



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΟΠΑΔ ΑΠΟ ΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΕ ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ  
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**  
**ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΑΝΔΡΙΑΝΑ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ**  
**ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ (επιβλέπουσα καθηγήτρια)**  
**ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**  
**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**

**ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013**  
**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΘΕΜΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΟΠΑΔ ΑΠΟ ΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΕ ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ  
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΟΠΑΔ ΑΠΟ ΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΕ ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ  
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**  
**ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΑΝΔΡΙΑΝΑ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ**  
**ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ (επιβλέπουσα καθηγήτρια)**  
**ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**  
**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**

**ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013**

**ΣΠΑΡΤΗ**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΥΓΕΙΑ</b> .....  | <b>12</b> |
| 1.1. Η Υγεία ως Φιλοσοφική και Θρησκευτική Θεώρηση .....                               | 12        |
| 1.2. Η Σύγχρονη Έννοια της Υγείας .....  | 14        |
| 1.3. Πολιτικές Υγείας.....   | 15        |
| 1.4. Η Ιδιομορφία του Αγαθού «Υγεία».....  | 18        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....                                   | <b>21</b> |
| 2.1 Η Έννοια της Ποιότητας.....  | 21        |
| 2.2 Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας .....                                 | 21        |
| 2.2.1 Κριτήρια Αξιολόγησης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας .....                   | 23        |
| 2.2.2 Οφέλη της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας .....                                  | 24        |
| 2.2.3 Ικανοποίηση Χρηστών και Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας.....                            | 27        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ</b> .....  | <b>30</b> |
| 3.1 Η Επιστήμη της Πληροφορικής και το Διαδίκτυο.....                                  | 30        |
| 3.2 Ηλεκτρονική Υγεία.....   | 31        |
| 3.2.1 Σκοπός της Ηλεκτρονικής Υγείας .....   | 32        |
| 3.3 Εφαρμογές – Λειτουργίες της Ηλεκτρονικής Υγείας .....                              | 35        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ</b> .....   | <b>37</b> |
| 4.1 Η Συνταγογράφηση ως Ιατρική Πράξη .....  | 37        |
| 4.2 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση (e-prescribing).....                                    | 38        |
| 4.3 Λειτουργία της Εφαρμογής της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην Ελλάδα. 40          |           |
| 4.4 Πρόσθετες Λειτουργίες και Συστατικά Στοιχεία της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης..... | 41        |

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| 4.5  | Πλεονεκτήματα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης ..... | 43        |
| 4.6  | Μειονεκτήματα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.....      | 46        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....</b> |  | <b>48</b> |
| <b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>                           |  | <b>54</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΚΟΠΟΣ .....</b>                    |  | <b>54</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>               |  | <b>54</b> |
| 7.1  | Υλικό και Μέθοδος.....                               | 54        |
| 7.2  | Επεξεργασία Αποτελεσμάτων .....                      | 55        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>             |  | <b>57</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>                 |  | <b>74</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>                           |  | <b>78</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>                              |  | <b>81</b> |

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Τσιρώνη Μαρία, για την καθοδήγηση, την άμεση και ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας και για τα χρήσιμα και εποικοδομητικά σχόλια που μου έκανε.

Είμαι ευγνώμων στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, κο Πρεζεράκο Παναγιώτη και Σουλιώτη Κυριάκο, για την εμπιστοσύνη που μου επέδειξαν και την πολύτιμη υποστήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστώ πολύ όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις που μου πρόσφεραν.

Επίσης, ευχαριστώ τον Τάσο για τη βοήθειά του στην τεχνική διαμόρφωση του κειμένου.

Ευχαριστώ τους φίλους και τις φίλες μου για την ηθική υποστήριξή τους.

Πάνω απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την αδερφή μου Αγγελική και τους γονείς μου Δημήτρη και Μπέττυ για την ολόψυχη αγάπη και την ηθική και οικονομική υποστήριξή τους όλα αυτά τα χρόνια.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας εισάγουν τις «συνταγές» των φαρμάκων και των παρακλινικών εξετάσεων σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα συλλογής δεδομένων, δημιουργώντας «ηλεκτρονικές συνταγές», αντί για χειρόγραφες. Στη χώρα μας ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τις 18 Οκτωβρίου 2010 στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών, ενώ η υποχρεωτική εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ξεκίνησε από 1/1/2012.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και η αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου της περιφέρειας.

**Υλικό – Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν ιδιώτες ιατροί του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, οι οποίοι εργάζονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές σε όλη την Ελλάδα. Για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο στάλθηκε ηλεκτρονικά και αποτελούνταν από ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν σε δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, και ερωτήσεις που αφορούσαν στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Microsoft Office Excel 2007 και του SPSS 18.0

**Αποτελέσματα:** Συγκεντρώθηκαν 130 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Οι άνδρες αποτέλεσαν την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (74,62%) . Η πλειοψηφία των ιατρών (93,58%) κάνουν χρήση του διαδικτύου για να αντλήσουν κλινικές πληροφορίες και 71,54% των ερωτηθέντων χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση κατέχει 86,92% του συνόλου της συνταγογράφησης των ιατρών του δείγματος. ασθενείς που επισκέπτονται τον ιατρό συνταγογραφούνται ηλεκτρονικά. 64,61% του δείγματος επιβεβαιώνει ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αντιμετωπίζει συχνά πρόβλημα με την ανταπόκριση του και 69,03% των ιατρών θεωρούν ότι η χειρόγραφη διαδικασία είναι λιγότερο χρονοβόρα από την ηλεκτρονική. Τέλος, ικανοποίηση από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναφέρουν μόλις 46,02% των ερωτηθέντων.

**Συμπεράσματα:** Παρότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιατρών ήταν πρόθυμη να εφαρμόσει το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μεγάλο ποσοστό αυτών δεν έμειναν ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι περισσότεροι ιατροί θεωρούν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι πιο χρονοβόρα απ' ότι ήταν η χειρόγραφη παρ' όλα αυτά πιστεύουν ότι μειώνεται η πιθανότητα λάθους. Συνεπώς, το σύστημα της ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση κυρίως σε λειτουργικά ζητήματα προκειμένου να είναι ικανοποιητικό και αποδοτικό τόσο για τους παρόχους όσο και για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** ικανοποίηση, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονική υγεία, ιδιωτικός τομέας υγείας.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Electronic prescribing is a process by which health professionals enter the drugs recipe and paraclinical tests prescriptions in an automated data collection system, creating electronic prescriptions instead of handwritten. The e-prescribing system, in our country, was applied on the 18th of October 2010 on the insurance fund of self-employed while the mandatory application of this system for all insurance funds started at the 1st of January 2012.

**Aim:** The purpose of this study was to investigate and record the satisfaction of private doctors of Public Insurance Fund in rural areas.

**Materials-methods:** The sample consisted of private doctors who were contracted to Public Insurance Fund and worked in suburban and rural areas throughout Greece. The necessary information was collected by using a questionnaire which was electronically sent and was consisted of questions concerned on demographic and business information and questions concerning on the electronic processing of the e-prescribing system. The processing of the questionnaires was performed using Microsoft Office Excel 2007 and SPSS 18.0

**Results:** 130 completed questionnaires were gathered. The majority of participants were men (74.62%). The majority of the physicians use the internet for clinical information (93.58%) and 71.54% of the respondents use e-files for their patients. 86.92% of prescriptions are e-prescriptions. 64.61% of the sample confirms that the e-prescribing system has problems with its response and 69.03% of the doctors believe that handwritten prescribing is less time consuming than the electronic one. Only 46.02% of the respondents were completely satisfied by the e-prescribing system.

**Conclusions:** However, great majority of the doctors are willing to use the e-prescribing system, ; big percentage of the respondents were not satisfied by the e-prescribing system. Most of the doctors claim that e-prescribing is more time consuming than the handwritten prescriptions. However they do believe that e-prescribing decreased the error rate. As a result, e-prescribing system needs to be improved mainly in operational issues in order to satisfy both providers and users of health services.

**Keywords:** satisfaction, e-prescribing, e-health, private health providers

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ραγδαία ανάπτυξη της πληροφορικής που παρατηρείται από τη δεκαετία του 1970, με την ανακάλυψη των μικροεπεξεργαστών και τη συνεργασία της πληροφορικής με τις τηλεπικοινωνίες, καθώς και η ανάπτυξη του διαδικτύου το 1990, είχαν ως αποτέλεσμα την αλματώδη αύξηση των πληροφοριών που συγκεντρώνονται, επεξεργάζονται ή/και διακινούνται με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα. Οι αλλαγές αυτές επηρέασαν τον τομέα της υγείας, συμβάλλοντας θετικά στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και στην εξατομίκευση του τρόπου παροχής τους.

Με τον όρο ηλεκτρονική υγεία περιγράφεται η εφαρμογή τεχνολογιών, πληροφοριών και επικοινωνιών σε όλο το φάσμα των λειτουργιών που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας. Η ηλεκτρονική υγεία έχει τη δυναμική να γίνει ένας κεντρικός δομικός παράγοντας για τη φροντίδα υγείας στην κοινωνία της πληροφορίας του μέλλοντος, συνεισφέροντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας υγείας.

Η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να θεωρηθεί ως μια από τις κύριες εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι η χρήση ενός αυτοματοποιημένου συστήματος εισαγωγής δεδομένων για να παραχθεί μια συνταγή. Αυτός ο ορισμός δεν διευκρινίζει τη φύση της συσκευής ή του λογισμικού εισαγωγών δεδομένων ή του βαθμού στον οποίο η συνταγή διαβιβάζεται ηλεκτρονικά πέρα από τα γραφεία των ιατρών.

Διάφορες έρευνες ασχολήθηκαν με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή της είχε πολλά οφέλη στον τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα: την ασφάλεια του ασθενούς μέσω της παραγωγής ευανάγνωστων συνταγών που έχουν ελεγχθεί από τον υπολογιστή, την επικοινωνία των συνταγών στα φαρμακεία, με συνέπεια την παραλαβή καθαρών, ευανάγνωστων συνταγών και τέλος την ικανοποίηση τόσο των παρόχων όσο και των χρηστών υπηρεσιών υγείας λόγω της γρήγορης εκτέλεσης των συνταγών με επακόλουθο λιγότερα λάθη.

Στη χώρα μας η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τις 18 Οκτωβρίου 2010 στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), στις 24/1/2011 εντάχθηκαν δύο από τα μεγαλύτερα υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ) στην Ελλάδα (Περιστέρι – Αιγάλεω), από 1η Δεκεμβρίου 2011 εντάχθηκαν όλα τα υποκαταστήματα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, από 1/03/2011 ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και από 1η Ιουνίου 2011 ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η υποχρεωτική εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ξεκίνησε από 1/1/2012.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών από τη στιγμή που ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μέχρι και σήμερα. Είναι πολύ σημαντική η συγκεκριμένη διερεύνηση, καθώς δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες (π.χ. Αγγλία, Σουηδία), ενώ τα αποτελέσματα θα οδηγήσουν στην κατανόηση των πλεονεκτημάτων του συστήματος και στη μελλοντική αντιμετώπιση των πιθανών μειονεκτημάτων.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΥΓΕΙΑ

#### 1.1. Η Υγεία ως Φιλοσοφική και Θρησκευτική Θεώρηση

Στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας οι μεταφυσικές αντιλήψεις, μαγικές ή θρησκευτικές, κυριαρχούσαν στην ερμηνεία του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Στις πρωτόγονες κοινωνίες τα στοιχεία της φύσης, οι ψυχές των νεκρών, τα άψυχα αντικείμενα θεωρούνταν αιτίες για τη διατήρηση της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας. Η ερμηνεία της υγείας και της αρρώστιας δινόταν μέσω της μαγείας, η οποία σφράγιζε το χαρακτήρα των πρωτόγονων αυτών πολιτισμών, προσπαθώντας να εξηγήσει και να συσχετίσει όσα δεν μπορούσαν να γίνουν εύκολα κατανοητά, ή δεν είχαν εμφανή αίτια.[1]

Η *Υγεία* ήταν μια ανθρωπόμορφη δευτερεύουσα θεότητα της Ελληνικής μυθολογίας όπου αναφέρεται στην έννοια της υγείας. Ήταν κόρη του Ασκληπιού, και της Ηπιόνης και εκτός από θεά της υγείας, ήταν θεότητα κάθε καθαρού πράγματος. Στην μυθολογία κατέχει εξέχουσα θέση στην λατρεία του πατέρα της. Ωστόσο, ενώ ο Ασκληπιός συνδέεται άμεσα με την θεραπεία των ασθενειών, η θεά συνδέθηκε με την πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση της κατάστασης της υγείας. Αδέλφια της θεάς Υγείας ήταν η Ακεσώ, η Ιασώ, η Πανάκεια, η Αίγλη και οι δύο Ασκληπιάδες, Ποδαλείριος και Μαχάων, ένδοξοι γιατροί της θεο-ηρωϊκής εποχής. Όταν αναπτύχθηκε η θρησκεία του Ασκληπιού, όλα τα πρόσωπα της οικογενείας του περιέβαλαν αυτόν ως δευτερεύουσες θεότητες καθώς και άλλοι ιδεομορφικοί δαίμονες, όπως ο Τελεσφόρος, θεότητα της ανάρρωσης.[2]

Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών. Η ιπποκράτεια παράδοση αποτέλεσε την αφετηρία μιας νατουραλιστικής προσέγγισης, θεμελιωμένης στην αρχαία φυσιοκρατική σκέψη, στην οποία και βασίστηκε η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η οποία αποτυπώνεται κυρίως στο έργο του Ιπποκράτη «Περί αέρων, υδάτων, τόπων», η υγεία καθορίζεται αφενός με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος (άνεμοι, θερμοκρασία, νερό, έδαφος, τροφή) και αφετέρου με την ατομική συμπεριφορά (διατροφικές συνήθειες, ποτό, σεξουαλικές δραστηριότητες, αλλά και εργασία και ψυχαγωγία). Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων «χυμών» του ανθρώπινου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης χολής και της κίτρινης χολής.[3]

Ο Πλάτωνας στο έργο του «Πολιτεία» προσδιορίζει την υγεία ως την ισόρροπη αλληλεξάρτηση των στοιχείων, «κρατείν τε και κρατείσθαι υπ' αλλήλων». Στον «Τίμαιο», αναφέρεται ότι η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους αρμονίας με το «σύμπαν», το οποίο δεν προσβάλλεται από γήρας και αρρώστιες χάρη στην αρμονική του σύνθεση από τα τέσσερα κοσμογόνα στοιχεία. Άλλωστε, η ελληνική λέξη υγεία σημαίνει την κατάσταση της πληρότητας. Υγιές είναι το ισορροπημένο, το σύμφωνο με τη γενική τάξη. Στη διαμόρφωση της αρμονίας αυτής καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι κοινωνικές συνθήκες. Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν τον σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της ιπποκράτειας σκέψης.[2]

Ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης, κορυφαίος της ιατρικής σχολής του Κρότωνα τον 6ο π.Χ. αιώνα δεν διστάζει να ορίσει την υγεία με όρους δανεισμένους από το πολιτικό λεξιλόγιο της εποχής του. Υγεία ονομάζει την ισονομία, δηλαδή την ισορροπία των δυνάμεων «του υγρού και του ξερού, του πικρού και του γλυκού» στο σώμα. Αυτή η ισονομία συνέχει τόσο την υγεία του πολίτη όσο και την ίδια τη δημοκρατία. Η μοναρχία, αντίθετα, γεννά την αρρώστια και καταστρέφει την «πόλιν» επιβάλλοντας την κυριαρχία ενός στοιχείου επί των άλλων και ανατρέποντας έτσι την ισονομία.[1]

Ανάλογες απόψεις για την υγεία και τη σημασία του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς είχαν αναπτυχθεί πολύ νωρίτερα, όπως από την παραδοσιακή κινεζική ιατρική. Σύμφωνα με την αρχαία κινεζική σκέψη, ο άνθρωπος είναι μικρογραφία του σύμπαντος. Όπως και το σύμπαν, υπόκειται στους νόμους του Ταό, που σημαίνει τρόπος ή οδός και που προκύπτει από την αλληλεπίδραση δύο ενεργειακών αρχών: του γιανγκ και του γιν. Το θετικό-ενεργητικό γιανγκ (αρσενικό, φως) και το αρνητικό-παθητικό γιν (θηλυκό, σκοτάδι) διέπουν το σύμπαν, στο οποίο υπάρχουν πέντε βασικά στοιχεία: το ξύλο, η φωτιά, η γη, το μέταλλο και το νερό, που συνδυάζονται με πέντε πλανήτες, πέντε κατευθύνσεις, πέντε εποχές, πέντε χρώματα, πέντε ήχους, καθώς και με τα πέντε βασικά όργανα του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με τον Ταοϊσμό, υγεία θεωρείται η αρμονία ανάμεσα στα πέντε αυτά βασικά όργανα και τους «χυμούς», σε αντιστοιχία με την ισορροπία των ενεργειακών αρχών γιν και γιανγκ. Οι βασικές ταοϊστικές οδηγίες για την υγεία περιλάμβαναν συστηματικές ασκήσεις, ισορροπημένη διαίτα, έλεγχο της αναπνοής, ηλιοθεραπεία, ομαλή σεξουαλική ζωή.[1]

Στην Ινδία, η βραχμανική ιατρική βασιζόταν επίσης στο πρότυπο των «χυμών» αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πέντε βασικών αρχών (γη, νερό, φωτιά, αέρας, ουρανός), δύο ποιοτήτων (θερμό, ψυχρό), τριών υγρών (χολής, φλέγματος, «αέρος»), έξι σωματικών στοιχείων (χυλός, αίμα, σάρκα, οστά, μεδούλι, σπέρμα), καθώς και την επονομαζόμενη ζωτική δύναμη. Η ισορροπία των υγρών, που επηρεάζεται από τους υπόλοιπους παράγοντες, αποτελούσε την πεμπτουσία της υγείας.[1]

Παρά τις μεταφυσικές τους διαστάσεις, η έμφαση των αρχαίων αυτών θεωριών στις έννοιες της ισορροπίας και της αρμονίας, αποτέλεσαν σημαντική παρακαταθήκη για την εδραίωση του σύγχρονου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ολιστικής ερμηνείας της υγείας.[1]

## **1.2. Η Σύγχρονη Έννοια της Υγείας**

Η πιο απλή και συνηθισμένη απάντηση στο φαινομενικά απλοϊκό ερώτημα «τι είναι υγεία» είναι η «έλλειψη αναπηρίας ή νόσου». Όμως δεν είναι και η πιο πλήρης. Ο εννοιολογικός ορισμός της υγείας καθοριζόταν από την εκάστοτε ιστορική περίοδο, τις κοινωνικές συνθήκες και την πολιτική αντίληψη αναφοράς.[4]

Στη μεγαλύτερη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας βασική αρχή της Υγείας αποτελούσε η ολιστική αντίληψή της ως εσωτερική αρμονία του ατόμου και δυναμική ισορροπία του με την κοινότητα και το περιβάλλον. Η βασική διαφοροποίηση από την ανωτέρω αρχή προέκυψε ως αποτέλεσμα της αλματώδους ανάπτυξης της επιστημονικής σκέψης κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα, οπότε και η αιτιολογική προσέγγιση των νόσων αποτέλεσε τον βασικό πυρήνα της εξέλιξης της ιατρικής. Στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων που ακολούθησαν τη βιομηχανική επανάσταση, η οργάνωση των συστημάτων υγείας προσαρμόστηκε και αναπτύχθηκε με βάση αυτό το μοντέλο. Η μηχανιστική αυτή άποψη παρότι συνέβαλε σταδιακά στην επίλυση προβλημάτων, όπως πχ η δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, είχε εν τούτοις ως αποτέλεσμα την αντίληψη της υγείας αποκλειστικά ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και την αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού ως ένα σύνολο οργάνων που συλλειτουργούν.[4]

Το νοσο-κεντρικό, φαρμακο-κεντρικό μοντέλο ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας που προέκυψε, σταδιακά οδηγήθηκε σε κρίση αφού ακολουθούσε το σύστημα παραγωγής και τους σύγχρονους κανόνες της οικονομικής εξέλιξης,. Παρά την υπεράντληση οικονομικών πόρων απέτυχε να δώσει απάντηση στα μείζονα προβλήματα υγείας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα κ.ά. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα χωρίς αντίστοιχα αποτελέσματα στους δείκτες υγείας και στο αίσθημα ικανοποίησης των χρηστών.[5]

Ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε οδήγησε στην αναζήτηση μιας ολιστικής αντίληψης της έννοιας της υγείας. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας σε έναν κοινό ορισμό έγινε από τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Η κριτική ήταν αναμενόμενη από τη στιγμή που η μεταπολεμική τάση εμπορευματοποίησης και βιομηχανοποίησης της υγείας δεν «επέτρεπε» διαφορετική προσέγγιση και συνεπώς διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας. [5]

Παρ' όλα αυτά, υπό την πίεση και των κοινωνικών κινημάτων της εποχής, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως «ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα». [6]

### 1.3. Πολιτικές Υγείας

Η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες:

- ❖ τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- ❖ την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και
- ❖ την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.[6]

Στα τέλη της δεκαετίας του '80, η ολοένα και μεγαλύτερη κρίση των συστημάτων υγείας οδήγησε σε αναζήτηση νέων πολιτικών και στην αναβάθμιση άλλων. Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1979, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) θεωρήθηκε βασικός μοχλός αυτής της προσπάθειας. Η Π.Φ.Υ. ορίστηκε ως «βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους - άτομα και οικογένειες στην κοινότητα - με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν». Αυτή η προσέγγιση καθιέρωσε

πρώτη φορά μια διαφορετική αντιμετώπιση του πολίτη από απλό αποδέκτη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε ενεργό συμμετέχο. Συγχρόνως έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση - αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας. [7]

Η 34η γενική συνέλευση του Π.Ο.Υ., η οποία πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2000» (Health For All by the year 2000 - HFA 2000). Επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των νοσημάτων, που μπορούν να προληφθούν, και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.[6]

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, θεσμοθετήθηκε το 1986 με την διακήρυξη της Ottawa, η πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion). Με βάση τον ορισμό που δόθηκε «προαγωγή υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους». Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι: «Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια». Για να γίνει αυτό πραγματικότητα απαιτείται, με βάση το χάρτη, όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- ❖ *δημόσια πολιτική*: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών.
- ❖ *υγιές περιβάλλον*: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος -στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας,
- ❖ *υγιή τρόπο ζωής*: με την αύξηση και οργάνωση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,
- ❖ *υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας*: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης”.[6]

Η πολιτική προαγωγής της υγείας επιβεβαιώθηκε το 1997 στο Διεθνές Συνέδριο στη Jakarta. Εν τούτοις, η εξέλιξη των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο – και με οδηγό τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) - «βαδίζει» σταθερά προς την αντίθετη κατεύθυνση. Η ιδεολογική



επιλογή της αγοράς ως του μοναδικού τρόπου προσέγγισης των κοινωνικών αγαθών και η οικονομική επιλογή της δημοσιονομικής σταθερότητας μέσω της μακροχρόνιας λιτότητας και μείωσης των κοινωνικών παροχών οδήγησε στη συνεχή υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η σταδιακή αποψίλωση του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη συνοδεύτηκε από την παραδοχή ότι η μόνη δυνατή απάντηση στη σημερινή κρίση είναι η δημιουργία κλίματος ανταγωνισμού και η ιδιωτικοποίησή τους. Με την τακτική αυτή αποφεύγεται κάθε συζήτηση για την απαξίωση των δημόσιων υπηρεσιών από την ίδια την πολιτεία και προωθείται η παραχώρηση δημόσιων πόρων σε ιδιωτικά κερδοσκοπικά συμφέροντα με χρηματοδότηση μάλιστα από το δημόσιο προϋπολογισμό.[6]

Η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων στη Βρετανία και οι χαμηλοί δείκτες υγείας στις ΗΠΑ δε φαίνεται να πτοούν τους εμπνευστές τους. Ελλείπει κοινωνικού κινήματος αντίστασης και με τη συνενοχή των επαγγελματιών του χώρου, η έννοια της Υγείας σταδιακά επαναπροσδιορίζεται ως «η δυνατότητα του ατόμου να μεγιστοποιεί την παραγωγή και την κατανάλωση αγαθών». Ταυτόχρονα και στα πλαίσια της ίδιας προσέγγισης, αναπτύσσεται το φαινόμενο της ιατροποίησης της ανθρώπινης ύπαρξης ή αλλιώς της καπηλείας της ασθένειας. Ο ιατρικός κόσμος, όλων των ειδικοτήτων, προσφέρει τη δική του «πολύτιμη συμβολή» μέσω της προκλητής ζήτησης. [6]

Στα συστήματα υγείας όπου ο ιατρός αμείβεται με βάση τις υπηρεσίες που προσφέρει (fee for service) του δίνεται κίνητρο να αυξήσει τη ζήτηση για τις υπηρεσίες του, γεγονός που θα του αποφέρει μεγαλύτερα εισοδήματα. Έτσι, ο ιατρός (παραγωγός), μέσω της ειδικής σχέσης εξάρτησης και αντιπροσώπευσης που τον συνδέει με τον ασθενή (καταναλωτή), μπορεί να υποκινήσει την κατανάλωση περισσότερων υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό, το οποίο είναι απότοκο της ασύμμετρης κατανομής γνώσης και πληροφορίας μεταξύ ασθενούς και γιατρού, έχει περιγραφεί ως προκλητή ζήτηση.[8]



**Σχήμα 1 : Καμπύλη Προκλητής Ζήτησης.** Η προκλητή ζήτηση υπάρχει όταν ο ιατρός, δεδομένων των τιμών των ιατρικών υπηρεσιών, μετακινεί την καμπύλη ζήτησης (Σχήμα 1) του ασθενούς προς τα δεξιά, πείθοντας τον ασθενή να αυξήσει την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών.

#### 1.4. Η Ιδιομορφία του Αγαθού «Υγεία»

Πριν μελετήσουμε το αγαθό υγεία, προκειμένου να το χαρακτηρίσουμε ως δημόσιο ή ιδιωτικό, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα βασικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν ένα συγκεκριμένο αγαθό, αν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό.

