rates of change of the Overall Consumer Price Index <http://www.statistics.gr/en/statistics/-/publication/DKT87>. Accessed; 2018.
3. Chantzaras A, Yfantopoulos J. The effects of the economic crisis on health status and health inequalities in Greece. *Value Health*. 2017;20(9):A510.
4. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Maresso A, Sissouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]: European Observatory on Health Systems and Policies*; 2015.
5. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*. 2016;15(1):83.
6. Yvantopoulos P, Yvantopoulos J. The Greek tragedy in the health sector: social and health implications. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*. 2015;84(3):165-82.
7. Yfantopoulos N, Yfantopoulos P, Yfantopoulos J. Pharmaceutical policies under economic crisis: The Greek case. *Journal of Health Policy and Outcomes Research*. 2016(2):4-16.
8. Economou C. Greece: Health system review. 2010.
9. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International journal of integrated care*. 2015;15.
10. Grigorakis N, Floros C, Tsangari H, Tsoukatos E. Combined social and private health insurance versus catastrophic out of pocket payments for private hospital care in Greece. *International journal of health economics and management*. 2017;17(3):261-87.
11. Karakolias SE, Polyzos NM. The newly established unified healthcare fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece. *Health*. 2014;2014.
12. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2015.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris, France: OECD Publishing, 2017.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health statistics*. [Available from: <http://stats.oecd.org2017/>].
15. Foundation for Economic and Industrial Research (IOBE). *The Pharmaceutical Market in Greece: Facts and Figures 2015-2016*. Athens, Greece: Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (SFEE); 2016.
16. Hellenic Ministry of Development, Competitiveness, Infrastructure, Transport and Networks; Hellenic Ministry of Health. *Harmonisation of Greek legislation with EU legislation in the sector of production and circulation of medicinal products for human use in compliance with Directive 2001/83/EC on the Community Code relating to medicinal products for human use as amended by Directive 2011/62/EU as regards*

the prevention of the entry into legal supply chain of falsified medicinal products. Joint Ministerial Decision DYG3a/GP 32221/2013, Issue B, No. 1049/29-04-2013, Government Gazette, 2013.

17. Hellenic Ministry of Health. Terms, conditions and procedure for granting temporary approval for early access to medicines for human use (“compassionate use”) Ministerial Decision DYG3a/GP 85037/10/2011, Issue B, No. 558/17-03-2011, Government Gazette, 2011.

18. Hellenic Ministerial Council. On trade of pharmaceuticals, dietary supplements and cosmetics Legislative Decree 96/1973, Issue A, No. 172/0808-1973, Government Gazette, 1973.

19. Hellenic Parliament. Structural reforms in the healthcare system and other provisions. Law 3918/2011, Issue A, No. 31/02-03-2011, Government Gazette, 2011.

20. Hellenic Parliament. Regulations for the implementation of the Structural Reforms of the Economic Adjustment Programme and other provisions. Law 4512/2018, Issue A, No. 5/17-01-2018, Government Gazette, 2018.

21. Vandoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy*. 2013;109(1):1-6.

22. Belloni A, Morgan D, Paris V. Pharmaceutical expenditure and policies. 2016.

23. Souliotis K, Papageorgiou M, Politi A, Athanasiadis A. Pharmaceutical pricing policy in Greece: toward a different path. *Frontiers in public health*. 2016;4:185.

24. Kani C, Kourafalos V, Litsa P. Current environment for introducing health technology assessment in Greece. *International journal of technology assessment in health care*. 2017;33(3):396-401.

25. Hellenic Ministry of Health. Provisions of the mode and process of setting indicative retail price and maximum hospital price as well as the dispensing of over-the-counter drugs (OTC). Ministerial Decision G5(a)/oik38152/2017, Issue B, No. 1761/22-5-2017, Government Gazette, 2017.

26. Foundation for Economic and Industrial Research (IOBE). The Pharmaceutical Market in Greece: Facts and Figures 2012. Athens, Greece: Hellenic Association of Pharmaceutical Companies (SFEE), 2012.

27. Yfantopoulos J. Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *The European journal of health economics*. 2008;9(1):87-97.

