



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΚΑΙ Η
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
Ο.Α.Ε.Ε. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

ΚΑΣΚΑΦΕΤΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ

*Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας*

Πειραιάς, Έτος 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΚΑΙ Η
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
Ο.Α.Ε.Ε. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

ΚΑΣΚΑΦΕΤΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καθηγητής Αγιακλόγλου Χρήστος

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, Έτος 2012



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES
HEALTH MANAGEMENT**



TEI OF PIRAEUS

STUDY OF ELECTRONIC PRESCRIBING
AND ITS IMPLEMENTATION IN GREECE:
O.A.E.E. REGION OF PELOPONNESUS

KASKAFETOU SOTIRIA

**Graduate Thesis Submitted
for the Degree
"Master in Health Management"**

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χρήστο Αγιακλόγλου, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για την πολύτιμη βοήθειά του, τη συνεχή καθοδήγησή του και την άριστη συνεργασία κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διοικητή του ΟΑΕΕ κο Γεράσιμο Βουδούρη που επέτρεψε τη λήψη στατιστικών δεδομένων από τον Οργανισμό για την Περιφέρεια Πελοποννήσου, καθώς και όλους τους αρμόδιους διοικητικούς υπαλλήλους, όπου χωρίς την βοήθεια τους η συγκέντρωση των δεδομένων της έρευνας θα ήταν εξαιρετικά δύσκολη. Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου και τους φίλους μου για την υπομονή και τη συμπαράσταση που μου προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός της μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης μετά από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για το συγκεκριμένο μέτρο. Η μελέτη περιλαμβάνει την καταγραφή της φαρμακευτικής δαπάνης βάση στατιστικών στοιχείων του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών της Περιφέρειας Πελοποννήσου, για αντίστοιχα εξάμηνα διαστήματα πριν (11/2009 - 04/2010) και μετά (11/2010 - 04/2011) την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τη συλλογή στοιχείων για τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, ιατρών και φαρμακοποιών που συμβάλλονται με τον ΟΑΕΕ Περιφέρειας Πελοποννήσου, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιο - Αύγουστο 2011.

Διαπιστώθηκε ότι: α) το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών θεωρεί ότι αυξήθηκε ο χρόνος δουλειάς τους, β) το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακοποιών κρίνει ότι τα λάθη στις συνταγές μειώθηκαν και γ) η εκτέλεση των ηλεκτρονικών συνταγών έγινε σε μεγαλύτερη κλίμακα αποδεκτή από τους φαρμακοποιούς συγκριτικά με τους ιατρούς. Επιπλέον, στο ερωτηματολόγιο αναφέρθηκαν παράπονα και έγιναν σχετικές προτάσεις βελτίωσης για τη ταχύτητα και την αξιοπιστία του συστήματος, την αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο, τη βάση δεδομένων και τη δυνατότητα ακύρωσης - διόρθωσης των συνταγών. Στην μελέτη των στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου διαπιστώθηκε μείωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά συνταγή, μείωση για το αρχικό κόστος, τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και τη συμμετοχή του ΟΑΕΕ ανά συνταγή, καθώς και πιθανή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης από τη μείωση του όγκου κατανάλωσης φαρμάκων που επήλθε μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν μία θετική επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο σύστημα υγείας τόσο με τη μείωση των λαθών στις συνταγές όσο και με τη μείωση του φαρμακευτικού κόστους. Επιπροσθέτως, από τη μελέτη διαφαίνεται ότι η πλήρης αποτελεσματικότητα του μέτρου απαιτεί την καταγραφή των λαθών και των παραλείψεων του συστήματος ώστε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας να βελτιωθεί το μέγιστο δυνατό.

Λέξεις - κλειδιά: Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ΟΑΕΕ, εφαρμογή, λάθη συνταγών, αριθμός συνταγών, αριθμός συνταγογραφούμενων φαρμάκων, επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the change in pharmaceutical expenditure after the implementation of electronic prescribing and to record the opinions of health professionals for this measure. The study includes the record of pharmaceutical expenditure statistics based on OAEE (Insurance Agency Self-Employed) in the Peloponnese region, for corresponding periods of six months before (11/2009 - 04/2010) and after (11/2010 - 04/2011) the application of electronic prescribing and data collection for the views of health professionals, doctors and pharmacists, that are contracted with OAEE in Peloponnese region, using a questionnaire during the period July - August 2011.

It was ascertained that: a) the majority of doctors believes that e-prescribing increased their working time, b) the majority of pharmacists considers that errors in prescriptions were decreased and c) the implementation of electronic prescriptions was more acceptable by pharmacists than doctors. In addition, complaints were reported as regards the questionnaire and specific suggestions in order to improve the speed and reliability of the system, automation and self-control, the database and the option to cancel or correct the prescription. In the study of OAEE statistics, was found a decrease of the number of prescription drugs per prescription, a reduce at the initial cost, the participation of members and the participation of OAEE per prescription, and a possible a decline of drug expenditure by reducing the volume of drug consumption which resulted from the application of electronic prescribing.

The survey results prove a positive impact of electronic prescribing on the health system both by reducing errors in prescriptions and pharmacy costs. Furthermore, through the study can be clear that the full effectiveness of the measure requires the identification of errors and failures of the system so that the implementation of electronic prescribing improves as more as possible.

Keywords: Electronic prescribing, OAEE, application, errors prescriptions, prescription number, number of prescription drugs, health professionals

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	V
ABSTRACT.....	VI
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	IX
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XIII
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.....	2
1.3 Προσδιορισμός της έννοιας της κοινωνικής ασφάλισης.....	4
1.4 Η χρηματοδότηση και οι εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων.....	8
1.5 Κατηγορίες ασφαλιστικών ταμείων.....	11
1.6 Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.....	20
1.7 Ιατροφαρμακευτική δαπάνη.....	25
1.8 Ανακεφαλαίωση.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
2.1 Εισαγωγή.....	31
2.2 Περιγραφή της χειρόγραφης συνταγογράφησης.....	32
2.3 Περιγραφή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.....	44
2.4 Φαρμακευτική δαπάνη και αναγκαιότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.....	52
2.5 Ανακεφαλαίωση.....	60

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΕΘΝΩΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ**

3.1	Εισαγωγή.....	61
3.2	Προσπάθειες και εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο Εξωτερικό	62
3.3	Διασυννοριακές υπηρεσίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.....	75
3.4	Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα.....	80
3.5	Ανακεφαλαίωση.....	87

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε (ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ)**

4.1	Εισαγωγή.....	88
4.2	Χαρακτηριστικά της έρευνας.....	89
4.3	Παρουσίαση και ανάλυση αποτελεσμάτων.....	98
<i>4.3.1</i>	<i>Αποτελέσματα ερωτηματολογίου.....</i>	<i>99</i>
<i>4.3.2</i>	<i>Αποτελέσματα από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΕ.....</i>	<i>124</i>
4.4	Ανακεφαλαίωση.....	134

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	136
-------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	138
-------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	141
--------------------------	------------

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A/a	Τίτλος Διαγραμμάτων	Σελίδα
Διάγραμμα 1.1	Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα	7
Διάγραμμα 1.2	Οι εντασσόμενοι φορείς στον ΟΑΕΕ	18
Διάγραμμα 1.3	Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα	26
Διάγραμμα 1.4	Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2007	27
Διάγραμμα 2.1	Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	45
Διάγραμμα 2.2	Η δομή της φαρμακευτικής αγοράς	53
Διάγραμμα 2.3	Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης με έτος βάσης το 2000	54
Διάγραμμα 2.4	Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ευρώπη: Προβλέψεις Εξοικονόμησης (2007-2015)	57
Διάγραμμα 3.1	Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στη Δανία	70
Διάγραμμα 3.2	Η διαδρομή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στη Σουηδία	74
Διάγραμμα 3.3	Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το epSOS	77
Διάγραμμα 3.4	Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	80
Διάγραμμα 3.5	Οι εμπλεκόμενοι στην συνταγογράφηση	82
Διάγραμμα 3.6	Η αποδοχή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα	83
Διάγραμμα 3.7	Η απαιτούμενη λειτουργικότητα στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση	85
Διάγραμμα 4.1	Ποσοστιαία κατανομή του φύλου στο δείγμα	100
Διάγραμμα 4.2	Ποσοστιαία κατανομή των επαγγελματικών ομάδων του δείγματος	100
Διάγραμμα 4.3	Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή ηλικίας στο δείγμα	101
Διάγραμμα 4.4	Ποσοστιαία κατανομή για τα έτη λειτουργίας φαρμακείου των φαρμακοποιών του δείγματος	101

Διάγραμμα 4.5	Περιοχές προέλευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα	102
Διάγραμμα 4.6	Εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών από τους επαγγελματίες υγείας	102
Διάγραμμα 4.7	Δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση	103
Διάγραμμα 4.8	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς των επαγγελματιών υγείας	103
Διάγραμμα 4.9	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη των συνταγών	104
Διάγραμμα 4.10	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών	104
Διάγραμμα 4.11	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων	105
Διάγραμμα 4.12	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς ανά επάγγελμα	106
Διάγραμμα 4.13	Κρίση για την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη στις συνταγές ανά επάγγελμα	107
Διάγραμμα 4.14	Δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ανάλογα με το επάγγελμα	107
Διάγραμμα 4.15	Κρίση για την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών ανά επάγγελμα	108
Διάγραμμα 4.16	Εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών ανάλογα το επάγγελμα	109
Διάγραμμα 4.18	Η δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ανάλογα με το φύλο	110
Διάγραμμα 4.19	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς ανάλογα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας	111