*Δημόσια αγαθά* είναι εκείνα, τα οποία διατίθενται σε όλους τους πολίτες και η ποσότητά τους δεν είναι δυνατό να εξατομικευτεί ή να επιμεριστεί (αδιαιρετότητα ποσότητας). Επίσης, επειδή το κόστος παραγωγής είναι πολύ υψηλό, η τιμή ανά μονάδα προϊόντος δεν είναι δυνατό να εξατομικευτεί (αδιαιρετότητα τιμής). Τα οφέλη που προκύπτουν από τα δημόσια αγαθά είναι συλλογικά και όχι ατομικά, γιατί λόγω της αδιαιρετότητάς τους, κάθε πολίτης έχει την ευκαιρία να απολαύσει τα οφέλη που προκύπτουν από τα δημόσια αγαθά, ανεξάρτητα από την επιθυμία του να τα καταναλώσει ή να καταβάλει την τιμή για να τα αγοράσει. Τα δημόσια αγαθά δεν διατίθενται στην αγορά και δεν είναι ανταγωνιστικά. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται η παρέμβαση του κράτους για να αποφασίσει σε ποια ποσότητα θα παραχθούν και πώς θα διανεμηθούν.[9]

*Ιδιωτικά αγαθά* είναι εκείνα τα οποία διατίθενται στο σύστημα της αγοράς και επομένως είναι ανταγωνιστικά. Η ποσότητα και η τιμή τους ποικίλλει από αγαθό σε αγαθό (διαιρετότητα τιμής και ποσότητας). Τα οφέλη είναι ατομικά και τα απολαμβάνει μεμονωμένα κάθε άτομο που είναι διατεθειμένο να καταβάλει την τιμή της αγοράς. Επομένως, στα ιδιωτικά αγαθά δεν υπάρχουν ούτε «εξωτερικά» οφέλη, που να ωφελούν δηλαδή άλλους, εκτός από αυτούς που κατέβαλαν το αντίτιμο της απόκτησης, ούτε «εξωτερικές» ζημιές ή επιβαρύνσεις – δηλαδή κάποιιοι άλλοι εκτός των αποκλειστικών παραγωγών να φέρουν το κόστος παραγωγής.[9]

Η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς καθορίζεται σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο την όσο το δυνατό μεγαλύτερη οικονομική απόδοση. Η άποψη ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, διαμορφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960. Διατυπώθηκε ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια άριστη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά. Υποστηρίχτηκε ότι στον τομέα της υγείας ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζει:

- ❖ Τι είδους νοσοκομειακές ή ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να καταναλώσει
- ❖ Σε ποια ποσότητα οι υπηρεσίες μπορούν να καταναλωθούν
- ❖ Ποια είναι η ποιότητα των καταναλισκόμενων υπηρεσιών και τέλος
- ❖ Σε ποιο τόπο, δηλαδή σε ποια αγορά μπορεί να προσφύγει το κάθε άτομο μέσα στην κοινωνία την ικανοποίηση των αναγκών του[9]

Αντίστοιχα για κάθε υπηρεσία που καταναλίσκεται, ο καταναλωτής καταβάλει την τιμή του νοσηλίου ή την αμοιβή του ιατρού που επισκέπτεται. Έτσι ο καταναλωτής έχει πλήρη γνώση της ποιότητας των υπηρεσιών, αλλά και της ποσότητας που επιθυμεί να καταναλώσει.[9]

Η υγεία, ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη με στόχο το κέρδος και έτσι δεν μπορεί να καθοριστεί με βάση τις αρχές της αγοράς. Το 1963 ο Arrow έδειξε ότι το αγαθό «υγεία» δεν είναι όπως τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πως οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν και δεν προσφέρουν αποτελεσματική και κοινωνικά δίκαιη κατανομή υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να κατανέμονται βάσει των υγειονομικών αναγκών και όχι βάσει του εισοδήματος ή της αγοραστικής δύναμης του ατόμου. Κανένα άτομο δεν πρέπει να αποκλειστεί από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών επειδή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλει την απαιτούμενη τιμή/αμοιβή που απαιτεί το νοσοκομείο/ιατρός. Συνήθως λόγω του υπερβολικού κόστους ο ιδιωτικός παραγωγός (ιατρός) αδυνατεί να αναλάβει την παραγωγή και τη διάθεση του αγαθού «υγεία». Έτσι το κράτος αναλαμβάνει το ρόλο αυτό. [8]

Οι χώρες της Ευρώπης έχουν ακολουθήσει το μοντέλο διαχείρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες και δεν εμπιστεύονται την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας στο μηχανισμό της αγοράς. [9]

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1 Η Έννοια της Ποιότητας**

Η Ποιότητα είναι διεθνώς αντιληπτή και συνώνυμη με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες σχετικά με την λειτουργικότητα μίας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Με αυτή την έννοια, η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια. Ορίζεται, επίσης, ως η πληρότητα των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας που έχει την δυνατότητα να ικανοποιεί της δεδομένες ανάγκες.[10]

Ο πρώτος που προσδιόρισε την έννοια της ποιότητας ο Walter Shewhart (1931) λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Με αυτή την έννοια, η ποιότητα είναι απόλυτα και παγκόσμια αναγνωρίσιμη, πρόκειται για ένα σημείο το οποίο αποτελείται από μη διαπραγματεύσιμα όρια και υψηλή απόδοση. Έτσι, ενώ, δεν μπορεί να οριστεί ακριβώς, παρόλα αυτά, γίνεται αντιληπτή όπου υπάρχει. Σύμφωνα με τον Bühner, «...η κρίση του πελάτη αποφασίζει για την ποιότητα του προϊόντος». Το 1979 ο Philip B.Crosby έδωσε την δική του ερμηνεία για την ποιότητα, η οποία περιλαμβάνει τις παρακάτω αρχές. Η Ποιότητα έχει να κάνει με την προσαρμογή στις απαιτήσεις. Επίσης, τα προβλήματα θα πρέπει να προσδιορίζονται από αυτούς που τα προκαλούν και επομένως η ποιότητα είναι ανέξοδη. Αυτό που προκαλεί το έξοδο είναι όταν δεν γίνεται μία εργασία σωστά από την αρχή. Ο τελικός στόχος της ποιότητας είναι «μηδέν ελαττωματικά». [10]

Η απαίτηση για Ποιότητα προέκυψε ως ο μοναδικός κρίσιμος παράγοντας για την επιβίωση των επιχειρήσεων, ενώ, η εφαρμογή της αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Αν και οι στόχοι εισαγωγής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στους οργανισμούς είναι κοινοί, οι τρόποι εφαρμογής της διαφέρουν από επιχείρηση σε επιχείρηση. [11]

Η υπεροχή στην ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, καθώς και, η ικανοποίηση του πελάτη είναι το ζητούμενο και η πρόκληση στον τομέα των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών προσδιορίζει την ποιότητα στην διεκπεραίωση μίας υπηρεσίας. Η Ποιότητα είναι διεθνώς αντιληπτή και συνώνυμη με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες σχετικά με την λειτουργικότητα μίας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Με αυτή την έννοια, η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια. [10]

### **2.2 Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει πολλές δυσκολίες που έχουν να κάνουν με την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου περιβάλλοντος, τις ιδιαιτερότητες του

αγαθού υγείας, τη διαφορετική σχέση των επιμέρους μερών με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας. Τα κίνητρα και τα κριτήρια όσων εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρήση των υπηρεσιών δεν είναι ενιαία. Έτσι διαφορετικά αντιμετωπίζει κανείς την ποιότητα απ' την πλευρά του χρήστη-καταναλωτή, διαφορετικά απ' την πλευρά του επαγγελματία, της διοίκησης, της πολιτείας και της κοινωνίας συνολικά. Οι δυσκολίες αυτές αντανακλώνται με τον καλύτερο τρόπο στην αδυναμία εύρεσης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού.[12]

Η ποιότητα φροντίδας υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση.[13]

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνίσταται σε δύο διαστάσεις: την τεχνική ποιότητα (technical quality) και την διαπροσωπική ποιότητα (inter personal). Η τεχνική ποιότητα έχει να κάνει με την επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και την ικανότητα εφαρμογής τους. Ενώ, η διαπροσωπική σχέση έχει να κάνει με την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις απαιτήσεις και την ικανοποίηση των ασθενών.[13]

Για τον Π.Ο.Υ. η υψηλής ποιότητας περίθαλψη προϋποθέτει υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στην χρήση των πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση των χρηστών και θετική τελική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου. [14]

Η ποιότητα προσδιορίζεται βάσει πολλών παραμέτρων. Οι κυριότεροι αφορούν στην προσπελασιμότητα, στην ισότητα στην παροχή, στην κοινωνική αποδοχή απ' την πλευρά του πελάτη, στην αποδοτικότητα, στην σχετικότητα των αναγκών και στην τεχνική αποτελεσματικότητα. Η αξιολόγηση της ποιότητας σχετίζεται με τα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγής και διάθεσης των υπηρεσιών. Το πρώτο αφορά στη δομή του συστήματος (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό κ.α.), το δεύτερο στις διαδικασίες που εφαρμόζονται (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση κ.τ.λ.) και το τρίτο στα αποτελέσματα. [12]

Το επίπεδο ποιότητας ξεκινά απ' το ελάχιστο κάτω απ' το οποίο δεν επιτρέπεται να υποχωρήσουν οι απαιτήσεις της φροντίδας, προχωρά στο μέσο κατά το οποίο οι διορθωτικές κινήσεις περιορίζονται στη λήψη μέτρων βελτίωσης των στοιχείων που βρίσκονται κάτω απ' αυτό και καταλήγει στο ιδανικό. Το επίπεδο αυτό αποτελεί στην ουσία το στόχο κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών. Η ποιότητα σε γενικές γραμμές αξιολογείται με βάση το βαθμό ανταπόκρισης σε προκαθορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με το επιθυμητό επίπεδο.[12]

Ήδη απ' το 1997 το Ευρωπαϊκό συμβούλιο μέσω της σύστασης R(97)17 επεξεργάστηκε την ανάγκη συγκρότησης και από κοινού χρησιμοποίησης πληροφοριακών συστημάτων για τη σύγχρονη

παραγωγή, ανάδραση και αξιόπιστη σύγκριση δεδομένων με στόχο την βελτίωση της ποιοτικής απόδοσης των υπηρεσιών. [15]

Το ενδιαφέρον ωστόσο για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δεν αναπτύσσεται μόνο στο πλαίσιο διεθνών οργανισμών. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων με στόχο την οργάνωση των προσπαθειών σε εθνικό επίπεδο.[12]

### **2.2.1 Κριτήρια Αξιολόγησης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αξιολογείται με βάση τα δεδομένα και τα χαρακτηριστικά που έχουν τα συστατικά στοιχεία του συστήματος παραγωγής και διάθεσής τους, δηλαδή της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Για να επιτευχθεί αυτού του είδους η αξιολόγηση κρίνεται αναγκαία η χρήση κατάλληλων κριτηρίων/δεικτών και του βαθμού ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών πάνω σε αυτά, τα οποία παρατίθενται ως εξής:

- ❖ *Κριτήρια/Δείκτες δομών.* Αυτό το κριτήριο αφορά τις εγκαταστάσεις ενός νοσοκομείου, τον αριθμό των κλινών του και την επάρκεια αυτών, το είδος και η κατάσταση του εξοπλισμού που διαθέτει, ο αριθμός του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, ο τρόπος άσκησης της διοίκησης κ.α.
- ❖ *Κριτήρια/Δείκτες διαδικασιών.* Ελέγχεται, δηλαδή, κατά πόσον οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις από τη στιγμή που θα έρθει σε επαφή με το υγειονομικό σύστημα μέχρι την έξοδό του από αυτό.
- ❖ *Κριτήρια/Δείκτες αποτελεσμάτων.* Αφορούν τις ίδιες τις ιατρικές φροντίδες που παρασχέθηκαν σε έναν ασθενή και τα αποτελέσματα που είχαν αυτές άμεσα ή μεταγενέστερα στη βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του.[13,16]

Με τα συγκεκριμένα κριτήρια προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι θεωρούμε πως υπάρχει το ελάχιστο επίπεδο κατά το οποίο δεν επιτρέπεται η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας να πέσει κάτω από αυτό. Το μέσο επίπεδο, όπου η βελτίωση με την ανεύρεση των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου είναι δυνατή αλλά μόνο η βελτίωση αυτών των στοιχείων και τέλος, το ιδανικό επίπεδο που ουσιαστικά αποτελεί το στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και αξιολόγησης.[16]

Για τη σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης. Συμπληρωματικές πηγές πληροφοριών μπορεί να είναι οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών, οι φάκελοι που τηρούν οι ασφαλιστικές εταιρίες και ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις ασθενών. Ακόμη, η σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του ίδιου του ασθενή, επαρκείς οικονομικούς πόρους και μεγάλη και μακρόχρονη προσπάθεια.[16]

Υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που να είναι απαλλαγμένη τελείως από λάθη. Το γεγονός αυτό επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης, αφού τα αποτελέσματα σχετίζονται θετικά ή αρνητικά τόσο με την επάρκεια των μονάδων παροχής των υπηρεσιών (νοσοκομείων, κέντρων υγείας) όσο και με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, στην περίπτωση που η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας γίνεται με βάση τα στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του αποτελέσματός της, χρησιμοποιούνται δηλαδή κριτήρια αποτελεσμάτων, θα πρέπει να έχουμε πάντοτε υπόψη μας ότι μία μη επιθυμητή ή κακή έκβαση δεν είναι οπωσδήποτε αποτέλεσμα και κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. [16]

### **2.2.2 Οφέλη της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει άμεσα όλους. Ενδιαφέρει τους ασθενείς, που είναι οι χρήστες – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, και τις οικογένειές τους. Επίσης ενδιαφέρει, τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς, κλπ.), ενδιαφέρει εκείνους που πληρώνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας (το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς) και τέλος ενδιαφέρει και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.[16]

Είναι φανερό όμως, ότι η ποιότητα καθορίζεται και παρατηρείται διαφορετικά από τον ασθενή, διαφορετικά από τον ιατρό, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα. Όσοι από τους παραπάνω δεν έχουν άμεση σχέση με την παροχή των υγειονομικών φροντίδων, δυσκολεύονται να εκτιμήσουν τι είναι αυτό ακριβώς που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως σε ότι έχει σχέση με την τεχνική και επιστημονική διάσταση των φροντίδων αυτών. Η αδυναμία κατανόησης της τεχνικής και επιστημονικής διάστασης που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι περισσότερες



μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας από την επιστημονική κοινότητα, αναφέρονται σε σφάλματα που πιθανόν έγιναν κατά τη διαδικασία περίθαλψης και δεν εστιάζονται στην εξυπηρέτηση του ασθενή και την άριστη φροντίδα του. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα πρέπει να εξεταστεί η παρεχόμενη ποιότητα από όλες τις πλευρές και η γνώμη που έχουν για αυτή όλοι οι ενδιαφερόμενοι.[17]

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σε κάθε περίπτωση, αποτελεί σήμερα την πρώτη προτεραιότητα και έχει για όλους, όσοι ενδιαφέρονται για τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστή και μεγάλη σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Τα οφέλη αυτά είναι:

*Για τον ίδιο τον ασθενή:*

- ❖ Υγειονομικά οφέλη: σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.
- ❖ Ψυχολογικά οφέλη: σχετικά τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτήν. Επίσης μεγάλο είναι και το ψυχολογικό όφελος που έχει ο ασθενής, εξαιτίας της συντόμευσης του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- ❖ Οικονομικά οφέλη: η απώλεια του εισοδήματος που θα υποστεί ο ασθενής, εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του κοντά σ' αυτόν, θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα. [16]

*Για τους επαγγελματίες υγείας:*

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνιστώνται κυρίως:

- ❖ Στην αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- ❖ Στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους.
- ❖ Στην ικανοποίηση που παίρνουν αυτοί από την εργασία τους.
- ❖ Στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που απολαμβάνουν από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

- ❖ Στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος.
- ❖ Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, που καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.[16,17]

*Για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας):*

- ❖ Οικονομικά οφέλη: εξαιτίας της μείωσης του λειτουργικού κόστους, η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων.
- ❖ Λειτουργικά οφέλη: που συνοδεύουν το δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησής της (μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας).
- ❖ Αναγνώριση και φήμη.[16]

*Για τα ασφαλιστικά ταμεία:*

- ❖ Υγειονομικά οφέλη: σχετικά με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών.
- ❖ Οικονομικά οφέλη: σχετικά με τον περιορισμό του ύψους των δαπανών που πληρώνουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, περιορισμό του ύψους των επιδομάτων ασθένειας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους κλπ.
- ❖ Κοινωνικά οφέλη: σχετικά με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους τους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.[17]

*Για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο:*

- ❖ Οικονομικά οφέλη: εξαιτίας της περιστολής των αδικαιολόγητων δαπανών στο τομέα υγείας, του περιορισμού της απώλειας της παραγωγικότητας των πολιτών, λόγω συντόμευσης του χρόνου παραμονής τους ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, και γενικά της διάρκειας της ασθένειάς τους.
- ❖ Υγειονομικά οφέλη: από την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό, συνακόλουθα, του χρόνου αναμονής των ασθενών για την εξυπηρέτηση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει επίσης θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του

κοινωνικού συνόλου (περιορισμό ημεραργιών, επιδομάτων, κ.τ.λ.), όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών- καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.

- ❖ Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας.
- ❖ Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας εσωτερικά και διεθνώς. [16,17]

### **2.2.3 Ικανοποίηση Χρηστών και Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελεί σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η αποτύπωση της άποψης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί, σε συνδυασμό με κλινικές μελέτες, να προσφέρει ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργία διαφορετικών οργανισμών υγείας και επιπέδων υγειονομικής φροντίδας. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- ❖ τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία,
- ❖ τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και
- ❖ τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Η ικανοποίηση των ασθενών, δηλαδή, εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν.[18]

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των χρηστών παραμένει ικανοποιημένη από την παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι τομείς, οι οποίοι χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης. Ειδικότερα, όσον αφορά στη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν την ενημέρωση που πρέπει να τους παρέχεται για την κατάσταση της υγείας τους, το σκοπό και το είδος των διαγνωστικών και των θεραπευτικών πράξεων και τη φαρμακευτική αγωγή, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη. Η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού και η πληροφόρηση για τη νόσο αποτελούν εξ ίσου σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, όσο η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου, θεωρείται

σκόπιμο να αναπτύσσονται πολιτικές που στοχεύουν στην αναλυτική ενημέρωση για την εξέλιξη της νόσου και την αντιμετώπισή της. Όσον αφορά στη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν την προθυμία, την ευγένεια, την ανταπόκριση και την παροχή αποτελεσματικής και εξειδικευμένης φροντίδας και θεωρούν ότι απαιτεί μικρότερο βαθμό βελτίωσης σε σχέση με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την επαφή που διατηρεί το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ασθενείς, η οποία είναι συχνότερη από εκείνη που αναπτύσσεται με τους ιατρούς, που περιορίζεται στις τυπικές ιατρικές επισκέψεις. Όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό, φαίνεται ότι οι ασθενείς εκτιμούν την ευγένεια και το χρόνο διεκπεραίωσης της εργασίας, ενώ ως σημαντικότερο πρόβλημα καταδεικνύουν τον υψηλό χρόνο αναμονής. Η πλήρης καταγραφή των διαδικασιών και η αναζήτηση των αιτιών που προκαλεί τις καθυστερήσεις θα αποτελούσε έναν τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος. Συνοπτικά, οι αδυναμίες και τα προβλήματα που αποτυπώνονται στο βαθμό ικανοποίησης αφορούν σε οργανοδιοικητικές λειτουργίες που σχετίζονται με τη φύση των υπηρεσιών ενώ έχουν σχέση συνήθως με την ξενοδοχειακή υποδομή. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή για τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά χαμηλή για τις ξενοδοχειακές. Αυτό σημαίνει ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται ευχαριστημένοι όσον αφορά στη συμπεριφορά και στο έργο των επαγγελματιών υγείας, αλλά αναγνωρίζουν προβλήματα αναφορικά με την ξενοδοχειακή υποδομή και το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών που στηρίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Η δυσαρέσκεια καθίσταται εντονότερη στα νεαρά άτομα, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους. Οι νέοι χρήστες υπηρεσιών υγείας, ανώτερων κοινωνικοοικονομικών επιπέδων, έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και προσδοκίες, ενώ εκφράζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης.[18]

Επαγγελματική ικανοποίηση (EI), είναι «η θετική συναισθηματική απόκριση προς συγκεκριμένο έργο, που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό εκπληρώνει τις εργασιακές αξίες του ατόμου». Αποτελεί ένα από τα περισσότερο μελετημένα θέματα στην οργανωτική/βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως λόγω της άμεσης σχέσης της τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για υψηλή αποδοτικότητα σε συνδυασμό με σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό.[19]

Θεωρητικά έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις αξίες και τις στάσεις των εργαζομένων, ενώ έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξ ίσου από παράγοντες που σχετίζονται με:

- ❖ την εργασία και το περιβάλλον της και
- ❖ με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων.

Ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση των δύο εν λόγω κατηγοριών μεταβλητών καθορίζουν σημαντικά τη διαμόρφωσή της. Η ΕΙ έχει συνδεθεί όμως και με άλλες επί μέρους μεταβλητές, όπως είναι η ψυχολογική και η σωματική ευημερία/σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, η κινητικότητα στο χώρο εργασίας και η τάση για αποχώρηση, οι απουσίες, η απόδοση και η παραγωγικότητα, η ικανοποίηση των πελατών, οι σχέσεις με την οικογένεια, ο ρόλος του εργαζομένου ως γονέα και η ικανοποίηση από τη ζωή. Στον υγειονομικό τομέα, η ΕΙ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων, την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών, την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων, την παροχή ποιοτικής περίθαλψης, τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών, αλλά και την ικανοποίησή τους.[19]

Το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελεί πολύ σημαντική πηγή άντλησης ικανοποίησης, τη σημαντικότερη μάλιστα για τους ιατρούς και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας. Εξ ίσου σημαντική ήταν η σχέση με τους ασθενείς. Άξιο προσοχής ήταν το γεγονός ότι για τους νοσηλευτές καθοριστικός ήταν ο ρόλος των αποδοχών, ενώ για τους λοιπούς επαγγελματίες οι σχέσεις με τους άλλους εργαζόμενους.[19]

Στον αντίποδα, ο σημαντικότερος παράγοντας πρόκλησης επαγγελματικής δυσαρέσκειας ήταν η μη αναγνώριση της προσφοράς τους. Οι ιατροί ήταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι για συνθήκες εργασίας, οι νοσηλευτές για τον φόρτο εργασίας και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας για την έλλειψη προοπτικών εξέλιξης στο νοσοκομείο. Τέλος, σημαντικός παράγοντας δυσαρέσκειας για όλους τους επαγγελματίες υγείας ήταν τα στενά περιθώρια ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας.[19]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

### 3.1 Η Επιστήμη της Πληροφορικής και το Διαδίκτυο

Η πληροφορική είναι η επιστημονική μελέτη της πληροφορίας και πως αυτή δημιουργείται, κωδικοποιείται, μεταφέρεται, μετριέται, χρησιμοποιείται και αποτιμάται. Έτσι γίνεται κατανοητό το μεγάλο εύρος της επιστήμης, αφού η γνώση μπορεί να υπάρχει σε τόσες πολλές μορφές αλλά και σε τόσους πολλούς φορείς. Η επιστήμη των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι ένα μικρό μόνο κομμάτι (αλλά το πιο ευρέως διαδεδομένο) μελέτης της πληροφορικής.[2]

Η πληροφορική σαν επιστήμη ξεκίνησε από τον Αμερικανό ηλεκτρολόγο μηχανικό Κλοντ Ε. Σάνον όταν δημοσίευσε εργασία με θέμα «Μαθηματική θεωρία της επικοινωνίας». Η πληροφορική άρχισε στη δεκαετία του 1940 και αναπτυσσόταν παράλληλα με την δημιουργία και ανάπτυξη των ψηφιακών υπολογιστών. Στην διάρκεια του β' παγκοσμίου πολέμου υπήρχε ανάγκη για αυξημένη ακρίβεια και βάθος στην αναζήτηση στοιχείων που δεν ήταν άμεσα διαθέσιμα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την δημιουργία μεθόδων και προγραμμάτων αναζήτησης και επεξεργασίας πληροφορίας με αυτόματο τρόπο, βάσει δεικτών και ελεγχόμενων λεξιλογίων αναζήτησης κυρίως σε αρχεία επιστημονικών δημοσιευμένων μελετών. Τα συστήματα δημιουργούσαν αυτόματα περιλήψεις ανακοινώσεων που τις ταξινομούσαν για εύκολη πρόσβαση.[2]

Αργότερα στις επόμενες δεκαετίες του 1950 και 1960 έγιναν μαζικές μεταφορές δεδομένων από το χαρτί σε ηλεκτρονική μορφή που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Στη δεκαετία του 1980 η πληροφορική έγινε επιστήμη που επεκτάθηκε σε πολλούς τομείς και στα μέσα αυτής της δεκαετίας αναπτύχθηκε ερευνητικά η τεχνητή νοημοσύνη.[2]

Η πληροφορική μπορεί να συνδυάζει τεχνικές και λογικές από άλλες επιστήμες και να τις φέρνει σε επίπεδο συνεννόησης, όπως π.χ. από τις κοινωνικές επιστήμες, την επιστήμη των ηλεκτρονικών υπολογιστών, την κυβερνητική, τη γλωσσολογία, την επιστήμη διοίκησης, την νευροχειρουργική και την έρευνα των νευρικών συστημάτων, την θεωρία συστημάτων και την βιολογία. Οι ερευνητές της πληροφορικής εξετάζουν, αναλύουν και μελετούν τα φαινόμενα από πλευράς πληροφορίας όπως τον κύκλο ζωής και τη χρήση βιβλιογραφίας σε ένα δεδομένο ζήτημα, τα διάφορα μοτίβα συγγραφής, την επίδραση της ανάγνωσης σε ομάδες και κοινωνίες κ.α. [2]

Με τον όρο διαδίκτυο εννοούμε ένα δίκτυο ηλεκτρονικών υπολογιστών που συνδέει όλα τα δίκτυα. Ο όρος internet (διαδίκτυο), που προέρχεται από την αγγλική γλώσσα, ετυμολογικά έχει τις ρίζες τους στη σύνθεση των λέξεων inter- network. Πιο εξειδικευμένα, ο όρος Διαδίκτυο περιγράφει το παγκόσμιο πλέγμα διασυνδεδεμένων υπολογιστών και των υπηρεσιών και πληροφοριών που παρέχει

στους χρήστες. Το Διαδίκτυο χρησιμοποιεί μεταγωγική μετάδοση πακέτων (packet switching) και το πρωτόκολλο επικοινωνίας.[20]

Σήμερα, οι χρήστες του διαδικτύου όλο κι αυξάνονται, εφόσον οι υπηρεσίες παροχής του έχουν φροντίσει για τη δημιουργία οικονομικών πακέτων συνδρομής, προσιτά για όλες τις οικογένειες. Φαίνεται να είναι απαραίτητο εργαλείο για την κάθε οικογένεια και για όλες τις ηλικίες, εφόσον παρέχει γνώση και αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης απόψεων. Οι μηχανές αναζήτησης, που υπάρχουν μέσα στις περισσότερες σελίδες, δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα για την έρευνα που θέλει ο κάθε χρήστης να κάνει, εφόσον ο όγκος των πληροφοριών είναι αρκετά μεγάλος. Αν κανείς αποφασίσει να συγκρίνει τον όγκο αυτών των πληροφοριών με τις έντυπες εγκυκλοπαίδειες και τις παραδοσιακές βιβλιοθήκες, θα διαπιστώσει ότι το Διαδίκτυο αντιπροσωπεύει μια ξαφνική κι απότομη αποκέντρωση των πληροφοριών και των δεδομένων. [20]

### **3.2 Ηλεκτρονική Υγεία**

Η ραγδαία ανάπτυξη της πληροφορικής που παρατηρείται ήδη από την δεκαετία του 1970, με την ανακάλυψη των μικροεπεξεργαστών (microchip) και τη συνεργασία της πληροφορικής με τις τηλεπικοινωνίες, καθώς και η ανάπτυξη του διαδικτύου αργότερα (δεκαετία του 1990), είχαν ως αποτέλεσμα την αλματώδη αύξηση των πληροφοριών που συγκεντρώνονται ή/και διακινούνται. [21]

Μέσα στα πολλά θέματα που πραγματεύεται το διαδίκτυο και τις πληροφορίες και τα δεδομένα που παρέχει στους χρήστες ανήκει και το θέμα της Υγείας. Όπως έχει ήδη τονιστεί, η υγεία αποτελεί καθημερινή έννοια για τον καθένα μας, που είτε αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας ασήμαντο ή σημαντικό, είτε απλώς θέλει να ενημερωθεί για θέματα που άπτονται στον τομέα της υγείας. Αυτή είναι η βασική αιτία που τα τελευταία χρόνια το θέμα της υγείας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στο διαδίκτυο κι ολόένα διαδικτυακοί τόποι με θέμα την υγεία δημιουργούνται με σκοπό την ενημέρωση των χρηστών.[20]

