



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία

**Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΚΑΙ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ**

ΤΟΥ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΜΠΟΝΙΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων  
(Εξειδίκευση στη Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

*(Σεπτέμβριος 2011)*

## Περίληψη

Τις τελευταίες δεκαετίες το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης παρουσιάζει ραγδαία αύξηση, επιβαρύνοντας σημαντικά τους προϋπολογισμούς πολλών κρατών. Στόχο της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί η μελέτη της συμπεριφοράς των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων και η ανάλυση των παραγόντων που τους επηρεάζουν σε αυτή τη διαδικασία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 85,6 % των ιατρών συμφωνεί πως το κόστος που επιβαρύνει τους ασθενείς διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο κατά τη διαδικασία συνταγογράφησης. Το 64,7 % των ιατρών συμφωνεί πως το κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη διαδικασία επιλογής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος. Οι ιατροί λαμβάνουν περισσότερο υπόψη το κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς σε σύγκριση με αυτό που επιβαρύνει τους ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (71,9%) θεωρεί σημαντικό, κατά τη συνταγογράφηση, να αναφέρει στους ασθενείς το κόστος που θα επωμισθούν. Ωστόσο, μόλις ένας στους τέσσερεις ιατρούς πραγματοποιεί πάντα ή τις περισσότερες φορές αναφορές στο κόστος. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που οδηγούν σε αυτή τη συμπεριφορά είναι η έλλειψη χρόνου και η εδραιωμένη αντίληψη στους κόλπους των ιατρών πως οι αναφορές στο κόστος μπορεί να παρερμηνευτούν από τους ασθενείς και να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης.

Στην έρευνα αυτή μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τους ιατρούς κατά τη συνταγογράφηση και δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στον παράγοντα του κόστους των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Διαπιστώθηκε η ελλιπής ενημέρωση των ιατρών για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και η ανάγκη εκπαίδευσης του

ιατρικού προσωπικού στον τομέα της επικοινωνίας με τους ασθενείς. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται να ολοκληρωθεί στη χώρα μας το 2011 και μελλοντικές έρευνες θα αποδείξουν αν το πρόγραμμα αυτό θα αποφέρει πραγματική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και θα εξορθολογήσει το σύστημα συνταγογράφησης.

# Περιεχόμενα

## Εισαγωγή

### Κεφάλαιο 1

1.1 Η Οργανωτική Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

1.2 Οικονομικά Στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

### Κεφάλαιο 2

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

### Κεφάλαιο 3

3.1 Μεθοδολογία

3.2 Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος

### Κεφάλαιο 4

Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων

4.1 Η στάση των ιατρών απέναντι στο κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.

4.2 Η επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς σχετικά με το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.

4.3 Η γνώση και η πληροφόρηση των ιατρών για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.

### Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα και Προτάσεις

### Βιβλιογραφία

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Η Χρηματοδότηση του Υγειονομικού Συστήματος

Διάγραμμα 2: Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ

Διάγραμμα 3: Συνολικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 4: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 5: Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών στις Συνολικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 6: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως % των Συνολικών Δαπανών για την Υγεία

Διάγραμμα 7: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως % ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Α: Δημογραφικά Στοιχεία των Ιατρών του Δείγματος

Πίνακας 1 Β: Δημογραφικά Στοιχεία των Ιατρών του Δείγματος

Πίνακας 2: Στατιστικά στοιχεία για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος

Πίνακας 3: Στατιστικά στοιχεία για τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη

Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και για τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη

Πίνακας 5: Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους

Πίνακας 6: Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους

Πίνακας 7: Στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα που επικοινωνούν ιατροί και ασθενείς για ζητήματα κόστους

Πίνακας 8: Στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα που επικοινωνούν ιατροί και ασθενείς για ζητήματα κόστους

Πίνακας 9: Στατιστικά στοιχεία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους

Πίνακας 10: Στατιστικά στοιχεία για την ενημέρωση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων

Πίνακας 11: Στατιστικά στοιχεία για την ενημέρωση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων

Πίνακας 12: Στατιστικά στοιχεία για τις πηγές πληροφόρησης

## Εισαγωγή

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι η συνεχής αύξηση των δαπανών που αφορούν την υγεία. Οι συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες στο χώρο της υγείας και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δημιουργούν ένα δυναμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο οι αρμόδιοι φορείς πρέπει να δραστηριοποιηθούν. Η γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο οδηγεί στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Τις προσεχείς δεκαετίες, ο αριθμός δυνητικών χρηστών των υπηρεσιών υγείας θα παρουσιάσει γεωμετρική αύξηση, γεγονός που θα δημιουργήσει πολλαπλά προβλήματα όπως η αύξηση των λειτουργικών δαπανών και η διόγκωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση καθώς επηρεάζεται άμεσα από τις εξελίξεις στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν σημαντική αύξηση αγγίζοντας το 10% του ΑΕΠ το έτος 2008 και επιβαρύνοντας τον κρατικό προϋπολογισμό κατά 21 δις ευρώ. Αντίστοιχη είναι η αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες οι οποίες το έτος 2007 ανήλθαν σε 4,5 δις ευρώ και αποτέλεσαν περίπου το 25% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα (Πηγή: OECD Health Data 2010).

Η ραγδαία αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι αρμόδιοι φορείς στην Ελλάδα. Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση. Κάθε κράτος εφαρμόζει



διαφορετική στρατηγική συνταγογράφησης που χαρακτηρίζεται από πλαίσια και κανόνες προσαρμοσμένους στο σύστημα υγείας που ακολουθεί.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της συμπεριφοράς των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση και η ανάλυση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Εξετάζεται διεξοδικά ο παράγοντας του κόστους των φαρμακευτικών σκευασμάτων που αναλύεται σε δυο κατηγορίες. Στο κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία και στο κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς (out-of-pocket cost). Συγκεκριμένα διερευνάται ποια κατηγορία κόστους επηρεάζει περισσότερο τους ιατρούς κατά τη διαδικασία επιλογής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος και εξετάζεται η ύπαρξη συσχέτισης με δημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η ειδικότητα του ιατρού. Επίσης, στην έρευνα αυτή εξετάζεται αν οι ιατροί θεωρούν σημαντικό να ενημερώνουν τους ασθενείς τους για το κόστος του φαρμακευτικού σκευάσματος που συνταγογραφούν και η συχνότητα με την οποία γίνονται αναφορές τόσο στο κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία όσο και στο κόστος που επωμίζονται οι ασθενείς. Επίσης αναλύονται οι παράγοντες που δρουν ανασταλτικά στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών σχετικά με ζητήματα κόστους. Τέλος, εξετάζεται πόσο ενημερωμένοι είναι οι ιατροί στην Ελλάδα για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν και παρουσιάζονται οι σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης από τις οποίες οι ιατροί αντλούν στοιχεία για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

# **Κεφάλαιο 1**

## **1.1 Η Οργανωτική Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα**

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Περιέχει στοιχεία από το μοντέλο Beveridge, καθώς υπάρχει χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και από το μοντέλο Bismark, λόγω της χρηματοδότησης του από την κοινωνική ασφάλιση (Siskou, Kaitelidou, Parakonstantinou & Liaropoulos, 2008). Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με σκοπό να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες της ελληνικής επικράτειας. Οι δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία που βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας που βρίσκονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η απουσία οργανωμένης παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γεγονός που επιτρέπει στους ασθενείς να απευθυνθούν σε οποιοδήποτε ιατρό, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης, όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα με την υγεία τους (Theodorou, Tsiantou et al, 2009).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας έχει συγκεντρωτικό χαρακτήρα. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζει τη γενική στρατηγική του υγειονομικού συστήματος, θέτει τις προτεραιότητες και αποφασίζει για τη χρηματοδότηση τους. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων, που αποτελούν μια από τις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Το Υπουργείο Οικονομικών

είναι υπεύθυνο για την αναδρομική χρηματοδότηση των νοσοκομείων και την κατάρτιση των προϋπολογισμών που αφορούν την υγεία (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