Διάγραμμα 4.20	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη των συνταγών σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας	111
Διάγραμμα 4.21	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας	112
Διάγραμμα 4.22	Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας	112
Διάγραμμα 4.23	Σχέση ηλικίας των επαγγελματιών υγείας με τη δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση	113
Διάγραμμα 4.24	Ποσοστιαία συσχέτιση της ηλικίας των επαγγελματιών με την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς τους	114
Διάγραμμα 4.25	Ποσοστιαία συσχέτιση των λαθών στις συνταγές με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας	114
Διάγραμμα 4.26	Ποσοστιαία συσχέτιση της μεταβολής του αριθμού των συνταγών από την εφαρμογή της Η.Σ. με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας	115
Διάγραμμα 4.27	Ποσοστιαία συσχέτιση της μεταβολής του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από την εφαρμογή της Η.Σ. με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας	115
Διάγραμμα 4.28	Ποσοστιαία κατανομή απάντησης των επαγγελματιών υγείας στην ανοικτού τύπου ερώτηση	117
Διάγραμμα 4.29	Ποσοστιαία κατανομή απάντησης της ανοικτού τύπου ερώτησης ανά επάγγελμα	117
Διάγραμμα 4.30	Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για τη βάση δεδομένων της ΗΣ	118
Διάγραμμα 4.31	Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη βάση δεδομένων του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα	118

Διάγραμμα 4.32	Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για τη ταχύτητα-αξιοπιστία της ΗΣ	119
Διάγραμμα 4.33	Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη ταχύτητα και αξιοπιστία του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα	119
Διάγραμμα 4.34	Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για την ακύρωση-διόρθωση των ηλεκτρονικών συνταγών	120
Διάγραμμα 4.35	Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη δυνατότητα ακύρωσης-διόρθωσης των ηλεκτρονικών συνταγών ανά επάγγελμα	120
Διάγραμμα 4.36	Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για την αυτοματοποίηση - έλεγχο του συστήματος της ΗΣ	121
Διάγραμμα 4.37	Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για την αυτοματοποίηση - έλεγχο του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα	121
Διάγραμμα 4.38	Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για το σύστημα της ΗΣ	122
Διάγραμμα 4.39	Ποσοστιαία κατανομή των θετικών κρίσεων για το σύστημα της ΗΣ	123
Διάγραμμα 4.40	Ποσοστιαία κατανομή των θετικών κρίσεων για το σύστημα της ΗΣ ανά επάγγελμα	123

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

A/a	Τίτλος Πινάκων	Σελίδα
Πίνακας 1.1	Εισφορές για τις παροχές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	9
Πίνακας 1.2	Φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατά επαγγελματική κατηγορία κάλυψης	12
Πίνακας 1.3	Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων	29
Πίνακας 2.1	Τα μέρη της ιατρικής συνταγής	36
Πίνακας 2.2	Επιτρεπόμενες συντμήσεις κατά την συνταγογράφηση	36
Πίνακας 2.3	Συνταγολόγιο του ΙΚΑ	41
Πίνακας 2.4	Φάρμακα που υπάγονται στη νομοθεσία περί ναρκωτικών	42
Πίνακας 2.5	Ειδικές συνταγές ναρκωτικών	43
Πίνακας 2.6	Ταυτοποίηση στοιχείων στην ηλεκτρονική συνταγογραφία	47
Πίνακας 2.7	Επιλογή φαρμάκου	48
Πίνακας 2.8	Παράδειγμα ηλεκτρονικής συνταγής	49
Πίνακας 4.1	Αποτελέσματα του μόνιμου πληθυσμού στην Ελλάδα από την Απογραφή του 2011	92
Πίνακας 4.2	Επίδραση του χρόνου δουλειάς των επαγγελματιών υγείας από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα	105
Πίνακας 4.3	Επίδραση στα λάθη στις συνταγές από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα	106
Πίνακας 4.4	Εκτέλεση και συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών	109
Πίνακας 4.5	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων το διάστημα 11/2009-04/2010	125
Πίνακας 4.6	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων το διάστημα 11/2010-04/2011	125
Πίνακας 4.7	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το αρχικό κόστος των συνταγών και τη συμμετοχή ασφαλισμένων και	126

	ΟΑΕΕ το διάστημα 11/2009-04/2010	
Πίνακας 4.8	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το αρχικό κόστος των συνταγών και τη συμμετοχή ασφαλισμένων και ΟΑΕΕ το διάστημα 11/2010-04/2011	127
Πίνακας 4.9	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2009-04/2010	127
Πίνακας 4.10	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2010-04/2011	128
Πίνακας 4.11	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το κόστος των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2009-04/2010	128
Πίνακας 4.12	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το κόστος των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2010-04/2011	129
Πίνακας 4.13	Ανά περιοχή μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης	130
Πίνακας 4.14	Ανά μήνα μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης	131
Πίνακας 4.15	Ποσοστό εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανά περιοχή	132
Πίνακας 4.16	Σύγκριση των περιοχών με τη μεγαλύτερη εφαρμογή της ΗΣ για την ανά συνταγή μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης	133

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Εισαγωγή

Η ανάγκη ίδρυσης ασφαλιστικών φορέων είχε πρωτοεκφραστεί στην Αρχαία Ελλάδα και συνεχίζεται ως θεσμός στην μεταπελευθερωτική Ελλάδα του σήμερα έχοντας δεχτεί μεγάλες αλλαγές στην διάρθρωσή της. Τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν και έχουν ως σκοπό την προστασία και μέριμνα των εργαζομένων και οικονομικά ασθενών πολιτών. Με τους όρους προστασία και μέριμνα εννοείται η προφύλαξη και κάλυψη των πολιτών έναντι της ασθένειας, του γήρατος, του θανάτου και διαφόρων άλλων κοινωνικών κινδύνων.

Τα τελευταία χρόνια, η προοπτική των ασφαλιστικών συστημάτων απασχολεί όλο και πιο έντονα τις περισσότερες κυβερνήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο και εντάσσεται στα κυβερνητικά προγράμματα αυτών ως ένα μείζον ζήτημα κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί εδώ και δεκαετίες ένα από τα πιο σοβαρά κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, καθώς τα ασφαλιστικά ταμεία αδυνατούν να ελέγξουν τις δαπάνες τους και εμφανίζουν ολοένα και μεγαλύτερα ελλείμματα, με κίνδυνο την αθέτηση των υποχρεώσεων τους προς τους ασφαλισμένους ή ακόμα και την πλήρη κατάρρευσή τους.

Σήμερα, ζούμε στην εποχή όπου πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας με έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους να αποτελεί ο εξορθολογισμός της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης. Σημαντικοί μηχανισμοί προς αυτή την κατεύθυνση αποτελούν η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η έναρξη χρήσης της ηλεκτρονικής καταγραφής, αποθήκευσης και εκτέλεσης των ιατρικών πράξεων. Επιπλέον, η ενοποίηση των κλάδων υγείας των τεσσάρων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ - ΤΥΔΚΥ) που αφορούν πάνω από το 85% των ασφαλισμένων της χώρας με τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) τέθηκε σε λειτουργία από τις 01 - 01 - 2012.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία συνοπτική αναφορά στην ιστορική εξέλιξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα και θα αναλυθεί η έννοια των ασφαλιστικών ταμείων, όπως επίσης και η χρηματοδότησή τους. Επιπροσθέτως, θα αναφερθούν οι κύριοι κλάδοι των ασφαλιστικών ταμείων πριν την ενοποίηση τους στον ενιαίο οργανισμό και θα περιγραφεί η σχέση αυτών με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και δαπάνη, που σχετίζονται με την συνταγογράφηση.

1.2 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος

Η γνώση της ιστορικής διαδρομής κάθε φαινομένου είναι πολύτιμη, καθώς γνωρίζοντας την πορεία του στο παρελθόν μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τη διάσταση του και να οδηγήσουμε το μέλλον του σε ασφαλέστερα και βέλτιστα επίπεδα. Έχοντας λοιπόν εις γνώση την ιστορική εξέλιξη του ασφαλιστικού συστήματος της Ελλάδας, μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή η δομή του σήμερα και να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις για την περαιτέρω βελτίωση του στο μέλλον.

Η κοινωνική ασφάλιση εμφανίζει τα πρώτα ίχνη της στην Ελλάδα μόλις τον 6^ο π.Χ. αιώνα με την ύπαρξη των «ιατρικών τελών», που αποτελούσαν υποχρεωτικές εισφορές των πολιτών για την παροχή ιατρικής περίθαλψης από εκλεγμένους ιατρούς. Κατά τη βυζαντινή περίοδο, η ίδρυση και λειτουργία κοινωφελών ιδρυμάτων για άπορους, ηλικιωμένους και ορφανά θεωρούνται τα πρώτα βήματα για την δημιουργία νοσοκομείων. Στην διάρκεια της τουρκοκρατίας, έγιναν προσπάθειες από ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών για την κάλυψη τους έναντι κινδύνων.

Στην σύγχρονη Ελλάδα, η κοινωνική προστασία κάνει την πρώτη εμφάνιση της ως θεσμός με το διάταγμα της 15^{ης} Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο ιδρύθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT), που όμως η λειτουργία του ξεκίνησε το 1861. Ο θεσμός νομοθετικά κατοχυρώνεται το 1922 με την ψήφιση του Ν. 2868/1922 «Περί υποχρεωτικής ασφάλισης των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων», ο οποίος συνετέλεσε το υπόβαθρο για τη σύσταση κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου. Επίσης, το 1922, με το Ν. 2882, ιδρύεται για πρώτη φορά ένα ξεχωριστό υπουργείο το οποίο είναι αρμόδιο για τα θέματα υγείας, το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το γεγονός αυτό αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών

και σχετίζεται με την έλευση των προσφύγων από την Μικρά Ασία και με τα υγειονομικά προβλήματα που υπήρχαν την περίοδο εκείνη.

Στη συνέχεια με τον νόμο 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» χαράσσεται η πολιτική κοινωνικής ασφάλισης, καθώς βάσει αυτού δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (που ασφαλίζει από το 1937 μέχρι σήμερα τους μισθωτούς ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών) και προωθούνται νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (που άρχισαν να λειτουργούν το 1940).

Οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης εξελίχθηκαν κυρίως στα πλαίσια του σύγχρονου κράτους πρόνοιας. Με την πάροδο του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, του Εμφυλίου και υπό την επίδραση της βιομηχανικής επανάστασης η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας ήταν ραγδαία. Στην περίοδο αυτή δημιουργήθηκε, εξαιτίας της ανθούσας τότε οικονομίας, η ανάγκη άσκησης κοινωνικής πολιτικής ώστε να προστατευθούν τα ασθενέστερα στρώματα από τις δυνάμεις της αγοράς.

Είναι αναγκαίο να τονισθεί ότι η ασφαλιστική προστασία είναι δημιούργημα μεταπολεμικό και ότι μέχρι τότε η ασφάλιση ήταν τελείως αποσπασματική και ως προς την τοπική της έκταση και ως προς τις επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού που κάλυπτε. Στην Ελλάδα, το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων επιτυγχάνεται επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, με την προστασία πλέον και του αγροτικού πληθυσμού .

Από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα προωθήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, με αποκορύφωμα αυτές που πραγματοποιήθηκαν το 2002 με την έκδοση του Ν. 3029/2002. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώθηκαν σε ζητήματα δομής, οργάνωσης, λειτουργίας, χορήγησης ασφαλιστικών παροχών (με έμφαση στις συνταξιοδοτικές παροχές), χρηματοδότησης και περιφερειακής κατανομής πόρων.

Σήμερα καταβάλλονται τεράστιες προσπάθειες για την απλοποίηση του ασφαλιστικού συστήματος μέσω της ενοποίησης των περισσότερων και μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων. Η προσπάθεια αυτή έχει ως στόχο τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης το οποίο θα επιτρέπει την ευκολότερη διαχείριση και επιθεώρησή του.

1.3 Προσδιορισμός της έννοιας της κοινωνικής ασφάλισης

Το κοινωνικό - ασφαλιστικό σύστημα μιας χώρας στελεχώνεται από τους ασφαλιστικούς φορείς - ταμεία που υπάγονται σε αυτή, και είναι αρμόδιοι για την παροχή υπηρεσιών είτε σε είδος (όπως είναι η παροχή ιατρικής κάλυψης) είτε με τη μορφή χρηματικής απολαβής στους τομείς σύνταξης, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και πρόνοιας. Η έννοια των ασφαλιστικών φορέων - ταμείων είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την έννοια της κοινωνικής ασφάλισης. Ένας αδρός ορισμός των ασφαλιστικών ταμείων θα μπορούσε να είναι ότι αποτελούν τους φορείς εκείνους που πραγματώνουν το σύνολο ή μέρος της κοινωνικής ασφάλισης. Η έννοια της «κοινωνικής ασφάλισης» αφορά την κάλυψη των επονομαζόμενων «ασφαλιστικών κινδύνων» όπως της ηλικίας, της ασθενείας, της αναπηρίας, του θανάτου, της ανεργίας, της μητρότητας, του ατυχήματος εν ώρα εργασίας και των οικογενειακών βαρών. Το δικαίωμα των πολιτών για «κοινωνική ασφάλιση» θεμελιώνεται με το άρθρο 22 §4 του Ελληνικού Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο «το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως ο νόμος ορίζει».

Το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει τις ελάχιστες προϋποθέσεις αξιοπρεπούς διαβίωσης για κάθε άτομο σε περίπτωση ανάγκης ή κοινωνικού κινδύνου και το επιτυγχάνει μέσω του ασφαλιστικού συστήματος. Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν ως κύρια αρμοδιότητα τους την εξασφάλιση παροχών, υπέρ των εργαζομένων, σε περιπτώσεις κινδύνων εξαιτίας των οποίων μειώνεται ή ακόμα και χάνεται το εισόδημα που προέρχεται από την εργασία ή επηρεάζεται αρνητικά το επίπεδο διαβίωσης. Η κοινωνική προστασία είναι παράγοντας οικονομικής αναπτύξεως, επειδή εξασφαλίζει την κοινωνική συνοχή (μέσω του αισθήματος ασφάλειας που προσφέρει στους πολίτες) και συμβάλλει στη διατήρηση της ζήτησης αγαθών και υπηρεσιών.

Ειδικότερα, ως ασφαλιστικά ταμεία θεωρούνται οι χρηματοδοτικοί οργανισμοί που στηρίζονται - βάσει συμφωνιών - στην καταβολή εισφορών από εργαζομένους, εργοδότες και εν μέρει από το κράτος, και έχουν ανταποδοτικό χαρακτήρα (με την μορφή συντάξεων, παροχών ιατρικής περίθαλψης κ.α.). Ο όρος ανταποδοτικότητα έχει τη σημασία της ύπαρξης αναλογίας μεταξύ των ασφαλιστικών παροχών και του χρόνου ασφάλισης και του ύψους των εισφορών που καταβάλλονται από τους εργαζομένους. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα είναι η

υποχρεωτικότητα της ασφάλισης και της εισφοράς, τόσο των εργαζομένων και εργοδοτών όσο και του κράτους, το οποίο έχει συνταγματικά εδραιωμένη αρμοδιότητα να επεμβαίνει ρυθμιστικά.

Η κοινωνική προστασία του ελληνικού κράτους επιτελείται μέσω τριών συστημάτων: α) του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που αφορά την προστασία των εργαζομένων, β) του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας που σχετίζεται με την φροντίδα ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και γ) του εθνικού συστήματος υγείας που περιλαμβάνει την κάλυψη στον τομέα της υγείας για όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Διοικητικά το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υπάγεται κατά κύριο λόγο στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η υποχρεωτική ασφάλιση για τους ασφαλισμένους από 1.1.1993 περιλαμβάνει έναν φορέα κύριας ασφάλισης, έναν φορέα επικουρικής ασφάλισης, έναν φορέα ασφάλισης ασθενείας και έναν φορέα ασφάλισης πρόνοιας.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης έχει ως στόχο να καλύψει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, μέσω της χορήγησης παροχών και υπηρεσιών που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από την απασχόληση. Ουσιαστικά είναι ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς. Οι φορείς αυτοί αποτελούν τον πρώτο πυλώνα ασφάλισης στην Ελλάδα. Ο δεύτερος και ο τρίτος πυλώνας ασφάλισης μέχρι στιγμής δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένοι στην Ελλάδα σε σχέση με άλλα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εντούτοις, γίνονται θετικές κινήσεις και αλλαγές για την βελτίωση των ασφαλιστικών παροχών, με σκοπό την εν καιρώ συγκρότηση του δεύτερου και τρίτου πυλώνα ασφάλισης.

Πιο αναλυτικά, ο πρώτος πυλώνας αποτελείται από τα υποσυστήματα της υποχρεωτικής κύριας και επικουρικής ασφάλισης. Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (όπου Ν.Π.Δ.Δ είναι η ένωση προσώπων ή ένα σύνολο περιουσίας που εξυπηρετεί δημόσιους σκοπούς, χρηματοδοτείται από το δημόσιο και βρίσκεται υπό την εποπτεία του κράτους) εξασφαλίζουν την κύρια κάλυψη και αποτελούν τους αποκλειστικούς φορείς κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα. Η επικουρική ασφάλιση δημιουργήθηκε για την αύξηση της κύριας σύνταξης του άμεσα ασφαλισμένου για την ίδια απασχόληση και δεν είναι ενιαία, καθώς συστήματα υποχρεωτικής επικουρικής ασφάλισης υπάρχουν μόνο για τους

μισθωτούς. Η υποχρεωτική ασφάλιση που αφορά την συνταξιοδότηση πρόκειται για ένα είδος συμβολαίου μεταξύ εργαζομένων και μη εργαζομένων, που λειτουργεί σαν ένα σύστημα διαχρονικής ανακατανομής του εισοδήματος μεταξύ των διαφόρων γενεών (αλληλεγγύη των γενεών), μέσω της εγγύησης του κράτους. Το διανεμητικό σύστημα (pay as you go - PAYG) διανέμει από τη μια γενιά (των νέων εργαζόμενων - ασφαλισμένων) στην άλλη (των συνταξιούχων ασφαλισμένων) με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων.

Ο δεύτερος πυλώνας αποτελείται από τα υποσυστήματα επιπρόσθετης ασφάλισης, τα επαγγελματικά ταμεία, τα οποία πρόσφατα θεσμοθετήθηκαν και λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (όπου Ν.Π.Ι.Δ είναι ένα σύνολο προσώπων ή περιουσίας που υπάγεται στο ιδιωτικό δίκαιο) με στόχο την παροχή επαγγελματικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας και διακοπής της εργασίας. Λόγω της μέχρι πρότινος έλλειψης των επαγγελματικών ταμείων, τη θέση τους αναπλήρωναν καθεστώτα συμπληρωματικής ασφάλισης, τα οποία λειτουργούσαν με τη μορφή αλληλοβοηθητικών ταμείων και ταμείων πρόνοιας.