Ο όρος ηλεκτρονική υγεία (e-health) αναφέρεται στην χρήση της πληροφορικής και της τεχνολογίας της επικοινωνίας στην φροντίδα της υγείας. Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την ηλεκτρονική υγεία ως την οικονομικά αποδοτική και ασφαλή χρήση της τεχνολογίας και της επικοινωνίας στην υγεία και τους τομείς που συνδέονται με αυτή, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας, την μέριμνα για την υγεία και την εκπαίδευση, την γνώση και την έρευνα για την υγεία. Η

ηλεκτρονική υγεία αναμένεται να αποτελέσει ένα σημαντικό τμήμα της συνολικής Ευρωπαϊκής αγοράς τεχνολογιών πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών στην υγεία. [22]

Μέχρι το τέλος του 2010 οι επενδύσεις στην ηλεκτρονική υγεία αποτελούσαν το 25% των συνολικών δαπανών σε πληροφορική και τηλεπικοινωνίες στην υγεία. Αρκετές χώρες έχουν διαμορφώσει στρατηγικές υλοποίησης e-health υπηρεσιών, οι οποίες απαιτούν χρηματοδότηση που ξεπερνά το ποσοστό του 3% των συνολικών εσόδων του τομέα της υγείας. Τέτοιες χώρες είναι η Ιρλανδία, η Δανία, και η μεγάλη Βρετανία. [23]

Η Ολλανδία έχει ήδη φτάσει αυτό το επίπεδο την προηγούμενη δεκαετία και η Γερμανία αυξάνει αντίστοιχα δραματικά τις σχετικές δαπάνες. Οι χώρες της Νοτίου Ευρώπης βρίσκονται να καθυστερούν, με μια περίοδο υστέρησης που ανέρχεται σε 4-5 χρόνια. Μακροπρόθεσμα αναμένεται ακόμη μεγαλύτερη ανάπτυξη καθώς η χρήση των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας αρχίζει να επιταχύνεται και αυτές να διαχέονται ευρύτερα.[24]

### **3.2.1 Σκοπός της Ηλεκτρονικής Υγείας**

Ο σκοπός της ύπαρξης της ηλεκτρονικής υγείας είναι να βελτιωθούν οι διάφορες πτυχές του συμπλέγματος υπηρεσιών που συνιστά τον τομέα της υγείας. Πιο λεπτομερώς η ηλεκτρονική υγεία στοχεύει στην βελτίωση των εξής συνιστωσών: i) αποδοτικότητα, ii) ποιότητα στην φροντίδα, iii) αντικειμενικότητα, iv) ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών-καταναλωτών, v) ενθάρρυνση της σχέσης ασθενούς -ιατρού, vi) Εκπαίδευση, vii) επικοινωνία, viii) διεύρυνση των δυνατοτήτων, ix) ηθική, x) δικαιοσύνη. Πιο αναλυτικά:

Αποδοτικότητα: Η ηλεκτρονική υγεία αναμένεται να αυξήσει την αποδοτικότητα του συστήματος με άμεσες συνέπειες στην οικονομία. Στην ελληνική γλώσσα ο όρος αποδοτικότητα χρησιμοποιείται συνήθως με την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα μετρά αξίες ή χρηματικά μεγέθη. Χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικά μέσα μπορεί να αποφευχθεί το φαινόμενο διαγνωστικές ή/και θεραπευτικές διαδικασίες να επαναλαμβάνονται από διαφορετικούς επαγγελματίες, γιατί δεν υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας ανάμεσα στα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η απόδοση μιας ιατρικής παρέμβασης πολλαπλασιάζεται όταν γίνεται συντονισμένα και χωρίς περιττές διαδικασίες, οι οποίες αυτή την στιγμή μπορεί να θεωρούνται απαραίτητες μόνο και μόνο επειδή οι επαγγελματίες δεν διαθέτουν εξελιγμένα τηλεπικοινωνιακά μέσα. Μεγαλύτερη απόδοση συνεπάγεται μείωση των εξόδων.[8,25]



Ποιότητα στην φροντίδα: Η αύξηση της αποδοτικότητας που αναμένεται από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας δεν έχει αντίκρισμα μόνο στον οικονομικό τομέα αλλά και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς ταλαιπωρούνται και σωματικά αλλά και από άποψη χρόνου σε επαναλαμβανόμενες διαδικασίες. Παράλληλα η ποιότητα εξασφαλίζεται, για παράδειγμα, και σε επίπεδο εξοπλισμού και προμηθειών. Επιτρέπεται η έγκριση προμηθευτών με ταυτόχρονη την παρέμβαση των ασθενών, ως μια δύναμη αντικειμενικότητας και ποιότητας στην επιλογή. Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να κατευθύνει τους ασθενείς προς τους καλύτερους παρόχους δημιουργώντας ανταγωνιστικές και άρα καλύτερης ποιότητας παροχές. [13,25]

Αντικειμενικότητα: Οι εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας οφείλουν να βασίζονται στην αντικειμενική αξιολόγηση των στοιχείων. Αν και αυτό αφορά την απόδοση και την αποτελεσματικότητα δεν θα πρέπει αυτές να θεωρούνται δεδομένες αλλά να αποδεικνύονται συνεχώς μέσω επιστημονικών αξιολογήσεων. Σε αυτόν τον τομέα η ηλεκτρονική υγεία έχει να κατακτήσει πολλά ακόμα. [25]

Ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών-καταναλωτών: Η θέση των ασθενών-καταναλωτών ήταν μειονεκτική χωρίς την ηλεκτρονική υγεία. Η άγνοια ακόμα και των πιο βασικών στοιχείων της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την αδυναμία πρόσβασης σε ιατρικά αρχεία καθιστούν τους ασθενείς ανίκανους να προβούν σε επιλογές σχετικά με την υγεία τους. Η ηλεκτρονική υγεία έρχεται να ενδυναμώσει την θέση τους, δίνοντας την δυνατότητα ενημέρωσης για ιατρικά θέματα σε όποιο επίπεδο ο ασθενής-καταναλωτής επιθυμεί και διαθέτοντας τα προσωπικά αρχεία των ασθενών μέσω του διαδικτύου. Οι εφαρμογές της ιατρικής γίνονται ασθενοκεντρικές και επιτρέπεται η αντικειμενικότητα στις επιλογές των ασθενών. [25]

Ενθάρρυνση της σχέσης ασθενούς - ιατρού: Μπορεί να δημιουργηθεί μια νέα σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες της υγείας. Η υποστήριξη των τεχνολογικών μέσων σε αυτήν την σχέση μπορούν να την μετατρέψουν σε συνεργασία στην οποία οι αποφάσεις θα παίρνονται από κοινού. [25]

Εκπαίδευση: Η εκπαίδευση οδηγείται στην πραγματοποίηση του στόχου της για συνεχόμενη ιατρική μόρφωση προς τους επαγγελματίες του είδους καθώς η πρόσβαση στην γνώση μπορεί να είναι απεριόριστη από κάθε άποψη. Ταυτόχρονα επιτυγχάνεται και η μόρφωση των καταναλωτών-ασθενών ως προς βασικές αρχές που αφορούν την υγεία αλλά και ως προς την προληπτική ιατρική. [25]

Επικοινωνία: Η ανταλλαγή δεδομένων με την ηλεκτρονική υγεία αλλάζει και δημιουργούνται πλέον τυποποιημένες διαδικασίες επικοινωνίας μεταξύ των εγκαταστάσεων φροντίδας για την υγεία. [25]

Διεύρυνση των δυνατοτήτων: Ο ίδιος ο χαρακτήρας της φροντίδα για την υγεία μεταλλάσσεται με την ηλεκτρονική υγεία καθώς περνά πέρα από την συμβατική του έννοια. Πλέον ο όρος ξεπερνά γεωγραφικά και χρονικά όρια και αποκτά παγκόσμιο χαρακτήρα. Οι καταναλωτές έχουν την δυνατότητα να αναζητήσουν παροχές υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και κατά συνέπεια να έχουν τις καλύτερες από αυτές. Το είδος των υπηρεσιών ποικίλει και είναι μικρότερης σημασίας καθώς η ηλεκτρονική υγεία καλύπτει από μια απλή ιατρική συμβουλή μέχρι πολύπλοκες επεμβάσεις ή προϊόντα φαρμακευτικών εταιριών. [25]

Ηθική: Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να δώσει άλλη μορφή στην αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή δημιουργώντας νέες φόρμες επικοινωνίας, γεγονός όμως που αποτελεί πρόκληση καθώς μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνο. Όσο αφορά την ηθική σε θέματα όπως η διαδικτυακή πρακτική της ιατρικής, η έγγραφη συγκατάθεση, η ιδιωτικότητα και η ισότητα, η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί με την κατάλληλη οργάνωση να αποβεί ένα ασφαλές εξελικτικό βήμα. [25]

Δικαιοσύνη: Μια από τις υποσχέσεις της ηλεκτρονικής υγείας είναι η πιο δίκαιη πρόσβαση στην φροντίδα για την υγεία. Ωστόσο εγκυμονεί ο κίνδυνος να διευρυνθεί το χάσμα ανάμεσα στους προνομιούχους και τους μη προνομιούχους. Άνθρωποι που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα, τις δεξιότητες και την πρόσβαση σε υπολογιστές και δίκτυα δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το σύστημα με αποτελεσματικότητα. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ο κίνδυνος τόσο οι πληροφορίες όσο και οι υπόλοιπες εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας να ευνοήσουν στο μέγιστο βαθμό εκείνους τους ασθενείς που τελικά έχουν τις μικρότερες πιθανότητες να ευνοηθούν πραγματικά από αυτές. Τα πλεονεκτήματα της τεχνολογίας της πληροφορίας μπορούν να κάνουν πολύ διαφορετική την ζωή των ανθρώπων που δεν έχουν εναλλακτικές προσβάσεις στην φροντίδα ενώ θα έχουν ελάχιστη επιρροή σε εκείνους που ήδη επωφελούνται από αυτή. Επομένως, σκοπός της ηλεκτρονικής υγείας είναι η λειτουργία σε πολιτικά πλαίσια που θα διασφαλίσουν την δίκαια πρόσβαση σε όλους. Μέχρι στιγμής το καθεστώς στην υγεία επιβάλλει δυαδική διαίρεση ανάμεσα σε εξουσία και αστική τάξη, πλούσιους και φτωχούς, νέους και γέροντες, άντρες και γυναίκες καθώς και σε κοινές και σπάνιες ασθένειες και πρέπει να εξισωθεί στα πλαίσια της ηλεκτρονικής υγείας.[25]

### 3.3 Εφαρμογές – Λειτουργίες της Ηλεκτρονικής Υγείας

Οι εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας κατηγοριοποιούνται ως εξής: χρήση της ηλεκτρονικής υγείας στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από απόσταση (τηλευγεία - τηλεϊατρική), διαχείριση των κλινικών και διοικητικών πληροφοριών (συστήματα πληροφοριών υγείας - health informatics) και διανομή των πληροφοριών και των γνώσεων μεταξύ των φροντιστών υγείας, των ασθενών και των κοινωνιών (ηλεκτρονική εκπαίδευση - e-learning).[26]

Αναλυτικότερα η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει τις εξής βασικές εφαρμογές – λειτουργίες:

Ηλεκτρονικά αρχεία υγείας: Ως ηλεκτρονικό αρχείο υγείας (EHR) (ή ηλεκτρονικό αρχείο ασθενή ή αρχείο πληροφοριών για τον ασθενή) χαρακτηρίζεται η συστηματική συλλογή πληροφοριών που αφορούν την υγεία είτε ενός μεμονωμένου ατόμου ή ενός πληθυσμού ατόμων. Σκοπός είναι η δημιουργία ενός πλήρους ιατρικού αρχείου του οποίου η ηλεκτρονική μορφή θα βοηθήσει στην αυτοματοποίηση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας επιδιώκεται να είναι οι ασφαλέστερες αποφάσεις που βασίζονται σε αντικειμενικά στοιχεία για τον ασθενή και η ποιότητα στην διοίκηση για το ίδιο το σύστημα υγείας. Δημιουργούνται αρχεία σε ψηφιακή μορφή τα οποία συνδέονται με ένα διαδικτυακό σύστημα πληροφοριών παγκόσμιας εμβέλειας. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την άμεση μεταφορά των δεδομένων σε οποιοσδήποτε ανά τον κόσμο εγκαταστάσεις υγείας βρίσκεται ο ασθενής, δίνοντας άμεσα μια πλήρη εικόνα της υγείας του. Ένα τέτοιο αρχείο μπορεί να περιλαμβάνει από το ιατρικό ιστορικό του ασθενή, φαρμακευτικές αγωγές που λαμβάνει, αλλεργίες που έχει, εργαστηριακά αποτελέσματα εξετάσεων, ακτινογραφίες έως και δημογραφικά στοιχεία, που ίσως να είναι απαραίτητα.[27]

Ηλεκτρονικός εφοδιασμός: Ηλεκτρονικός εφοδιασμός λέγεται η διαδικασία αγοράς προϊόντων ή υπηρεσιών διαδικτυακά από διαφορετικούς παρόχους. Περιλαμβάνει οτιδήποτε από αγαθά έμμεσης ανάγκης όπως στολές, λαμπτήρες, χαρτί καθημερινής υγιεινής, είδη γραφείου ως προϊόντα άμεσης ανάγκης που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή αγαθών. Ο εφοδιασμός συμπεριλαμβάνει την απόκτηση (αγορά ή ενοικίαση) προσωρινών εργαστηρίων ενέργειας, αδειών οχημάτων και άλλα. Οι εταιρείες συνήθως διαπραγματεύονται εκπτώτικές προσφορές για διάφορα προϊόντα και υπηρεσίες και αγοράζουν άλλα απευθείας. Θεωρείται δεδομένο ότι ο εφοδιασμός αποτελεί σημαντικό κομμάτι της στρατηγικής για την οικονομική λειτουργία μιας εταιρείας. Μέχρι πρόσφατα οι αντιπρόσωποι των εταιρειών ή τα υπεύθυνα τμήματα βασίζονταν στις τηλεφωνικές επικοινωνίες, το φαξ ή το ταχυδρομείο για να πραγματοποιήσουν τον εφοδιασμό των εταιρειών. Η λειτουργία του ηλεκτρονικού εφοδιασμού μέσω ενός κατάλληλα δομημένου συστήματος μπορεί να συνδέσει τις εταιρείες με τους

προμηθευτές και να διαχειριστεί τις μεταξύ τους συναλλαγές. Αυτό περιλαμβάνει ανταλλαγή ηλεκτρονικών στοιχείων (EDI), διαδικτυακές αγορές, ομαδική αλληλογραφία και αρχεία συναλλαγών. Το αποτέλεσμα είναι ταχύτητα, απόδοση και ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων στον εφοδιασμό.[27]

Τηλεϊατρική: Η τηλεϊατρική περιλαμβάνει την χρήση τεχνολογίας πληροφορικής, ειδικών διαδραστικών οπτικοακουστικών μέσων, υπολογιστών και τηλεμετρίας, ώστε να παραχθεί ιατρική βοήθεια σε απομακρυσμένους ασθενείς. Ταυτόχρονα διευκολύνεται η ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα σε επαγγελματίες της παροχής υγείας σε πρωτοβάθμια βαθμίδα και στους ειδικευμένους όταν αυτοί βρίσκονται σε απόσταση. Η τηλεϊατρική μπορεί να είναι τόσο απλή όσο μια τηλεφωνική συζήτηση για κάποια υπόθεση μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Φυσικά ο όρος περιλαμβάνει και πιο περίπλοκες διαδικασίες που απαιτούν την χρήση δορυφορικής τεχνολογίας και εξοπλισμού οπτικής τηλεδιάσκεψης για την επικοινωνία ειδικών ανά τον κόσμο.[20,27]

Τηλεϋγεία: Η τηλεϋγεία είναι η μεταφορά των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία και την τεχνολογία της πληροφορικής επικοινωνίας σε απομακρυσμένες περιοχές. Η τηλεϋγεία είναι μια γενίκευση του όρου τηλεϊατρικής καθώς αντίθετα με αυτή (που εστιάζεται κυρίως στη θεραπευτική διαδικασία) συμπεριλαμβάνει πτυχές της υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη, την αντιμετώπιση αλλά και την θεραπεία στον τομέα που λέγεται υγεία. Αρχικά ο όρος τηλεϋγεία χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει διοικητικές και εκπαιδευτικές εφαρμογές της τηλεϊατρικής, αλλά στην συνέχεια επεκτάθηκε σε κάθε είδους υπηρεσία που σχετίζεται με την υγεία. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας διαφοροποιεί την τηλεϊατρική από την τηλεϋγεία. Επομένως αν η τηλεϋγεία είναι η συγχώνευση της τεχνολογίας της πληροφορικής με την πρακτική της προστασίας και εξέλιξης της επιστήμης της υγείας, η τηλεϊατρική είναι η χρήση των προϊόντων της συγχώνευσης στις θεραπευτικές πρακτικές. Ο ίδιος ο οργανισμός με τα εκπαιδευτικά του προγράμματα για την υγεία, την φροντίδα για την δημόσια και κοινωνική υγεία, τα συστήματα ανάπτυξης και επιδημιολογίας θα χαρακτηρίζονταν κομμάτι της τηλεϋγείας, αφήνοντας τον όρο της τηλεϊατρικής για την πρακτική, την κλινική ιατρική και τους αντιπροσώπους της.[20,27]

Ηλεκτρονική παραπεπτικογραφία (E – Diagnosis): Η ηλεκτρονική παραπεπτικογραφία είναι η χρήση ενός αυτοματοποιημένου συστήματος εισαγωγής για να παραχθεί ένα παραπεπτικό με παρακλινικές εξετάσεις (πχ αίματος, ακτινογραφίες κ.α.)

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση: Η ηλεκτρονική συνταγή είναι η χρήση ενός αυτοματοποιημένου συστήματος εισαγωγής δεδομένων για να παραχθεί μια συνταγή, αντί η γραφή της σε χαρτί.[27]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

### 4.1 Η Συνταγογράφηση ως Ιατρική Πράξη

Η πιο συχνή ιατρική παρέμβαση από ένα ιατρό είναι η συνταγογράφηση κάποιου φαρμάκου ή κάποιας παρακλινικής εξέτασης. Είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας υγείας και γι' αυτό έχει δοθεί μεγάλη βαρύτητα στην εκτίμησή της.

Η συνταγογράφηση είναι το δεύτερο πιο ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο, μετά τις επεμβατικές τεχνικές, στα χέρια των ιατρών. Έτσι, η ορθή ή η λανθασμένη χρήση του, έχει σημαντικές συνέπειες για την υγεία, αλλά επειδή η φαρμακευτική δαπάνη είναι συνεχώς αυξανόμενη, έχει σημαντικές συνέπειες και για την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος.[28]

Το ιατρικό σώμα έχει τον κυρίαρχο λόγο (ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005, Παράρτημα 4.1 1), επειδή νομοθετικά είναι ο μόνος αρμόδιος που έχει το δικαίωμα να δίνει εντολές για θεραπευτική αγωγή. Η συνταγογραφική πρακτική του ιατρού επηρεάζεται κυρίως από:

- ❖ την επιστημονική του επάρκεια
- ❖ την ηλικία του
- ❖ τη δυνατότητα τεκμηρίωσης της διάγνωσης και της επιστημονικής του ασφάλειας
- ❖ την εμπλοκή της φαρμακευτικής βιομηχανίας
- ❖ τη ζήτηση από το χρήστη που εκφράζεται με την ασκούμενη πίεση για περισσότερη συνταγογράφηση.[28]

Η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων ανήλθε για το 2009 σε 5 δισ. ευρώ, ποσό που ισοδυναμεί με το 40% της ετήσιας κρατικής επιχορήγησης προς αυτά. Ενδεικτικά επίσης αναφέρουμε ότι στην Ελλάδα εκτελούνται περίπου 100 εκ. συνταγές το χρόνο, ενώ αντίστοιχα στη Δανία, χώρα με το μισό περίπου πληθυσμό της χώρας μας, 15 εκ.[28]

Αιτία του φαινομένου αυτού είναι η αλόγιστη συνταγογράφηση η οποία οφείλεται σε πλήθος παραγόντων. Κατ' αρχάς, στην ανασφάλεια του γιατρού: όσο πιο ανασφαλής είναι ο γιατρός, τόσο περισσότερα φάρμακα γράφει στον ασθενή του, ελπίζοντας ότι κάποιο από αυτά θα επιφέρει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Δευτερευόντως, στην εσφαλμένη τακτική κάποιων γιατρών, να καταφεύγουν απευθείας στα νέας γενιάς πανάκριβα φάρμακα, αντί να δοκιμάζουν την κλασική φτηνότερη αγωγή, καθώς και στην επιλεκτική συνταγογράφηση φαρμάκων της προτίμησής τους. Σε αυτά πρέπει να προστεθεί και η πληγή της πλαστικής συνταγογράφησης, δηλαδή η γνωστή απάτη με

τα κουπόνια στο φαρμακείο (αφαιρείται το κουπόνι από τη συσκευασία και το φάρμακο δίνεται ξανά σε κάποιον ανασφάλιστο ή σε άτομο που δεν έχει συνταγή γιατρού), η οποία εκτιμάται ότι αντιστοιχεί στο 28%-35% της φαρμακευτικής δαπάνης στα ασφαλιστικά ταμεία. [28]

Ένα ακόμα πρόβλημα που παρατηρείται, είναι η συμμόρφωση των ασθενών. Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία μόνο το 22% των συνταγών εκτελούνται από τους ασθενείς με βάση τις οδηγίες αναγραφής τους. Το 14% δεν εκτελεί τη συνταγή, το 13% την εκτελεί αλλά δεν χρησιμοποιεί τα φάρμακα, το 22% διακόπτει πρόωρα τη θεραπεία, ενώ το 29% μειώνει κατά την κρίση του τη δοσολογία. Σε όλες τις περιπτώσεις, έχουμε προφανή κατασπατάληση του πόρου της ιατρικής επίσκεψης, κορεσμό του συστήματος υποδοχής (χρόνος αναμονής), κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος και υποβάθμιση της αποδοτικότητας (και με όρους οικονομίας) του συστήματος.[29]

Μέχρι τώρα στην Ελλάδα γνωρίζαμε τη χειρόγραφη συνταγογράφηση, δηλαδή την καταγραφή των φαρμάκων ή των παρακλινικών εξετάσεων σε «χαρτί» (βιβλιάριο - συνταγολόγιο). Πρόσφατα εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία μέχρι τις 31/12/2011 ήταν σε πιλοτικό – δοκιμαστικό στάδιο στη χώρα μας χωρίς ιδιαίτερες διαφορές από τη χειρόγραφη, μόνο που τα δεδομένα δεν καταγράφονται σε χαρτί, αλλά στον υπολογιστή και η συνταγή εκτελείται με τη βοήθεια του διαδικτύου.

## **4.2 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση (e-prescribing)**

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι η διαδικασία κατά την οποία οι επαγγελματίες της φροντίδας υγείας εισάγουν τις συνταγές των φαρμάκων και των παρακλινικών εξετάσεων σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα συλλογής δεδομένων δημιουργώντας ηλεκτρονικές συνταγές αντί για τις κλασικές, γραμμένες σε χαρτί, συνταγές του παρελθόντος.[29]

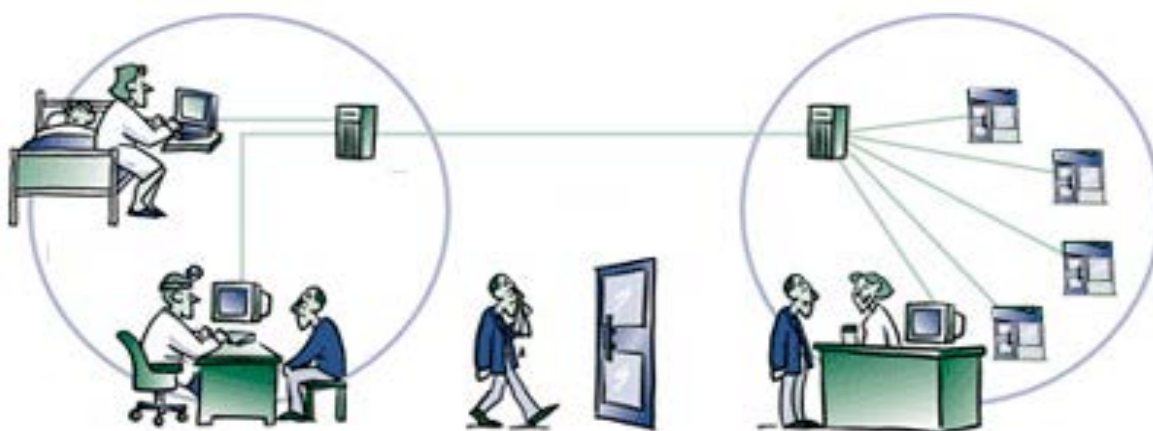
Τη δεκαετία του 1990, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εμφανίζεται πειραματικά σε διάφορες εφαρμογές στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Πρωτοπόρος είναι το Βέλγιο, που την εφαρμόζει από το 1993. Το 2003 η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ενσωματώνεται στη μεταρρύθμιση του κλάδου φαρμάκου των ΗΠΑ. Το 2005 εφαρμόζεται στην Ιταλία, τη Γαλλία και την Αυστρία και το 2008 ενσωματώνεται από τη Βρετανία.[29]

Στη χώρα μας η συζήτηση για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ξεκινά το 2005 και το 2007 ο διοικητής του ΙΚΑ αναφερόμενος στις δαπάνες του 2007 επισήμανε ότι η δαπάνη ανά ασφαλισμένο στη χώρα μας ανερχόταν στα 305 ευρώ, όταν στην Ολλανδία ήταν 180 ευρώ (-41%) και

στη Σουηδία 200 ευρώ (-34%), υποδεικνύοντας ως βασικό ένοχο τη χειρόγραφη υπερσυνταγογράφηση.[29]

Τελικά, στην Ελλάδα ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τις 18 Οκτωβρίου 2010 στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), στις 24/1/2011 εντάχθηκαν δύο από τα μεγαλύτερα υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ) στην Ελλάδα (Περιστερί – Αιγάλεω), από 1η Δεκεμβρίου 2011 εντάχθηκαν όλα τα υποκαταστήματα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, από 1/03/2011 ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και από 1η Ιουνίου 2011 ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η υποχρεωτική εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ξεκίνησε από 1/1/2012.