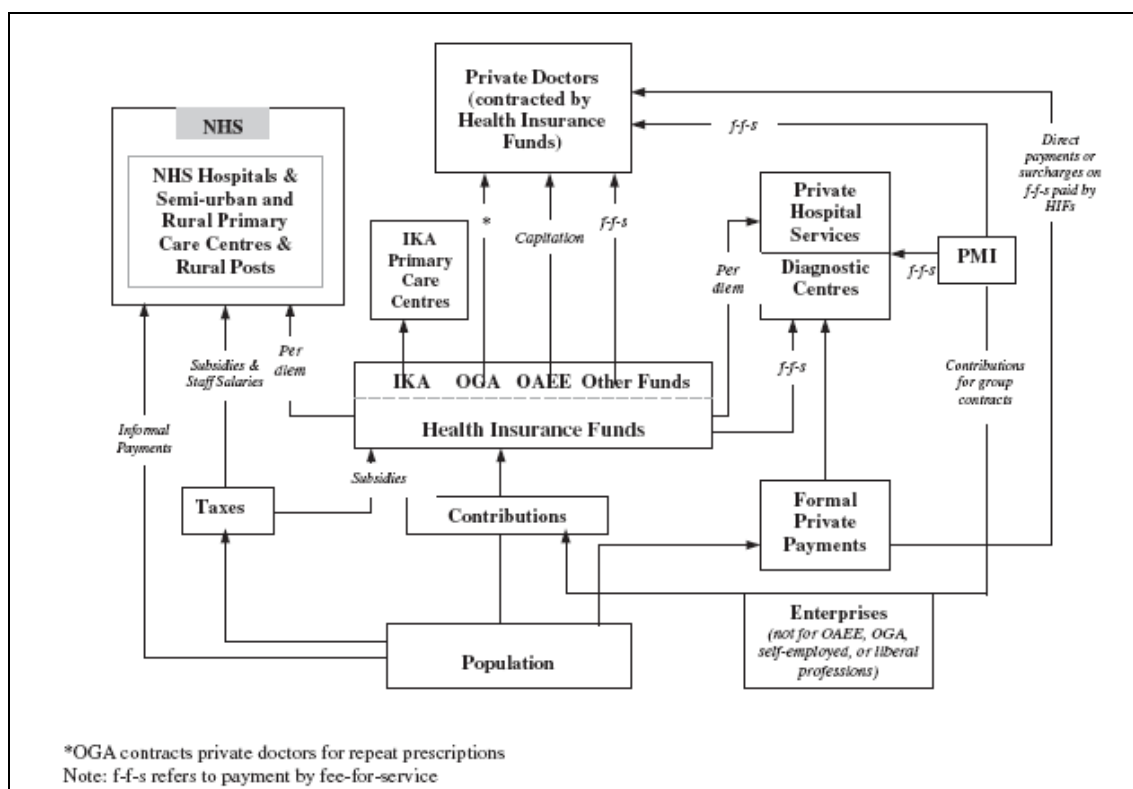
Την τελευταία δεκαετία, σε μια προσπάθεια αποκέντρωσης του ΕΣΥ, η επικράτεια της χώρας είχε διαχωριστεί σε 17 υγειονομικές περιφέρειες (ΠΕ.Σ.Υ.Π) στις οποίες εκχωρήθηκαν ευθύνες και αρμοδιότητες που αφορούσαν την παροχή υγειονομικής φροντίδας στις περιοχές που κάλυπταν. Οι προσπάθειες διοικητικής αποκέντρωσης του ΕΣΥ μέσω της εκχώρησης εξουσίας στις αρμόδιες περιφέρειες περιορίστηκαν καθώς δεν επετράπη η οικονομική ανεξαρτησία κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Οι ΠΕ.Σ.Υ.Π δεν είχαν τη δυνατότητα κατάρτισης αυτόνομων προϋπολογισμών και η έγκριση οποιασδήποτε χρηματοδότησης ήταν αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Grosse-Tebbe & Figueras, 2004). Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν το ΕΣΥ, διαίρεσαν την επικράτεια σε 7 υγειονομικές περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ), χωρίς ωστόσο να μεταβάλλουν σημαντικά το συγκεντρωτικό χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Πηγή: Γενική Γραμματεία ΕΣΥΕ).

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τον δημόσιο τομέα κυρίως μέσω των περιφερειακών Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ και το ΙΚΑ. Γενικά, υπάρχουν 123 Γενικά και Εξειδικευμένα νοσοκομεία που απαριθμούν 36.621 κλίνες (75% του συνόλου), 172 Κέντρα Υγείας και 1.400 περιφερειακά ιατρεία. Επίσης, υπάρχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που έχουν δημόσιο χαρακτήρα αλλά δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και παρέχονται από 13 Στρατιωτικά Νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Άμυνας και 15 Γενικά Νοσοκομεία που αποτελούν Ν.Π.Ι.Δ και χρηματοδοτούνται από ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ακόμη, καταγράφεται η ύπαρξη 500 ιατρείων που ανήκουν στο ΙΚΑ ή σε άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ο ιδιωτικός τομέας συμβάλλει στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών με 243 Γενικά και Εξειδικευμένα Νοσοκομεία, κατά κανόνα μικρές κλινικές με συνολικά 14.000 κλίνες (25% του συνόλου). Επίσης, υπάρχουν 350 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, 20.000 ιατρεία και εργαστήρια, 9000 οδοντιατρεία και 8000 φαρμακεία (Πηγή: Γενική Γραμματεία ΕΣΥΕ).

Η παροχή υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα μπορεί να περιγραφεί ως ένα σύστημα τριών αξόνων. Το ΕΣΥ χρηματοδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα περισσότερα περιφερειακά Κέντρα Υγείας που εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο τον πληθυσμό της επαρχίας. Τα ασφαλιστικά ταμεία, με κύριο ταμείο το ΙΚΑ που καλύπτει το 45% του πληθυσμού, χρηματοδοτεί 242 Κέντρα Υγείας και ορισμένα νοσοκομεία. Τέλος, ο τρίτος άξονας είναι ο ιδιωτικός τομέας που είτε είναι συμβεβλημένος με τα ασφαλιστικά ταμεία και αποζημιώνεται εν μέρει από αυτά, είτε παρέχει άμεσα τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό (διαγνωστικά κέντρα, εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσοκομεία) (Mossialos, Allin & Davaki, 2005). Στο Διάγραμμα 1 απεικονίζονται η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα και η παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

## Διάγραμμα 1: Η Χρηματοδότηση του Υγειονομικού Συστήματος



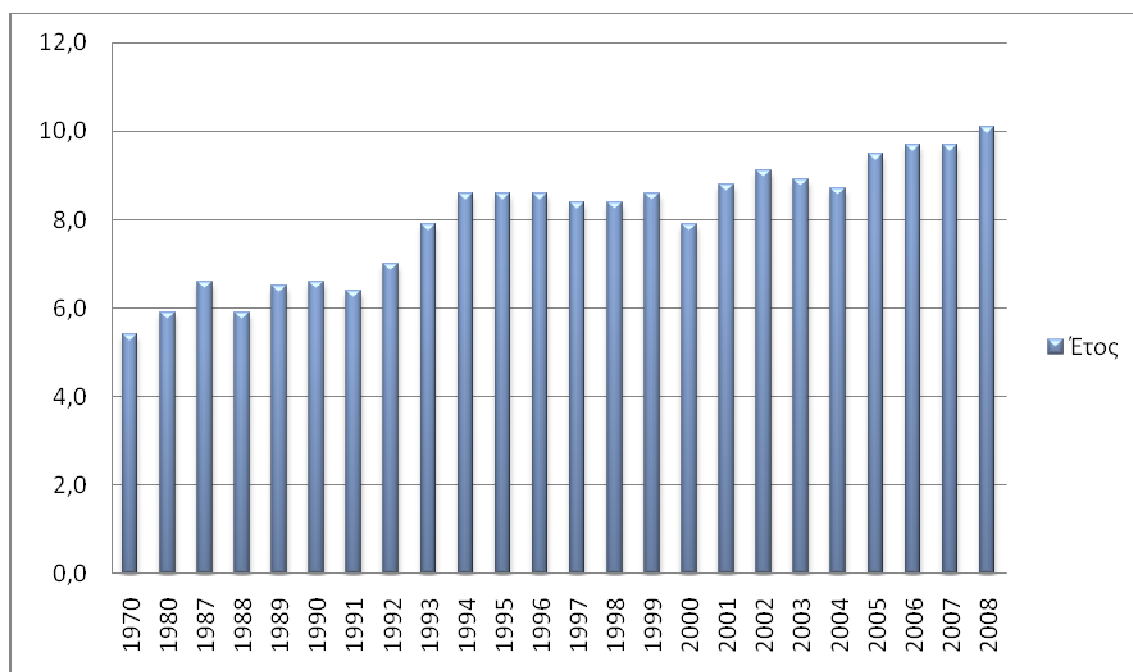
Source: Health Econ. Vol. 14, 151–168 (Mossialos, Allin & Davaki, 2005)

## 1.2 Οικονομικά Στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο η ραγδαία αύξηση των δαπανών που αφορούν την υγεία. Η γήρανση του πληθυσμού και οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των χωρών και δημιουργούν την ανάγκη εξοικονόμησης πόρων μέσω μιας ορθολογικής διαχείρισης των δαπανών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας δεν αποτελεί εξαίρεση παρουσιάζοντας σημαντική αύξηση των δαπανών τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Στο Διάγραμμα 2, παρατίθενται διαχρονικά από το

1970 έως το 2008, οι συνολικές δαπάνες που αφορούν την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το 2007 οι συνολικές δαπάνες ανέρχονταν σε ποσοστό 9,7% του ΑΕΠ, ενώ το 2008 συνεχίζοντας την ανοδική τους τάση έφτασαν το 10,1% του ΑΕΠ.