28. Olga SC, Daphne KC, Panagiota LS, Georgia GS, Helen AA, Panagiotis PG, et al. Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focusing on price reductions and cost-sharing rates. *Value in health regional issues*. 2014;4:107-14.

29. Gouvalas A, Igoumenidis M, Theodorou M, Athanasakis K. Cost-sharing rates increase during deep recession: preliminary data from Greece. *International journal of health policy and management*. 2016;5(12):687.

30. Yfantopoulos J, Chantzaras A, Constantopoulos A. Cost containment and privatisation of pharmaceutical care in Greece: a review of policy reforms under the memorandums’ requirements. *Value Health*. 2017;20(9).

31. Yfantopoulos J, Chantzaras A, Ollandezos M. Changes in private financing of the Greek health system during the economic crisis. *Value Health*. 2017;20:A769.

32. Yfantopoulos J, Chantzaras A, Ollandezos M. Unmet pharmaceutical needs during the economic crisis in Greece. *Value Health*. 2017;20:A510.

33. Skroumpelos A, Pavi E, Pasaloglou S, Kyriopoulos J. Catastrophic health expenditures and chronic condition patients in Greece. *Value in Health*. 2014;17(7):A501-A2.
34. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*. 2014;9(2):99-115.
35. Kentikelenis A. Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. *The European Journal of Public Health*. 2015;25(3):365-6.
36. Hellenic Parliament. Public pension provisions and amendment to the provisions of Law 4387/2016, measures for the implementation of the fiscal targets and reforms, social support measures and labor regulations, Medium-term Financial Strategy Framework 2018-2021 and other provisions. Law 4472/2017, Issue A, No. 74/19-5-2017, Government Gazette, 2017.
37. European Commission; Economic Policy Committee. Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability (Vol. 2). European Economy Institutional Papers, Luxembourg, 2016.
38. Hellenic Ministry of Health. Setting minimum percentage thresholds for the prescription of off-patent medicinal products and setting a prescription expenditure limit for medicinal products. Ministerial Decision Y9/oik53768/2014, Issue B, No. 1796/01-04-2014, Government Gazette, 2014.
39. Hellenic Ministry of Health. Replacement of paragraphs 1 and 2 and annexes of the Ministerial Decision No. Y9/oik.53768/Government Gazette 1796/B/2014 Ministerial Decision G5:34043/2015, Issue B, No. 1117/11-06-2015, Government Gazette, 2015.
40. Hellenic Ministry of Health. Details and calculation procedure and offsetting of the deduction granted to pharmacies for generics, of the Article 88 of Law 4472/2017 (A' 74). Ministerial Decision G5(a)/ oik43125/2017, Issue B, No. 1984/8-6-2017, Government Gazette, 2017.
41. Balasopoulos T, Charonis A, Athanasakis K, Kyriopoulos J, Pavi E. Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions. *Health Policy*. 2017;121(3):265-72.
42. Hellenic Ministry of Health. Electronic submission of data of the Medicine Authenticity Tape. Ministerial Decision DYG3a/GP 18243/2013, Issue B, No. 799/05-04-2013, Government Gazette, 2013.
43. Kastanioti C, Kontodimopoulos N, Stasinopoulos D, Kapetaneas N, Polyzos N. Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health policy*. 2013;109(1):7-13.
44. Hellenic Ministry of Health. Health atlas 2018. Available from: <https://healthatlas.gov.gr>. Accessed January 10, 2018.
45. Hellenic Ministry of Economy, Development and Tourism; Hellenic Ministry of Health. Designating the competent authority for the accreditation of electronic pharmacies. Joint Ministerial Decision G5 (b)/GP oik 20293/2016, Issue B, No. 787/23-3-2016, Government Gazette, 2016.
46. Hellenic Ministry of Health. Determination of terms and conditions for the creation of the sub-category of general sale medicines (ge.Di.Fa.), within the category

of over-the-counter medicines (OTC). Ministerial Decision G5(a)/51194/2016, Issue B, No. 2219/18-07-2016, Government Gazette, 2016.

47. Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern med review*. 2011;4(2):69.

48. Hoffman JM, Shah ND, Vermeulen LC, Doloresco F, Grim P, Hunkler RJ, et al. Projecting future drug expenditures—2008. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2008;65(3):234-53.