Το είδος της ηλεκτρονικής συσκευής που θα χρησιμοποιηθεί για την εισαγωγή των δεδομένων (φορητές συσκευές, προσωπικοί υπολογιστές, υπολογιστές τσέπης και άλλες) καθώς και το λογισμικό που θα υποστηρίξει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να ποικίλουν. Από τη στιγμή της δημιουργίας της «ηλεκτρονικής» συνταγής γίνεται ηλεκτρονική μεταφορά της μέσω δικτύου (Σχήμα 2).[30]



**Σχήμα 2:** Τυπικό Σενάριο Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

### 4.3 Λειτουργία της Εφαρμογής της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην Ελλάδα

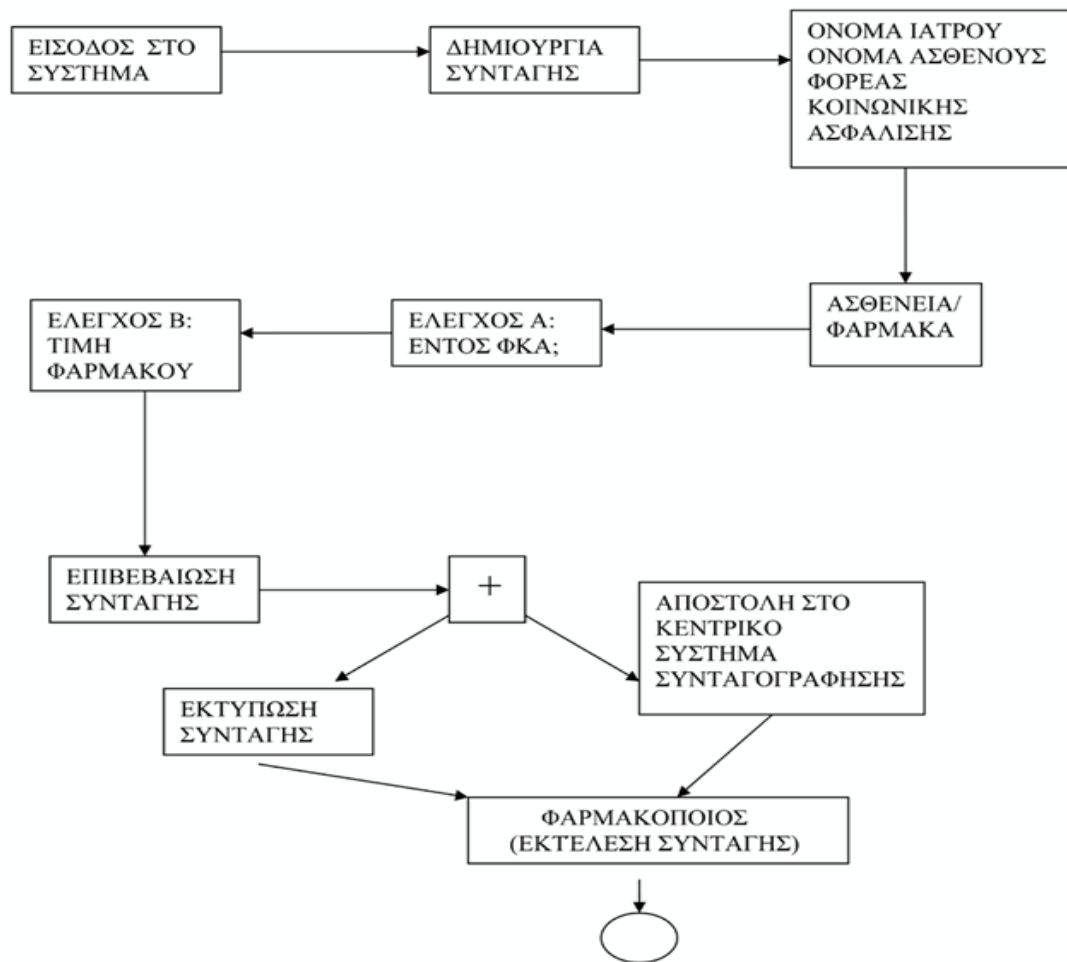
Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης λειτουργεί ως εξής: Ο γιατρός «μπαίνει» στο σύστημα, πληκτρολογεί το όνομα χρήστη και τον κωδικό του, ώστε το σύστημα να γνωρίζει ποιος γιατρός έγραψε την συνταγή και αρχίζει να την καταχωρεί. Βάζοντας στη θέση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης «ΑΜΚΑ» τον ΑΜΚΑ του ασθενούς, αυτόματα βγαίνουν τα υπόλοιπα στοιχεία του ασθενούς που αφορούν στη διεύθυνση, στο ασφαλιστικό ταμείο που είναι ασφαλισμένος και σε μια σειρά άλλα στοιχεία στα οποία θα πρέπει ο γιατρός να κάνει ένα μικρό έλεγχο αν πράγματι ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Στη συνέχεια συμπληρώνει σε ειδική ηλεκτρονική φόρμα - συνταγή την διάγνωση, τη φαρμακευτική ουσία που πρέπει να χορηγηθεί, την ποσότητα και τη χρονική διάρκεια. Ο γιατρός εκτυπώνει την ηλεκτρονική φόρμα και τη δίνει στον ασθενή ο οποίος με την σειρά του την παραδίδει στον φαρμακοποιό.[29]

Ο φαρμακοποιός «μπαίνει» στην διαδικτυακή πύλη (portal) με τον δικό του «ΑΜΚΑ», βρίσκει τη συγκεκριμένη συνταγή και την εκτελεί. Το κουτί με το φάρμακο περνάει από το σαρωτή (scanner) που «διαβάζει» τον κωδικό (barcode) προτού παραδοθεί στον ασθενή. Με τη μέθοδο αυτή, επιτυγχάνεται η ιχνηλασιμότητα του φαρμάκου, η δυνατότητα ανάκλησης της παρτίδας, αν χρειάζεται, ο έλεγχος του πλαστού φαρμάκου, ο έλεγχος της ημερομηνίας λήξης του ενώ μπλοκάρονται τα αχρησιμοποίητα κουπόνια από εξαγωγή φάρμακα.[29]

Ο φαρμακοποιός αν πχ. από δυο κουτιά που αναγράφει η συνταγή έχει το ένα, μπορεί να εκτελέσει μερικώς τη συνταγή. Έτσι επιλέγει «εκτέλεση» και η συνταγή θα καταχωρηθεί «μερικώς εκτελεσμένη». Το σύστημα θα αναμένει «από τον ίδιο φαρμακοποιό» να ξαναζητήσει αυτή τη συνταγή για ολική εκτέλεση έως ότου λήξει. Στη συνέχεια, ο φαρμακοποιός τυπώνει την εκτελεσμένη συνταγή και επικολλά επάνω τις ταινίες γνησιότητας των σκευασμάτων.[29]

Ο φαρμακοποιός κατά την περίοδο της πιλοτικής εφαρμογής είχε στη διάθεση του και τη δυνατότητα καταχώρησης χειρόγραφης συνταγής (στην περίπτωση που διακοπεί προσωρινά η σύνδεση του ιατρού στο διαδίκτυο). Στο τέλος κάθε μήνα ο φαρμακοποιός πάει στο φάκελο «Εκκαθάριση» και εκτυπώνει αυτόματα συγκεντρωτικές μηνιαίες καταστάσεις ανά Ασφαλιστικό Ταμείο με το οποίο συνεργάζεται, με όλη την πληροφορία που απαιτείται από το Ταμείο (Σχήμα 3). [29]





**Σχήμα 3 :** Λειτουργία Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

#### 4.4 Πρόσθετες Λειτουργίες και Συστατικά Στοιχεία της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυτή καθαυτή αποτελεί σημαντική πηγή εφοδιασμού και διευκόλυνσης των ασθενών. Ωστόσο τα τελευταία προγράμματα που δοκιμάζονται περιλαμβάνουν τις περισσότερες από τις παρακάτω επιπλέον λειτουργίες:

Πρόσβαση σε προνομικά στοιχεία: Η λειτουργία χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες που κάνουν την συνταγογράφηση προκειμένου να ελέγχουν τις πληροφορίες της

φαρμακευτικής κάλυψης των ασθενών και να τους προτείνουν εναλλακτικές μικρότερου κόστους όταν αυτές είναι διαθέσιμες.[30]

Πρόσβαση στο φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενή: Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η άσκοπη παραγγελία φαρμάκων και προλαμβάνονται οι περιπτώσεις αρνητικής αλληλεπίδρασης των φαρμάκων που χορηγήθηκαν σε κάποιον ασθενή. [30]

Υποστήριξη στην απόφαση επιλογής φαρμάκων: Περιλαμβάνει προειδοποιήσεις και πληροφορίες για αντικρουόμενη δράση φαρμάκων, αλλεργικές αντιδράσεις σε αυτά και διατροφή που επιβάλλεται για συγκεκριμένα φάρμακα. [30]

Ειδοποίηση για την ανανέωση συνταγών: Η συγκεκριμένη λειτουργία ενημερώνει με μηνύματα για την παραλαβή/πραγματοποίηση ή όχι συνταγογραφημένων φαρμάκων/παρακλινικών εξετάσεων από τους ασθενείς. [30]

Αιτήσεις ανανέωσης των συνταγών: Η παροχή χρησιμοποιείται από τους φαρμακοποιούς, οι οποίοι αποστέλλοντας υπενθυμίσεις αιτήσεις για ανανέωση των φαρμάκων στους ασθενείς μπορούν μετά την έγκριση από αυτούς να περάσουν στην επεξεργασία της συνταγής και την τελική παράδοση των φαρμάκων. [30]

Παράλληλα για την σωστή λειτουργία και έλεγχο των προγραμμάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης απαιτούνται τα παρακάτω στοιχεία:

- ❖ Συστήματα για τους επαγγελματίες που πραγματοποιούν τις συνταγογραφήσεις: Αναφέρεται στους επαγγελματίες που δημιουργούν και διαβιβάζουν ηλεκτρονικές φαρμακευτικές συνταγές ενώ παράλληλα ανταλλάσσουν και αναθεωρούν σχετικές πληροφορίες και ανακοινώσεις.[29]
- ❖ Συστήματα για τους πελάτες και τα φαρμακεία: Είναι απαραίτητο να υπάρχει το κατάλληλο λογισμικό για εκείνους που απαντάνε στις αιτήσεις των ασθενών και ανταλλάσσουν δεδομένα μέσω των συστημάτων με τους επαγγελματίες που συνυπογράφουν. Στην περίπτωση των φαρμάκων χρειάζεται το κατάλληλο σύστημα, ώστε να γίνει η επεξεργασία της παραγγελίας, να ενημερωθεί ο συνταγογραφητής για την πορεία της συνταγής (αν έχει γίνει παραλαβή της ή όχι) και πιθανότατα να ζητηθεί επανεκτέλεση της όταν η δοσολογία κριθεί ανεπαρκής και η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί.[29]

- ❖ Το Διαδίκτυο: Η παρουσία του κρίνεται απαραίτητη στα πλαίσια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθώς είναι η δίοδος επικοινωνίας των συστημάτων μεταξύ τους αλλά και με τους χρήστες των συστημάτων.[29]

Όλα τα προγράμματα που χρησιμοποιούνται αυτή τη στιγμή δεν περιλαμβάνουν όλες τις λειτουργίες.

#### **4.5 Πλεονεκτήματα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης**

Οι βασικοί περιορισμοί στην χρήση της εφαρμογής Ηλεκτρονικής Καταχώρισης και Εκτέλεσης Συνταγών, είναι ότι η χρήση γίνεται μέσω διαδικτύου και μόνο από εξουσιοδοτημένους χρήστες.

Το νέο σύστημα διασφαλίζει την πληρότητα, την ποιότητα, την εμπιστευτικότητα, την ακεραιότητα και ασφάλεια των δεδομένων, παρέχει δυνατότητα διασταύρωσης και επεξεργασίας στοιχείων τόσο από εσωτερικές όσο και από εξωτερικές πηγές πληροφόρησης και ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες λαθών σε ποσοστό άνω του 60%. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί βάση των στοιχείων του ΙΚΑ, τα λάθη στη συνταγογράφηση κατανέμονται σήμερα ως εξής:

- ❖ Χορήγηση φαρμάκου διαφορετικού του συνταγογραφημένου 66,0%.
- ❖ Κωδικός κουπονιού εκτός αρχείου φαρμάκων (συμπ. ΙΦΕΤ) 9,9%.
- ❖ Αριθμός φαρμάκων διαφορετικός των συνταγογραφημένων 3,8%.
- ❖ Μη ορθή εκτέλεση επαναλαμβανόμενης συνταγής 3,7%.
- ❖ Συνταγογράφηση πλέον των 2 κυτίων χωρίς αναγραφή χρόνιας πάθησης 3,3%.
- ❖ Λοιπά 10,2%. [31]

Με το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, ταυτοποιούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι στη συνταγογράφηση και είναι συνυπεύθυνοι. Επιπλέον έχει υπολογιστεί πως η Ηλεκτρονική Καταχώριση και Εκτέλεση Συνταγών θα οδηγήσει στην εξοικονόμηση 100 ωρών εργασίας ανά ιατρό το έτος, ενώ ακόμα πιο σημαντική είναι η ελάφρυνση του φόρτου εργασίας των φαρμακοποιών.[30]

Άλλη μια διάσταση των ωφελειών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει να κάνει με το γεγονός ότι η πλήρης, ψηφιακή καταγραφή των συνταγών παριστά το μόνο αντικειμενικό κριτήριο για τη φορολόγηση των ιατρών, διότι αποτελεί αδιάσειστο τεκμήριο παροχής υπηρεσιών υγείας.[32]

Σημαντικό πλεονέκτημα του συστήματος για τα ασφαλιστικά ταμεία είναι ότι ελέγχεται το κύκλωμα φαρμακευτικής εταιρείας - γιατρού - φαρμακοποιού και μειώνεται σημαντικά η φαρμακευτική δαπάνη.[30]

Ήδη από τον πρώτο μήνα εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΟΑΕΕ η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά το ήμισυ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού, το συνολικό μηνιαίο κόστος των φαρμάκων έφτασε τα 13 περίπου εκατομμύρια ευρώ, από 25 εκατομμύρια που ήταν πριν την εφαρμογή του συστήματος. Επιπλέον, ο αριθμός των συνταγών υποχώρησε από τις 300.000 μηνιαίως στις 200.000, ενώ το κόστος της μέσης συνταγής μειώθηκε από τα 80 στα 48 ευρώ.[30]

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αρκεί να γίνει μόνο στα φάρμακα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Πρέπει να επεκταθεί και στις διαγνωστικές εξετάσεις (να ολοκληρωθεί δηλαδή και το τρίτο στάδιο του έργου), εκεί που έχουμε διενέργεια πλήθους αχρείαστων εξετάσεων. Στα νοσοκομεία η εφαρμογή του μέτρου είναι δύσκολη, γιατί λόγω της απαρχαιωμένης μηχανοργάνωσης πρέπει να λυθούν πολλά τεχνικά και πρακτικά προβλήματα.[30]

Μπορεί μεν η λειτουργία της εφαρμογής να φαίνεται αρχικά ακριβότερη από την έντυπη συνταγή, αλλά τελικά θεωρείται ασφαλέστερη και μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος. Αναλυτικότερα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προσφέρει:

#### Βελτίωση της ασφάλειας και της ποσότητας της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι να μειωθούν τα σφάλματα συνταγογράφησης όταν αυτή γίνεται ηλεκτρονικά. Οι δυσανάγνωστες χειρόγραφες συνταγές εξαλείφονται μειώνοντας τον κίνδυνο λαθών. Οι προφορικές ασυνεννοησίες σχετικά με τις συνταγές μειώνονται καθώς η ηλεκτρονική μορφή δεν έχει ιδιαίτερες απαιτήσεις άμεσης επαφής (τηλεφωνικής) ανάμεσα στον φαρμακοποιό και το άτομο που συνταγογραφεί. Προειδοποιητικά συστήματα συναγερμού υπάρχουν και κατά την διαδικασία συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βελτιώνει ολόκληρο το σύστημα διαχείρισης φαρμάκων μέσω συστημάτων ελέγχου της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, για αλλεργίες, σε σχέση με την διάγνωση, το σωματικό βάρος, την ηλικία, την πάθηση για σωστή δοσολογία. Τα ίδια συστήματα ενημερώνουν τα άτομα που συνταγογραφούν ενώ πολλά από τα προγράμματα που

χρησιμοποιούνται έχουν και δυνατότητα να προτείνουν φαρμακευτικές αγωγές ανάλογα τα στατιστικά που υπάρχουν για το κάθε φάρμακο τους προς την κάθε ασθένεια.[32]

Πρόσβαση στο ιατροφαρμακευτικό ιστορικό του ασθενή. Η δυνατότητα αυτή, η πρόσβαση να γίνεται την στιγμή της συνταγογράφησης ενισχύει συναγερούς για ακαταλληλότητα συνδυασμού φαρμάκων μεταξύ τους ή συνδυασμού φαρμάκων για την συγκεκριμένη ασθένεια.[32]

Μείωση χρόνου τηλεφωνικών συνομιλιών για επιβεβαιώσεις από τους φαρμακοποιούς. Τα ιατρεία δέχονται πάνω από 150 εκατομμύρια τηλεφωνήματα από φαρμακεία με ερωτήσεις, διευκρινήσεις και αιτήσεις για ανανεώσεις φαρμάκων. Σε έρευνα που έγινε, το 88% των ιατρών δήλωσαν ότι είτε οι ίδιοι είτε το προσωπικό των ιατρείων τους ξοδεύει περίπου το 1/3 του χρόνου τους σε τέτοιου είδους τηλεφωνήματα. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να μειώσει τα τηλεφωνήματα που οφείλονται σε δυσανάγνωστες συνταγές και σε λανθασμένες επιλογές φαρμάκων για τις οποίες δεν υπάρχει έλεγχος, με αποτέλεσμα την καλύτερη ροή εργασίας και την αύξηση της παραγωγικότητας.[32]

Μείωση χρόνου αποστολής συνταγών στα φαρμακεία. Τόσο οι φαρμακοποιοί όσο και τα άτομα που συνταγογραφούν μπορούν να γλιτώσουν χρόνο με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση από

- ❖ την αποστολή των συνταγών,
- ❖ τη δουλειά για το βοηθητικό προσωπικό
- ❖ τα έξοδα αναλώσιμων (χαρτιού, μελάνης, συσκευών).[32]

Αυτοματισμός των αιτήσεων ανανέωσης συνταγών και διαδικασία εξουσιοδότησης.

Με την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η διαδικασία ανανέωσης συνταγών μπορεί να αυτοματοποιηθεί πλήρως τόσο για τους φαρμακοποιούς όσο και για τα άτομα που συνταγογραφούν. Το προσωπικό του φαρμακείου δημιουργεί τη φόρμα και την αποστέλλει μέσω δικτύου. Το άτομο που συνταγογραφεί εξετάζει το αίτημα και απαντά ηλεκτρονικά για την ανανέωση ή όχι του φαρμάκου. Είναι ελάχιστος ο χρόνος πληκτρολόγησης στον υπολογιστή και η διαδικασία έχει τελειώσει χωρίς μεταφορικούς μεσάζοντες, ανέξοδα και γρήγορα.[32]

Ικανοποίηση ασθενών (και φαρμακευτική πληρότητα). Υπολογίζεται ότι 20% των χειρόγραφων συνταγών δεν φτάνουν στα φαρμακεία για ανανέωση εξαιτίας της δυσκολίας να μεταφερθεί η συνταγή στο φαρμακείο και της αναμονής που χρειάζεται για να ανανεωθεί (κυρίως από άτομα μεγάλης ηλικίας). Μειώνοντας στο ελάχιστο το χρόνο που απαιτείται,

μεγαλώνει ο αριθμός των ανανεώσεων. Επίσης πολλές φορές οι χειρόγραφες συνταγές αλλοιώνονται με αποτέλεσμα η ανανέωση τους να θέλει διευκρινήσεις σε αντίθεση με την ηλεκτρονική τους μορφή που παρέχει κάθε πληροφορία για την άμεση ανανέωση ακόμα και αποστολή της συνταγής στον ασθενή.[32]

Βελτίωση των καθιερωμένων κοστολογήσεων για τα φάρμακα. Πραγματοποιούνται συγκρίσεις τιμών στα ίδια τα σημεία φροντίδας, υπάρχει δυνατότητα αντικατάστασης φαρμάκων υψηλού κόστους με άλλα χαμηλότερου κόστους που έχουν τις ίδιες ιδιότητες. Έτσι εμποδίζεται η ασυδοσία των φαρμακοβιομηχανιών και μειώνεται το κόστος για τους ασθενείς. Αυτή η μείωση μπορεί να βοηθήσει και τη μεγαλύτερη συμμόρφωση των ασθενών με την επαναληπτική λήψη φαρμάκων καθώς το κόστος παύει να είναι απαγορευτικό για αυτούς.[32]

Μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων στα άτομα που συνταγογραφούν. Διευκολύνεται πρακτικά η καθημερινότητά τους, καθώς με την χρήση φορητών συσκευών και ασύρματου δικτύου μπορούν να συνταγογραφούν από οπουδήποτε και αν βρίσκονται.[32]

Βελτίωση της παρακολούθησης για τα ελεγχόμενα φάρμακα. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επιτρέπει την αυτόματη καταγραφή των φαρμάκων και την δημιουργία αναφορών για την χρήση τους πράγμα αδύνατο με τις χειρόγραφες συνταγές. Έτσι ελέγχονται φάρμακα που δεν είναι ευρείας κυκλοφορίας και ανά πάσα στιγμή μπορούν να βρεθούν όλοι οι ασθενείς που έλαβαν το φάρμακο καθώς και τα χρονικά πλαίσια στα οποία συνέβη αυτό.[32]

#### **4.6 Μειονεκτήματα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης**

Όπως σε κάθε καινούργια εφαρμογή, υπάρχουν και εδώ παράμετροι που πρέπει να εξαλειφθούν προκειμένου να λειτουργήσει το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Αρχικά πρέπει να γίνει αισθητό ότι η τεχνολογία θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για το μέλλον της ιατρικής. Πολλοί ιατροί δεν είναι πρόθυμοι να αλλάξουν οτιδήποτε, αν αυτό δεν έχει άμεσο αντίκρισμα στον χρόνο και τα χρήματα που κερδίζουν.

Άλλοι παρόλο που χρησιμοποιούν ηλεκτρονικούς υπολογιστές στην προσωπική τους ζωή, διστάζουν να τους κάνουν κομμάτι του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Ενώ οι ιατροί έχουν τη

δυνατότητα να συνταγογραφήσουν ηλεκτρονικά, δεν το κάνουν και προτιμούν την έντυπη συνταγογράφηση.[32]

Παράλληλα, αν και τα αυτόνομα συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναπτύσσονται ραγδαία, δεν είναι ακόμα λειτουργικά άρτια. Κάποιες φορές, τα δεδομένα δεν έχουν την κατάλληλη μορφή με αποτέλεσμα να μην μπορούν να μεταδοθούν άμεσα. Ωστόσο, η ιατρική επιστήμη και η φροντίδα της υγείας δεν γίνεται να περιμένουν την μετατροπή των δεδομένων ώστε να λειτουργήσουν.[32]

Βέβαια πρόβλημα αποτελεί και το γεγονός ότι δεν είναι όλα τα φαρμακεία και τα ιατρικά εργαστήρια ακόμα ικανά να υποστηρίξουν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οπότε χάνεται η ακολουθία φαρμακοληψίας και της εκτέλεσης παρακλινικών εξετάσεων και τα οφέλη που αυτή έχει για ένα ασθενή.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πέρα από οτιδήποτε άλλο η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι ένα σύστημα και όπως όλα τα συστήματα, υπάρχει κάποια στιγμή πιθανότητα δυσλειτουργίας ή ακόμη και κατάρρευσης. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να εξασφαλισθεί η δυνατότητα επιστροφής, μέχρι την αποκατάστασή του, στα κλασικά συστήματα χειρόγραφης συνταγογράφησης χωρίς παρακώληση της διαδικασίας.[32]

Τέλος, όπως σε όλα τα ηλεκτρονικά συστήματα υπάρχει το πρόβλημα της καταπάτησης του δικαιώματος της ιδιωτικότητας καθώς η παράνομη είσοδος στο σύστημα μη εξουσιοδοτημένου ατόμου δίνει πρόσβαση σε όλα τα αρχεία. Με τις χειρόγραφες συνταγές ακόμα και αν κάποιες δεν φυλάσσονταν καλά, θα δημοσιοποιούνταν τα στοιχεία κάποιων ασθενών και όχι ολόκληρου του πληθυσμού.[32]

Για να λειτουργήσει σωστά και με συνέπεια η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης πρέπει να επεξεργαστούν και να αποκατασταθούν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Σίγουρα δεν είναι μια απλή και γρήγορη διαδικασία αλλά ζωτικής σημασίας. [32]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν σχετικές έρευνες που ασχολήθηκαν με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και διαπίστωσαν διάφορα προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά τη χρήση του συστήματος, την προθυμία ή μη των χρηστών της να την εντάξουν στην καθημερινότητάς τους, την εξοικείωση αυτών με την τεχνολογία και τα οφέλη της.

Οι *Laura T. Pizzi και συν το 2005* διερεύνησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τους ιατρούς. Το δείγμα αποτελούσαν 1104 γιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) οι οποίοι είχαν εγγραφεί στο Physicians Online Internet service και τους χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια. Κάποιες από τις ερωτήσεις αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν κατά πόσο οι γιατροί συνταγογραφούσαν ηλεκτρονικά ή χειρόγραφα, ήταν εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και ποιες ήταν οι πεποιθήσεις τους σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα εμπόδια που αντιμετώπισαν. Από αυτούς, οι 19% συνταγογραφούσαν ηλεκτρονικά. Οι 82,6% ήταν άνδρες, οι 62,3% ήταν από 36 έως 50 ετών και οι 70,5% εργάζονταν σε ιδιωτικά ιατρεία. 65,9% αυτών έβλεπαν πάνω από 50 ασθενείς την εβδομάδα και συνταγογραφούσαν πάνω από 25 συνταγές την εβδομάδα (73.1%). Αυτοί που συνταγογραφούσαν ηλεκτρονικά εξασκούσαν λιγότερα χρόνια την ιατρική και είχαν τεχνολογικά εξοπλισμένα ιατρεία. Επίσης είχαν διαφορετικές αντιλήψεις από τους παραδοσιακούς συνταγογράφους (χειρόγραφη συνταγή), οι οποίες έλεγαν ότι με τους περιορισμούς που έχει η φόρμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποφεύγονται λάθη που σχετίζονταν με τη συνταγογράφηση των φαρμάκων ( π.χ. λάθος δοσολογία) κι έτσι αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης.[33]

Οι *Joy M. Grossman και συν το 2007* διερεύνησαν και κατέγραψαν την εμπειρία των γιατρών από τη χρήση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το δείγμα αποτελούσαν άτομα που ήταν χειριστές και σχεδιαστές της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και κυρίως γιατροί και χρησιμοποιούσαν το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, διοικητές και γιατροί που δε ήταν χρήστες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, προμηθευτές υγείας και φαρμακοποιοί στην Washington. Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη και η μελέτη έδειξε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του οράματος των υπεύθυνων κατασκευαστών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των χρηστών γιατρών, μετά από την πραγματική χρήση του προϊόντος. Οι γιατροί ήταν πολύ θετικοί προς το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης λόγω της ασφάλειας από λάθη κατά τη συνταγογράφηση, της καλύτερης τεκμηρίωσής της και της μείωσης των τηλεφωνημάτων από τα φαρμακεία. Πολλές φορές όμως οι γιατροί σταματούσαν να χρησιμοποιούν το σύστημα εξαιτίας αρκετών προβλημάτων όπως: «πέσιμο» του συστήματος και ότι η χρήση του δεν είναι και τόσο απλή όσο τους την είχαν παρουσιάσει.[34]



Οι *C. Jason Wang και συν το 2009* σύγκριναν τις εμπειρίες των χρηστών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των μη χρηστών όσον αφορά την ασφάλεια της συνταγής της και την εργασιακή τους απόδοση. Η δειγματοληψία έγινε τυχαία και αποτελείται από 250 γιατρούς που είχαν ολοκληρώσει την ηλεκτρονική εγγραφή, από 50 που είχαν ολοκληρώσει την εγκατάσταση της φόρμας (χορηγός η Horizon Blue Cross Blue Shield of NJ) και από 200 γιατρούς που είχαν εγγραφεί στο πρόγραμμα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αλλά εξακολουθούσαν να εκτελούν τη χειρόγραφη συνταγογράφηση στο New Jersey. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια και από τους 395 γιατρούς που επιλέγησαν, οι 228 (58%) ολοκλήρωσαν την έρευνα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι 139 γιατροί που συνταγογραφούσαν ηλεκτρονικά μπορούσαν να εντοπίσουν καλύτερα τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που χορηγούσαν στους ασθενείς άλλοι γιατροί για άλλα προβλήματα υγείας οι 71% ισχυρίστηκαν ότι δεν υπήρχε σημαντική μείωση των κλήσεων από φαρμακεία για διευκρινήσεις (10 κλήσεις λιγότερες την εβδομάδα). Οι περισσότεροι γιατροί έμειναν ικανοποιημένοι από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γιατί αυξήθηκε η εργασιακή τους απόδοση. Οι 17% σταμάτησαν να χρησιμοποιούν το σύστημα λόγω μη εξοικείωσης με τους Η/Υ και οι 46% είπαν ότι μερικές φορές επανήλθαν στην χειρόγραφη συνταγή λόγω προβλημάτων.[35]