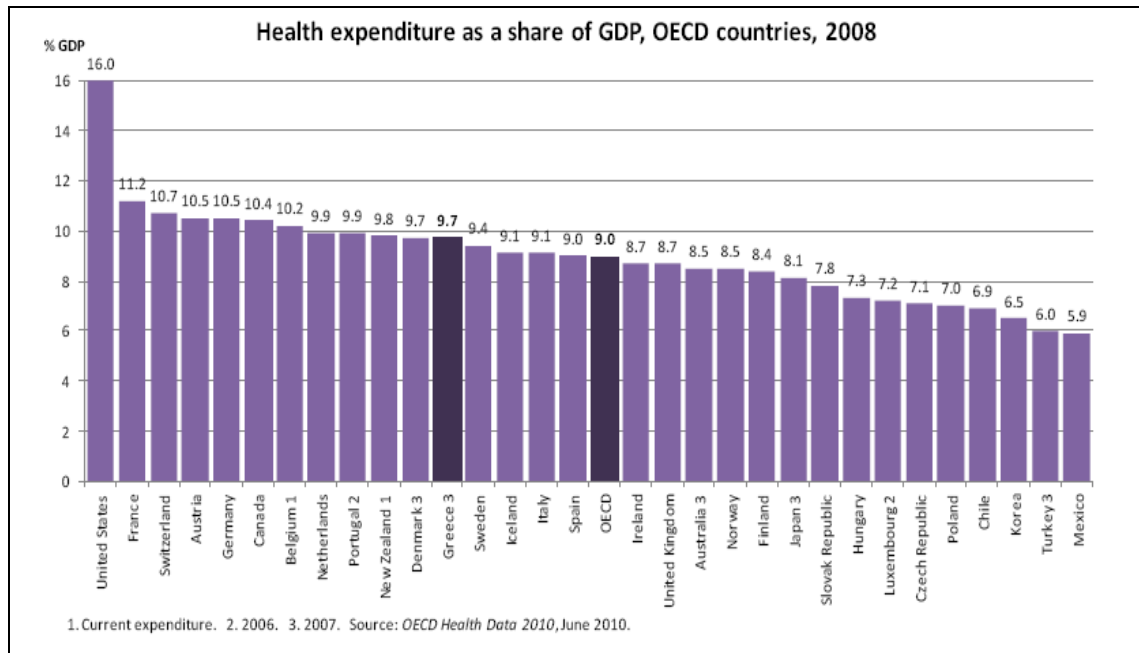
**Διάγραμμα 2: Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ**



Source: OECD Health Data 2010

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ξεπερνούν το μέσο όρο των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3, η Ελλάδα βρίσκεται στη δωδέκατη θέση με 9,7%, ενώ ο μέσος όρος ανέρχεται σε 9% για το έτος 2007 (Πηγή: OECD Health Data 2010).

### Διάγραμμα 3: Συνολικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ



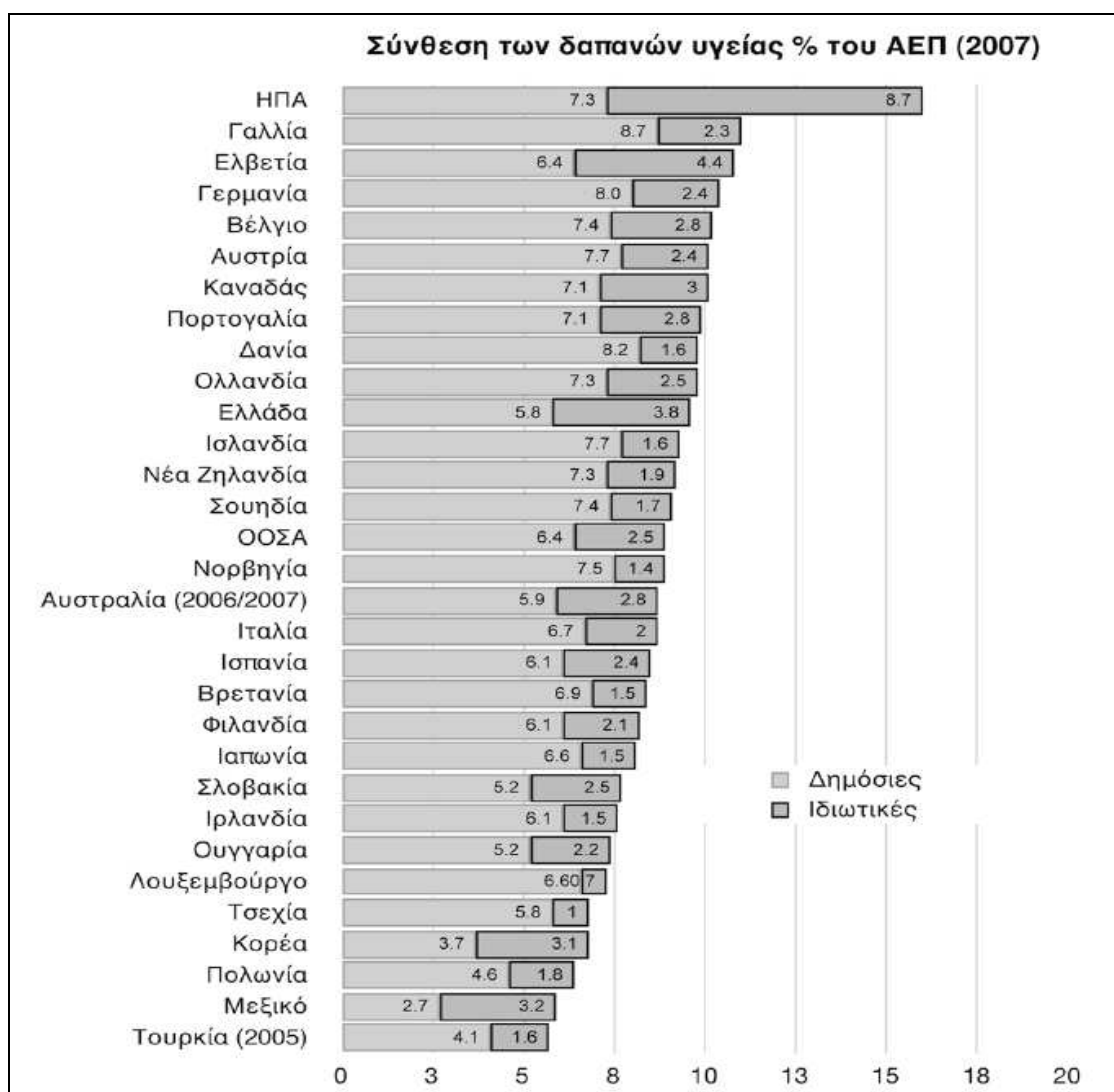
Source: OECD Health Data 2010

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί η ανισοκατανομή των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ανέρχονται σε 3,8% του ΑΕΠ, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε 5,8% του ΑΕΠ για το έτος 2007 (Πηγή: OECD Health Data 2010). Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντιθέτως, οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι από τις υψηλότερες παγκοσμίως. Σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 κρατών το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 3%.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4, ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι η μεγάλη συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών. Το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν σε 40% το έτος 2007, έναντι του 28,1% που αποτελεί τον

μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Τα παραπάνω παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 5 με την Ελλάδα να κατέχει την πέμπτη θέση, μια από τις υψηλότερες μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών (Πηγή: OECD Health Data 2010). Συνεπώς, μπορούμε να ισχυριστούμε πως η Ελλάδα κατέχει ένα από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας ακολουθώντας χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ελβετία.

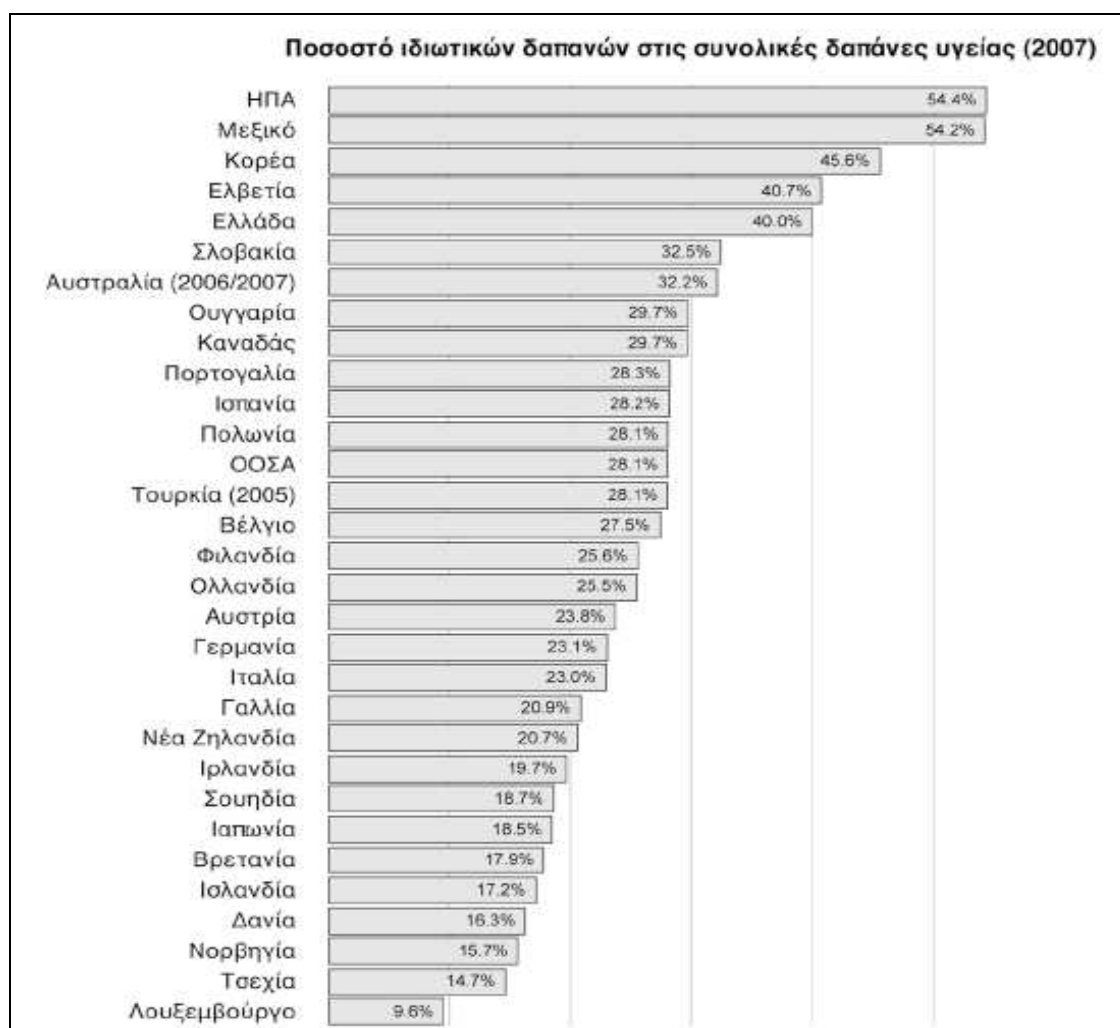
#### **Διάγραμμα 4: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ**