49. Hsieh CR, Sloan FA. Adoption of pharmaceutical innovation and the growth of drug expenditure in Taiwan: is it cost effective? *Value in Health*. 2008;11(2):334-44.

50. Kildemoes HW, Andersen M, Støvring H. The impact of ageing and changing utilization patterns on future cardiovascular drug expenditure: a pharmacoepidemiological projection approach. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2010;19(12):1276-86.

51. Lambrelli D, O'Donnell O. The impotence of price controls: failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health policy*. 2011;101(2):162-71.

52. Morgan SG. Quantifying components of drug expenditure inflation: the British Columbia seniors' drug benefit plan. *Health services research*. 2002;37(5):1243-66.

53. Morgan S. Drug spending in Canada: recent trends and causes. *Medical care*. 2004;635-42.

54. Morgan SG. Booming prescription drug expenditure: a population-based analysis of age dynamics. *Medical Care*. 2005;996-1008.

55. Morgan SG, Agnew JD, Barer ML. Seniors' prescription drug cost inflation and cost containment: evidence from British Columbia. *Health Policy*. 2004;68(3):299-307.

56. Wikipedia.org (2011a). Medical prescription. [Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_prescription].

57. Tsiantou V, Zavras D, Kousoulakou H, Geitona M, Kyriopoulos J. Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2009;34(5):547-54.

58. Skaltsas LN, Vasileiou KZ. Patients' perceptions of generic drugs in Greece. *Health Policy*. 2015;119(11):1406-14.

59. Campo K, De Staebel O, Gijsbrechts E, van Waterschoot W. Therapeutic drug prescription behavior: Decision process and marketing mix effects. 2002.

60. Aronson JK, Henderson G, Webb DJ, Rawlins MD. A prescription for better prescribing. *British Medical Journal Publishing Group*; 2006.

61. Ross S, Loke YK. Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. *British journal of clinical pharmacology*. 2009;67(6):662-70.

62. Sketris IS, Ingram EML, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2009;16(1).

63. Xanthopoulou S-S, Katsaliaki K. Policies and perceptions on generic drugs: The case of Greece. *Health services management research*. 2019;32(1):49-56.

64. Hemminki E. Factors influencing drug prescribing—inquiry into research strategy. *Drug intelligence & clinical pharmacy*. 1976;10(6):321-9.

65. Bradley CP. Decision making and prescribing patterns—a literature review. *Family practice*. 1991;8(3):276-87.

66. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Prescribed-drug utilization and polypharmacy in a general population in Greece: association with sociodemographic, health needs, health-services utilization, and lifestyle factors. *European journal of clinical pharmacology*. 2011;67(2):185-92.
67. Kourlaba G, Gkrania-Klotsas E, Kourkouni E, Mavrogeorgos G, Zaoutis TE. Antibiotic prescribing and expenditures in outpatient adults in Greece, 2010 to 2013: evidence from real-world practice. *Eurosurveillance*. 2016;21(26):30266.
68. Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. *Family Practice*. 2000;17(1):36-41.
69. Maxwell S, Walley T. Teaching safe and effective prescribing in UK medical schools: a core curriculum for tomorrow's doctors. *British journal of clinical pharmacology*. 2003;55(6):496-503.
70. Senior ML, Williams H, Higgs G. Morbidity, deprivation and drug prescribing: factors affecting variations in prescribing between doctors' practices. *Health & place*. 2003;9(4):281-9.
71. Tan N, Tay I, Ngoh A, Tan M. Factors influencing family physicians' drug prescribing behaviour in asthma management in primary care. *Singapore medical journal*. 2009;50(3):312.
72. Awad A, Al-Saffar N. Evaluation of drug use practices at primary healthcare centers of Kuwait. *European journal of clinical pharmacology*. 2010;66(12):1247-55.
73. Schumock GT, Walton SM, Park HY, Nutescu EA, Blackburn JC, Finley JM, et al. Factors that influence prescribing decisions. *Annals of Pharmacotherapy*. 2004;38(4):557-62.
74. Wierenga B, Jong S, Mantel A. The decision making process of the family physician in choosing a drug. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1989;133(3):115-22.
75. Paredes P, De La Pena M, Flores-Guerra E, Diaz J, Trostle J. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be the clue. *Social science & medicine*. 1996;42(8):1141-53.
76. Theodorou M, Tsiantou V, Pavlakis A, Maniadakis N, Fragoulakis V, Pavi E, et al. Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC health services research*. 2009;9(1):150.
77. Rodríguez-Calvillo JA, Lana A, Cueto A, Markham WA, López ML. Psychosocial factors associated with the prescription of generic drugs. *Health policy*. 2011;101(2):178-84.
78. Martin CM, Sturmberg JP. General practice—chaos, complexity and innovation. *Medical Journal of Australia*. 2005;183(2):106-9.
79. Campo K, Staebel OD, Gijsbrechts E, Van Waterschoot W. Physicians' decision process for drug prescription and the impact of pharmaceutical marketing mix instruments. *Health marketing quarterly*. 2006;22(4):73-107.
80. March JG, Simon HA. Motivational constraints: the decision to participate. *VH Vroom and EL Deci, Management and motivation*, Harmondsworth (Penguin). 1970:107-24.
81. Simon HA. Motivational and emotional controls of cognition. *Psychological review*. 1967;74(1):29.

82. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases, in "Science", 185. 1974.
83. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *science*. 1981;211(4481):453-8.
84. Broadbent DE. Levels, hierarchies, and the locus of control. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 1977;29(2):181-201.
85. Newell A, Simon HA. *Human problem solving*: Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ; 1972.
86. Prosser H, Walley T. New drug prescribing by hospital doctors: the nature and meaning of knowledge. *Social Science & Medicine*. 2006;62(7):1565-78.
87. Buchner A, Funke J, Berry DC. Negative correlations between control performance and verbalizable knowledge: Indicators for implicit learning in process control tasks? *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 1995;48(1):166-87.
88. D'zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*. 1971;78(1):107.
89. D'Zurilla TJ, Sheedy CF. The relation between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive therapy and research*. 1992;16(5):589-99.
90. Goldstein FC, Levin HS. *Disorders of reasoning and problem-solving ability*. 1987.
91. Hurwitz MA, Caves RE. Persuasion or information? Promotion and the shares of brand name and generic pharmaceuticals. *The journal of law and economics*. 1988;31(2):299-320.
92. Leffler KB. Persuasion or information? The economics of prescription drug advertising. *The Journal of Law and Economics*. 1981;24(1):45-74.
93. DeSarbo WS, Degeratu AM, Ahearne MJ, Saxton MK. Disaggregate market share response models. *International Journal of Research in Marketing*. 2002;19(3):253-66.
94. Kahn B, Greenleaf E, Irwin J, Isen A, Levin I, Luce M, et al. Examining medical decision making from a marketing perspective. *Marketing Letters*. 1997;8(3):361-75.
95. Ljungberg C, Lindblad ÅK, Tully MP. Hospital doctors' views of factors influencing their prescribing. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2007;13(5):765-71.
96. Wang H, Li N, Zhu H, Xu S, Lu H, Feng Z. Prescription pattern and its influencing factors in Chinese county hospitals: a retrospective cross-sectional study. *PloS one*. 2013;8(5):e63225.
97. Freudenheim M. *The media business: advertising; influencing doctor's orders*. *New York Times*. 1998.
98. Wilkes MS, Bell RA, Kravitz RL. Direct-To-Consumer Prescription Drug Advertising: Trends, Impact, And Implications: Aiming drug ads at consumers means big business for drug companies, but its effect on clinical care is not yet known. *Health affairs*. 2000;19(2):110-28.
99. Zuger A. Fever pitch: getting doctors to prescribe is big business. *New York Times*. 1999;11:A1.
100. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Jama*. 2000;283(3):373-80.
101. Jhon P. Drug company dependent. *Medscape Med Students*. 2001;3(2).

102. Ladeira WJ, Dalmoro M, Maehler AE, Araujo CF. Drug prescription practices in Brazil: a structural equation model. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2011.
103. Plianbangchang P, Jetiyanon K, Suttaloung C, Khumchuen L. Physicians' generic drug prescribing behavior in district hospitals: a case of Phitsanulok, Thailand. *Pharmacy practice*. 2010;8(3):167.