Οι *Woan Shin Tan και συν το 2009* εξέτασαν την ικανοποίηση των χρηστών και τους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που πραγματοποιήθηκε στο National Healthcare Group Polyclinics στη Σιγκαπούρη. Το δείγμα αποτελούσαν 118 γιατροί και 61 φαρμακοποιοί, όλοι χρήστες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και απάντησε σε ερωτηματολόγια. Οι 56,9% από τους φαρμακοποιούς εξέφρασαν ικανοποίησή από τη χρήση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι 51,8% (ιατροί) και 60% (φαρμακοποιοί) ήταν ικανοποιημένοι από την επεξεργασία των συνταγών. Οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί που συμφώνησαν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μείωσε τα συνταγογραφικά λάθη και μειώθηκαν τα τηλεφωνήματα για διευκρινήσεις. Οι χρήστες ήταν γενικά ικανοποιημένοι με τη λειτουργικότητα του συστήματος, αλλά υπήρχε κάποιος βαθμός δυσαρέσκειας για την καθυστέρηση της ροής της εργασίας, ιδιαίτερα για το προσωπικό του φαρμακείου. [36]

Οι *Lina Hellstrom και συν το 2009* διερεύνησαν την εμπειρία των χρηστών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τις προτάσεις τους για τρόπους βελτιστοποίησης. Το δείγμα αποτελούσαν 180 γιατροί, χρήστες του προγράμματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στη Σουηδία. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88%), θεωρούν το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εύκολο. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (92%), πίστευαν ότι ήταν σε θέση να παρέχουν καλύτερη εξυπηρέτηση στους ασθενείς, οι 91% θεωρούσαν ότι εξοικονομούν χρόνο και οι 83% ότι η εφαρμογή είναι πιο ασφαλής για την αποφυγή λάθους σε σύγκριση με τις χειρόγραφες συνταγές. Μερικές από τις πιο συχνά αναφερθείσες αδυναμίες του συστήματος είναι ότι

δεν εμφανίζεται με σαφήνεια τιμές των φαρμάκων (43%), γίνεται περίπλοκη η επιλογή των φαρμάκων (21%), και είναι δυνατό να εξυπηρετήσουν περισσότερους από έναν ασθενή τη στιγμή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (13%). Επιπλέον, οι 62% ανέφεραν την έλλειψη απόδειξης από το φαρμακείο μετά την επιτυχή μετάδοση μιας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία (73%) των γιατρών ανέφεραν ότι είχαν πάντα ή συχνά τον έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τελευταία φορά πριν από τη διαβίβαση, οι 25% δήλωσαν ότι είναι σπάνια ή ποτέ δεν έκαναν ένα τελευταίο έλεγχο. Οι ερωτηθέντες πρότειναν ορισμένες βελτιώσεις, μεταξύ άλλων, την απλούστευση της επιλογής των φαρμάκων και την δυνατότητα ακύρωσης των ηλεκτρονικών συνταγογραφήσεων.[37]

Οι *Kate L. Larane και συν το 2011* στη Virginia μελέτησαν το αν η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυξάνει την αποτελεσματικότητα ή την αναποτελεσματικότητα στην φροντίδα υγείας. Το δείγμα αποτέλεσαν 276 άτομα (φαρμακοποιοί, γιατροί, προμηθευτές λογισμικού) εκ των οποίων οι 157 ήταν ιδιώτες ιατροί, που χρησιμοποιούσαν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση από 6 διαφορετικές πολιτείες των ΗΠΑ. Οι 64% όλων έχουν την αντίληψη ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι αποτελεσματική διότι μειώθηκαν σημαντικά τα λάθη, ελέγχθηκε η αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων και παρατηρήθηκε βελτίωση στη ροή της εργασίας. Αρνητικές παρατηρήσεις κατεγράφησαν όταν χρειάστηκε να συνταγογραφηθούν φάρμακα για δεύτερη φορά σε σύντομο χρονικό διάστημα και δεν το επέτρεπε το σύστημα, καθώς και ότι δεν γινόταν ακύρωση λανθασμένων συνταγών. Αυτό που προτείνεται για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας είναι η σωστή και συχνή ενημέρωση της εφαρμογής.[38]

Οι *Sabi Redwood και συν το 2011* στη Μεγάλη Βρετανία μελέτησαν κατά πόσον μπορεί η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να εντοπίσει γιατρούς οι οποίοι είναι πιο πιθανό να κάνουν ένα σοβαρό λάθος κατά τη συνταγογράφηση. Δείγμα αποτέλεσαν γιατροί (381) οι οποίοι χρησιμοποιούν την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης πάνω από 12 μήνες. Κατέληξαν ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν μπορεί να αποτρέψει τους γιατρούς να κάνουν σφάλματα στις συνταγές και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται γι' αυτό το σκοπό.[39]

Οι *Francis Lau και συν το 2012* στον Καναδά ανέλυσαν με μελέτη μετανάλυσης το αντίκτυπο που είχε η εισαγωγή των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων στα ιδιωτικά ιατρεία όσον αφορά τις επιπτώσεις στην παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και στην οργάνωση των ιδιωτικών ιατρείων. Το δείγμα αποτέλεσαν 65 δημοσιευμένες εργασίες στο Medline και CINAHL τη χρονική περίοδο 2000 έως 2009. Εξετάστηκαν οι εξής τομείς: η υποστήριξη συνταγογράφησης, η διαχείριση της νόσου, η κλινική τεκμηρίωση, η προληπτική φροντίδα, και η αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού-ασθενούς. Περίπου οι μισές παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα για τους τομείς μελέτης, ενώ μόνο ένα ποσοστό

(18%) παρουσίασε αρνητικά αποτελέσματα. Δηλαδή υπάρχουν περιορισμένα μεν αλλά θετικά δε αποτελέσματα από την εφαρμογή των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων στον ιδιωτικό τομέα. [40]

Σε μία πολύ πρόσφατη μελέτη οι *Krutika S. Jariwala και συν στις ΗΠΑ το 2013* μελέτησαν την εμπειρία των ιατρών από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη δυνατότητα να αναβαθμίσουν την εφαρμογή αυτή. Στη μελέτη συμμετείχαν 443 ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι περισσότεροι (83%) ανέφεραν ικανοποίηση από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την προτιμούσαν από την έντυπη. Παρά το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες (22%) δήλωσαν ότι είχαν ξεκινήσει και στην πορεία σταμάτησαν τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι περισσότεροι την χρησιμοποίησαν ξανά ή έχουν την επιθυμία να την χρησιμοποιήσουν και πάλι στο μέλλον. Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (σα λογισμικό πρόγραμμα). [41]

| Χρονολογία | Χώρα       | Τίτλος - Συγγραφείς   | Σκοπός  | Αποτελέσματα   |
|------------|------------|---|---|--|
| 2005       | ΗΠΑ        | «Factors Related to Physicians' Adoption of Electronic Prescribing: Results From a National Survey»<br>Laura T. Pizzi και συν                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Χρήση χειρόγραφης ή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</li> <li>Εξοικείωση με την τεχνολογία</li> <li>Πλεονεκτήματα</li> <li>Εμπόδια</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>19% χρήση Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</li> <li>Η πλειοψηφία που απάντησαν ήταν άνδρες (82,6%)</li> <li>οι 62,3% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 36 έως 50</li> <li>Πιο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία ήταν οι πιο νέοι ιατροί</li> <li>Αποφυγή λαθών(π.χ. δοσολογία), Αύξηση αποτελεσματικότητας της συνταγογράφησης</li> <li>Μη εξοπλισμένα ιατρεία, μη εξοικειωμένοι με την τεχνολογία.</li> </ul> |
| 2007       | Washington | «Physicians' Experiences Using Commercial E-Prescribing Systems»<br>Joy M. Grossman και συν   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Εμπειρία από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</li> </ul>  | Θετικές κριτικές εξ αιτίας: <ul style="list-style-type: none"> <li>ασφάλειας από λάθη κατά τη συνταγογράφηση,</li> <li>μείωση διευκρινιστικών τηλεφωνημάτων από τα φαρμακεία</li> </ul> Αρνητικές κριτικές: <ul style="list-style-type: none"> <li>Πολύπλοκη εφαρμογή</li> <li>Δεν ανταποκρίνεται το σύστημα</li> </ul>  |
| 2009       | New Jersey | «Perceptions of Standards-based Electronic Prescribing Systems as Implemented in Outpatient Primary Care: A Physician Survey» C. Jason Wang και συν | Εμπειρία των χρηστών της ηλ. Συνταγογράφησης και εμπειρία των χρηστών της έντυπης συνταγογράφησης για: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ασφάλεια κατά τη συνταγογράφηση</li> <li>Εργασιακή απόδοση</li> </ul> | Χρήστες ηλ. συνταγογράφησης: <ul style="list-style-type: none"> <li>Εντοπισμός αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα του χορηγούμενου προϊόντος</li> <li>Δεν παρατηρήθηκε μείωση τηλεφωνημάτων από τα φαρμακεία</li> <li>Αύξηση της εργασιακής τους απόδοσης</li> <li>Επαναφορά στη χειρόγραφη εξαιτίας μη απόκρισης του</li> </ul>   |

|      |           |   |  |   |
|------|-----------|---|--|---|
|      |           |   |  | <p>συστήματος</p> <p>Χρήστες έντ. συνταγογράφησης:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διακοπή χρήση ηλ συνταγογράφησης εξαιτίας της μη εξοικείωσής τους με την τεχνολογία</li> <li>• Χρονοβόρα διαδικασία</li> </ul>  |
| 2009 | Σγκαπούρη | «Evaluating User Satisfaction with an Electronic Prescription System in a Primary Care Group» Woan Shin Tan και συν | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ικανοποίηση χρηστών</li> <li>• Παράγοντες ικανοποίησης</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σε γενικό πλαίσιο ικανοποιημένοι, αλλά δυσαρέσκεια λόγω καθυστέρησης της ροής εργασίας</li> <li>• Μείωση συνταγογραφικών λαθών</li> <li>• Μείωση διευκρινιστικών τηλεφωνημάτων</li> </ul>  |
| 2009 | Σουηδία   | «Electronic Prescribing in Ambulatory Practice: Promises, Pitfalls, and Potential Solutions» Lina Hellstrom και συν | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμπειρία από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</li> <li>• Προτάσεις βελτιστοποίησης</li> </ul>                | <p>Πλεονεκτήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εύκολη εφαρμογή</li> <li>• Καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών</li> <li>• Εξοικονόμηση χρόνου</li> <li>• Αποφυγή λαθών</li> </ul> <p>Μειονεκτήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν εμφανίζεται πάντα η τιμή</li> <li>• Δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν πάνω από έναν ασθενή την ίδια στιγμή</li> <li>• Περίπλοκη διαδικασία επιλογής φαρμάκου</li> <li>• Δεν γνώριζαν αν η συνταγή είχε διαβιβαστεί και εκτελεστεί από το φαρμακείο</li> <li>• Αρκετοί δεν έκαναν έλεγχο πριν από την ολοκλήρωση της συνταγογράφησης</li> </ul> <p>Προτάσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Απλοποίηση διαδικασίας επιλογής φαρμάκου</li> <li>• Δυνατότητα ακύρωσης της συνταγής</li> </ul> |
| 2011 | Virginia  | «Perceptions of e-prescribing efficiencies and inefficiencies in ambulatory care» Kate L. Lapane και συν            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση της αποτελεσματικότητας ή της αναποτελεσματικότητας στην φροντίδα υγείας από την ηλ. συνταγογράφηση</li> </ul> | <p>Αύξηση αποτελεσματικότητας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση λαθών</li> <li>• Έλεγχος αλόγιστης συνταγογράφησης φαρμάκων</li> <li>• Βελτίωση ροής της εργασίας</li> </ul> <p>Μειονεκτήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δε γινόταν ακύρωση συνταγών</li> <li>• Δεν επέτρεπε το σύστημα συνταγογράφηση για δεύτερη φορά για το ίδιο άτομο σε σύντομο χρονικό διάστημα.</li> </ul>  |

|      |                 |   |   |   |
|------|-----------------|---|---|---|
|      |                 |   |   | Προτάσεις<br>• Σωστή και συχνή ενημέρωση της εφαρμογής βάσει των προβλημάτων που παρουσιάζονται   |
| 2011 | Μεγάλη Βρετανία | «Does the implementation of an electronic prescribing system create unintended medication errors? A study of the sociotechnical context through the analysis of reported medication incidents» Sabi Redwood και συν | • Εντοπισμός των γιατρών οι οποίοι μπορεί να έχουν συνταγογραφήσει κάτι «λανθασμένο»                                      | • Δεν μπορεί να γίνει εντοπισμός τους   |
| 2012 | Καναδάς         | «Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review» Francis Lau και συν (μελέτη μετανάλυσης) ΧΩΡΕΣ?????   | • Το αντίκτυπο που είχε η εφαρμογή των ηλεκτρονικών αρχείων στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και στην οργάνωση των ιατρείων | • 18% αρνητικά αποτελέσματα από την εφαρμογή.   |
| 2013 | ΗΠΑ             | «Adoption of and experience with e-prescribing by primary care physicians» Krutika S. Jariwala και συν  | • Η εμπειρία των ιατρών από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η δυνατότητα για αναβάθμιση της εφαρμογής                  | • Ικανοποίηση από την ηλ. Συνταγογράφηση (83%)<br>• Προτίμηση της ηλ. Συντ. παρά της χειρόγραφης.<br>• Επιθυμία χρήσης της ηλ. Συνταγογράφησης (παρά τη διακοπή της)<br>• Πάνω από τους μισούς προβλήματα με το λογισμικό της |
|      |                 |   |   |   |

Στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία αντίστοιχη μελέτη που να αποτυπώνει την ικανοποίηση των ιατρών από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αλλά σε πολλούς διαδικτυακούς χώρους εκφράζονται πολλά παράπονα και προβλήματα όπως:

- ❖ η πτώση του συστήματος κυρίως κατά τις απογευματινές ώρες,
- ❖ Τα ιατρικά ιστορικά των ασθενών δεν είναι πάντα ενημερωμένα
- ❖ Δυσκολία χρήσης της φόρμας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- ❖ Λίστες με σκευάσματα που δεν κυκλοφορούν πλέον
- ❖ Η ύπαρξη σκευασμάτων στις λίστες τα οποία είναι μη συνταγογραφούμενα και
- ❖ Λάθη στις τιμές. [42]

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών του ΟΠΑΔ σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές από τη μέχρι τώρα χρήση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια δεν απαιτούν μεγάλο χρόνο συμπλήρωσης, κάτι το οποίο ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για την επίτευξη ανταποκρισιμότητας από το δείγμα της μελέτης, καθώς η συμπλήρωση γίνεται ηλεκτρονικά (σε Η/Υ).

Όπως είναι φανερό από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν υπάρχουν μέχρι τώρα στοιχεία για την ικανοποίηση των ιδιωτών ιατρών στην Ελλάδα. Οι κυριότεροι ερευνητικοί στόχοι - υποθέσεις που θα διερευνηθούν είναι :

- ❖ Η εξοικείωση των ιατρών με τις νέες τεχνολογίες.
- ❖ Η επιθυμία των ιατρών να περάσουν από τη χειρόγραφη συνταγογράφηση στην ηλεκτρονική συνταγή.
- ❖ Η ικανοποίηση από τη μέχρι τώρα εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **7.1 Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές όλης της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στους νομούς: Αιτωλοακαρνανίας, Αργολίδας, Άρτας, Αχαΐας, Βοιωτίας, Δράμας, Δωδεκανήσων, Έβρου, Ηλείας, Ημαθίας, Ηρακλείου, Ιωαννίνων, Καβάλας, Κυκλάδων, Λάρισας, Λασιθίου, Λέσβου, Μαγνησίας, Πέλλας, Πιερίας, Πρέβεζας, Ρεθύμνου, Ροδόπης, Σερρών, Φλωρίνης, Χαλκιδικής, Χίου, Κεφαλονιάς, Κορίνθου, Λακωνίας, Τρικάλων, και Χανίων. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ιδιώτες ιατροί του ΟΠΑΔ όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται στους προαναφερθέντες νομούς. Μετά από έγκριση του προέδρου του ΟΠΑΔ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ), τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά μέσω e-mail σε λίστα ηλεκτρονικών διευθύνσεων, την οποία παρείχε ο ΟΠΑΔ στον ερευνητή. Κάθε e-mail εκτός του ερωτηματολογίου, συμπεριελάμβανε και μια συνοδευτική επιστολή για το σκοπό της έρευνας, την

ταυτότητα των ερευνητών και τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν και εστάλησαν ηλεκτρονικά (e-mail).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε κατασκευάστηκε από τον ερευνητή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Μέρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο των Lina Hellstrom και συνεργατών [37], κατόπιν αδείας των ερευνητών. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, με ερωτήσεις κλειστού τύπου και αποτελείται συνολικά από είκοσι δύο ερωτήσεις που αφορούν: α) στα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των εργαζομένων, β) στην ικανότητα και στην εξοικείωσή τους με τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και γ) στη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και στην ικανοποίησή τους από την μέχρι τώρα εφαρμογή της.

## 7.2 Επεξεργασία Αποτελεσμάτων

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Microsoft Office Excel 2007 και του SPSS 18.0 και οι πίνακες απεικονίσεις και γραφικές αναλύσεις αποκλειστικά με το Microsoft Office Excel 2007. Οι μέσες τιμές(mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation, SD) ή και οι διάμεσες τιμές χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές είναι όλες κατηγορικές ή και ταξινομικές μεταβλητές που περιέχουν δύο ή περισσότερες κατηγορίες. Με τη σειρά σημαντικότητας αυτές είναι η ικανοποίηση από την εφαρμογή, η σύγκριση χρόνου ηλεκτρονικής και χειρόγραφης, η ευκολία της διαδικασίας, η ειδικότητα/τομέας, η ηλικιακή ομάδα, το φύλο, η επίδοση στους Η/Υ.

Οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% και στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, παρουσιάζονται μόνο τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ανά μεταβλητή, καθώς βάσει αυτών προκύπτουν τα συμπεράσματα της μελέτης. Παρουσιάζονται πινακοποιημένα τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου σύγκρισης. Επισημαίνεται ότι, παρουσιάζονται μόνο τα στατιστικά αποτελέσματα, δηλαδή, αυτά όπου το p-value του ελέγχου έχει τιμή μικρότερη του 0.001.

Δεδομένου ότι στο κομμάτι των γενικών ερωτήσεων συμπεριλήφθηκαν μεταβλητές οι οποίες είναι στην πλειοψηφία τους ποιοτικές, για την ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ τους, επιλέχθηκε ο έλεγχος Pearson  $r$ .

Σκοπός του συγκεκριμένου ελέγχου είναι η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων, γεγονός που μεταφράζεται και ως ανεύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, πάντα. Με τη βοήθεια της μεθόδου αυτής, γίνεται αναπαράσταση της παρατηρηθείσας και

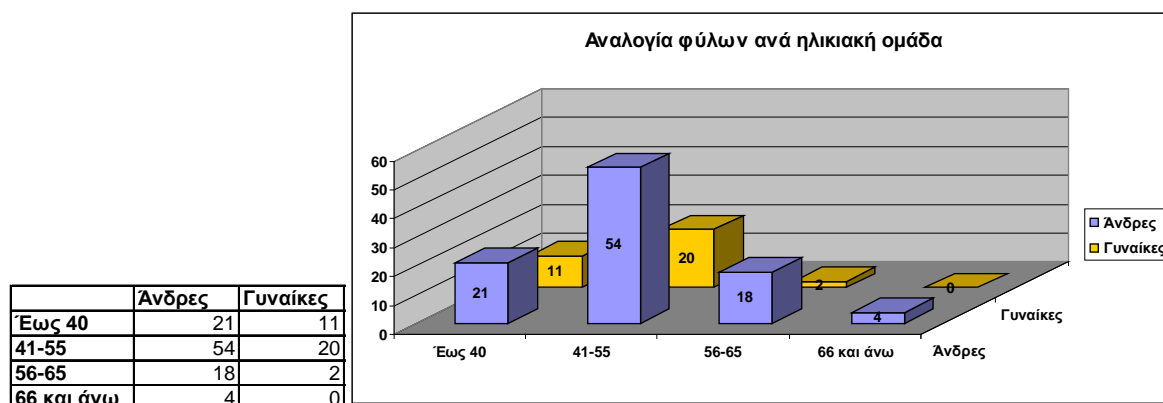
της αναμενόμενης συχνότητας που αντιστοιχεί σε κάθε ένα από τα κελιά του πίνακα που σχηματίζεται από τον συνδυασμό των κατηγοριών.



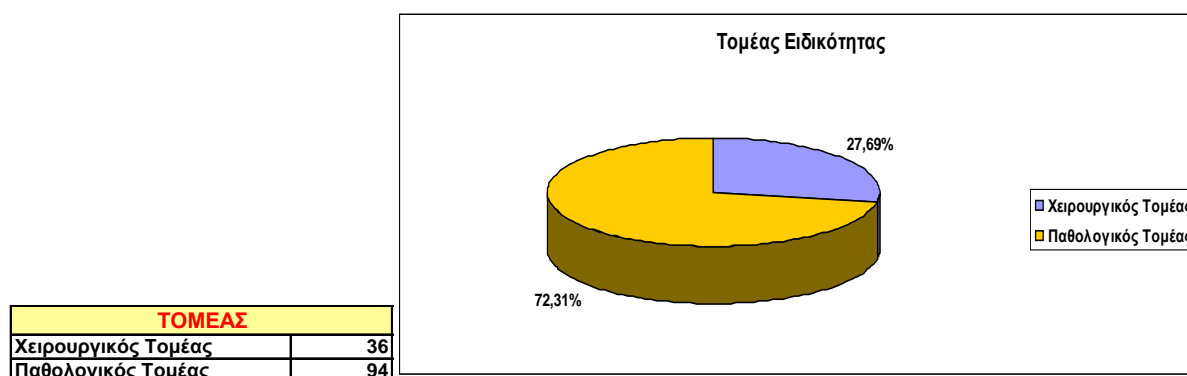
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά εστάλησαν 8909 email. Από αυτά τα 350 email δεν παραδόθηκαν. 8559 ερωτηματολόγια εστάλησαν ηλεκτρονικά και απαντήθηκαν πλήρως 130 ερωτηματολόγια. Ο ανδρικός πληθυσμός του δείγματος αποτέλεσε την πλειοψηφία (74,62%). 56,92% του πληθυσμού που αποτέλεσε το δείγμα μας ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 41-55 ετών και 72,31% είχαν κάποια ειδικότητα του Παθολογικού Τομέα.

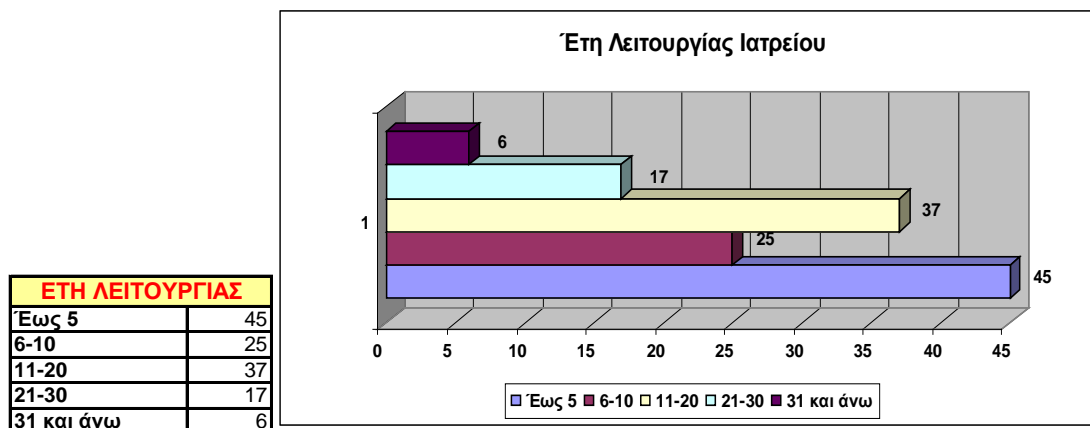
### ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΦΥΛΩΝ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ



### ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ / ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ



## ΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

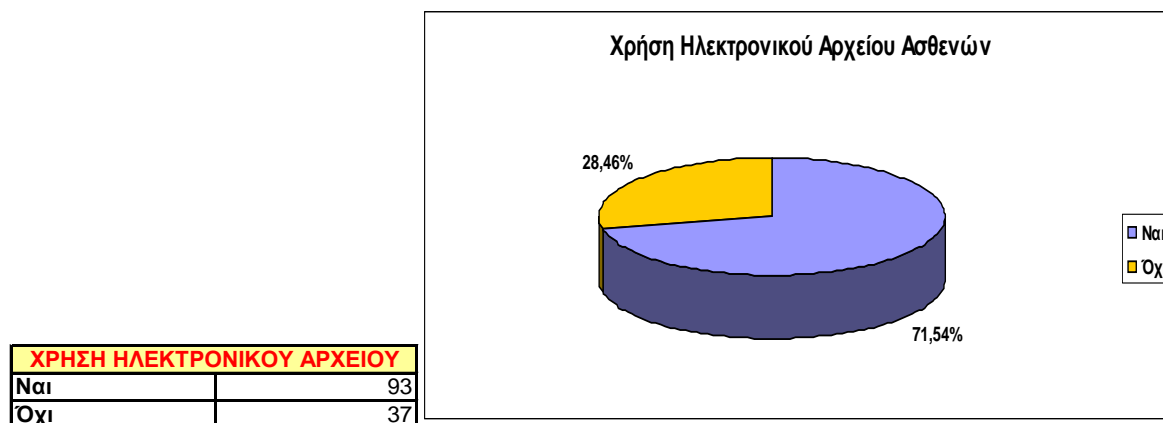


Από την ανάλυση των ετών λειτουργίας του ιατρού αξίζει να παρατηρήσουμε ότι οι κατηγορίες 6-10 και 11-20 έτη λειτουργίας αντιστοιχούν σε ένα ποσοστό 47,65% και η κατηγορία ηλικίας 41-55 ετών καταλαμβάνει ποσοστό 56,92%.