Source: OECD Health Data 2010



**Διάγραμμα 5: Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών στις Συνολικές Δαπάνες Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ**



Source: OECD Health Data 2010

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούνται από δυο συνιστώσες. Οι δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών αποτελούν τη μια συνιστώσα, ενώ οι άμεσες πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες υγείας (out-of-pocket payments) αποτελούν την άλλη συνιστώσα. Στην Ελλάδα το ποσοστό των δαπανών που αφορούν τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες είναι της τάξεως του 3% (2,3% το έτος 2002). Συγκριτικά στις ΗΠΑ, όπου οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται σε 54,4% το ποσοστό των

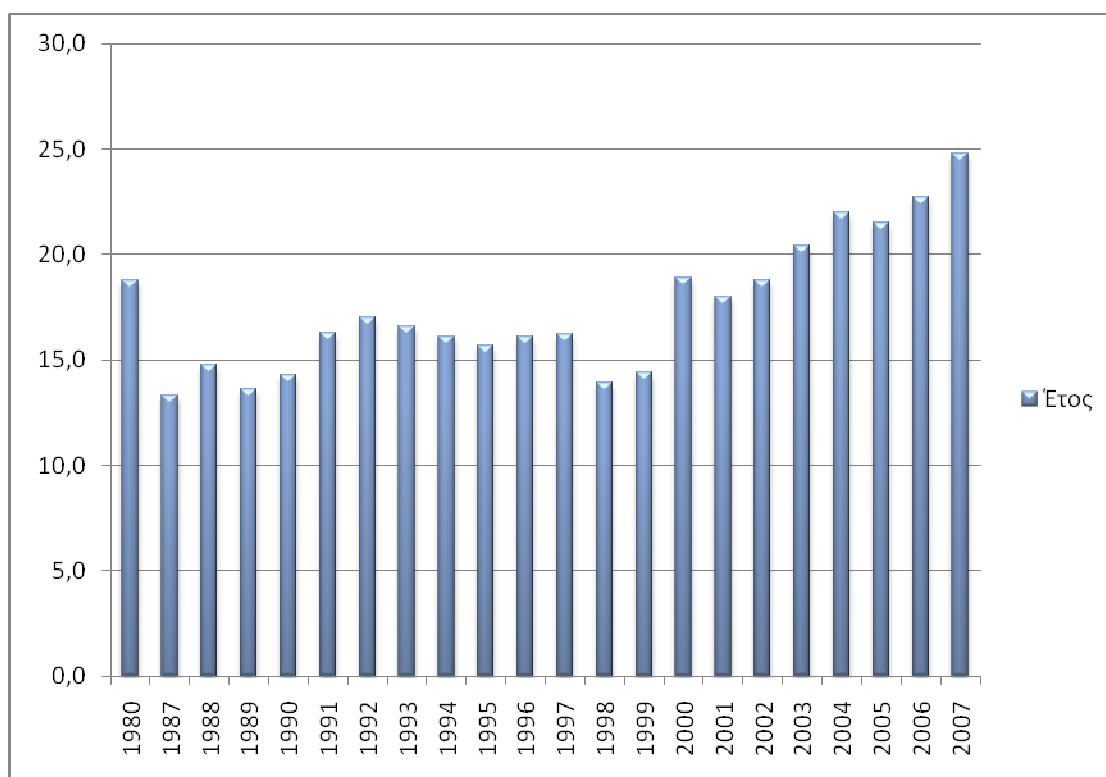
δαπανών που αφορούν τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ανέρχεται σε 37% (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι υψηλές. Η απουσία ενός συστήματος gatekeeping για την παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ο τρόπος με τον οποίο είναι δομημένη η πρωτοβάθμια φροντίδα, δίνει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Η ελλιπής διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, λόγω της έλλειψης ενός συστήματος gatekeeping που θα λειτουργούσε ως φίλτρο, μειώνει την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1996 στην Ελλάδα παρατηρήθηκε πως το 30% των ασφαλισμένων ασθενών χρησιμοποιούσαν την ίδια περίοδο τόσο τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτονταν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, όσο και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που αποζημιώνονταν με άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς (Karokis, 1996). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν την ανεπάρκεια του συστήματος υγείας και την αναποτελεσματικότητα στην κάλυψη των αναγκών των χρηστών του.

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών τις τελευταίες δεκαετίες. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6, οι φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών που αφορούν την υγεία παρουσιάζουν διαχρονικά αυξητική τάση. Συγκεκριμένα το έτος 2003 ξεπέρασαν για πρώτη φορά το 20% και το έτος 2007 ανέρχονταν σε 24,8% του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

## Διάγραμμα 6: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως % των Συνολικών Δαπανών για την

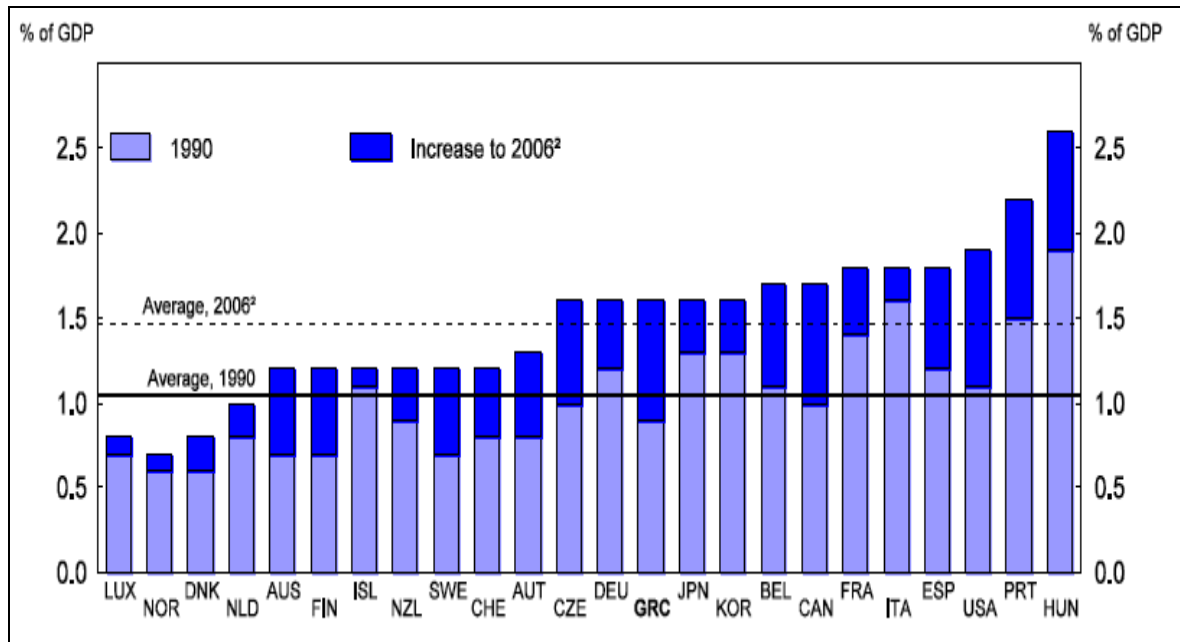
### Υγεία



source: OECD Health Data 2010

Συγκριτικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ, οι φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν σημαντική αύξηση την τελευταία δεκαετία. Το 1990 η Ελλάδα βρισκόταν κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, με φαρμακευτικές δαπάνες της τάξεως του 0,8% ΑΕΠ. Ωστόσο, το έτος 2006 ξεπέρασε το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ με ποσοστό 1,7% ΑΕΠ, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.

**Διάγραμμα 7: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως % ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ**



Source: OECD Health Data 2010

## Κεφάλαιο 2

### 2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η ραγδαία αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας σε πολλές χώρες. Οι ερευνητές θέλησαν να αναλύσουν τη συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων και τα κίνητρα που δημιουργούνται ανάλογα με το θεσμικό πλαίσιο που περιβάλλει το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Κάθε κράτος εφαρμόζει διαφορετική στρατηγική συνταγογράφησης που χαρακτηρίζεται από πλαίσια και κανόνες προσαρμοσμένους στο σύστημα υγείας που ακολουθεί. Σε μια προσπάθεια περικοπής του αυξανόμενου κόστους συνταγογράφησης, οι αρμόδιοι σε θέματα υγείας σε συνεργασία με ασφαλιστικά ταμεία και άλλους φορείς, εφαρμόζουν νέες στρατηγικές και καθορίζουν αυστηρότερα πλαίσια ελέγχου.