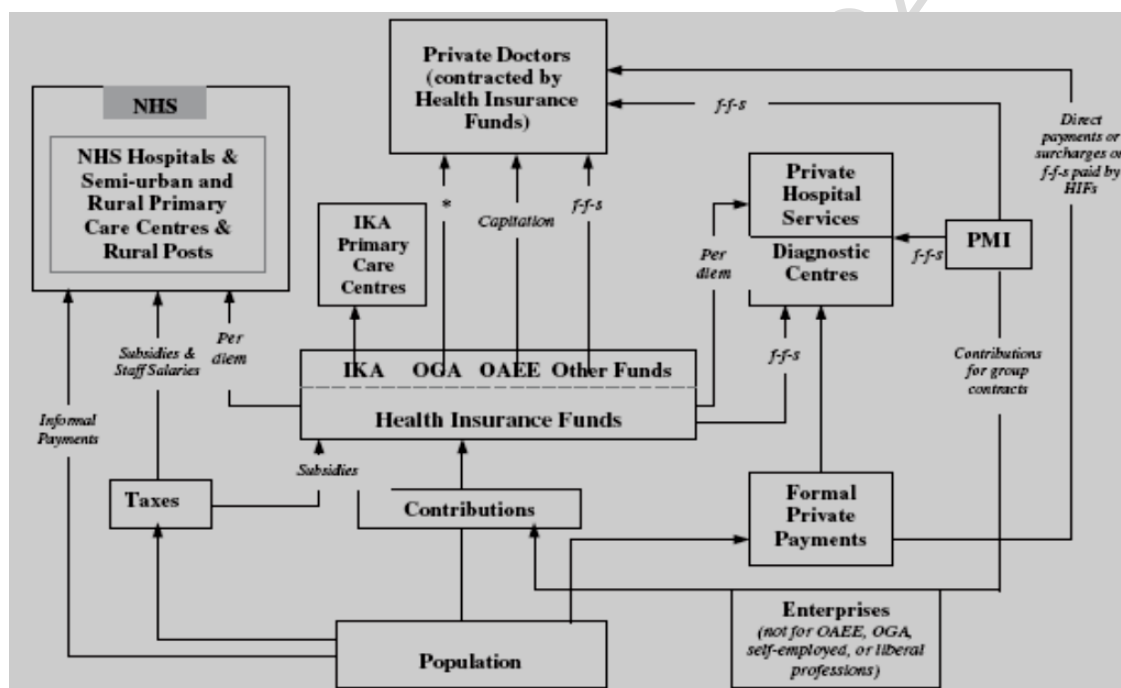
Ο τρίτος πυλώνας αφορά τα προγράμματα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης, για τους εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους (μέσω ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων που συνάπτονται μεταξύ επιχειρήσεων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), καθώς και τα προγράμματα ατομικής κάλυψης, όπως αυτά αναφέρονται στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ). Ως ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς θεωρούνται οι φορείς ασφάλισης εκείνοι που υπόκεινται στους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς.

Το *Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας* αποτελεί ένα δίκτυο προστασίας για τα άτομα που βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας και σε κατάσταση ανάγκης. Το σύστημα χορηγεί επιδόματα, παροχές και υπηρεσίες μέσω αποκεντρωμένων νομικών προσώπων, εθελοντικών οργανισμών, οργανισμών της τοπικής αυτοδιοίκησης και μη κυβερνητικών οργανώσεων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το *Εθνικό Σύστημα Υγείας* (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 και έχει ως στόχο την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Η λειτουργία του από την πλευρά της προσφοράς, γίνεται με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και με την

παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας και αγροτικών ιατρείων στην περιφέρεια. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κυρίως μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.1, τρεις είναι οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: α) ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή οι άμεσοι και έμμεσοι φόροι, β) η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών στα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και γ) οι ιδιωτικές πληρωμές.



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

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα

Γενικά, το ελληνικό σύστημα υγείας όσον αφορά τη χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Περιέχει στοιχεία από το μοντέλο Beveridge, καθώς υπάρχει χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, και από το μοντέλο Bismark, λόγω της χρηματοδότησης του από την κοινωνική ασφάλιση – τα ασφαλιστικά ταμεία (Σίσκου, Καϊτελίδου, Παπακωνσταντίνου, Λιαρόπουλος, 2008). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το μοντέλο Bismark η κάλυψη γίνεται ανά επαγγελματική οργάνωση, η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία και η χρηματοδότηση είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες), ενώ σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή

της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο και η χρηματοδότηση γίνεται από το Κράτος.

1.4 Η χρηματοδότηση και οι εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων

Ο τρόπος χρηματοδότησης των ασφαλιστικών συστημάτων είναι καθοριστικός τόσο για τη μακροχρόνια βιωσιμότητά τους, όσο και για την ικανοποίηση των ασφαλισμένων πολιτών με την προσφορά υψηλής ποιότητας παροχών και υπηρεσιών. Σε κάθε χώρα, ο τρόπος χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων ποικίλλει ανάλογα με το πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού που υπάγονται σε αυτήν. Ως έννοια, η χρηματοδότηση προσδιορίζεται σαν ανάγκη εξεύρεσης πόρων και κατανομής αυτών. Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης διαφέρουν ανάλογα με τον πυλώνα ασφάλισης τον οποίο εξετάζουμε κάθε φορά. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η χρηματοδότηση του πρώτου πυλώνα ασφάλισης (που περιλαμβάνει τα συστήματα υποχρεωτικής κύριας και επικουρικής ασφάλισης), του δεύτερου πυλώνα ασφάλισης (που περιλαμβάνει τα συστήματα επιπρόσθετης ασφάλισης) και του τρίτου πυλώνα ασφάλισης, (που περιλαμβάνει την ιδιωτική ασφάλιση) είναι διαφορετική, η περαιτέρω ανάλυση της χρηματοδότησης των ασφαλιστικών συστημάτων θα γίνει τμηματικώς.

Ο *πρώτος πυλώνας ασφάλισης*, που αποτελείται από την κύρια και επικουρική ασφάλιση, στηρίζεται στους ακόλουθους παράγοντες: α) στις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, τα ποσοστά συμμετοχής των οποίων διαφέρουν ανάλογα με τις επαγγελματικές κατηγορίες των ασφαλισμένων, β) στην τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, γ) στους κοινωνικούς πόρους, οι οποίοι είναι ειδικοί έμμεσοι φόροι που επιβάλλονται σε συγκεκριμένες συναλλαγές ώστε να εξασφαλισθεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο ασφαλιστικής προστασίας, δ) στην έκτακτη κρατική επιχορήγηση και ε) στους πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Από 1-1-1993, οι περισσότεροι εργαζόμενοι (μισθωτοί, δημόσιοι υπάλληλοι) υπόκεινται σε ένα ενιαίο σύστημα τριμερούς χρηματοδότησης για σύνταξη και ασθένεια με την εξής αναλογία: ασφαλισμένος 2/9, εργοδότης 4/9 και κράτος 3/9.

Πιο αναλυτικά, οι μισθωτοί του ιδιωτικού τομέα καλύπτονται από ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης, το οποίο στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και του κράτους. Από το 1993 και έπειτα οι εισφορές διαμορφώνονται ως εξής: οι συμμετοχές εργαζομένων, εργοδοτών και κράτους για τον τομέα κύριας σύνταξης, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.1, είναι 6,67%, 13,33%, και 10% αντίστοιχα, για τον τομέα της επικουρικής σύνταξης είναι 3%, 3% και 0% αντίστοιχα, και για τον κλάδο της ασθένειας είναι 2,55%, 5,10% και 3,80% αντίστοιχα. Το ποσό της εργατικής, εργοδοτικής και κρατικής εισφοράς υπολογίζεται ως ποσοστό επί των ακαθάριστων αποδοχών των απασχολούμενων. Από το έτος 2000 βέβαια θεσμοθετήθηκε η μείωση κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες της εργοδοτικής εισφοράς για τον κλάδο σύνταξης του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για τους πλήρως απασχολούμενους εφόσον αμείβονται με μηνιαίο μισθό ή ημερομίσθιο, δεν είναι συνταξιούχοι και οι μηνιαίες αποδοχές τους δεν υπερβαίνουν τα 587 ευρώ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

Εισφορές για τις παροχές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Εισφορές για τις παροχές του ΙΚΑ	Εργαζόμενοι	Εργοδότες	Κράτος
Κύρια σύνταξη	6,67%	13,33%	10%
Ασθένεια	2,55%	5,10%	3,80%
Επικουρική σύνταξη	3%	3%	-

Πηγή: www.ggka.gr/asfalistiko

Οι ελεύθεροι και ανεξάρτητοι επαγγελματίες καλύπτονται από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης, σύμφωνα με το οποίο οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν μηνιαίες εισφορές σε ποσοστό 20% επί του μέσου μηνιαίου κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π) και το κράτος καταβάλλει εισφορές σε ποσοστό 10% αντίστοιχα, για τον κλάδο κύριας ασφάλισης. Όσον αφορά για τον κλάδο ασθένειας, οι μηνιαίες εισφορές για τους επαγγελματίες είναι 7,65% και 3,80% για το κράτος. Για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών, οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), υπάγονται σε δεκατέσσερις (14) ασφαλιστικές κατηγορίες, εκ των οποίων οι δέκα (10) πρώτες είναι υποχρεωτικές και οι υπόλοιπες (4) τέσσερις είναι προαιρετικές. Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού κατατάσσονται στην 1η ασφαλιστική

κατηγορία και μετατάσσονται στις επόμενες υποχρεωτικές ασφαλιστικές κατηγορίες ανά τρία (3) έτη, εκτός αν οι ίδιοι επιθυμούν να μεταβούν σε ανώτερη κατηγορία πιο σύντομα. Η καταβολή των μηνιαίων ασφαλιστικών εισφορών από τους ασφαλισμένους γίνεται επί της αντίστοιχης υποχρεωτικής ασφαλιστικής κατηγορίας, όπως αυτή ορίζεται από κυβερνητικά διατάγματα τα οποία δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Ελληνικής Κυβερνήσεως του έτους 2005 (άρθρο 5 – Αρ. Φύλλου 316).

Οι αγρότες καλύπτονται, επίσης, από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης που στηρίζεται στις ατομικές εισφορές των εργαζομένων και την κρατική εισφορά. Οι απασχολούμενοι στην αγροτική οικονομία επιλέγουν μια από τις επτά (7) ασφαλιστικές κατηγορίες του Κλάδου, επί των ποσών των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές για σύνταξη και ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, η μηνιαία ατομική εισφορά για σύνταξη ανέρχεται σε ποσοστό 7% επί του ποσού της ασφαλιστικής κατηγορίας, στην οποία έχει υπαχθεί ο ασφαλισμένος και η κρατική εισφορά ανέρχεται σε ποσοστό 14% επί της κατηγορίας αυτής. Η μηνιαία εισφορά για παροχές ασθένειας ανέρχεται σε ποσοστό 1,5% και από 1/1/2011 σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού της ασφαλιστικής κατηγορίας, στην οποία έχει υπαχθεί ο ασφαλισμένος, σύμφωνα με τα στοιχεία που αναρτώνται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ).