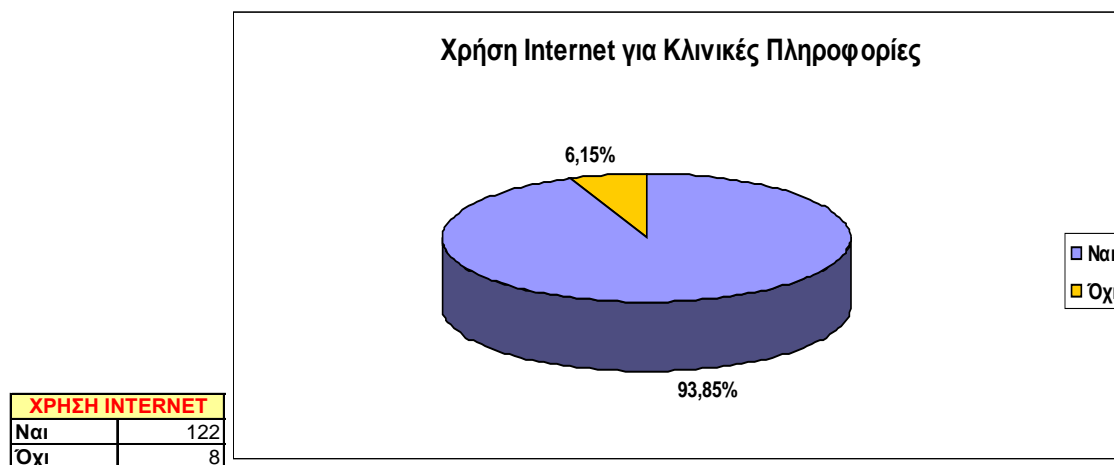
**ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ**

| <b>Κοινωνικοεπαγγελματικά χαρακτηριστικά</b> |                  |       |        |
|--|------------------|-------|--------|
| <b>Φύλο Ιατρών</b>                           | Άνδρες           | 97    | 74,62% |
|  | Γυναίκες         | 33    | 25,38% |
| <b>Ηλικιακές ομάδες</b>                      | Έως 40           | 32    | 24,62% |
|  | 41-55            | 74    | 56,92% |
|  | 56-65            | 20    | 15,38% |
|  | 66 και άνω       | 4     | 3,08%  |
| <b>Νομός</b>                                 | Αιτωλοακαρνανίας | 6     | 4,62%  |
|  | Αργολίδας        | 1     | 0,77%  |
|  | Άρτας            | 2     | 1,54%  |
|  | Αχαΐας           | 11    | 8,46%  |
|  | Βοιωτίας         | 3     | 2,31%  |
|  | Δράμας           | 2     | 1,54%  |
|  | Δωδακανήσων      | 3     | 2,31%  |
|  | Έβρου            | 8     | 6,15%  |
|  | Ηλείας           | 4     | 3,08%  |
|  | Ημαθίας          | 4     | 3,08%  |
|  | Ηρακλείου        | 9     | 6,92%  |
|  | Ιωαννίνων        | 11    | 8,46%  |
|  | Καβάλας          | 2     | 1,54%  |
|  | Κυκλάδων         | 2     | 1,54%  |
|  | Λάρισας          | 8     | 6,15%  |
|  | Λασιθίου         | 2     | 1,54%  |
|  | Λέσβου           | 2     | 1,54%  |
|  | Μαγνησίας        | 7     | 5,38%  |
|  | Πέλλας           | 1     | 0,77%  |
|  | Πιερίας          | 4     | 3,08%  |
|  | Πρέβεζας         | 3     | 2,31%  |
|  | Ρεθύμνου         | 4     | 3,08%  |
|  | Ροδόπης          | 2     | 1,54%  |
|  | Σερρών           | 2     | 1,54%  |
|  | Φλωρίνης         | 1     | 0,77%  |
|  | Χαλκιδικής       | 1     | 0,77%  |
|  | Χίου             | 3     | 2,31%  |
|  | Κεφαλονιάς       | 1     | 0,77%  |
| Κορίνθου                                     | 4                | 3,08% |        |
| Λακωνίας                                     | 10               | 7,69% |        |
| Τρικάλων                                     | 3                | 2,31% |        |
| Χανίων                                       | 4                | 3,08% |        |
| <b>Τομέας</b>                                | Παθολογικός      | 94    | 72,31% |
|  | Χειρουργικός     | 36    | 27,69% |
| <b>Έτη λειτουργίας Ιατρείου</b>              | Έως 5            | 45    | 34,62% |
|  | 6-10             | 25    | 19,23% |
|  | 11-20            | 37    | 28,46% |
|  | 21-30            | 17    | 13,08% |
|  | 31 και άνω       | 6     | 4,62%  |

## ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

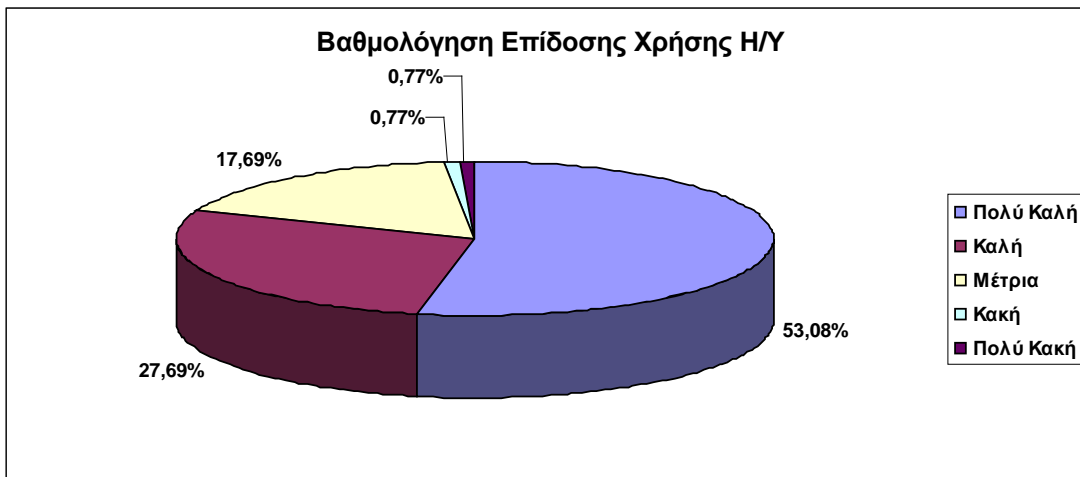


## ΧΡΗΣΗ Η/Υ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΟ INTERNET

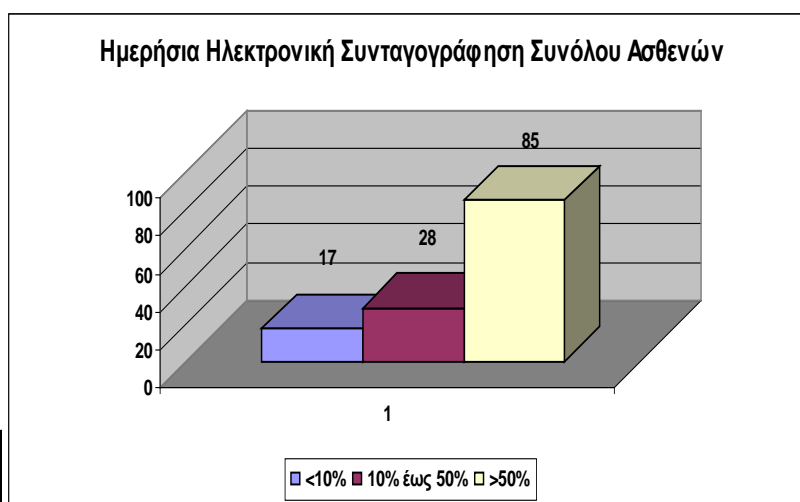


Παρατηρούμε ότι 71,54% των ιατρών χρησιμοποιούν Ηλεκτρονικό Αρχείο Ασθενών και σχεδόν καθολικά 93,58% κάνουν χρήση του Internet για άντληση Κλινικών Πληροφοριών.

80,77% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι χειρίζονται Πολύ Καλά/ Καλά τον Η/Υ άρα αυτό μας δίνει τη δυνατότητα να θεωρήσουμε ότι το πλήθος των ερωτηθέντων μπορεί να δώσει ασφαλή συμπεράσματα στις υπόλοιπες ερωτήσεις.



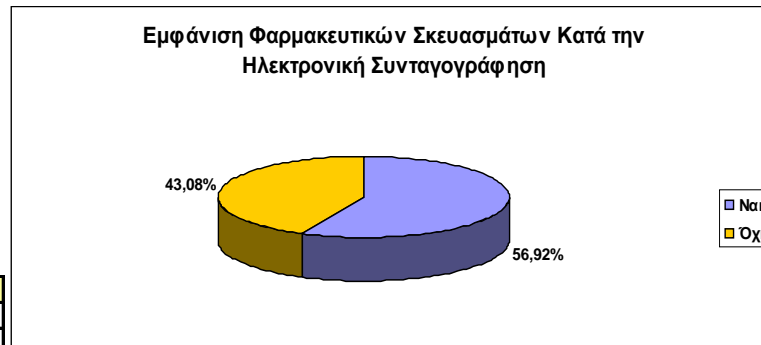
Όσον αφορά στο ποσοστό που καταλαμβάνει τη στιγμή της έρευνας η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο σύνολο της ημερήσιας συνταγογράφησης τους φαίνεται ότι ξεπερνά το 50% της συνολικής συνταγογράφησης για την πλειοψηφία (65,38%).



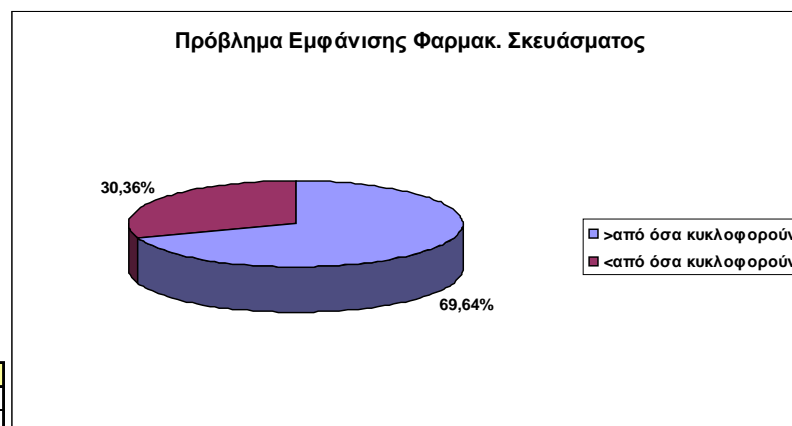
| ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΗΛΕΚΤ. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ |    |
|--------------------------------|----|
| <10%                           | 17 |
| 10% έως 50%                    | 28 |
| >50%                           | 85 |

Ως προς τα φαρμακευτικά σκευάσματα που εμφανίζονται 56,92% δηλώνουν ικανοποιημένοι, ενώ για τους υπόλοιπους η εμφάνιση περισσότερων σκευασμάτων από όσα κυκλοφορούν θεωρείται το κύριο πρόβλημα (69,64%).

| ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ |    |
|----------------------|----|
| Ναι                  | 74 |
| Όχι                  | 56 |

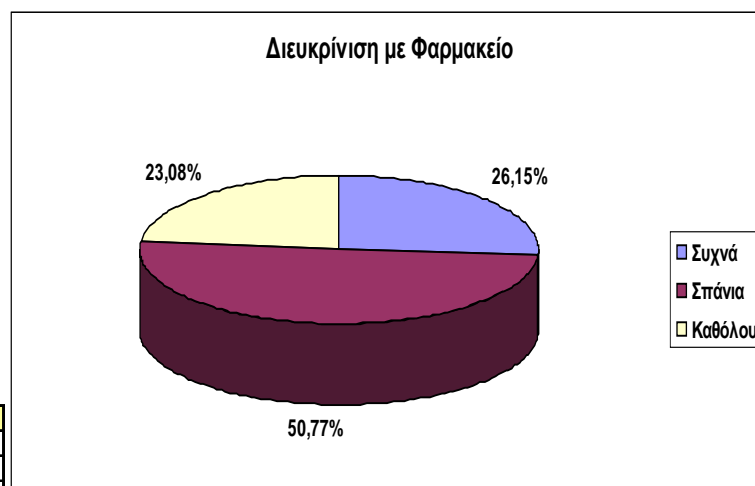


| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ   |    |
|----------------------|----|
| >από όσα κυκλοφορούν | 39 |
| <από όσα κυκλοφορούν | 17 |

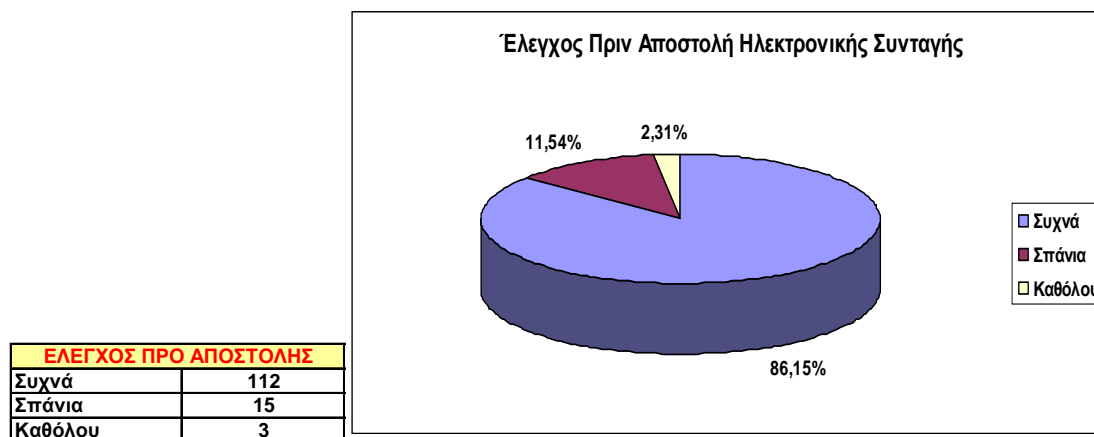


Το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι χρειάζεται συχνά να επικοινωνήσουν με φαρμακείο για διευκρινήσεις, ενώ 50% δηλώνουν ότι αυτό συμβαίνει σπάνια.

| ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ |    |
|--------------------------|----|
| Συχνά                    | 34 |
| Σπάνια                   | 66 |
| Καθόλου                  | 30 |



86,15% των ιατρών επανελέγχουν τη συνταγή πριν την αποστολή της στο σύστημα και την εκτύπωση



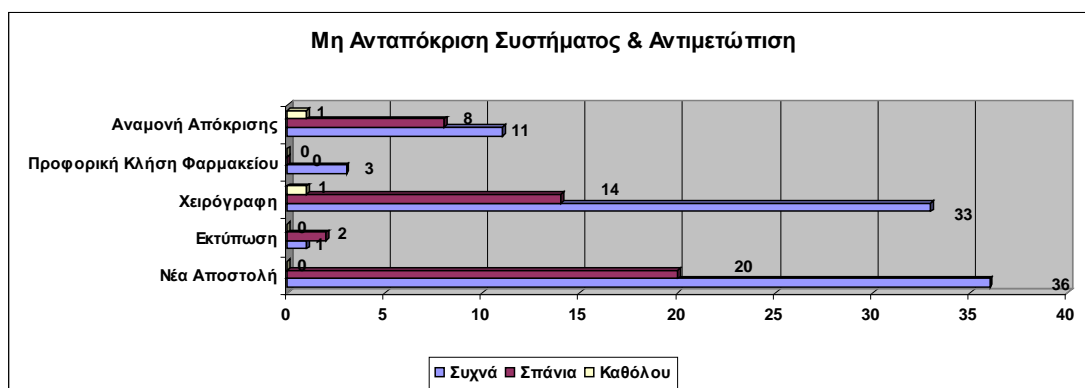
Σημαντικά συμπεράσματα τα οποία και μπορούμε να παρατηρήσουμε στους παρακάτω πίνακες και αναλύσεις πρώτου βαθμού είναι ότι :

- Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι πρόθυμη να εφαρμόσει το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.
- Το σύστημα χρειάζεται βελτίωση όχι μόνο στον τρόπο εμφάνισης αποτελεσμάτων αλλά βασικά στην λειτουργία και ανταπόκριση του.
- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μειώνει την πιθανότητα λαθών όχι όμως και τον χρόνο εκτέλεσης μιας συνταγής.
- Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν είναι ικανοποιημένο από την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι περισσότερο χρονοβόρα από ότι η χειρόγραφη.

Αναλυτικά:

64,61% των συμμετεχόντων αντιμετωπίζουν συχνά πρόβλημα με την ανταπόκριση του συστήματος της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και 36,92% δηλώνουν ότι σε μη ανταπόκριση του συστήματος προχωρούν σε χειρόγραφη συνταγογράφηση.

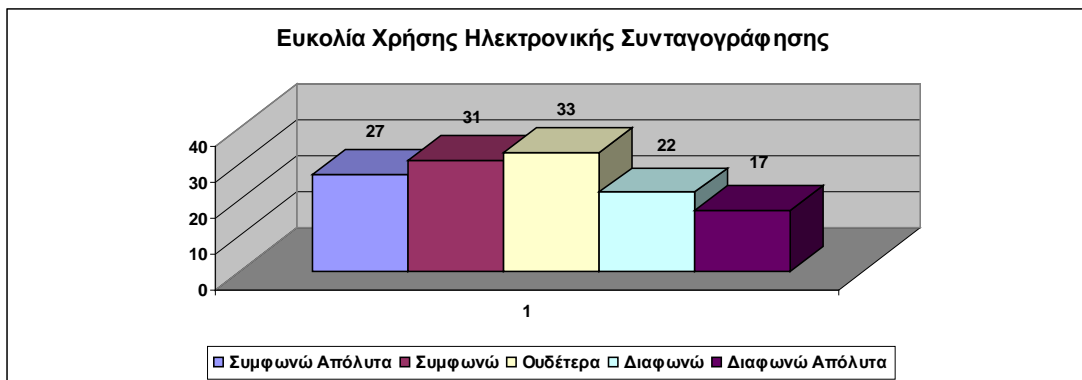
| <b>ΜΗ ΑΝΑΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</b> |              |          |            |                            |                   |            |
|--|--------------|----------|------------|----------------------------|-------------------|------------|
|  | Νέα Αποστολή | Εκτύπωση | Χειρόγραφη | Προφορική Κλήση Φαρμακείου | Αναμονή Απόκρισης | Σύνολο     |
| Συχνά  | 36           | 1        | 33         | 3                          | 11                | 84         |
| Σπάνια   | 20           | 2        | 14         | 0                          | 8                 | 44         |
| Καθόλου  | 0            | 0        | 1          | 0                          | 1                 | 2          |
| <b>Σύνολο</b>                                      | <b>56</b>    | <b>3</b> | <b>48</b>  | <b>3</b>                   | <b>20</b>         | <b>130</b> |



Παρατηρούμε ότι 34,51% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η διαδικασία κατά την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι εύκολη.

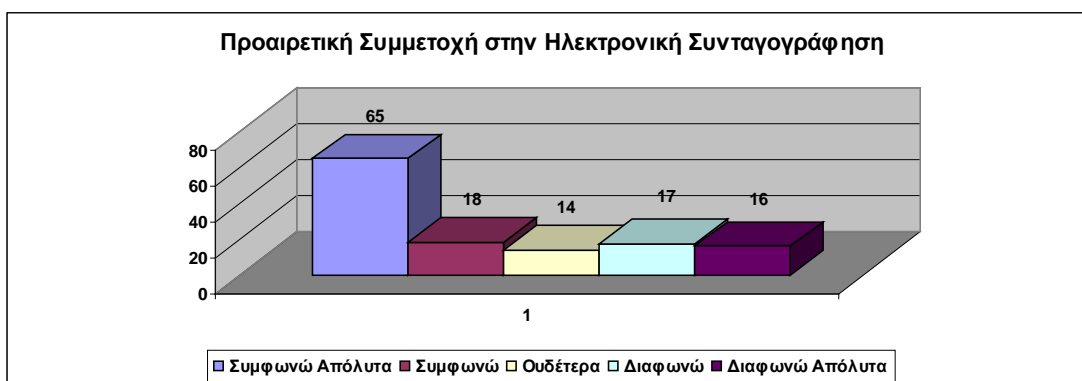
| <b>ΕΥΚΟΛΙΑ ΧΡΗΣΗΣ</b> |            |            |
|-----------------------|------------|------------|
|                       | Αριθμητικά | Ποσοστιαία |
| Συμφωνώ Απόλυτα       | 27         | 23,89%     |
| Συμφωνώ               | 31         | 27,43%     |
| Ουδέτερα              | 33         | 29,20%     |
| Διαφωνώ               | 22         | 19,47%     |
| Διαφωνώ Απόλυτα       | 17         | 15,04%     |





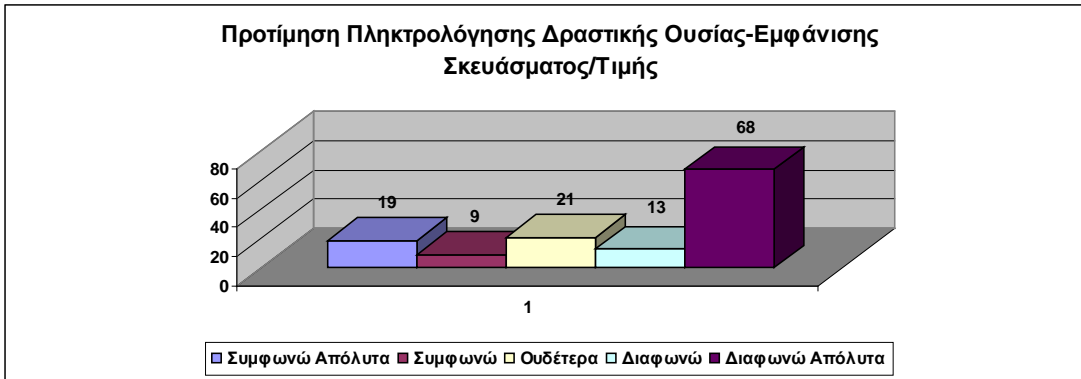
Εντούτοις αξίζει να παρατηρήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 73,45% (συμφωνώ απόλυτα και συμφωνώ) θα συμμετείχαν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση έστω και αν ήταν προαιρετική.

| <b>ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ</b> |            |            |
|------------------------------|------------|------------|
|                              | Αριθμητικά | Ποσοστιαία |
| Συμφωνώ Απόλυτα              | 65         | 57,52%     |
| Συμφωνώ                      | 18         | 15,93%     |
| Ουδέτερα                     | 14         | 12,39%     |
| Διαφωνώ                      | 17         | 15,04%     |
| Διαφωνώ Απόλυτα              | 16         | 14,16%     |



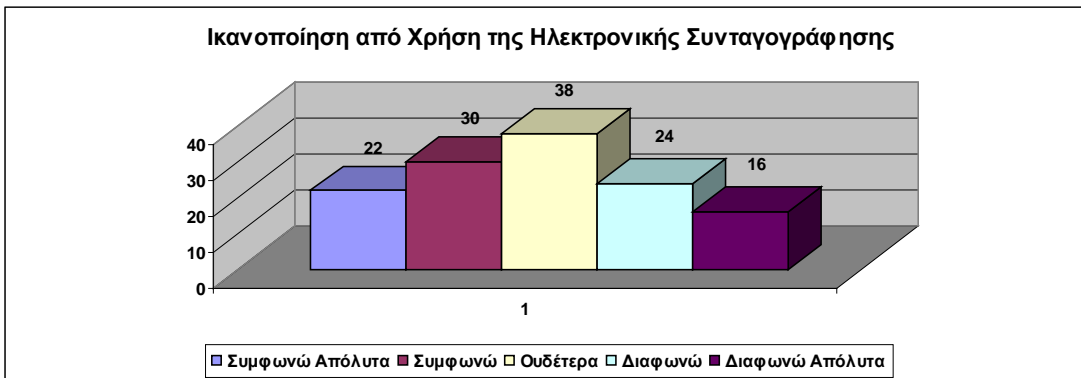
Μόλις 24,77% των συμμετεχόντων προτιμούν να αναζητούν το φάρμακο με τη δραστική ουσία και όχι ως εμπορικό σκεύασμα.

| <b>ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΠΛΗΚΤΡΟΛΟΓΗΣΗΣ/ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ</b> |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Αριθμητικά | Ποσοστιαία |
| Συμφωνώ Απόλυτα                           | 19         | 16,81%     |
| Συμφωνώ                                   | 9          | 7,96%      |
| Ουδέτερα                                  | 21         | 18,58%     |
| Διαφωνώ                                   | 13         | 11,50%     |
| Διαφωνώ Απόλυτα                           | 68         | 60,18%     |



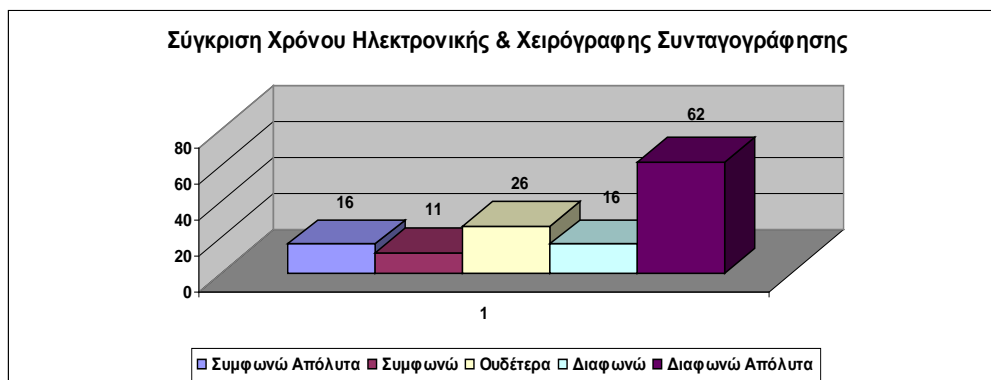
Μόλις 46,02% δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

| <b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡ. ΣΥΝΤΑΓ.</b> |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
|  | <b>Αριθμητικά</b> | <b>Ποσοστιαία</b> |
| <b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>                       | 22                | 19,47%            |
| <b>Συμφωνώ</b>                               | 30                | 26,55%            |
| <b>Ουδέτερα</b>                              | 38                | 33,63%            |
| <b>Διαφωνώ</b>                               | 24                | 21,24%            |
| <b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>                       | 16                | 14,16%            |



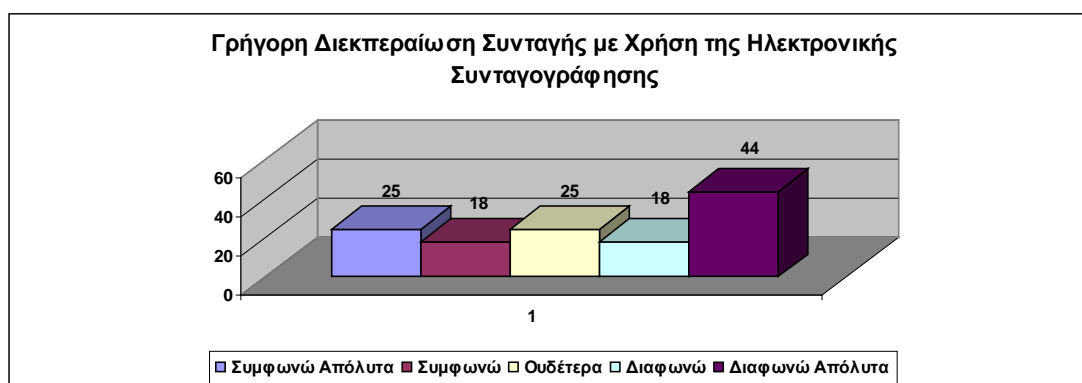
69,03% των ιατρών θεωρούν ότι η χειρόγραφη διαδικασία είναι λιγότερο χρονοβόρα από την ηλεκτρονική και μόλις 20,76% θεωρούν ταχύτερη την ηλεκτρονική.

| <b>ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ</b> |                   |                   |
|------------------------|-------------------|-------------------|
|                        | <b>Αριθμητικά</b> | <b>Ποσοστιαία</b> |
| <b>Συμφωνώ Απόλυτα</b> | 16                | 14,16%            |
| <b>Συμφωνώ</b>         | 11                | 9,73%             |
| <b>Ουδέτερα</b>        | 26                | 23,01%            |
| <b>Διαφωνώ</b>         | 16                | 14,16%            |
| <b>Διαφωνώ Απόλυτα</b> | 62                | 54,87%            |



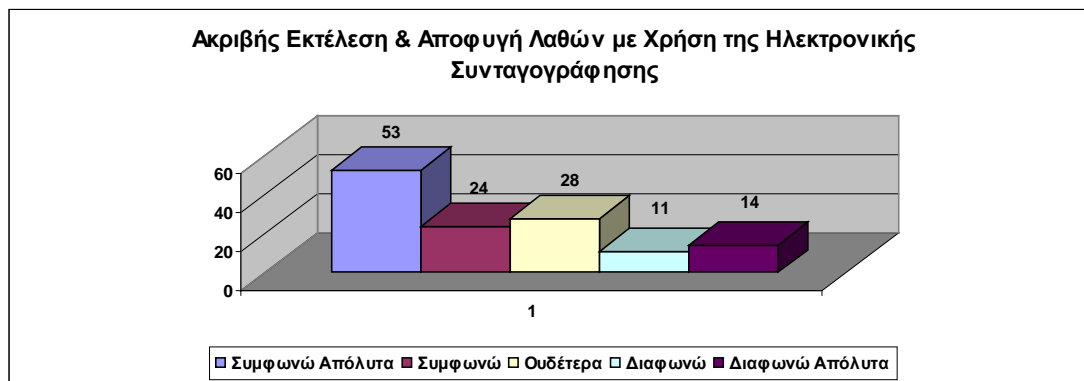
Εντούτοις 38% θεωρούν ότι η συνολική διεκπεραίωση της συνταγής είναι ταχύτερη με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

| <b>ΓΡΗΓΟΡΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ</b> |                   |                   |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
|                             | <b>Αριθμητικά</b> | <b>Ποσοστιαία</b> |
| <b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>      | 25                | 22,12%            |
| <b>Συμφωνώ</b>              | 18                | 15,93%            |
| <b>Ουδέτερα</b>             | 25                | 22,12%            |
| <b>Διαφωνώ</b>              | 18                | 15,93%            |
| <b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>      | 44                | 38,94%            |



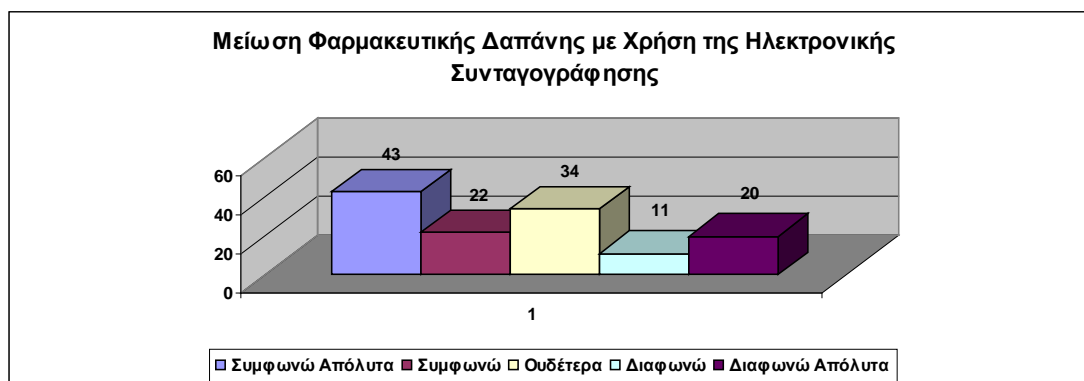
και 68,14% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η εφαρμογή βοηθά στην ακριβή εκτέλεση της συνταγής και την αποφυγή λαθών.

| <b>ΑΚΡΙΒΗΣ ΕΚΕΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ</b> |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
|  | <b>Αριθμητικά</b> | <b>Ποσοστιαία</b> |
| <b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>                     | 53                | 46,90%            |
| <b>Συμφωνώ</b>                             | 24                | 21,24%            |
| <b>Ουδέτερα</b>                            | 28                | 24,78%            |
| <b>Διαφωνώ</b>                             | 11                | 9,73%             |
| <b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>                     | 14                | 12,39%            |



Εξάλλου φαίνεται ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη.

| <b>ΜΕΙΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ</b> |                   |                   |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
|                                     | <b>Αριθμητικά</b> | <b>Ποσοστιαία</b> |
| <b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>              | 43                | 38,05%            |
| <b>Συμφωνώ</b>                      | 22                | 19,47%            |
| <b>Ουδέτερα</b>                     | 34                | 30,09%            |
| <b>Διαφωνώ</b>                      | 11                | 9,73%             |
| <b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>              | 20                | 17,70%            |



*Αποτελέσματα ελέγχου Pearson:*

*Έτη λειτουργίας ιατρού*

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>   | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b>   |
|--|-------------------------|------------------|
| Ηλικία   | <b>0.771</b>            | <b>&lt;0.001</b> |
| Πως θα βαθμολογούσατε την επίδοσή σας στη χρήση του Η/Υ;                     | 0.287                   | 0.020            |
| Πόσες ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις στέλνετε κατά μέσο όρο την ημέρα;        | -0.071                  | 0.031            |
| Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που επιθυμείτε; | 0.103                   | 0.010            |

Παρατηρούμε ότι τα έτη λειτουργίας του ιατρού έχουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ηλικία.