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι μια στρατηγική που εφαρμόζεται στα περισσότερα συστήματα υγείας και έχει ως στόχο, αφενός τον περιορισμό της αλόγιστης χρήσης φαρμάκων από τους ασθενείς και αφετέρου την εδραίωση μιας ορθολογικής συμπεριφοράς των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση. Οι διαφορετικές στρατηγικές που ακολουθούνται και καθορίζουν τον τρόπο συνταγογράφησης δημιουργούν ένα σύνθετο περιβάλλον μέσα στο οποίο οι ιατροί πρέπει να προσαρμοστούν. Οι ιατροί κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τόσο το κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία όσο και το κόστος της συμμετοχής – ιδιωτικής πληρωμής των ασθενών. Όταν ο ασθενής είναι ανασφάλιστος τότε το πραγματικό

κόστος είναι όσο και η ιδιωτική πληρωμή (Shrank, Joseph, Choudhry, Young, Ettner, et al, 2006). Ωστόσο, το σύστημα υγείας της Ελλάδας βασίζεται στην καθολική ασφάλιση του πληθυσμού και το μεγαλύτερο μέρος της φαρμακευτικής δαπάνης καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο και μελετούν τη σχέση του κόστους ενός φαρμακευτικού σκευάσματος και της επιλογής του από τους ιατρούς κατά τη συνταγογράφηση είναι μικρός. Μια ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 στην Ευρώπη, μελέτησε την παραπάνω σχέση στα εθνικά συστήματα υγείας της Ιταλίας και της Αγγλίας. Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας αποτελεί η διαπίστωση πως οι ιατροί θεωρούν εξίσου σημαντικό το κόστος που επιβαρύνει το σύστημα υγείας με αυτό που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς (Hassell, Atella, Schafheutle, Weiss & Noyce, 2003).

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες, έχουν εφαρμοστεί σε πολλές χώρες προγράμματα που έχουν ως στόχο την καλύτερη ενημέρωση των ιατρών για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν. Η φιλοσοφία αυτών των προγραμμάτων έγκειται στην πεποίθηση πως οι ιατροί γνωρίζοντας το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων θα διαμορφώσουν μια ορθολογική συμπεριφορά συνταγογράφησης. Έρευνες έχουν αποδείξει πως η ελλιπής γνώση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων συσχετίζεται με την τάση τους να υποτιμούν το κόστος των ακριβών σκευασμάτων και να υπερεκτιμούν τις τιμές των φθηνότερων. Το γεγονός αυτό έχει επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη καθώς την επηρεάζει αυξητικά (Allan, Lexchin & Wiebe, 2007).

Ένα ακόμη στοιχείο που αποτέλεσε αντικείμενο ερευνών είναι η συχνότητα με την οποία οι ιατροί ενημερώνουν τους ασθενείς τους σχετικά με το κόστος του

φαρμακευτικού σκευάσματος που συνταγογραφούν (Alexander, Casalino & Meltzer, 2003). Μελέτες έδειξαν πως τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί θεωρούν σημαντική μια συζήτηση που αφορά το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ωστόσο, οι αναφορές στο κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά τη διαδικασία της συνταγογράφησης είναι αρκετά σπάνιες (Tarn, Paterniti, Heritage, Hays, Kravitz & Wenger, 2006), (Shrank, Fox, Kirk, Ettner, Cantrell, Glassman & Asch, 2006). Το γεγονός αυτό οφείλεται σε πλήθος παραγόντων που δρουν ανασταλτικά στην επικοινωνία των ιατρών και των ασθενών σχετικά με ζητήματα που αφορούν το κόστος (Alexander, Casalino, Tseng, McFadden & Meltzer, 2004). Μελέτες απέδειξαν πως οι ιατροί θεωρούν ως σημαντικότερους παράγοντες την ανεπάρκεια χρόνου και την εδραιωμένη πεποίθηση μεταξύ των ιατρών πως αναφορές στο κόστος μπορεί να φέρουν τους ασθενείς σε δύσκολή θέση (Alexander, Casalino & Meltzer, 2005).

## Κεφάλαιο 3

### 3.1 Μεθοδολογία

Για τις ανάγκες της έρευνας καταρτίστηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 5 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με διαβάθμιση 5 σημείων της κλίμακας Likert (Συμφωνώ Απόλυτα, Συμφωνώ, Ούτε Συμφωνώ / Ούτε Διαφωνώ, Διαφωνώ και Διαφωνώ Απόλυτα), από 4 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με διαβάθμιση 5 σημείων της κλίμακας Likert (Πάντα, Τις Περισσότερες Φορές, Μερικές Φορές, Σπάνια και Ποτέ) και από 9 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με σκοπό τη συλλογή αριθμητικών και δημογραφικών στοιχείων. Στο πρώτο στάδιο της κατάρτισης του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ο προέλεγχος του σε δείγμα 20 ιατρών και μετά από τροποποιήσεις ολοκληρώθηκε παίρνοντας την τελική του μορφή. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0 και για τη δημιουργία ορισμένων διαγραμμάτων το πρόγραμμα Microsoft Office Excel 2007.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο έως το Δεκέμβριο του έτους 2010 στην περιοχή του νομού Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 250 ιατρούς που εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή του νομού Θεσσαλονίκης. Το δείγμα επιλέχθηκε ανάμεσα σε ιατρούς του ΕΣΥ που εργάζονται σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία. Επίσης, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν ιδιώτες ιατροί που είτε έχουν σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο είτε όχι. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χώρο εργασίας των ιατρών. Από τους 250 ιατρούς που τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν στην έρευνα, δέχθηκαν οι 156



(ποσοστό συμμετοχής 62,4%). Ωστόσο, 3 ερωτηματολόγια περιείχαν ελλιπή στοιχεία με αποτέλεσμα να εξαιρεθούν από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση. Συνεπώς, το τελικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη στατιστική ανάλυση αποτελείται από τις απαντήσεις 153 ιατρών.

### **3.2 Ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος**

Από τους 153 ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα οι 106 ήταν άντρες (ποσοστό 69,3%) και οι 47 γυναίκες (ποσοστό 30,7%). Από τους 94 ιατρούς που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα οι 60 ήταν άντρες (ποσοστό 63,8%) και οι 34 γυναίκες (ποσοστό 37,8%). Το 51,6% των ιατρών βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα 25 – 40 έτη, το 26,8% στην ηλικιακή ομάδα 41 – 50 έτη, ενώ το 16,3% στην ηλικιακή ομάδα 51 – 60 έτη. Τέλος, μόλις το 5,2% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνω των 60 ετών.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων εξετάζουμε την ειδικότητα των ιατρών του δείγματος. Το 22,9% των ιατρών ήταν Γενικοί Ιατροί, το 22,9% Παθολόγοι, το 11,1% Παιδίατροι, το 9,2% Καρδιολόγοι, το 8,5% Γυναικολόγοι και το 25,5% ήταν ιατροί άλλων ειδικοτήτων. Επίσης, το 43,8% ήταν ιατροί που εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το 31,4% ήταν ιδιώτες ιατροί που είχαν σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, ενώ το 24,8% ήταν ιδιώτες ιατροί που δεν είχαν σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Τα δημογραφικά στοιχεία των ιατρών του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1 που ακολουθεί.

**Πίνακας 1 Α: Δημογραφικά Στοιχεία των Ιατρών του Δείγματος**

<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο:</b>	
Άρρεν	(106) 69,3%
Θήλυ	(47) 30,7%
<b>Ηλικία:</b>	
25 – 40	(79) 51,6%
41 – 50	(41) 26,8%
51 – 60	(25) 16,3%
61 +	(8) 5,2%
<b>Ειδικότητα:</b>	
Γενικός Ιατρός	(35) 22,9%
Παθολόγος	(35) 22,9%
Παιδίατρος	(17) 11,1%
Καρδιολόγος	(14) 9,2%
Γυναικολόγος	(13) 8,5%
Άλλη Ειδικότητα	(39) 25,5%
<b>Έτη Εργασιακής Εμπειρίας:</b>	
1 – 10	(78) 51,0%
11 – 20	(47) 30,7%
21 – 30	(23) 15,0%
31 +	(5) 3,3%

**Πίνακας 1 Β: Δημογραφικά Στοιχεία των Ιατρών του Δείγματος**

<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Καθεστώς Απασχόλησης:</b>	
Ιδιώτης Ιατρός - Όχι συμβεβλημένος με κάποιο ταμείο	(38) 24,8%
Ιδιώτης Ιατρός - Συμβεβλημένος με κάποιο ταμείο	(48) 31,4%
Ιατρός - ΕΣΥ	(67) 43,8%
<b>Πληθυσμός της περιοχής εργασίας:</b>	
< 5.000 κάτοικοι	(5) 3,3%
5.000 – 15.000 κάτοικοι	(24) 15,7%
15.000 – 30.000 κάτοικοι	(40) 26,1%
> 30.000 κάτοικοι	(84) 54,9%
<b>Αριθμός ασθενών / εβδομάδα:</b>	
< 40 / εβδομάδα	(25) 16,3%
40 – 80 / εβδομάδα	(43) 28,1%
> 80 / εβδομάδα	(85) 55,6%

## **Κεφάλαιο 4**

### **Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων**

#### **4.1 Η στάση των ιατρών απέναντι στο κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.**

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούν τη γνώμη των ιατρών για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν. Το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων διαχωρίζεται σε δυο κατηγορίες. Μια κατηγορία αποτελεί το κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς και είναι το ποσοστό της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος του φαρμακευτικού σκευάσματος. Η άλλη κατηγορία είναι το κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία, δηλαδή τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Οι ιατροί γενικά συμφωνούν με την άποψη: «Όταν επιλέγω μεταξύ δυο φαρμακευτικών σκευασμάτων ίδιας αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, συνταγογραφώ αυτό που ελαχιστοποιεί τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος». Συγκεκριμένα, το 85,6 % των ιατρών συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν με την παραπάνω άποψη, ενώ μόλις το 1,3 % των ιατρών διαφωνούν. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν πως οι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι με το κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2 που ακολουθεί.