Οι δημόσιοι υπάλληλοι καταβάλλουν εισφορές σε ποσοστό 2,55% επί των ακαθαρίστων αποδοχών τους για την κάλυψη της μητρότητας και της ασθένειας, σε ποσοστό 6,67% για την κύρια σύνταξη και σε ποσοστό 5% για την επικουρική σύνταξη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η χρηματοδότηση του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) παύει από 2/3/2011 να έχει τον χαρακτήρα επιχορήγησης, αλλά παίρνει πλέον τα νομικά χαρακτηριστικά εισφοράς εργοδότη – εργαζόμενου (όπως στους μισθωτούς – ΙΚΑ).

Η χρηματοδότηση του *δεύτερου πυλώνα ασφάλισης*, ο οποίος σχετίζεται με την επαγγελματική ασφάλιση, γίνεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης αποτελούν οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των ασφαλισμένων, οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των εργοδοτών, οι πρόσοδοι περιουσίας και η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών τους. Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα (σύμφωνα με το οποίο τα έσοδα από τις εισφορές δημιουργούν ένα κεφάλαιο που επενδύεται, ώστε το ταμείο να μπορεί να πραγματοποιήσει τις παροχές του, όταν κληθεί)

και υποχρεούνται στη δημιουργία αποθεματικών που θα καλύπτουν τις υποχρεώσεις οι οποίες αναλαμβάνονται έναντι των ασφαλισμένων και των δικαιούχων των παροχών.

Επιπλέον, επιτρέπεται η αξιοποίηση των αποθεματικών υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις επένδυσης: α) σε ακίνητα σε ποσοστό έως 10% των αποθεματικών, β) σε μετοχές και ομολογίες εταιρειών σε ποσοστό έως 70% των αποθεματικών, γ) σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις σε ποσοστό έως 20% των αποθεματικών και δ) σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η ίδια η επιχείρηση που έχει συστήσει το ταμείο σε ποσοστό έως 5% των αποθεματικών.

Η χρηματοδότηση του τρίτου πυλώνα ασφάλισης προέρχεται από το οικογενειακό ή το προσωπικό εισόδημα των ασφαλισμένων που υπάγονται στην ιδιωτική ασφάλιση. Οι εισφορές αυτές επενδύονται με σκοπό την συσσώρευση αποθεματικών και την κάλυψη των ασφαλισμένων και της οικογένειάς τους με παροχές που αφορούν τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς μη συμβεβλημένους με τα ταμεία.

1.5 Κατηγορίες ασφαλιστικών ταμείων

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε αποσπασματικά με την ίδρυση αυτοτελών φορέων ασφάλισης, οι οποίοι αφορούν ομάδες του πληθυσμού με συγκεκριμένα επαγγελματικά κριτήρια και χαρακτηριστικά. Δεν υπήρξε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά ένας μεγάλος αριθμός συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης που δημιουργεί αυξημένες υποχρεώσεις σε θέματα διοίκησης και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων. Είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι το έτος 2002 υπήρχαν εκατόν εβδομήντα (170) φορείς κοινωνικής ασφάλισης που εποπτεύονταν από πέντε τουλάχιστον διαφορετικά Υπουργεία.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για τη μείωση της πληθώρας των ασφαλιστικών ταμείων, με φωτεινό παράδειγμα την ψήφιση του Ν. 3029/2002, ο οποίος περιλαμβάνει την κατάργηση μικρών ασφαλιστικών ταμείων και την ενσωμάτωσή τους σε μεγαλύτερα από το έτος 2008. Οι δημόσιες πολιτικές ασφάλισης σχεδιάζονται και εποπτεύονται από τους φορείς της κεντρικής διοίκησης και πιο συγκεκριμένα από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ο αριθμός των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, βάσει των επαγγελματικών κατηγοριών, που υπήρχαν στην Ελλάδα μέχρι το 2008 υπό την αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ήταν σε σύνολο ογδόντα πέντε (85) και επιμέρους είκοσι δύο (22) για εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα, δέκα (10) για προσωπικό τραπεζών, δώδεκα (12) για προσωπικό δημοσίων επιχειρήσεων, έξι (6) για ανεξάρτητους επαγγελματίες, έντεκα (11) για ελεύθερους επαγγελματίες, έξι (6) για προσωπικό τύπου, ένα (1) για αγρότες και δέκα επτά (17) για δημοσίους υπαλλήλους, όπως αναλυτικά εμφανίζονται στον Πίνακα 1.2. Από το 2008 και έπειτα, τα εποπτευόμενα από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ασφαλιστικά ταμεία συγχωνεύονται σε δεκατρία (13).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατά επαγγελματική κατηγορία κάλυψης

Αριθμός Φορέων Ασφάλισης Υπό την αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Επαγγελματικές κατηγορίες
22	Εργαζόμενοι ιδιωτικού τομέα
10	Προσωπικό τραπεζών
12	Προσωπικό δημοσίων επιχειρήσεων
6	Ανεξάρτητοι επαγγελματίες
11	Ελεύθεροι επαγγελματίες
6	Προσωπικό τύπου
1	Αγρότες
17	Δημόσιοι υπάλληλοι

Πηγή: www.ggka.gr/asfalistiko

Από το σύνολο των ασφαλιστικών φορέων που υπάρχουν οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί φορείς κύριας ασφάλισης είναι: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (ΤΑΠ-ΟΤΕ), ΟΓΑ, ΟΠΑΔ-

ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ), Ε.Τ.Α.Α. (ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, Ταμείο Νομικών) και καλύπτουν το 97,19% του ασφαλιστικού πληθυσμού της χώρας. Στις επόμενες παραγράφους θα αναλυθούν οι κυριότεροι ασφαλιστικοί φορείς, οι οποίοι είναι: α) οι φορείς ασφάλισης των μισθωτών, β) οι φορείς ασφάλισης των αγροτών, γ) οι φορείς ασφάλισης των ελεύθερων και ανεξάρτητων επαγγελματιών και δ) οι φορείς ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων.

α) Οι φορείς ασφάλισης των μισθωτών

Οι μισθωτοί και εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα καλύπτονται μέσω φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ταμείων αλληλοβοήθειας για τον κίνδυνο της ασθένειας και φορέων που χορηγούν εφάπαξ παροχές. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα που βρίσκονται υπό την διοίκηση συμβουλίων στα οποία συμμετέχουν υποχρεωτικά εκπρόσωποι των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων. Ο γενικός φορέας κύριας ασφάλισης των μισθωτών είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ.). Εντούτοις, αρκετά ειδικά ταμεία εξακολουθούν να λειτουργούν και σήμερα αυτοτελώς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα οποία καλύπτουν συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων που δεν υπάγονται στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Υπό την ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ βρίσκονται οι εργαζόμενοι που παρέχουν: α) εξαρτημένη εργασία ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη τους (Ιδιωτικός Τομέας - Δημόσιος Τομέας, ΝΠΔΔ κ.λπ.) και εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου Φορέα Κύριας Ασφάλισης, β) εξαρτημένη εργασία στο εξωτερικό για λογαριασμό εργοδότη που εδρεύει στην Ελλάδα, με την προϋπόθεση ότι η χώρα που εργάζεται να μην έχει με την Ελλάδα διμερή σύμβαση ή να μην ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση, γ) την προσωπική τους εργασία με σύμβαση εκμίσθωσης έργου κατά κύριο ή συγκύριο επάγγελμα, εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου Φορέα Κύριας Ασφάλισης.

Επίσης, σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ΙΚΑ, το Ίδρυμα καλύπτει διάφορες κατηγορίες προσώπων, που παρέχουν την εργασία τους σε μη σταθερό εργοδότη και οι αυτοτελώς απασχολούμενοι, που στερούνται επαγγελματικής στέγης (φορτοεκφορτωτές, στιλβωτές υποδημάτων, πωλητές Λαϊκού Λαχείου, εφημεριδοπώλες, εκδοροσφαγείς, νεκροπομποί, αποκλειστικές νοσοκόμες, πλανόδιοι και υπαίθριοι μικροπωλητές).

Οι κίνδυνοι που καλύπτονται περιλαμβάνουν τη μητρότητα, τα οικογενειακά βάρη, την ασθένεια, το γήρας, την αναπηρία, το θάνατο, το εργατικό ατύχημα και την επαγγελματική ασθένεια, καθώς και την ανεργία. Οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι και οι αντίστοιχες παροχές ρυθμίζονται από ένα ιδιαίτερο σύνθετο πλαίσιο το οποίο διαφοροποιείται ανάλογα με το χρονικό σημείο ένταξης στην ασφάλιση του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ.

Ειδικότερα, για τον κίνδυνο της ανεργίας, της στράτευσης και των οικογενειακών βαρών οι μισθωτοί εξυπηρετούνται από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), ενώ κοινωνικές παροχές με τη μορφή προγραμμάτων στέγασης, κοινωνικού τουρισμού και αναψυχής χορηγούνται από τον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας και από τον Οργανισμό Εργατικής Εστίας. Τόσο ο ΟΑΕΔ, όσο και οι Οργανισμοί Εργατικής Κατοικίας και Εστίας αποτελούν αυτοτελείς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η επικουρική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα εξασφαλίζεται από ένα πλήθος φορέων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που χορηγούν παροχές πέραν των παρεχόμενων από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ενδεικτικά τέτοιοι φορείς είναι ο γενικός φορέας επικουρικής κάλυψης των μισθωτών, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και την επωνυμία Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (Ε.Τ.Ε.Α.Μ.), και τα «Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης - Ν.Π.Ι.Δ.», που αποτελούν νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

β) Οι φορείς ασφάλισης των αγροτών

Η ανάπτυξη του πρωτογενούς τομέα στην Ελλάδα και η σημαντική συμβολή των αγροτών στην οικονομία της οδήγησε στη δημιουργία ενός εκ των πιο σημαντικών ασφαλιστικών ταμείων του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) αποτελεί έναν αυτοτελή ασφαλιστικό φορέα, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και ο οποίος καλύπτει από ασφαλιστικούς κινδύνους άτομα που απασχολούνται προσωπικά και με κατά κύριο επάγγελμα την αγροτική οικονομία.