*Αν η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν προαιρετική, θα επιθυμούσατε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα;*

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>  | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b> |
|---|-------------------------|----------------|
| Χρησιμοποιείτε κάποιο ηλεκτρονικό αρχείο καταχώρισης ασθενών; | -0.209                  | <0.001         |
| Χρησιμοποιείτε τον Η/Υ σας για την εύρεση;                    | -0.132                  | 0.001          |
| Πώς θα βαθμολογούσατε την επίδοσή σας στη                     | -0.363                  | 0.007          |

|  |              |                  |
|--|--------------|------------------|
| χρήση Η/Υ;   |              |                  |
| Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που επιθυμείτε;   | -0.091       | <0.001           |
| Κατά το διάστημα χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχετε έρθει σε επαφή με το φαρμακείο για διευκρίνιση ασάφειας της ηλεκτρονικής συνταγής; | -0.148       | <b>&lt;0.001</b> |
| Σε γενικές γραμμές είστε ικανοποιημένος/η από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;   | <b>0.604</b> | 0.003            |

Υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση του πληθυσμού του δείγματος που θα συμμετείχε στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ακόμα και αν ήταν προαιρετική με αυτούς οι οποίοι είναι ικανοποιημένοι από τη εφαρμογή.

*Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείτε εύκολη τη διαδικασία;*

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>  | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b>   |
|---|-------------------------|------------------|
| Χρησιμοποιείτε κάποιο ηλεκτρονικό αρχείο καταχώρισης ασθενών;   | 0.023                   | 0.013            |
| Χρησιμοποιείτε τον Η/Υ σας για την εύρεση;  | -0.019                  | 0.024            |
| Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται οι τιμές για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα;  | 0.134                   | <b>&lt;0.001</b> |
| Θα προτιμούσατε να πληκτρολογείτε πρώτα τη δραστική ουσία και στη συνέχεια να εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα | 0.081                   | 0.025            |

|  |              |        |
|--|--------------|--------|
| που την περιέχουν και οι τιμές τους;   |              |        |
| Κατά το διάστημα χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχετε έρθει σε επαφή με το φαρμακείο για διευκρίνιση ασάφειας της ηλεκτρονικής συνταγής; | 0.217        | <0.001 |
| Σε γενικές γραμμές είστε ικανοποιημένος/η από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;   | <b>0.620</b> | <0.001 |

Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική μετρίως θετική συσχέτιση του βαθμού ευκολίας της εφαρμογής για τους χρήστες ιατρούς όπως αυτοί το προσλαμβάνουν με την ικανοποίηση από την εφαρμογή μέχρι τώρα.

*Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται οι τιμές για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα;*

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>  | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b> |
|---|-------------------------|----------------|
| Χρησιμοποιείτε κάποιο ηλεκτρονικό αρχείο καταχώρισης ασθενών;   | 0.027                   | 0.002          |
| Αν η χρήση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν προαιρετική, θα επιθυμούσατε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα; | 0.116                   | <0.001         |
| Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείτε εύκολη τη διαδικασία;  | 0.134                   | <0.001         |
| Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που επιθυμείτε;                              | -0.073                  | <0.001         |

Θα προτιμούσατε να πληκτρολογείτε πρώτα τη δραστική ουσία και στη συνέχεια να εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που την περιέχουν και οι τιμές τους;

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>   | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b> |
|--|-------------------------|----------------|
| Ηλικία   | 0.027                   | 0.042          |
| Χρησιμοποιείτε τον Η/Υ σας για την εύρεση κλινικών πληροφοριών στο internet; | -0.036                  | 0.048          |
| Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείτε εύκολη τη διαδικασία;           | 0.081                   | 0.025          |

Σε γενικές γραμμές είστε ικανοποιημένος/η από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;

| <b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>  | <b>Pearson <i>r</i></b> | <b>p-value</b>   |
|---|-------------------------|------------------|
| Χρησιμοποιείτε τον Η/Υ σας για την εύρεση κλινικών πληροφοριών στο internet;                              | -0.002                  | 0.017            |
| Αν η χρήση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν προαιρετική, θα επιθυμούσατε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα; | -0.002                  | 0.003            |
| Πόσες ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις στέλνετε κατά μέσο όρο την ημέρα;                                     | 0.029                   | 0.017            |
| Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείτε εύκολη τη διαδικασία;  | <b>0.620</b>            | <b>&lt;0.001</b> |
| Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται οι τιμές για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα;                                | 0.114                   | <b>&lt;0.001</b> |
| Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε σύγκριση με την χειρόγραφη είναι λιγότερο χρονοβόρα;                      | <b>0.422</b>            | <b>0.041</b>     |



|  |       |       |
|--|-------|-------|
| Κατά το διάστημα χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχετε έρθει σε επαφή με το φαρμακείο για διευκρίνιση ασάφειας της ηλεκτρονικής συνταγής; | 0.224 | 0.001 |
|--|-------|-------|

Όπως προκύπτει υπάρχει στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση της ευκολίας χρήσης του συστήματος όπως την προσλαμβάνουν οι γιατροί με την ικανοποίηση από την εφαρμογή. Μέτρια θετική συσχέτιση προκύπτει με το χρόνο διεκπεραίωσης της ηλεκτρονικής συνταγής σε σύγκριση με τη χειρόγραφη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ηλεκτρονική υγεία (e-health) αναφέρεται στην χρήση της πληροφορικής και της τεχνολογίας της επικοινωνίας στην φροντίδα της υγείας και ο Π.Ο.Υ. την ορίζει ως την οικονομικά αποδοτική και ασφαλή χρήση της τεχνολογίας και της επικοινωνίας στην υγεία και τους τομείς που συνδέονται με αυτή, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας, την μέριμνα για την υγεία και την εκπαίδευση, την γνώση και την έρευνα για την υγεία.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι μία από τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας και αφορά στη διαδικασία κατά την οποία οι επαγγελματίες της φροντίδας υγείας εισάγουν τις συνταγές των φαρμάκων και των παρακλινικών εξετάσεων σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα συλλογής δεδομένων δημιουργώντας ηλεκτρονικές συνταγές, και όχι χειρόγραφες. Τη δεκαετία του 1990, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εμφανίζεται πειραματικά σε διάφορες εφαρμογές στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Πρωτοπόρος είναι το Βέλγιο, που την εφαρμόζει από το 1993. Στη χώρα μας η συζήτηση για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ξεκίνησε το 2005 και ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τις 18 Οκτωβρίου 2010 στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ενώ η υποχρεωτική εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ξεκίνησε από 1/1/2012.

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό τη διερεύνηση και την αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών του ΟΠΑΔ σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές από τη μέχρι τώρα χρήση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια δεν απαιτούσαν μεγάλο χρόνο συμπλήρωσης, κάτι το οποίο ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για την επίτευξη ανταποκρισιμότητας από το δείγμα της μελέτης, καθώς η συμπλήρωση έγινε ηλεκτρονικά (σε Η/Υ). Οι κυριότεροι ερευνητικοί στόχοι - υποθέσεις που διερευνήθηκαν ήταν η εξοικείωση των ιατρών με τις νέες τεχνολογίες, η επιθυμία των ιατρών να περάσουν από τη χειρόγραφη συνταγογράφηση στην ηλεκτρονική συνταγή και η ικανοποίηση από τη μέχρι τώρα εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Συνολικά εστάλησαν 8909 email. Από αυτά τα 350 email δεν παραδόθηκαν. Συνολικά 8559 ερωτηματολόγια εστάλησαν ηλεκτρονικά και απαντήθηκαν πλήρως 130 ερωτηματολόγια. Το ποσοστό αυτό απαντητικότητας είναι πολύ χαμηλό και αυτό μας οδηγεί στις εξής εικασίες: είτε ότι οι γιατροί λόγω του φόρτου εργασίας δεν επιθυμούσαν να «σπαταλήσουν» χρόνο για την έρευνά μας, είτε γιατί ήταν «οργισμένοι» με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, και τέλος ίσως να μην μπορούσαν να απαντήσουν εξαιτίας της μη εξοικείωσής τους με την τεχνολογία.

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρούμε ότι ο ανδρικός πληθυσμός του δείγματος αποτέλεσε την πλειοψηφία (74,62%). Παρόμοιο εύρημα υποστηρίζουν και άλλες έρευνες δηλαδή ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες [33]. Διαπιστώνουμε ότι πιθανόν οι γυναίκες να έχουν λιγότερο ελεύθερο χρόνο. Επίσης 56,92% του πληθυσμού που αποτέλεσε το δείγμα μας ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 41-55 και από αυτούς τα έτη λειτουργίας του ιατρού τους ήταν στην κατηγορία έως 5 έτη (34,62%). Ανάλογο εύρημα έχουν και άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι αποκρίθηκαν θετικά οι μικρότεροι σε ηλικιακή ομάδα ιατροί, δηλαδή αυτοί που ήταν πιο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία [33, 35].

Επομένως τα αποτελέσματα της έρευνας συμβαδίζουν με αυτά άλλων ερευνών που έδειξαν ότι ένα πλήθος στοιχείων, όπως το φύλο, η ηλικία, η εξοικείωση με τους Η/Υ επηρεάζουν τη γνώμη των ιατρών για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης [33,34,35,36,37,38,39,340,41].

Σχεδόν οι μισοί (46,02%) από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο σύνολο της ημερήσιας συνταγογράφησης τους φαίνεται ότι ξεπερνά το 50% της συνολικής συνταγογράφησης για την πλειοψηφία (65,38% ). Και σε άλλες έρευνες παρουσιάστηκε μια σχετική ικανοποίηση από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση [36] ενώ στην πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε [41] η ικανοποίηση των ερωτηθέντων άγγιξε το 83%. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στα αρκετά χρόνια ερευνών στις ΗΠΑ και από τα αποτελέσματα που γνωστοποιούνται υπάρχει δυνατότητα για αναβάθμιση της εφαρμογής. Εκεί τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα στην αρχή της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης [33]. Άρα οι Έλληνες ιατροί ξεκινούν πιο θετικοί απέναντι στην εφαρμογή.

Επίσης αξίζει να παρατηρήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73,45%) θα συμμετείχαν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση έστω κι αν ήταν προαιρετική. Αυτό παρά τις ατέλειες της εφαρμογής και τις τεχνικές δυσκολίες των χρηστών υποδηλώνει θετική πρόθεση, επομένως και υποχρέωση του συστήματος να διευκολύνει τους χρήστες.

34,51% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η διαδικασία κατά την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι εύκολη, ενώ σχεδόν οι μισοί (53,32%) θεωρούσαν την εφαρμογή εύκολη. Σε άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ακριβώς το ίδιο, δηλαδή θεωρούσαν την εφαρμογή εύκολη [37], ενώ σε κάποιες άλλες ότι η εφαρμογή ήταν αρκετά περίπλοκη [34].

69,03% των ιατρών θεωρούν ότι η χειρόγραφη διαδικασία είναι λιγότερο χρονοβόρα από την ηλεκτρονική και μόλις 20,76% θεωρούν ταχύτερη την ηλεκτρονική. Εντούτοις 38% θεωρούν ότι η συνολική διεκπεραίωση της συνταγής είναι ταχύτερη με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, κι αυτό γιατί με την χειρόγραφη συνταγή μπορεί ο χρόνος παράδοσής της από τον

ιατρό να ήταν σχεδόν άμεση, υπήρχε όμως μετέπειτα προσθήκη χρόνου για τον ασθενή ( π.χ. θεώρηση) και στην ουσία η συνταγή εκκρεμούσε. Η ίδια γνώμη εκφράζεται και από άλλες έρευνες [35,36]. Αντιθέτως κάποιες από τις έρευνες διαπίστωσαν ότι είναι λιγότερο χρονοβόρα διαδικασία και ότι η ροή της εργασίας βελτιώθηκε [37,38].

Το σημαντικότερο είναι ότι 68,14% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η εφαρμογή βοηθά στην ακριβή εκτέλεση της συνταγής και την αποφυγή λαθών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών έχουν παρατηρήσει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε σύγκριση με τη χειρόγραφη έχει πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες αποφυγής λαθών [33, 34, 35, 36, 37, 38].

Έχουμε ιδιαίτερα σημαντικές παρατηρήσεις οι οποίες επισημαίνουν ότι το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων (26,25%) δηλώνουν ότι χρειάζεται συχνά να επικοινωνήσουν με φαρμακείο για διευκρινήσεις, ενώ 50% δηλώνουν ότι αυτό συμβαίνει σπάνια. Σε άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι τα διευκρινιστικά τηλεφωνήματα μειώθηκαν [34, 36], ενώ σε κάποιες δεν παρατηρήθηκε μείωση αυτών των τηλεφωνημάτων [35].

Ως προς τα φαρμακευτικά σκευάσματα που εμφανίζονται 56,92 % δηλώνουν ικανοποιημένοι, ενώ για τους υπόλοιπους η εμφάνιση περισσότερων σκευασμάτων από όσα κυκλοφορούν θεωρείται το κύριο πρόβλημα (69,64%).

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57,52%) πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη.

Αξίζει να επισημάνουμε ότι μόλις 24,77% των συμμετεχόντων προτιμούν να αναζητούν το φάρμακο με τη δραστική ουσία και όχι ως εμπορικό σκεύασμα. Από πιθανότατα σημαίνει ότι:

- ❖ Η συνταγογράφηση είναι πολλές φορές κατευθυνόμενη
- ❖ Οι ιατροί δεν είναι εξοικειωμένοι με τη δραστική ουσία

Διαπιστώθηκε ότι σχεδόν η απόλυτη πλειοψηφία των ιατρών (86,15%) επανελέγχουν τη συνταγή πριν την καταχώρησή της στο σύστημα και την εκτύπωσή της. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες από τις οποίες προκύπτει ότι σχεδόν οι μισοί από το δείγμα δεν πραγματοποιούσαν ένα τελικό έλεγχο πριν από την ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης [37].

Ακόμη παρατηρήθηκε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (64,61%) αντιμετώπιζαν συχνά πρόβλημα με την ανταπόκριση του συστήματος της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και σε αυτή την περίπτωση τέσσερις στους 10 (36,92%) προχωρούσαν σε χειρόγραφη συνταγογράφηση. Το ίδιο πρόβλημα της μη ανταπόκρισης του συστήματος και η προσφυγή τους στη χειρόγραφη

συνταγογράφηση έγινε αντιληπτό και σε άλλες έρευνες [34, 35] όπου όμως φαίνεται ως επόμενη ενέργεια είναι η προσφυγή στην χειρόγραφη συνταγογράφηση.

Συμπερασματικά η συντριπτική πλειοψηφία (69,03%) θεωρεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι περισσότερο χρονοβόρα από την χειρόγραφη και αυτό το ποσοστό πρέπει να μας προβληματίσει όσον αφορά στη βελτίωση του συστήματος ειδικά όταν:

54,87% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν βοηθά στην γρήγορη διεκπεραίωση της συνταγής

68,14% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βοηθά στην ακριβή εκτέλεση και αποφυγή λαθών

Σημαντικό μειονέκτημα ειδικά όπως διαμορφώθηκαν τα αποτελέσματα ή απουσία ερωτήσεων ανοικτού τύπου. Όπως προκύπτει το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης χρειάζεται βελτίωση όχι μόνο στον τρόπο εμφάνισης αποτελεσμάτων αλλά βασικά στην λειτουργία και ανταπόκριση του.

Το κράτος οφείλει να υποστηρίξει την εφαρμογή- γνώμη ιατρών νέες έρευνες –επικαιροποίηση.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Γιάννης Τούντας, Τι είναι υγεία, στα μονοπάτια της αρχαίας σκέψης, 2002, Διαθέσιμο στο: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=725>
2. <http://el.wikipedia.org/>
3. Εφημερίδα «Καθημερινή», Αφιέρωμα Ιπποκράτης ο Κώος, 1997
4. Παρασκευή Πραπά - Μαρία Φακή, Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγείας», Κοινωνιολογία της υγείας
5. WHO: from small beginnings, 1988
6. <http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=3817>
7. <http://immigrants-health.duth.gr/AlmaAta1.html>
8. Γιάννης Υφαντόπουλος, Τα Οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα, 2006
9. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας , Τόμος 3 Τεύχος 2, σελ. 38-4, Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς, 2011
10. <http://www.serresbiz.com/bic/el/projects/quality/files/7.htm>
11. Edward H. et all Wagner, Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action, H E A L T H A F F A I R S - V o l u m e 2 0 , N u m b e r 6, 2001
12. Τσουνής Α και συν, Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2012) Τόμος 4, Τεύχος 3, 91-97
13. Λυκούργος Α. Λιαρόπουλος, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, 2007
14. WHO(1993) Continuous Quality Development: a Proposal National Policy, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Διαθέσιμο σε : [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_CLR\\_059\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_CLR_059_eng.pdf)
15. Council of Europe (1997) Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care Διαθέσιμο σε: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=567376&SecMode=1&DocId=578826&Usage=2>
16. Δημήτριος Καραπιστόλης, Αξιολόγηση των Υπηρεσιών που Προσφέρει το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» κατά τις ημέρες εφημερίας, Θεσσαλονίκη, 2007
17. Θεοδώρα Τζανετάκη, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Πειραιάς 2006

18. Μ. Καλογεροπούλου, Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αθήνα, 2011
19. Μ. Μακρής και συν, Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, Τόμος 6, Τεύχος , 2010
20. <http://ugeiastodiadiktuo.blogspot.com/>
21. Καρακιόζης Κωνσταντίνος, Προοπτικές ανάπτυξης της υπηρεσίας Υποδομής Δημοσίου Κλειδιού στον υγειονομικό τομέα (εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας). Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα, Πάτρα, 2004
22. <http://www.who.int/goe/en/>
23. <http://brandingplaces.wordpress.com/author/brandingplaces/page/24/>
24. <http://ikarosnetwork.wordpress.com/page/2/>
25. G. Eysenbach, What is e-health, 2001, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>
26. Shariq Khoja et al, Scope of Policy Issues for eHealth: Results from a Structured Review, Bellagio Italy, 2008
27. Αρετή Ελμαόγλου- Λαζαρίδου, Έξυπνες κάρτες και ηλεκτρονική συνταγογράφηση: Διερεύνηση της πρόθεσης χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγής από τους φαρμακοποιούς της Θεσσαλονίκης, Πάτρα, 2007
28. Πολύδωρος Κωνσταντίνος, Διερεύνηση των κινήτρων και των συνταγολογικών συνηθειών της ιατρικής κοινότητας όσον αφορά στα γενώσιμα φάρμακα, πάτρα 2011
29. Δώρα Τζανετάκη, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, 2011, <http://www.ekemilou.org/resources/1/Electroniki-Syntagografisi-tzanetaki.pdf>
30. Τοκατλίδου Σοφία, Ανάλυση του κλάδου της ηλεκτρονικής υγείας και τρόποι μέτρησης παραγωγικότητας στο συγκεκριμένο κλάδο, Μακεδονία, 2010
31. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ, Στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών» , Προς τη Βουλή των Ελλήνων, ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (άρθρο 75 παρ. 3 του Συντάγματος) Στο σχέδιο νόμου :«ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΣΥΝΤΑΓΩΝ»
32. A clinician's guide to electronic prescribing, 2008
33. Laura T. Pizzi et al, Factors Related to Physicians' Adoption of Electronic Prescribing: Results From a National Survey, USA, 2005
34. Joy M. Grossman et al, Physicians' Experiences Using Commercial E-Prescribing Systems, 2007
35. C. JASON WANG et al, Perceptions of Standards-based Electronic Prescribing Systems as Implemented in Outpatient Primary Care: A Physician Survey, USA, 2009
36. Woan Shin Tan Evaluating User Satisfaction with an Electronic Prescription System in a Primary Care Group, Singapore, 2009

37. Lina Hellstrom et al, Electronic Prescribing in Ambulatory Practice: Promises, Pitfalls, and Potential Solutions, Sweden, 2009
38. Kate L. Lapane et al, PERCEPTIONS OF EPRESCRIBING EFFICIENCIES AND INEFFICIENCIES IN AMBULATORY CARE, Virginia, 2011
39. Sabi Redwood et al, Does the implementation of an electronic prescribing system create unintended medication errors? A study of the sociotechnical context through the analysis of reported medication incidents, G. Brittan, 2011
40. Francis Lau et al, Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review, Canada, 2012
41. Krutika S. Jariwala et al, Adoption of and experience with e-prescribing by primary care physicians, USA, 2013
42. [http://www.farmakeutikoskosmos.gr/article-k/problhmata-sto-systhma-hlektronikhs-synt/6493eu/2010/10/blog-post\\_26.html](http://www.farmakeutikoskosmos.gr/article-k/problhmata-sto-systhma-hlektronikhs-synt/6493eu/2010/10/blog-post_26.html),  
<http://www.newsbeast.gr/financial/arthro/119878/katerreuse-i-ilektroniki-sudagografisi/>,  
<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=214694> ,  
[http://id-ont.blogspot.com/2011/01/blog-post\\_1783.html](http://id-ont.blogspot.com/2011/01/blog-post_1783.html) ,  
<http://www.patris.gr/articles/198658?PHPSESSID=ghup6bue901vn35eiuafcf5147>



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005 ( Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ).

(1.1,1.2,1.3): «1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. 2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης. 3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.»

(3.1): «Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.»

### ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΚΥΡΙΟ ΣΟΥΛΙΩΤΗ

**Θέμα:** Αίτηση αδειάς διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε Πρόεδρε,

Η κα Ανδριάννα Παπαγιάννη, φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση εργασίας με θέμα «Αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών ΟΠΑΔ από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (Περιφέρεια Πελοποννήσου)».

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε ιατρούς κάθε ειδικότητας, συμβεβλημένους με τον Οργανισμό τον οποίο διοικείτε. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο, από το Νοσοκομείο, ερευνητή και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το σχετικό ερωτηματολόγιο. Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας στον Οργανισμό σας.

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 6936 784369 E-mail: andriana\_papa@hotmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Εκ μέρους του ΠΙΜΣ  
Παναγιώτης Πρεζεράκος  
Επίκουρος Καθηγητής  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου



Ανδριάνα Παπαγιάννη  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Νοσηλεύτρια ΠΕ

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΟΠΑΔ

**Θέμα:** Διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»

Αξιότιμε Κύριε/Κυρία,

Η κα Ανδριάνα Παπαγιάννη, φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση εργασίας με θέμα «Αποτύπωση της ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών του ΟΠΑΔ από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές».

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, για τη συμπλήρωση του οποίου απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή σας.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την ανάλογη ανταπόκριση στη συγκεκριμένη έρευνα.