**Πίνακας 2: Στατιστικά στοιχεία για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συμφωνώ Απόλυτα	76	49,7	49,7	49,7
Συμφωνώ	55	35,9	35,9	85,6
Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	20	13,1	13,1	98,7
Διαφωνώ	2	1,3	1,3	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Επίσης, η πλειοψηφία των ιατρών γενικά συμφωνούν με την άποψη: «Όταν επιλέγω μεταξύ δυο φαρμακευτικών σκευασμάτων ίδιας αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, συνταγογραφώ αυτό που ελαχιστοποιεί το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης». Συγκεκριμένα, το 64,7 % των ιατρών συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν με την παραπάνω άποψη, ενώ το 8,5 % των ιατρών διαφωνούν. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών είναι ευαισθητοποιημένοι με το κόστος που αφορά τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη των σκευασμάτων που συνταγογραφούν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3 που ακολουθεί.

**Πίνακας 3: Στατιστικά στοιχεία για τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συμφωνώ Απόλυτα	41	26,8	26,8	26,8
Συμφωνώ	58	37,9	37,9	64,7
Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	41	26,8	26,8	91,5
Διαφωνώ	13	8,5	8,5	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελεί πως κανένας ιατρός δεν διαφώνησε απόλυτα με τις παραπάνω απόψεις. Επίσης, κατά τη στατιστική ανάλυση δεν βρέθηκε καμία στατιστική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ιατρών όπως το φύλο, η ηλικία και η ειδικότητα, με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ξεκάθαρα η τάση των ιατρών να συνταγογραφούν σκευάσματα που μειώνουν τόσο το κόστος της συμμετοχής των ασθενών όσο και το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης. Επίσης, ένα στοιχείο που προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι πως οι ιατροί λαμβάνουν περισσότερο υπόψη το κόστος που επιβαρύνει τους ασθενείς σε σύγκριση με το κόστος που επιβαρύνει τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Αυτό φαίνεται από τα ποσοστά των απαντήσεων καθώς το 85,6 % των ιατρών, γενικά συμφωνούν πως λαμβάνουν υπόψη κατά τη συνταγογράφηση το κόστος της συμμετοχής των ασθενών, ενώ μόνο το 64,7 % των ιατρών, γενικά συμφωνούν πως λαμβάνουν υπόψη κατά τη συνταγογράφηση το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Προς επίρρωση του παραπάνω συμπεράσματος ακολουθούν τα αποτελέσματα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ιατροί στον ισχυρισμό: «Όταν συνταγογραφώ ένα φαρμακευτικό σκεύασμα με ενδιαφέρει περισσότερο να μειωθεί το κόστος της συμμετοχής του ασθενούς, από το να μειωθεί το κόστος της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης». Το 52,9 % των ιατρών γενικά συμφωνούν με την παραπάνω άποψη, ενώ το 21 % των ιατρών γενικά διαφωνούν. Συγκεκριμένα, το 18,3 % των ιατρών συμφωνούν απόλυτα, το 34,6 % των ιατρών συμφωνούν, το 26,1 % των ιατρών ούτε συμφωνούν/ούτε διαφωνούν, το 20,3% των ιατρών διαφωνούν και μόλις το 0,7 % των ιατρών διαφωνούν απόλυτα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4 που ακολουθεί.

**Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και για τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συμφωνώ Απόλυτα	28	18,3	18,3	18,3
Συμφωνώ	53	34,6	34,6	52,9
Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	40	26,1	26,1	79,1
Διαφωνώ	31	20,3	20,3	99,3
Διαφωνώ Απόλυτα	1	,7	,7	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Κατά την ανάλυση των δεδομένων δεν βρέθηκε καμία στατιστική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ιατρών όπως το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα και το καθεστώς απασχόλησης με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

#### **4.2 Η επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς σχετικά με το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.**

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούν την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς σχετικά με ζητήματα κόστους. Οι ιατροί γενικά συμφωνούν με την άποψη: «Όταν συνταγογραφώ ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, είναι σημαντικό να αναφέρω στους ασθενείς μου το κόστος που θα επωμισθούν». Συγκεκριμένα, το 71,9 % των ιατρών γενικά συμφωνούν, ενώ το 11,7 % των ιατρών γενικά διαφωνούν με τον παραπάνω ισχυρισμό. Συνεπώς, μπορούμε να ισχυριστούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών θεωρεί σημαντικό να πραγματοποιούνται αναφορές στο κόστος συμμετοχής των ασθενών κατά τη

συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5 που ακολουθεί.

**Πίνακας 5: Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συμφωνώ Απόλυτα	46	30,1	30,1	30,1
Συμφωνώ	64	41,8	41,8	71,9
Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	25	16,3	16,3	88,2
Διαφωνώ	12	7,8	7,8	96,1
Διαφωνώ Απόλυτα	6	3,9	3,9	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Συνεχίζοντας την ανάλυση, θα εξετάσουμε τη στάση των ιατρών απέναντι στη δεύτερη κατηγορία κόστους που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία και κατ' επέκταση τον κρατικό προϋπολογισμό και είναι η συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως οι ιατροί γενικά διαφωνούν με την άποψη: «Όταν συνταγογραφώ ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, είναι σημαντικό να αναφέρω στους ασθενείς μου το κόστος που επιβαρύνει τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη». Συγκεκριμένα, το 38,1 % των ιατρών γενικά διαφωνούν, ενώ το 27,5 % των ιατρών γενικά συμφωνούν με τον παραπάνω ισχυρισμό. Τα αποτελέσματα αυτά μας επιτρέπουν να εξάγουμε το συμπέρασμα πως οι ιατροί, κατά τη συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος, δεν θεωρούν σημαντικό να πραγματοποιούνται αναφορές στο κόστος που αφορά τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6 που ακολουθεί.



**Πίνακας 6: Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συμφωνώ Απόλυτα	11	7,2	7,2	7,2
Συμφωνώ	31	20,3	20,3	27,5
Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	53	34,6	34,6	62,1
Διαφωνώ	48	31,4	31,4	93,5
Διαφωνώ Απόλυτα	10	6,5	6,5	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Στη συνέχεια της ανάλυσης εξετάζεται η συχνότητα με την οποία οι ιατροί πραγματοποιούν, κατά τη συνταγογράφηση, αναφορές στο κόστος. Οι ιατροί απάντησαν στην ερώτηση: «Με ποια συχνότητα αναφέρετε στους ασθενείς σας το κόστος που θα επωμισθούν πριν συνταγογραφήσετε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα;». Το 24,8 % των ιατρών, όταν συνταγογραφούν ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, αναφέρουν πάντα ή τις περισσότερες φορές στους ασθενείς τους το κόστος που θα επωμισθούν. Αντίστοιχα, το 35,3 % των ιατρών, όταν συνταγογραφούν ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, δεν αναφέρουν ποτέ ή αναφέρουν σπάνια στους ασθενείς τους το κόστος που θα επωμισθούν. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 7 που ακολουθεί.

**Πίνακας 7: Στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα που επικοινωνούν ιατροί και ασθενείς για ζητήματα κόστους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάντα	4	2,6	2,6	2,6
Τις Περισσότερες Φορές	34	22,2	22,2	24,8
Μερικές Φορές	61	39,9	39,9	64,7
Σπάνια	43	28,1	28,1	92,8
Ποτέ	11	7,2	7,2	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 5, το 71,9 % των ιατρών, όταν συνταγογραφούν ένα φαρμακευτικό σκεύασμα θεωρούν σημαντικό να αναφέρουν στους ασθενείς τους το κόστος που θα επωμισθούν. Ωστόσο, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, μόλις το 24,8 % των ιατρών πραγματοποιούν πάντα ή τις περισσότερες φορές αναφορές στο κόστος. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη μιας σειράς παραγόντων που δρουν ανασταλτικά στην επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς σχετικά με ζητήματα κόστους. Ενώ η πλειοψηφία των ιατρών θεωρεί σημαντική την ενημέρωση των ασθενών για το κόστος των φαρμάκων, εντούτοις μόλις ένας στους τέσσερεις ιατρούς πραγματοποιεί αναφορές στο κόστος κατά τη συνταγογράφηση. Το συμπέρασμα αυτό αναλύεται διεξοδικά στη συνέχεια της έρευνας με αναφορές σε ορισμένους παράγοντες που εμποδίζουν την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς.