Ειδικότερα, στον ΟΓΑ υπάγονται υποχρεωτικά και αυτοδίκαια (σύμφωνα με την ιστοσελίδα του οργανισμού) : α) οι αγρότες, δηλαδή οι απασχολούμενοι με κατά κύριο

βιοποριστικό επάγγελμα την αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κ.α.), β) οι αγρεργάτες, δηλαδή οι απασχολούμενοι με ημερομίσθιο ή μισθό, σε είδος ή σε χρήμα, σε οποιαδήποτε παραγωγική αγροτική εργασία, γ) οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα, δ) οι επαγγελματίες, βιοτέχνες και έμποροι που ασκούν το επάγγελμά τους σε χωριά ή οικισμούς με πληθυσμό κάτω των 2.000 κατοίκων ή κάτω των 1.000 κατοίκων ειδικά για τους νομούς Αττικής, Βοιωτίας, Κορινθίας, Εύβοιας, Αχαΐας και Θεσσαλονίκης (από 1-1-2003 υπό προϋποθέσεις) και εφόσον δεν υπάγονται στην υποχρεωτική ασφάλιση του ΟΑΕΕ, ε) τα πρόσωπα που κατοικούν μόνιμα και απασχολούνται σε οποιαδήποτε βιοποριστική εργασία σε Δήμους ή Κοινότητες που είχαν πληθυσμό μέχρι και 5.000 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του έτους 1971, υπό τη ρητή προϋπόθεση ότι δεν υπάγονται στην υποχρεωτική ασφάλιση άλλου φορέα και στ) οι απασχολούμενοι με αμοιβή, σε αγροτικές εργασίες της πρωτογενούς αγροτικής δραστηριότητας, σε αγροτικές εκμεταλλεύσεις ή σε αγροτικούς συνεταιρισμούς, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή και το μέγεθος αυτών, ακόμη και αν απασχολούνται περιστασιακά όπως οι ανειδίκευτοι εργάτες και οι αλιεργάτες (από 1-1-2004 ασφαλιζονται στον ΟΓΑ, εφόσον εξαιρούνται της ασφάλισης του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ).

Η ασφαλιστική προστασία του αγροτικού πληθυσμού περιλαμβάνει την κάλυψη των κινδύνων ασθένειας, γήρατος, αναπηρίας και θανάτου για τους άμεσα ασφαλισμένους, ενώ για τους έμμεσα (τα μέλη της οικογένειας των άμεσα ασφαλισμένων) εξασφαλίζει την κάλυψη σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου τους. Παράλληλα, εφαρμόζονται προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, αναψυχής και πολιτιστικών δραστηριοτήτων για τους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΟΓΑ μέσω του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας.

Η ασφαλιστική κάλυψη των ζημιών που προκαλούνται στην παραγωγή των συστηματικών καλλιεργειών από τους φυσικούς κινδύνους, όπως το χαλάζι, τον παγετό, την ανεμοθύελλα, την πλημμύρα, τον καύσωνα, τις υπερβολικές ή άκαιρες βροχοπτώσεις και το χιόνι, παρέχεται από τον Οργανισμό Ελληνικών Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΕΛ.Γ.Α.). Ο ΕΛΓΑ είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου το οποίο χορηγεί αποζημιώσεις σε ιδιοκτήτες ή εκμεταλλευτές γεωργικών επιχειρήσεων σε περίπτωση ζημιών που προκαλούνται στην παραγωγή τους λόγω φυσικών καταστροφών.

γ) Οι φορείς ασφάλισης των ελεύθερων και ανεξάρτητων επαγγελματιών

Η ασφαλιστική κάλυψη των ελεύθερων και ανεξάρτητων επαγγελματιών επιτελείται από αυτοτελείς φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και από αυτοτελείς φορείς κύριας ασφάλισης ανεξάρτητων επαγγελματιών που λειτουργούν με τη μορφή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

- Ο κύριος φορέας ασφάλισης των ελεύθερων επαγγελματιών είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και από οργανωτική άποψη, περιλαμβάνει δύο κλάδους, τον Κλάδο Σύνταξης και τον Κλάδο Υγείας, οι οποίοι διαθέτουν πλήρη οικονομική και λογιστική αυτοτέλεια. Ο ΟΑΕΕ εξασφαλίζει την ασφαλιστική κάλυψη των ελεύθερων επαγγελματιών σε περίπτωση γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, ατυχήματος, ασθένειας, μητρότητας και την κάλυψη των μελών των οικογενειών των ασφαλισμένων του σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου τους (όπως αυτά ορίζονται από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

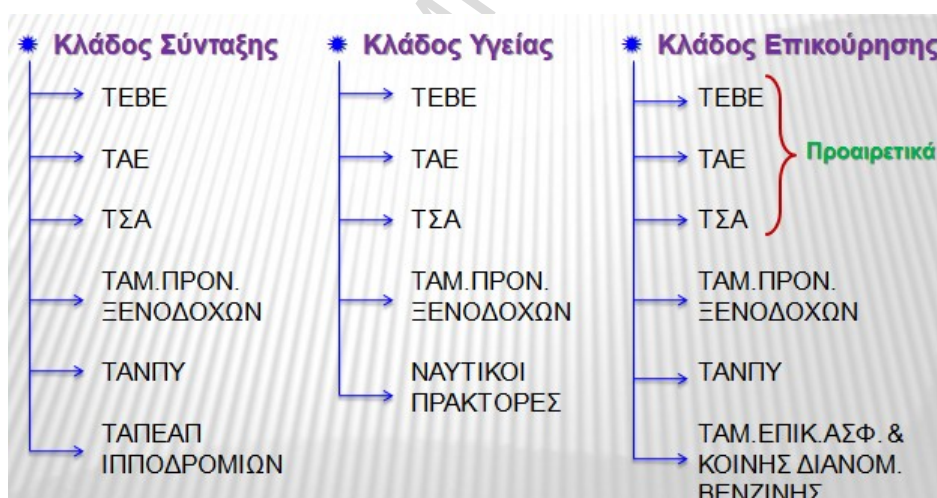
Αναλυτικότερα, ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών ιδρύθηκε με το Νόμο 2676/1999 και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Με το Π.Δ. 154/4-8-2006 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 167τΑ/4-8-06 κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 2 του αρ 12 του Ν.2676/1999 από 01/01/07 ενοποιήθηκαν τα τρία ασφαλιστικά ταμεία Τ.Ε.Β.Ε (Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος) – Τ.Σ.Α (Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών) – Τ.Α.Ε (Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων) και τέθηκε σε λειτουργία ο ΟΑΕΕ.

Ειδικότερα, στα άρθρα 1-4, 6-12 και 18 του Π.Δ. 258/05 «Καταστατικό του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)» ρυθμίζονται θέματα ασφάλισης του ΟΑΕΕ, δηλαδή τα ασφαλιζόμενα στον οργανισμό πρόσωπα και τα εξαιρούμενα από την ασφάλισή του, οι προϋποθέσεις προαιρετικής ασφάλισης, οι χρόνοι προϋπηρεσίας που δύναται να αναγνωρίσουν, η διαδικασία υπαγωγής στην ασφάλιση, η έναρξη, η διάρκεια και η λήξη της ασφαλιστικής σχέσης των ασφαλισμένων με τον οργανισμό, καθώς και η ασφαλιστική τακτοποίηση των υπαχθέντων καθοιονδήποτε τρόπο στην ασφάλιση των καταργούμενων ταμείων Τ.Ε.Β.Ε – Τ.Σ.Α – Τ.Α.Ε, οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΟΑΕΕ και θεωρούνται ασφαλισμένοι του.

Στην υποχρεωτική ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε υπάγονται όλα τα παρακάτω πρόσωπα ηλικίας άνω των 18 ετών αδιακρίτως φύλου και υπηκοότητας, που ασκούν τη

δραστηριότητά τους, στην Ελλάδα: 1) Οι επαγγελματίες και βιοτέχνες που διατηρούν επαγγελματική και βιοτεχνική στέγη. Ως στέγη νοείται και η οικία ή οποιοδήποτε μέρος όπου ασκείται επάγγελμα ή βιοτεχνία, 2) Τα ασκούντα εμπορία πρόσωπα τα οποία υπάγονται σε Εμπορικό ή Βιομηχανικό, Επαγγελματικό ή Βιοτεχνικό Επιμελητήριο, 3) Οι Χρηματιστές, Μεσίτες, Αντικρυστές του Χ.Α.Α., επιχειρηματίες κινηματογράφου και εκτελωνιστές, 4) Οι επιχειρηματίες ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων που δεν έχουν την ιδιότητα του γιατρού, 5) Οι ξενοδόχοι των οποίων η επιχειρηματική δραστηριότητα άρχισε μετά την 1/3/1999, 6) Όλοι οι ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας Ξενοδόχων, μεταφέρονται και ασφαλιζονται στον ΟΑΕΕ από 1/8/08 (άρθρο 8 Ν. 3655/08), 7) Οι κατέχοντες άδεια εκπαιδευτή οδηγών αυτοκινήτου, εφόσον ασκούν αυτοπρόσωπα το επάγγελμα αυτό με ιδιόκτητο εκπαιδευτικό αυτοκίνητο ή εφόσον διατηρούν σχολή οδηγών αυτοκινήτου ή συμμετέχουν σε εταιρία με αυτό το αντικείμενο, 8) Οι ιδιοκτήτες αυτοκινήτων δημόσιας χρήσης ή οι χρήστες και εκμεταλλευτές αυτών, 9) Οι ιδιοκτήτες ή χρήστες και εκμεταλλευτές Τουριστικών λεωφορείων δημόσιας χρήσης, εφόσον κατέχουν άδεια Τουριστικής Επιχείρησης Οδικών Μεταφορών (Τ.Ε.Ο.Μ), 10) Το τακτικό προσωπικό του καταργηθέντος Τ.Σ.Α., με συνταξιοδοτικό καθεστώς, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.317/1976 όπως ισχύει, 11) Οι κυβερνήτες επαγγελματικών πλοίων αναψυχής (ιστιοφόρων ή μηχανοκίνητων) σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 16 του Ν. 3232/2004 όπως ισχύει, 12) Τα μέλη ή μέτοχοι Οργανισμών, Κοινοπραξιών ή κάθε μορφής Εταιριών, πλην των Ανωνύμων, των οποίων ο σκοπός συνιστά δραστηριότητα, για την οποία τα ασκούντα αυτήν πρόσωπα υπάγονται στην ασφάλιση του ΟΑΕΕ, 13) Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου των Α.Ε. με αντικείμενο επιχειρήσεως επαγγελματική ή βιοτεχνική ή εμπορική δραστηριότητα εφόσον αυτά είναι μέτοχοι κατά ποσοστό 3% τουλάχιστον, 14) Οι μέτοχοι των Α.Ε. των οποίων ο σκοπός είναι η μεταφορά προσώπων ή πραγμάτων επί κομίστρω με αυτοκίνητο δημόσιας χρήσης εφόσον είναι κάτοχοι ονομαστικών μετοχών, 15) Τα πρόσωπα που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν.3846/10 όπως ισχύουν κάθε φορά. Σύμφωνα με τον προαναφερόμενο νόμο οι απασχολούμενοι με σύμβαση έργου σε φορείς Δημόσιου Τομέα του άρθρου 51 του Ν. 1892/02, σε επιχειρήσεις Ο.Τ.Α. και σε ερευνητικούς φορείς του Ν.1514/85 για δράσεις των φορέων αυτών που χρηματοδοτούνται ή συγχρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, 16) Οι ασφαλισμένοι του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων (ΤΑΝΠΥ), του οποίου ο κλάδος κύριας ασφάλισης από 1/8/08 εντάσσεται στον κλάδο κύριας Σύνταξης του ΟΑΕΕ και λειτουργεί ως αυτοτελής κλάδος (άρθρο 7 Ν. 3655/08), 17) Οι αναβάτες και προπονητές του Ταμείου Πρόνοιας Επικουρικής

Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΠ), καθώς σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν. 3655/08 από 1/8/08 εντάσσονται στον κλάδο κύριας Σύνταξης του ΟΑΕΕ, 18) Οι ιδιοκτήτες έντεκα (11) και άνω ενοικιαζόμενων δωματίων ή οι ιδιοκτήτες επιπλωμένων διαμερισμάτων με σύνολο δωματίων έντεκα (11) και άνω σε πόλεις, χωριά ή οικισμούς κάτω των 2000 κατοίκων ή για τους (6) Νομούς Αττικής, Βοιωτίας, Ευβοίας, Αχαΐας, Κορινθίας και Θεσσαλονίκης κάτω των 1000 κατοίκων ή κάτω των 3100 κατοίκων για τα νησιά, όταν οι ενδιαφερόμενοι διαμένουν μόνιμα σε αυτά, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή πριν την έναρξη της δραστηριότητας, εφόσον ο μέσος όρος των εισοδημάτων των τριών τελευταίων ετών από την δραστηριότητα αυτή, που προκύπτουν από τα εκκαθαριστικά της ΔΟΥ, υπερβαίνει το 400πλάσιο του εκάστοτε ισχύοντος ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη. (άρθρο 25 του Νόμου 3846/10), 19) Οι ιδιοκτήτες έντεκα (11) και άνω ενοικιαζόμενων δωματίων ή οι ιδιοκτήτες επιπλωμένων διαμερισμάτων με σύνολο δωματίων έντεκα (11) και άνω σε περιοχές υποχρεωτικής ασφάλισης, δηλ. περιοχές άνω των 2000 κατοίκων ή 1000 κατοίκων στους ανωτέρω 6 Νομούς ή όταν δεν διαμένουν μόνιμα σε νησιά κάτω των 3100 κατοίκων. Στο ακόλουθο Διάγραμμα 1.2, περιγράφονται σχηματικά οι εντασσόμενοι φορείς στον ΟΑΕΕ.



Πηγή: Χρηματοδότηση ΟΑΕΕ και αναλογιστικές προσεγγίσεις για το μέλλον του συστήματος, Μάργιος Β., 2010

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2 Οι εντασσόμενοι φορείς στον ΟΑΕΕ

- Αντιπροσωπευτικός φορέας κύριας ασφάλισης των ανεξάρτητων επαγγελματιών είναι το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητων Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ), το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα ταμεία: α) το Ταμείο Νομικών, που καλύπτει τους δικηγόρους, τους συμβολαιογράφους, τους δικαστικούς επιμελητές και ορισμένες κατηγορίες δικαστών, β)

το Ταμείο Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ), που καλύπτει όσους ασκούν τα επαγγέλματα του ιατρού, οδοντιάτρου, κτηνιάτρου και φαρμακοποιού και τα μέλη των οικογενειών τους, γ) το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημόσιων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ) που καλύπτει τους διπλωματούχους πολιτικούς μηχανικούς, μηχανολόγους, ηλεκτρολόγους καθώς και εκείνους που ασκούν το επάγγελμα του εργολάβου δημοσίων έργων.

δ) Οι φορείς ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων

Η κοινωνική ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων επιτελείται από φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και το Υπουργείο Οικονομικών. Φορέας κύριας ασφάλισης είναι το Δημόσιο, που καλύπτει τους ασφαλισμένους δημοσίους υπαλλήλους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Η επικουρική και συμπληρωματική ασφάλιση επιτελείται από έναν φορέα με την επωνυμία «Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ)» που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου. Ο φορέας αυτός χορηγεί επικουρικές συντάξεις και εφάπαξ βοηθήματα. Επιπλέον, το 1999 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου ως αυτοτελές νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με σκοπό την οργάνωση και τον έλεγχο της υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του δημοσίου.

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω, κάθε ασφαλιστικός φορέας στην Ελλάδα έχει τους δικούς του κανονισμούς και τα δικά του συστήματα λειτουργίας μέσω των οποίων καλείται να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του απέναντι στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών. Είναι απαραίτητο στην σημερινή εποχή να υπάρξει σύγκλιση τόσο στις παρεχόμενες υπηρεσίες, όσο και στις διοικητικές διεργασίες των ασφαλιστικών οργανισμών υπό την αιγίδα μίας ενιαίας αρχής, ώστε το σύστημα ασφάλισης να γίνει περισσότερο δίκαιο, ευέλικτο και αποτελεσματικό. Ήδη, υπό το καθεστώς του μνημονίου, η Ελλάδα θεσπίζει μέτρα προς την δημιουργία ενιαίων δομών ασφάλισης και υγείας με σκοπό την ύπαρξη ευρύτερων βιώσιμων σχημάτων αλληλεγγύης προς την κατεύθυνση της επαρκούς και δίκαιης προστασίας και τη μείωση του διοικητικού κόστους.

1.6 Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες εκείνες που εξασφαλίζουν την πρόληψη, τη θεραπεία, τη διαχείριση των ασθενειών και τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας. Οι υπηρεσίες αυτές επιτελούνται από ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό όπως, νοσηλευτές, μαιείς, φυσικοθεραπευτές, επιστημονικό προσωπικό διαγνωστικών εξετάσεων κ.α. Η κάλυψη των αναγκών υγείας επιτελείται μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία έχουν ως στόχο όχι μόνο τη θεραπεία της ασθένειας και τη βελτίωση της υγείας των ατόμων, αλλά και την οικονομική προστασία τους έναντι της ασθένειας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία για την προστασία της υγείας των ασφαλισμένων τους χορηγούν παροχές σε είδος και σε χρήμα. Οι παροχές σε είδος περιλαμβάνουν ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, που χορηγούνται άμεσα με την εμφάνιση της ασθένειας, ενώ οι χρηματικές παροχές ασθένειας χορηγούνται σε ασφαλισμένους που αδυνατούν να εργαστούν. Κάθε ασφαλιστικό ταμείο διέφερε ως προς τον τρόπο χορήγησης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε σχέση με τα υπόλοιπα μέχρι και τη 1-1-2012, όπου οι κλάδοι ασθένειας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων της Ελλάδος εντάχθηκαν σε έναν ενιαίο οργανισμό ασφάλισης ασθένειας, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στη συνέχεια θα αναφερθούν τα κυριότερα σημεία που περιλάμβανε η ασφάλιση ασθένειας στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, στον ΟΓΑ, στο Δημόσιο και στον ΟΑΕΕ μέχρι πρότινος, καθώς και τα κυριότερα σημεία ασφάλισης ασθένειας στον ΕΟΠΥΥ.

Η ασφάλιση ασθένειας στο ΙΚΑ – ΕΤΑΜ

Οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του ασφαλιστικού φορέα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρέχονταν από: α) τους ιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στα ιατρεία του ΙΚΑ τα οποία λειτουργούσαν επί 12ωρου βάσεως καθημερινά και στα ιδιωτικά τους ιατρεία, όταν δεν υπήρχαν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί, β) τους αγροτικούς ιατρούς και τους ιατρούς των κέντρων υγείας και γ) από τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς. Επιπλέον, οι ασφαλισμένοι μπορούσαν να ζητήσουν να ενταχθούν στο πρόγραμμα της κατ' οίκον τακτικής περίθαλψης (αφορούσε κατάκοιτους υπερήλικες) και να συμμετέχουν σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής.

Οι υπηρεσίες νοσηλευτικής περίθαλψης παρέχονταν από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που συμβάλλονταν σχετικά με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Οι δικαιούχοι μπορούν να κάνουν γενικές ή ειδικές εξετάσεις (όπως αίματος, ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και λοιπά) ή ειδικές θεραπείες (όπως φυσικοθεραπείες) σε εργαστήρια του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ ή σε συμβεβλημένα με το ΙΚΑ - ΕΤΑΜ εργαστήρια, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων. Επίσης, το ΙΚΑ έδινε τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους του να εντάσσονται σε προγράμματα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα και στις γυναίκες άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένες να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση.