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 6936 784369 E-mail: [andriana\\_papa@hotmail.com](mailto:andriana_papa@hotmail.com)

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

Τσιρώνη Μαρία



Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Παπαγιάννη Ανδριάννα



Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Νοσηλεύτρια ΠΕ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε με σκοπό να αποτυπώσει την ικανοποίηση των ιδιωτών ιατρών του ΟΠΑΔ από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Η συγκεκριμένη έρευνα γίνεται στο πλαίσιο των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων μεταπτυχιακού φοιτητή, ωστόσο, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την εφαρμογή βελτιωτικών παρεμβάσεων.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρακαλώ να έχετε υπ' όψιν σας τα εξής:

1. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.
2. Δώστε τις απαντήσεις που σας εκφράζουν.
3. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.
4. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ προτέρων για τη συνεργασία και τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

1. Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

2. Ηλικία:

έως 40

41 – 55

56 – 65

66 +

3. Νομός:
4. Ιατρική ειδικότητα:
5. Έτη λειτουργίας ιατρείου:
  - έως 5
  - 6 – 10
  - 11 – 20
  - 21 – 30
  - 31 +
6. Χρησιμοποιείτε κάποιο ηλεκτρονικό αρχείο καταχώρισης ασθενών;
  - Ναι
  - Όχι
7. Χρησιμοποιείτε τον Η/Υ σας για την εύρεση κλινικών πληροφοριών στο internet;
  - Ναι
  - Όχι
8. Πως θα βαθμολογούσατε την επίδοσή σας στη χρήση του Η/Υ;
  - Πολύ καλή
  - Καλή
  - Μέτρια
  - Κακή
  - Πολύ κακή
9. Πόσες ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις στέλνετε κατά μέσο όρο την ημέρα;
  - < 10%
  - 10% έως 50%
  - >50%
10. Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που επιθυμείτε;
  - Ναι
  - Όχι
11. Αν απαντήσατε Όχι στην ερώτηση 9, ποιο πρόβλημα αντιμετωπίσατε με τα φαρμακευτικά σκευάσματα;
  - Εμφανίστηκαν περισσότερα από όσα κυκλοφορούν
  - Εμφανίστηκαν λιγότερα από όσα κυκλοφορούν

12. Πόσο συχνά το σύστημα δεν ανταποκρίνεται;  
 Συχνά  
 Σπάνια  
 Καθόλου
13. Όταν δεν αποκρίνεται, τι κάνετε;  
 Προσπάθεια εκ νέου αποστολής( πριν φύγει ο ασθενής)  
 Εκτυπώνετε και δίνετε τη συνταγή  
 Κάνετε χειρόγραφη συνταγή  
 Καλείτε το φαρμακείο και λέτε προφορικά τη συνταγή  
 Δεν κάνετε τίποτα. Περιμένετε να επανέλθει το σύστημα και στέλνετε τη συνταγή
14. Ελέγχετε την ηλεκτρονική συνταγή πριν την αποστείλετε;  
 Συχνά  
 Σπάνια  
 Καθόλου
15. Κατά το διάστημα χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχετε έρθει σε επαφή με το φαρμακείο για διευκρίνιση ασάφειας της ηλεκτρονικής συνταγής;  
 Συχνά  
 Σπάνια  
 Καθόλου
16. Αν η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν προαιρετική, θα επιθυμούσατε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα;
- 1    2    3    4    5  
 (Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)
17. Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείτε εύκολη τη διαδικασία;
- 1    2    3    4    5  
 (Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)
18. Όταν συνταγογραφείτε εμφανίζονται οι τιμές για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα;
- 1    2    3    4    5  
 (Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

19. Θα προτιμούσατε να πληκτρολογείτε πρώτα τη δραστική ουσία και στη συνέχεια να εμφανίζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που την περιέχουν και οι τιμές τους;

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

20. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε σύγκριση με την χειρόγραφη είναι λιγότερο χρονοβόρα;

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

21. Η συμμετοχή στη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης βοηθά:

a. στη γρήγορη διεκπεραίωση της συνταγής

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

b. στην ακριβή εκτέλεση και αποφυγή λαθών

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

c. στη μείωση φαρμακευτικής δαπάνης

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

22. Σε γενικές γραμμές είσαστε ικανοποιημένος/η από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;

1 2 3 4 5

(Διαφωνώ απόλυτα = 1 , Συμφωνώ απόλυτα = 5)

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΛΗΘΟΥΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ ΜΕ ΣΩΣΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ (Ερωτήσεις 9 & 10)

| ΗΛΕΚΤΡ. ΣΥΝΤΑΓ./ΗΜΕΡΑ  | ΟΡΘΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ |           | Γενικό άθροισμα |
|------------------------|---------------------------|-----------|-----------------|
|                        | ΌΧΙ                       | ΝΑΙ       |                 |
| <10%                   | 11                        | 6         | 17              |
| 10% έως 50%            | 18                        | 10        | 28              |
| >50%                   | 45                        | 40        | 85              |
| <b>Γενικό άθροισμα</b> | <b>74</b>                 | <b>56</b> | <b>130</b>      |

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΧΡΟΝΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΙΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ (Ερωτήσεις 2,5 & 22)

| Ηλικία                 | Έτη Ιατρείου         | Εκτίμηση Ευκολίας Διαδικασίας |           |           |           |                 | Γενικό άθροισμα |
|------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
|                        |                      | Διαφωνώ Απόλυτα               | Διαφωνώ   | Ουδέτερα  | Συμφωνώ   | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| <b>Εως 40</b>          | Έως 5                | 3                             | 4         | 9         | 6         | 7               | 29              |
|                        | 6-10                 | 0                             | 1         | 0         | 2         | 0               | 3               |
|                        | 11-20                | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 21-30                | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 31 και άνω           | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | <b>Μερικό Σύνολο</b> | <b>3</b>                      | <b>5</b>  | <b>9</b>  | <b>8</b>  | <b>7</b>        | <b>32</b>       |
| <b>41-55</b>           | Έως 5                | 1                             | 6         | 0         | 4         | 5               | 16              |
|                        | 6-10                 | 2                             | 2         | 6         | 7         | 4               | 21              |
|                        | 11-20                | 7                             | 5         | 9         | 6         | 5               | 32              |
|                        | 21-30                | 2                             | 0         | 1         | 1         | 1               | 5               |
|                        | 31 και άνω           | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | <b>Μερικό Σύνολο</b> | <b>12</b>                     | <b>13</b> | <b>16</b> | <b>18</b> | <b>15</b>       | <b>74</b>       |
| <b>56-65</b>           | Έως 5                | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 6-10                 | 0                             | 0         | 0         | 0         | 1               | 1               |
|                        | 11-20                | 0                             | 2         | 0         | 3         | 0               | 5               |
|                        | 21-30                | 2                             | 0         | 4         | 1         | 3               | 10              |
|                        | 31 και άνω           | 0                             | 0         | 2         | 1         | 1               | 4               |
|                        | <b>Μερικό Σύνολο</b> | <b>2</b>                      | <b>2</b>  | <b>6</b>  | <b>5</b>  | <b>5</b>        | <b>20</b>       |
| <b>66 και άνω</b>      | Έως 5                | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 6-10                 | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 11-20                | 0                             | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                        | 21-30                | 0                             | 0         | 2         | 0         | 0               | 2               |
|                        | 31 και άνω           | 0                             | 2         | 0         | 0         | 0               | 2               |
|                        | <b>Μερικό Σύνολο</b> | <b>0</b>                      | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>        | <b>4</b>        |
| <b>Γενικό άθροισμα</b> | <b>17</b>            | <b>22</b>                     | <b>33</b> | <b>31</b> | <b>27</b> | <b>130</b>      |                 |

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ (Ερωτήσεις 1, 2 & 21a)

| Ηλικία                 | Φύλο     | Γρήγορη Διεκπεραίωση μέσω Ηλεκτρ. Συνταγογράφησης |           |           |           |                 | Γενικό άθροισμα |
|------------------------|----------|---|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
|                        |          | Διαφωνώ Απόλυτα                                   | Διαφωνώ   | Ουδέτερα  | Συμφωνώ   | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| <b>Εως 40</b>          | Ανδρες   | 6   | 4         | 6         | 3         | 2               | 21              |
|                        | Γυναίκες | 2   | 1         | 1         | 4         | 3               | 11              |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |          | <b>8</b>  | <b>5</b>  | <b>7</b>  | <b>7</b>  | <b>5</b>        | <b>32</b>       |
| <b>41-55</b>           | Ανδρες   | 16  | 9         | 11        | 4         | 14              | 54              |
|                        | Γυναίκες | 9   | 1         | 5         | 2         | 3               | 20              |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |          | <b>25</b>   | <b>10</b> | <b>16</b> | <b>6</b>  | <b>17</b>       | <b>74</b>       |
| <b>56-65</b>           | Ανδρες   | 9   | 2         | 2         | 3         | 2               | 18              |
|                        | Γυναίκες | 0   | 0         | 0         | 1         | 1               | 2               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |          | <b>9</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>4</b>  | <b>3</b>        | <b>20</b>       |
| <b>66 και άνω</b>      | Ανδρες   | 2   | 1         | 0         | 1         | 0               | 4               |
|                        | Γυναίκες | 2   | 1         | 0         | 1         | 0               | 4               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |          | <b>4</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b>        | <b>8</b>        |
| <b>Γενικό άθροισμα</b> |          | <b>44</b>   | <b>18</b> | <b>25</b> | <b>18</b> | <b>25</b>       | <b>130</b>      |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΛΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ/  
ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΛΑΘΩΝ (Ερωτήσεις 1, 2 & 21b)**

| ΗΛΙΚΙΑ          | ΦΥΛΟ     | ΑΚΡΙΒΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗ & ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ |         |          |         |                 | Γενικό άθροισμα |
|-----------------|----------|----------------------------------|---------|----------|---------|-----------------|-----------------|
|                 |          | Διαφωνώ Απόλυτα                  | Διαφωνώ | Ουδέτερα | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Έως 40          | Ανδρες   | 1                                | 1       | 6        | 6       | 7               | 21              |
|                 | Γυναίκες | 1                                | 0       | 4        | 2       | 4               | 11              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 2                                | 1       | 10       | 8       | 11              | 32              |
| 41-55           | Ανδρες   | 6                                | 3       | 7        | 12      | 26              | 54              |
|                 | Γυναίκες | 4                                | 3       | 3        | 1       | 9               | 20              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 10                               | 6       | 10       | 13      | 35              | 74              |
| 56-65           | Ανδρες   | 2                                | 3       | 5        | 2       | 6               | 18              |
|                 | Γυναίκες | 0                                | 0       | 1        | 1       | 0               | 2               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 2                                | 3       | 6        | 3       | 6               | 20              |
| 66 και άνω      | Ανδρες   | 2                                | 3       | 6        | 3       | 6               | 20              |
|                 | Γυναίκες | 0                                | 1       | 2        | 0       | 1               | 4               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 2                                | 4       | 8        | 3       | 7               | 24              |
| Γενικό άθροισμα |          | 14                               | 11      | 28       | 24      | 53              | 130             |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ (Ερωτήσεις 1, 2  
& 21c)**

| ΗΛΙΚΙΑ          | Φύλο     | ΜΕΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΜΕΣΩ ΗΛΕΚΤΡ. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ |         |          |         |                 | Γενικό άθροισμα |
|-----------------|----------|---|---------|----------|---------|-----------------|-----------------|
|                 |          | Διαφωνώ Απόλυτα                             | Διαφωνώ | Ουδέτερα | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Έως 40          | Ανδρες   | 1   | 0       | 4        | 8       | 8               | 21              |
|                 | Γυναίκες | 2   | 1       | 3        | 3       | 2               | 11              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 3   | 1       | 7        | 11      | 10              | 32              |
| 41-55           | Ανδρες   | 7   | 6       | 18       | 6       | 17              | 54              |
|                 | Γυναίκες | 4   | 2       | 5        | 0       | 9               | 20              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 11  | 8       | 23       | 6       | 26              | 74              |
| 56-65           | Ανδρες   | 5   | 1       | 4        | 5       | 3               | 18              |
|                 | Γυναίκες | 0   | 0       | 0        | 0       | 2               | 2               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 5   | 1       | 4        | 5       | 5               | 20              |
| 66 και άνω      | Ανδρες   | 1   | 1       | 0        | 0       | 2               | 4               |
|                 | Γυναίκες | 1   | 1       | 0        | 0       | 2               | 4               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 2   | 2       | 0        | 0       | 4               | 8               |
| Γενικό άθροισμα |          | 20  | 11      | 34       | 22      | 43              | 130             |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (Ερωτήσεις 1, 2 & 22)**

| ΗΛΙΚΙΑ          | Φύλο     | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡ. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ |         |          |         |                 | Γενικό άθροισμα |
|-----------------|----------|--|---------|----------|---------|-----------------|-----------------|
|                 |          | Διαφωνώ Απόλυτα                                  | Διαφωνώ | Ουδέτερα | Συμφωνώ | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Έως 40          | Ανδρες   | 2  | 4       | 5        | 7       | 3               | 21              |
|                 | Γυναίκες | 1  | 2       | 4        | 3       | 1               | 11              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 3  | 6       | 9        | 10      | 4               | 32              |
| 41-55           | Ανδρες   | 8  | 9       | 15       | 12      | 10              | 54              |
|                 | Γυναίκες | 4  | 3       | 6        | 4       | 3               | 20              |
| Μερικό Σύνολο   |          | 12   | 12      | 21       | 16      | 13              | 74              |
| 56-65           | Ανδρες   | 1  | 5       | 7        | 2       | 3               | 18              |
|                 | Γυναίκες | 0  | 0       | 0        | 0       | 2               | 2               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 1  | 5       | 7        | 2       | 5               | 20              |
| 66 και άνω      | Ανδρες   | 0  | 1       | 1        | 2       | 0               | 4               |
|                 | Γυναίκες | 0  | 1       | 1        | 2       | 0               | 4               |
| Μερικό Σύνολο   |          | 0  | 2       | 2        | 4       | 0               | 8               |
| Γενικό άθροισμα |          | 16   | 24      | 38       | 30      | 22              | 130             |



**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΗΣ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ (Ερωτήσεις 10 & 15)**

| Διευκρίνιση Από Φαρμακείο | Εμφάνιση Φαρ/κων Σκευασμάτων κατά την Συνταγογράφηση |           | Γενικό άθροισμα |
|---------------------------|--|-----------|-----------------|
|                           | Όχι  | Ναι       |                 |
| Συχνά                     | 20   | 14        | 34              |
| Σπάνια                    | 25   | 41        | 66              |
| Καθόλου                   | 11   | 19        | 30              |
| <b>Γενικό άθροισμα</b>    | <b>56</b>  | <b>74</b> | <b>130</b>      |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΥΚΟΛΙΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ (Ερωτήσεις 17 & 20)**

| Ευκολία Διαδικασίας Ηλεκτ. Συνταγ. | Ηλεκτρ. Συνταγογράφηση λιγότερο χρονοβόρα από Χειρόγραφο |           |           |           |                 | Γενικό άθροισμα |
|------------------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
|                                    | Διαφωνώ Απόλυτα  | Διαφωνώ   | Ουδέτερα  | Συμφωνώ   | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα                    | 15   | 1         | 1         | 0         | 0               | 17              |
| Διαφωνώ                            | 13   | 3         | 4         | 1         | 1               | 22              |
| Ουδέτερα                           | 16   | 3         | 6         | 4         | 4               | 33              |
| Συμφωνώ                            | 8  | 4         | 10        | 6         | 3               | 31              |
| Συμφωνώ Απόλυτα                    | 10   | 5         | 4         | 0         | 8               | 27              |
| <b>Γενικό άθροισμα</b>             | <b>62</b>  | <b>16</b> | <b>25</b> | <b>11</b> | <b>16</b>       | <b>130</b>      |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ Η/Υ ΓΙΑ ΕΥΡΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΟ INTERNET (Ερωτήσεις 6 & 7)**

| Χρήση Ηλεκτρονικού Αρχείου | Εύρεση μέσω Internet Κλινικών Πληροφοριών |            |                 |
|----------------------------|---|------------|-----------------|
|                            | Όχι                                       | Ναι        | Γενικό άθροισμα |
| Όχι                        | 4   | 33         | 37              |
| Ναι                        | 4   | 89         | 93              |
| <b>Γενικό άθροισμα</b>     | <b>8</b>                                  | <b>122</b> | <b>130</b>      |

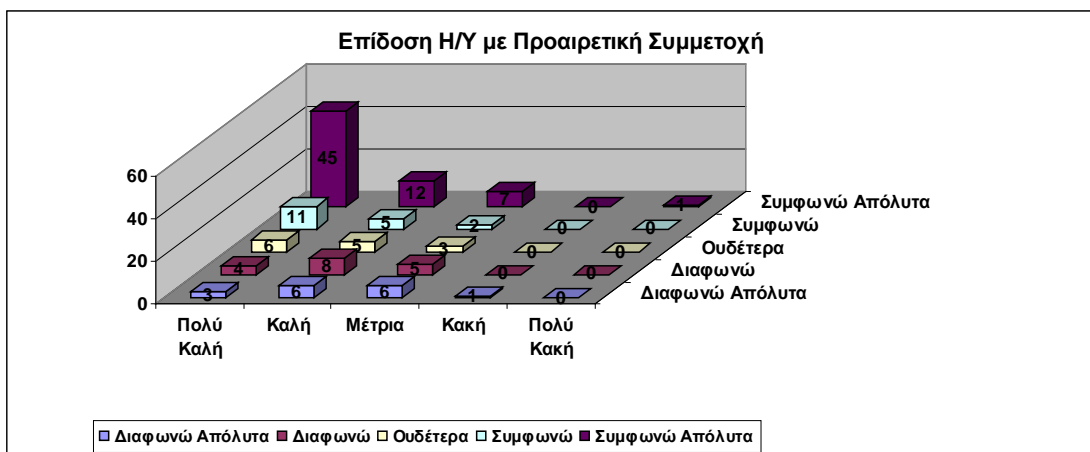
**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΙΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (Ερωτήσεις 4 & 22)**

| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ     | ΤΟΜΕΑΣ      |              | Γενικό άθροισμα |
|-----------------|-------------|--------------|-----------------|
|                 | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ | ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα | 13          | 3            | 16              |
| Διαφωνώ         | 18          | 6            | 24              |
| Ουδέτερα        | 27          | 11           | 38              |
| Συμφωνώ         | 18          | 12           | 30              |
| Συμφωνώ Απόλυτα | 18          | 4            | 22              |
| Γενικό άθροισμα | 94          | 36           | 130             |



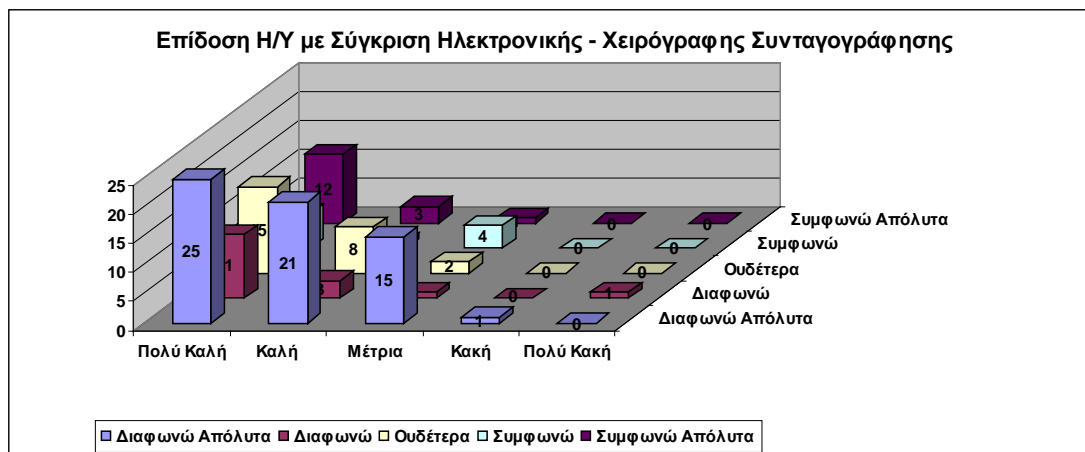
**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΕ Η/Υ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣ (Ερωτήσεις 8 & 16)**

| Προαιρετική Συμμετοχή | ΕΠΙΔΟΣΗ Η/Υ |      |        |      |           | Γενικό άθροισμα |
|-----------------------|-------------|------|--------|------|-----------|-----------------|
|                       | Πολύ Καλή   | Καλή | Μέτρια | Κακή | Πολύ Κακή |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα       | 3           | 6    | 6      | 1    | 0         | 16              |
| Διαφωνώ               | 4           | 8    | 5      | 0    | 0         | 17              |
| Ουδέτερα              | 6           | 5    | 3      | 0    | 0         | 14              |
| Συμφωνώ               | 11          | 5    | 2      | 0    | 0         | 18              |
| Συμφωνώ Απόλυτα       | 45          | 12   | 7      | 0    | 1         | 65              |
| Γενικό άθροισμα       | 69          | 36   | 23     | 1    | 1         | 130             |



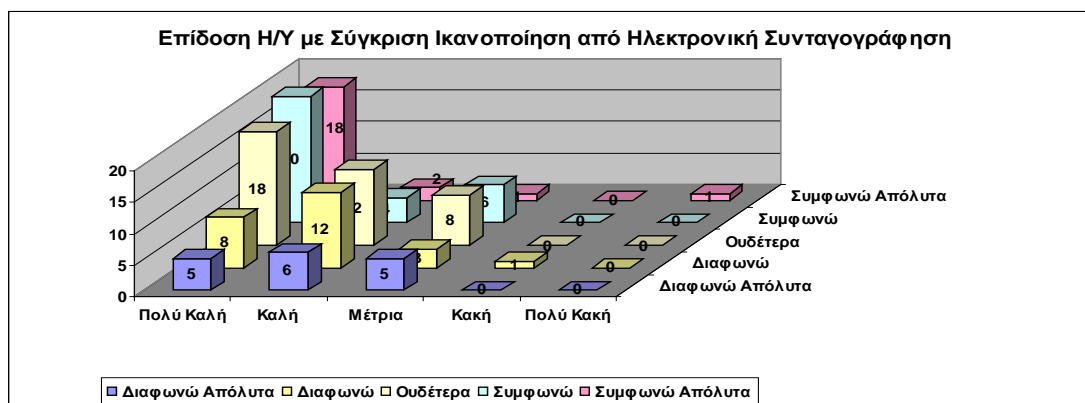
**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΕ Η/Υ ΜΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣ (Ερωτήσεις 8 & 20)**

| ΗΛ. ΣΥΝΤ. ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟΒΟΡΑ | ΕΠΙΔΟΣΗ Η/Υ |      |        |      |           | Γενικό άθροισμα |
|------------------------------|-------------|------|--------|------|-----------|-----------------|
|                              | Πολύ Καλή   | Καλή | Μέτρια | Κακή | Πολύ Κακή |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα              | 25          | 21   | 15     | 1    | 0         | 62              |
| Διαφωνώ                      | 11          | 3    | 1      | 0    | 1         | 16              |
| Ουδέτερα                     | 15          | 8    | 2      | 0    | 0         | 25              |
| Συμφωνώ                      | 6           | 1    | 4      | 0    | 0         | 11              |
| Συμφωνώ Απόλυτα              | 12          | 3    | 1      | 0    | 0         | 16              |
| Γενικό άθροισμα              | 69          | 36   | 23     | 1    | 1         | 130             |



### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΕ Η/Υ ΜΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (Ερωτήσεις 8 & 22)

| ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤ. ΣΥΝΤΑΓ. | ΕΠΙΔΟΣΗ Η/Υ |      |        |      |           | Γενικό άθροισμα |
|--------------------------------|-------------|------|--------|------|-----------|-----------------|
|                                | Πολύ Καλή   | Καλή | Μέτρια | Κακή | Πολύ Κακή |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα                | 5           | 6    | 5      | 0    | 0         | 16              |
| Διαφωνώ                        | 8           | 12   | 3      | 1    | 0         | 24              |
| Ουδέτερα                       | 18          | 12   | 8      | 0    | 0         | 38              |
| Συμφωνώ                        | 20          | 4    | 6      | 0    | 0         | 30              |
| Συμφωνώ Απόλυτα                | 18          | 2    | 1      | 0    | 1         | 22              |
| Γενικό άθροισμα                | 69          | 36   | 23     | 1    | 1         | 130             |



### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – ΟΜΑΛΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (Ερωτήσεις 2, 4 & 22)

| Ηλικία                 | Τομέας       | Ικανοποίηση από Εφαρμογή Ηλεκτρονικής Συναγογράφησης |           |           |           |                 | Γενικό άθροισμα |
|------------------------|--------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
|                        |              | Διαφωνώ Απόλυτα                                      | Διαφωνώ   | Ουδέτερα  | Συμφωνώ   | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Έως 40                 | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  | 3  | 6         | 8         | 4         | 3               | 24              |
|                        | ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ | 0  | 0         | 1         | 6         | 1               | 8               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |              | <b>3</b>   | <b>6</b>  | <b>9</b>  | <b>10</b> | <b>4</b>        | <b>32</b>       |
| 41-55                  | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  | 9  | 7         | 13        | 12        | 11              | 52              |
|                        | ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ | 3  | 5         | 8         | 4         | 2               | 22              |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |              | <b>12</b>  | <b>12</b> | <b>21</b> | <b>16</b> | <b>13</b>       | <b>74</b>       |
| 56-65                  | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  | 1  | 4         | 6         | 1         | 4               | 16              |
|                        | ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ | 0  | 1         | 1         | 1         | 1               | 4               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |              | <b>1</b>   | <b>5</b>  | <b>7</b>  | <b>2</b>  | <b>5</b>        | <b>20</b>       |
| 66 και άνω             | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  | 0  | 1         | 0         | 1         | 0               | 2               |
|                        | ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ | 0  | 0         | 1         | 1         | 0               | 2               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>   |              | <b>0</b>   | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b>        | <b>4</b>        |
| <b>Γενικό άθροισμα</b> |              | <b>16</b>  | <b>24</b> | <b>38</b> | <b>30</b> | <b>22</b>       | <b>130</b>      |

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΕ Η/Υ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (Ερωτήσεις 8, 16 & 20)**

| ΗΛ. ΣΥΝΤ. ΛΙΓ. ΧΡΟΝΟΒΟΡΑ | ΕΠΙΔΟΣΗ Η/Υ | Προαιρετική Συμμετοχή |           |           |           |                 | Γενικό άθροισμα |
|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
|                          |             | Διαφωνώ Απόλυτα       | Διαφωνώ   | Ουδέτερα  | Συμφωνώ   | Συμφωνώ Απόλυτα |                 |
| Διαφωνώ Απόλυτα          | Πολύ Καλή   | 2                     | 3         | 2         | 5         | 13              | 25              |
|                          | Καλή        | 5                     | 4         | 4         | 2         | 6               | 21              |
|                          | Μέτρια      | 6                     | 4         | 2         | 1         | 2               | 15              |
|                          | Κακή        | 1                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 1               |
|                          | Πολύ Κακή   | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>     |             | <b>14</b>             | <b>11</b> | <b>8</b>  | <b>8</b>  | <b>21</b>       | <b>62</b>       |
| Διαφωνώ                  | Πολύ Καλή   | 1                     | 0         | 2         | 0         | 8               | 11              |
|                          | Καλή        | 1                     | 2         | 0         | 0         | 0               | 3               |
|                          | Μέτρια      | 0                     | 0         | 1         | 0         | 0               | 1               |
|                          | Κακή        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                          | Πολύ Κακή   | 0                     | 0         | 0         | 0         | 1               | 1               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>     |             | <b>2</b>              | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>0</b>  | <b>9</b>        | <b>16</b>       |
| Ουδέτερα                 | Πολύ Καλή   | 0                     | 1         | 0         | 4         | 10              | 15              |
|                          | Καλή        | 0                     | 2         | 1         | 2         | 3               | 8               |
|                          | Μέτρια      | 0                     | 1         | 0         | 0         | 1               | 2               |
|                          | Κακή        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                          | Πολύ Κακή   | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>     |             | <b>0</b>              | <b>4</b>  | <b>1</b>  | <b>6</b>  | <b>14</b>       | <b>25</b>       |
| Συμφωνώ                  | Πολύ Καλή   | 0                     | 0         | 1         | 1         | 4               | 6               |
|                          | Καλή        | 0                     | 0         | 0         | 1         | 0               | 1               |
|                          | Μέτρια      | 0                     | 0         | 0         | 1         | 3               | 4               |
|                          | Κακή        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                          | Πολύ Κακή   | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>     |             | <b>0</b>              | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>3</b>  | <b>7</b>        | <b>11</b>       |
| Συμφωνώ Απόλυτα          | Πολύ Καλή   | 0                     | 0         | 1         | 1         | 10              | 12              |
|                          | Καλή        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 3               | 3               |
|                          | Μέτρια      | 0                     | 0         | 0         | 0         | 1               | 1               |
|                          | Κακή        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
|                          | Πολύ Κακή   | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0               | 0               |
| <b>Μερικό Σύνολο</b>     |             | <b>0</b>              | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>14</b>       | <b>16</b>       |
| <b>Γενικό άθροισμα</b>   |             | <b>16</b>             | <b>17</b> | <b>14</b> | <b>18</b> | <b>65</b>       | <b>130</b>      |