Στη συνέχεια, εξετάζεται η συχνότητα με την οποία πραγματοποιούνται αναφορές στο κόστος της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Οι ιατροί απάντησαν στη ερώτηση: «Με ποια συχνότητα αναφέρετε στους ασθενείς σας το κόστος που

επιβαρύνει τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη (ασφαλιστικά ταμεία), πριν συνταγογραφήσετε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα;». Το 69,3 % των ιατρών δεν αναφέρει ποτέ ή αναφέρει σπάνια στους ασθενείς το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης. Αντιθέτως, μόλις το 5,9 % των ιατρών αναφέρουν τις περισσότερες φορές στους ασθενείς τους τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη του φαρμακευτικού σκεύασματος που συνταγογραφούν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 8 που ακολουθεί.

**Πίνακας 8: Στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα που επικοινωνούν ιατροί και ασθενείς για ζητήματα κόστους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Τις Περισσότερες Φορές	9	5,9	5,9	5,9
Μερικές Φορές	38	24,8	24,8	30,7
Σπάνια	73	47,7	47,7	78,4
Ποτέ	33	21,6	21,6	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Όπως στην πρώτη κατηγορία κόστους έτσι και στη δεύτερη παρατηρείται μια αντίθεση. Ενώ το 27,5 % των ιατρών θεωρούν σημαντικό κατά τη συνταγογράφηση να πραγματοποιούνται αναφορές στο κόστος που επιβαρύνει τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη, μόνο το 5,9 % των ιατρών πραγματοποιούν τις περισσότερες φορές τέτοιου είδους αναφορές, ενώ κανείς ιατρός δεν αναφέρει πάντα στους ασθενείς του το κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία.

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα τις έρευνας, ενώ οι ιατροί θεωρούν σημαντικό να γίνονται αναφορές στο κόστος κατά τη συνταγογράφηση, αυτές πραγματοποιούνται σπάνια. Κάποιοι παράγοντες δρουν ανασταλτικά στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών σχετικά με ζητήματα κόστους. Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έφερε στην επιφάνεια μια σειρά από παράγοντες που αποτελούν εμπόδια στην επικοινωνία των ιατρών και των ασθενών σχετικά με το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούνται. Στην έρευνα αυτή ζητήθηκε από τους ιατρούς να αξιολογήσουν αυτούς τους παράγοντες και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 9 που ακολουθεί.

**Πίνακας 9: Στατιστικά στοιχεία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους**

<b>Παράγοντες</b>	<b>(Αρ. Απαντήσεων) %</b>
Περιορισμένος Χρόνος	(112) 73,2 %
Αναφορές στο κόστος μπορεί να παρερμηνευτούν και να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης	(95) 62,1 %
Δεν αισθάνομαι άνετα	(63) 41,2 %
Θεωρώ πως δεν είναι δική μου αρμοδιότητα	(38) 24,8 %
Δεν γνωρίζω το κόστος ή το ποσοστό συμμετοχής του ασθενούς	(20) 13,1 %

Σύμφωνα με τους ιατρούς ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει ανασταλτικά την επικοινωνία ιατρών και ασθενών για ζητήματα κόστους είναι ο

περιορισμένος χρόνος. Από τους 153 ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα οι 112 από αυτούς (ποσοστό 73,2%) απάντησαν πως ο περιορισμένος χρόνος είναι ένας λόγος για τον οποίο δεν θα συζητούσαν με τους ασθενείς τους το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν. Ο δεύτερος παράγοντας, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ιατρών, είναι η άποψη πως οι αναφορές στο κόστος μπορεί να παρερμηνευτούν από τους ασθενείς και να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης. Ο παράγοντας αυτός σημειώθηκε από 95 ιατρούς και συγκέντρωσε ποσοστό 62,1%. Από τους 153 ιατρούς, οι 63 ιατροί (ποσοστό 41,2%) απάντησαν πως δεν θα συζητούσαν με τους ασθενείς τους το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν επειδή δεν αισθάνονται άνετα, ενώ 38 ιατροί (ποσοστό 24,8%) επειδή θεωρούν πως δεν είναι δική τους αρμοδιότητα. Τέλος, 20 ιατροί (ποσοστό 13,1%) δεν θα συζητούσαν με τους ασθενείς τους για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν επειδή δεν γνωρίζουν το κόστος του φαρμάκου ή το ποσοστό συμμετοχής του ασθενούς.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ιατρών, ο τελευταίος παράγοντας που δρα ανασταλτικά στην επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς είναι η ελλιπής ενημέρωση των ιατρών σχετικά με το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ο παράγοντας αυτός αναλύεται διεξοδικά στην επόμενη ενότητα της έρευνας με αναφορές στις πηγές πληροφόρησης από τις οποίες οι ιατροί αντλούν στοιχεία για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

### **4.3 Η γνώση και η πληροφόρηση των ιατρών για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν.**

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούν τη γνώση των ιατρών για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν. Το 43,8% των ιατρών γνωρίζουν πάντα ή τις περισσότερες φορές την τιμή του φαρμακευτικού σκευάσματος που συνταγογραφούν. Το 35,9% των ιατρών γνωρίζουν μερικές φορές την τιμή του φαρμακευτικού σκευάσματος που συνταγογραφούν, ενώ το 20,2% των ιατρών δεν γνωρίζουν ποτέ ή γνωρίζουν σπάνια την τιμή του φαρμάκου που συνταγογραφούν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 10 που ακολουθεί.

**Πίνακας 10: Στατιστικά στοιχεία για την ενημέρωση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάντα	9	5,9	5,9	5,9
Τις Περισσότερες Φορές	58	37,9	37,9	43,8
Μερικές Φορές	55	35,9	35,9	79,7
Σπάνια	25	16,3	16,3	96,1
Ποτέ	6	3,9	3,9	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Επίσης, ζητήθηκε από τους ιατρούς να απαντήσουν αν κατά τη διαδικασία της συνταγογράφησης συγκρίνουν τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων που έχουν ίδια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Μόλις, το 15,7% των ιατρών απάντησαν πως

πριν συνταγογραφήσουν ένα φαρμακευτικό σκεύασμα συγκρίνουν πάντα ή τις περισσότερες φορές την τιμή του με την τιμή άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων ίδιας αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Το 39.9% των ιατρών απάντησαν πως μερικές φορές ακολουθούν τη διαδικασία σύγκρισης των τιμών, ενώ το 44,5% των ιατρών δεν συγκρίνουν ποτέ ή συγκρίνουν σπάνια τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 11 που ακολουθεί.

**Πίνακας 11: Στατιστικά στοιχεία για την ενημέρωση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάντα	4	2,6	2,6	2,6
Τις Περισσότερες Φορές	20	13,1	13,1	15,7
Μερικές Φορές	61	39,9	39,9	55,6
Σπάνια	52	34,0	34,0	89,5
Ποτέ	16	10,5	10,5	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν πως η ενημέρωση των ιατρών για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι ελλιπής, γεγονός που αποδεικνύεται από το χαμηλό ποσοστό (43,8%) των ιατρών που γνωρίζουν πάντα ή τις περισσότερες φορές την τιμή του φαρμάκου που συνταγογραφούν. Επίσης, μόλις το 15,7% των ιατρών ακολουθούν τη διαδικασία σύγκρισης τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων που έχουν ίδια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει την έλλειψη κινήτρων που θα μπορούσε να προσφέρει στους ιατρούς ένα ολοκληρωμένο

σύστημα συνταγογράφησης, με σκοπό την υιοθέτηση μιας οικονομικά ορθολογικής συμπεριφοράς κατά τη συνταγογράφηση. Στην επόμενη ενότητα της εργασίας παρουσιάζονται συστήματα συνταγογράφησης που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες και προσφέρουν τέτοιου είδους κίνητρα.

Τέλος, ζητήθηκε από τους ιατρούς να αναφέρουν από ποιες πηγές πληροφόρησης αντλούν στοιχεία για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Από τους 153 ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα οι 113 (ποσοστό 73,9%) απάντησαν πως αντλούν πληροφορίες για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούν από τα επιστημονικά περιοδικά και των ιατρικό τύπο. Το 64,1% των ιατρών ενημερώνεται για τις τιμές των φαρμάκων από τους ιατρικούς επισκέπτες, ενώ το 52,9% των ιατρών από το διαδίκτυο. Επίσης, το 48,4% των ιατρών αντλούν πληροφορίες από τα έντυπα που συνοδεύουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ το 22,2% από συναδέλφους τους ιατρούς. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 12 που ακολουθεί.

**Πίνακας 12: Στατιστικά στοιχεία για τις πηγές πληροφόρησης**

<b>Πηγές Πληροφόρησης</b>	<b>(Αρ. Απαντήσεων) %</b>
Επιστημονικά Περιοδικά / Ιατρικός Τύπος	(113) 73,9 %
Ιατρικοί Επισκέπτες	(98) 64,1 %
Διαδίκτυο	(81) 52,9 %
Έντυπα Φαρμακευτικών Σκευασμάτων	(74) 48,4 %
Συναδέλφοι Ιατροί	(34) 22,2 %



## Κεφάλαιο 5

### Συμπεράσματα και Προτάσεις

Στην έρευνα αυτή μελετήθηκε η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση και παρουσιάστηκαν οι παράγοντες που τους επηρεάζουν κατά τη διαδικασία αυτή. Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στον παράγοντα του κόστους των φαρμακευτικών σκευασμάτων το οποίο αναλύθηκε σε δυο κατηγορίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 85,6 % των ιατρών συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν, ότι το κόστος που επιβαρύνει τους ασθενείς διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη διαδικασία επιλογής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος. Τα στοιχεία της έρευνας αποδεικνύουν πως οι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι με την πρώτη κατηγορία κόστους, δηλαδή αυτό που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βοστώνη των ΗΠΑ το 2006, το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών ανήλθε στο 91 % αποδεικνύοντας πως και στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, οι ιατροί είναι εξίσου ευαισθητοποιημένοι με το κόστος που επιβαρύνει τους ασθενείς (Shrank, Joseph, Choudhry, Young, Ettner, et al, 2006).

Στη συνέχεια μελετήθηκε η στάση των ιατρών απέναντι στη δεύτερη κατηγορία κόστους, αυτή που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία. Το 64,7 % των ιατρών συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν, ότι το κόστος που επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη διαδικασία επιλογής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν πως οι ιατροί λαμβάνουν περισσότερο υπόψη το κόστος που επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς σε σύγκριση με το κόστος που επιβαρύνει τους ασφαλιστικούς φορείς. Στην έρευνα που

πραγματοποιήθηκε στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε σε 80% (Shrank, Joseph, Choudhry, Young, Ettner, et al, 2006). Η διαφορά αυτή μπορεί να εξηγηθεί από τον ιδιωτικό χαρακτήρα που διέπει τόσο το σύστημα υγείας, όσο και το ασφαλιστικό σύστημα των ΗΠΑ.

Ένα ακόμη στοιχείο που μελετήθηκε αφορά την επικοινωνία ιατρών και ασθενών σχετικά με ζητήματα κόστους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (71,9%) θεωρεί σημαντικό κατά τη συνταγογράφηση, να αναφέρει στους ασθενείς το κόστος που θα επωμισθούν. Ωστόσο, μόλις ένας στους τέσσερεις ιατρούς πραγματοποιεί πάντα ή τις περισσότερες φορές αναφορές στο κόστος. Επίσης, το 69,3% των ιατρών δεν αναφέρει ποτέ ή αναφέρει σπάνια στους ασθενείς το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης. Το στοιχείο αυτό δείχνει πως κάποιοι παράγοντες δρουν ανασταλτικά στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών σχετικά με ζητήματα κόστους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 73,9 % των ιατρών θεωρεί τον περιορισμένο χρόνο ως το σημαντικότερο παράγοντα που δρα ανασταλτικά στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών σχετικά με ζητήματα κόστους. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει την έλλειψη χρόνου και την πίεση που ασκείται στους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο περιορισμένος αριθμός ιατρών σε συνδυασμό με την αναποτελεσματική δομή του ΕΣΥ, οδηγούν στη συρρίκνωση του χρόνου που μπορεί να διαθέσει ο ιατρός σε κάποιον ασθενή.

Ο δεύτερος παράγοντας, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ιατρών, είναι η άποψη πως οι αναφορές στο κόστος μπορεί να παρερμηνευτούν από τους ασθενείς και να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης. Επίσης, ο τρίτος παράγοντας είναι ότι οι ιατροί δεν αισθάνονται άνετα όταν πραγματοποιούν αναφορές στο κόστος. Τα

στοιχεία αυτά αποδεικνύουν την ελλιπή εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα επικοινωνίας και διαχείρισης των καταστάσεων που προκύπτουν όταν πραγματοποιούνται αναφορές στο κόστος. Επίσης, η αντίληψη που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών ότι η ακριβότερη θεραπεία είναι και η αποτελεσματικότερη, δημιουργεί παρερμηνείες και αποτελεί τροχοπέδη στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών. Ένας τρόπος να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών είναι η εκπαίδευση των ιατρών και η ενθάρρυνση τους ώστε να πραγματοποιούν αναφορές στο κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Επίσης, η ενθάρρυνση των ασθενών και η ενημέρωσή τους από την πολιτεία αποτελεί την άλλη όψη του νομίσματος. Την τελευταία δεκαετία στις ΗΠΑ, ο American Association of Retired Persons (AARP) πραγματοποίησε μια καμπάνια που είχε ως στόχο την ενημέρωση των ασθενών για τα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν από την βελτίωση της επικοινωνίας τους με τους ιατρούς (Alexander, Casalino, Tseng, McFadden & Meltzer, 2004). Μια αντίστοιχη ενημερωτική εκστρατεία στην Ελλάδα θα μπορούσε να αποφέρει κάποια αποτελέσματα κυρίως στους τομείς της πληροφόρησης και της ενθάρρυνσης των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως μόλις το 43,8% των ιατρών γνωρίζει πάντα ή τις περισσότερες φορές την τιμή του φαρμακευτικού σκευάσματος που συνταγογραφεί. Το γεγονός αυτό επηρεάζει αυξητικά τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη καθώς αυξάνει το κόστος συνταγογράφησης. Έρευνες έχουν αποδείξει πως η ελλιπής γνώση των ιατρών σχετικά με τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων συσχετίζεται με την τάση τους να υποτιμούν το κόστος των ακριβών σκευασμάτων και να υπερεκτιμούν τις τιμές των φθηνότερων (Allan, Lexchin & Wiebe, 2007). Η υλοποίηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που θα παρότρυνε τους ιατρούς να ενημερωθούν για το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων, θα μπορούσε να

εξοικονομήσει σημαντικούς πόρους από την συνεχώς διογκούμενη φαρμακευτική δαπάνη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που αυξάνουν το κόστος συνταγογράφησης και κατ' επέκταση τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη, είναι η απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος συνταγογράφησης που θα προσέφερε κίνητρα στους ιατρούς ώστε να υιοθετήσουν μια οικονομικά ορθολογική συμπεριφορά κατά τη συνταγογράφηση. Υπάρχουν παραδείγματα χωρών που εφαρμόζουν τέτοια συστήματα και έχουν επιτύχει δραστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Τις τελευταίες δεκαετίες, η Αγγλία εισήγαγε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της στοιχεία όπως το cash-limited, το unified budgets και increased monitoring of prescribing με σκοπό τον εξορθολογισμό και τον έλεγχο των συνταγογράφων ιατρών (Prosser & Walley, 2005). Ωστόσο, βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων αποτελεί η υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται να ολοκληρωθεί στη χώρα μας το 2011 και μελλοντικές έρευνες θα αποδείξουν αν το πρόγραμμα αυτό θα αποφέρει πραγματική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και θα εξορθολογήσει το σύστημα συνταγογράφησης.

## **Βιβλιογραφία**

Alexander GC, Casalino LP, Meltzer DO, (2003), “Patient-physician communication about out-of-pocket costs”, *Jama*, Vol 290, 953-958.

Alexander GC, Casalino LP, Meltzer DO, (2005), “Physician strategies to reduce patients’ out-of-pocket costs”, *Arch Intern Med*, Vol 165, 633-636.

Alexander GC, Casalino LP, Tseng C-W, McFadden D, Meltzer DO, (2004), “Barriers to patient-physician communication about out-of-pocket costs”, *J Gen Intern Med*, Vol 19, 856-860.

Allan G. Michael, Lexchin Joel, Wiebe Natasha, (2007), “Physician Awareness of Drug Cost: A Systematic Review”, *PLoS Med*, Vol 4, 283.

Grosse-Tebbe Susanne, Figueras Josep, (2004), “Snapshots of health systems”, *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Hassell K, Atella V, Schafheutle EI, Weiss MC, Noyce PR., (2003), “Cost to the patient or cost to the healthcare system? Which one matters the most for GP prescribing decisions? A UK-Italy comparison”, *Eur J Public Health*, Vol 13, 18-23.

Karokis A., (1996), “Demand for primary health care and the creation of the unified fund in Greece”. *Proceedings of the 5th Hellenic Conference on Health Economics: The Prospects for a Unified Fund in Greece*.

Mossialos E., Allin S., Davaki K., (2005), “Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, Vol 14, 151–168.

Prosser H., Walley T., (2005), “A qualitative study of GPs’ and PCO stakeholders’ views on the importance and influence of cost on prescribing”, *Social Science & Medicine*, Vol 60, 1335–1346.

Shrank H. William, Fox A. Sarah, Kirk Adele, Ettner L. Susan, Cantrell H. Claïressa, Glassman Peter, Asch M. Steven, (2006), “The Effect of Pharmacy Benefit Design on Patient-Physician Communication About Costs”, *J Gen Intern Med*, Vol 21, 334–339.

Shrank WH, Joseph GJ, Choudhry NK, Young HN, Ettner SL, (2006), “Physicians’ perceptions of relevant prescription drug costs: Do costs the individual patient or to the population matter most? ”, *Am J Manag Care*, Vol 12, 545–551.

Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V., Liaropoulos L, (2008), “Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins.”, *Science Direct Health Policy*, Vol 88, 282–293.

Tarn M. Derjung, Paterniti A. Debora, Heritage John, Hays D. Ron. Kravitz L. Richard, Wenger S. Neil, (2006), “Physician Communication About the Cost and Acquisition of Newly Prescribed Medications”, *Am J Manag Care*, Vol 12, 657-664.

Theodorou M., Tsiantou V., Pavlakis A., Maniadakis N., Fragoulakis V., Pavi E., Kyriopoulos J., (2009), “Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”, *BMC Health Services Research*, Vol. 9, 150.

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας.

Διαθέσιμο: [www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database)