Οι υπηρεσίες φαρμακευτικής περίθαλψης περιλάμβαναν την χορήγηση συνταγών για τη λήψη φαρμάκων από τους ιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος εξυπηρετείτο από αγροτικό ιατρό ή ιατρό ΙΚΑ χωρίς ειδικότητα, θα έπρεπε και πρέπει και στον **ΕΟΠΥΥ** να προσκομίζει γνωμάτευση με το θεραπευτικό σχήμα που καθορίζει ιατρός με ειδικότητα σχετική με την πάθηση του. Η γνωμάτευση του ιατρού ειδικότητας μπορεί να έχει ισχύ μέχρι και δύο χρόνια, εφόσον δεν ορίζεται μικρότερο χρονικό διάστημα. Μετά τη παρέλευση της διαίτας είναι απαραίτητο να καθοριστεί εκ νέου το θεραπευτικό σχήμα από ιατρό ειδικότητας.

Η ασφάλιση ασθενείας στον ΟΓΑ

Η ιατρική περίθαλψη και οι παρακλινικές εξετάσεις των ασφαλισμένων του ΟΓΑ παρέχοντο άνευ συμμετοχής: α) από τα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας, β) τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων και γ) τα συμβεβλημένα θεραπευτήρια. Εάν πραγματοποιούντο εξετάσεις σε μη συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια, λόγω αδυναμίας εκτέλεσής τους από τα κρατικά νοσοκομεία, η δαπάνη καταβάλετο από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και στη συνέχεια ο ασφαλιστικός φορέας απέδιδε τη δαπάνη που προβλέπετο από το κρατικό τιμολόγιο (το ίδιο συνέβαινε και για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλάμβανε: α) πλήρη περίθαλψη στη Γ' θέση των κρατικών νοσοκομείων, των θεραπευτηρίων του ΙΚΑ και των συμβεβλημένων θεραπευτηρίων και κλινικών, β) εκπαίδευση σε ιδρύματα τυφλών, κωφών, αναπήρων και απροσάρμοστων παιδιών, γ) περίθαλψη σε κρατικά και συμβεβλημένα με τον ΟΓΑ άσυλα ανιάτων, δ) παροχή υπηρεσιών αποθεραπείας - αποκατάστασης σε εξειδικευμένα κέντρα και ε) παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η *φαρμακευτική περίθαλψη* στον ΟΓΑ ήταν πλήρης. Στα συνταγολόγια του οργανισμού μπορούσαν να συνταγογραφούν: α) οι νοσοκομειακοί ιατροί, οι ιατροί των Κέντρων Υγείας και οι αγροτικοί ιατροί, β) οι ιατροί Θεραπευτηρίων Κοινοφελών Ιδρυμάτων, γ) οι ιατροί που συνδέοντο με οποιαδήποτε σχέση εργασίας με το Δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ., Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδρύματα Κοινοφελούς Χαρακτήρα και δ) οι ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τον ΟΓΑ. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ προμηθεύονταν τα φάρμακά τους από τα συμβλημένα φαρμακεία, εκτός από ορισμένα φάρμακα νοσοκομειακής χρήσης τα οποία χορηγούνταν δωρεάν από τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων.

Η ασφάλιση ασθενείας στο Δημόσιο

Στους ασφαλισμένους του δημοσίου παρείχεται *ιατρική περίθαλψη* από συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ ιατρούς, από ιατρούς των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων και των κρατικών νοσοκομείων. Ο ασφαλισμένος είχε δικαίωμα δύο επισκέψεων το μήνα για κάθε ειδικότητα, εκτός του παιδίατρου και του ψυχιάτρου όπου δικαιούταν παραπάνω. Οι *παρακλινικές εξετάσεις* και *φυσικοθεραπείες* εκτελούνταν με επιλογή του ασφαλισμένου από εργαστήρια συμβεβλημένα με τον Οργανισμό και από κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

Η *φαρμακευτική περίθαλψη* περιλάμβανε την παροχή φαρμάκων που περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφημένων ιδιοσκευασμάτων για την πρόληψη, τη θεραπεία και τη διάγνωση ασθενειών, τα οποία συνταγογραφούνται από ιατρούς συμβεβλημένους με το δημόσιο, ιατρούς κρατικών νοσοκομείων και αγροτικούς ιατρούς. *Νοσοκομειακή περίθαλψη* παρείχεται από τα κρατικά νοσοκομεία και τις συμβεβλημένες κλινικές με σκοπό την θεραπεία και αποκατάσταση των σωματικών και ψυχικών νοσηρών καταστάσεων, καθώς και την παροχή των απαραίτητων φαρμάκων και εξετάσεων.

Η ασφάλιση ασθενείας στον ΟΑΕΕ

Η *ιατρική περίθαλψη* στον ΟΑΕΕ συνίστατο στην παροχή των κατάλληλων ιατρικών φροντίδων για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων συμβαλλομένων μετά του ΟΑΕΕ. Οι θεραπευτές ιατροί υποχρεούνταν, πέραν της εξέτασης του ασθενούς, να εκτελούν εφόσον κρίνεται αναγκαίο ιατρικές πράξεις χωρίς επιβάρυνση του ασφαλισμένου ή του ΟΑΕΕ. Σε έκτακτες και

επείγουσες περιπτώσεις καθώς και Σάββατο, Κυριακή και αργίες που οι συμβεβλημένοι ιατροί δε δέχονταν ασφαλισμένους του Οργανισμού, οι ασφαλισμένοι μπορούσαν να προσφεύγουν και σε μη συμβεβλημένους ιατρούς ή θεραπευτήρια. Στις περιπτώσεις αυτές αποδίδετο η προβλεπόμενη από το κρατικό τιμολόγιο δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, όπως ορίζεται από τα κυβερνητικά διατάγματα τα οποία δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του έτους 1999 (άρθρο 7, 8 – Αρ. Φύλλου 1814).

Στους δικαιούχους του ΟΑΕΕ παρέχονταν ειδικές θεραπείες και παρακλινικές εξετάσεις πάσης φύσεως εκτελούμενες από οποιοδήποτε, με ελεύθερη εκλογή του δικαιούχου, συμβεβλημένο εργαστήριο ή φυσικοθεραπευτήριο και με συμμετοχή του ασφαλισμένου κατά 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου, που ίσχυε κάθε φορά. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορούσαν να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα εργαστήρια ή φυσικοθεραπευτήρια εφόσον προέκυπτε το επείγον της εξέτασης ή στον τόπο διαμονής του ασφαλισμένου δεν υπήρχαν συμβεβλημένα εργαστήρια και οι εξετάσεις δεν εκτελούνταν από τα κρατικά νοσοκομεία της περιοχής. Επιπλέον, ο Οργανισμός κάλυπτε το 75% των εξόδων της παρεχόμενης ειδικής αγωγής σε εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία και ιδρύματα που περιθάλπουν παιδιά ασφαλισμένων με βαριές νοητικές ή σωματικές αναπηρίες σύμφωνα με το εκάστοτε ισχύον τροφείο - νοσήλιο.

Η παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλάμβανε τη νοσηλεία του πάσχοντα σε κρατικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια, καθώς και ιδιωτικά θεραπευτήρια με τα οποία ο ΟΑΕΕ συμβάλλεται. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνονταν εκτός από την ενδιαίτηση του ασθενούς και οι αναγκαίες ιατρικές φροντίδες, εξετάσεις, φάρμακα κ.λπ. που χορηγούνταν σ' αυτόν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του χωρίς καμία συμμετοχή του στις σχετικές δαπάνες. Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης μπορούσε ο ασθενής να εισαχθεί για νοσηλεία και σε μη συμβεβλημένο θεραπευτήριο μετά από έγκριση ελεγκτού ιατρού για το επείγον της νοσηλείας. *Οδοντιατρική περίθαλψη* παρείχετο στα τέκνα των ασφαλισμένων μέχρι τα δεκαέξι έτη.

Όσον αφορά την *φαρμακευτική περίθαλψη* ο ΟΑΕΕ παρείχε στους ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα (εντός ενδείξεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων – ΕΟΦ) για την αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από τη νοσηρή κατάστασή τους φάρμακα και τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες.

Ειδικότερα, σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ίσχυε και ισχύει και στον **ΕΟΠΥΥ** ότι στα περισσότερα φαρμακευτικά σκευάσματα η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι 25%. Οι ασθένειες με μειωμένη συμμετοχή 10% είναι: νόσος του Parkinson και δυστονίες για τα αντιπαρκινσονικά φάρμακα, άπιος διαβήτης για την αντιδιουρητική ορμόνη και τα συνθετικά ομόλογά της, χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια, συγγενής καρδιοπάθεια, στεφανιαία νόσος, υπερλιπιδαιμίες, νοσήματα του συνδετικού ιστού (συστηματικός ερυθματώδης λύκος, σκληροδερμία), δερματομυοσίτις, αγγειϊτίδες, ρευματοειδής αρθρίτις, αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτις, ψωριασική αρθρίτις, οστεοπόρωση και νόσος του Paget για τα φάρμακα που επηρεάζουν το μεταβολισμό των οστών, μυασθένεια για τα παρασυμπαθητικομιμητικά και κορτικοειδή φάρμακα, φυματίωση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κληρονομικό αγγειοσίδημα, αδένωμα υπόφυσης, ελκώδης κολίτις, νόσος του Crohn, κίρρωση του ήπατος, συγγενής ιχθύαση, νόσος του Wilson, χρόνια και επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια, βιταμινεξαρτώμενη ραχίτις. Επίσης, οι συνταξιούχοι που δικαιούνται του επιδόματος ΕΚΑΣ και για όσο χρόνο το δικαιούνται συμμετέχουν με ποσοστό 10% στην αξία των φαρμάκων.

Οι ασφαλισμένοι έχουν μηδενική συμμετοχή για τα φάρμακα που χορηγούνται σε εργατικό ατύχημα, για τα φάρμακα που χορηγούνται στην μητρότητα (κύηση, τοκετός, λοχεία) και τους χορηγούνται δωρεάν τα εμβόλια που αναφέρονται στο Πρόγραμμα Εθνικού Εμβολιασμού. Επίσης, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι χρόνια πάσχοντες από τις εξής παθήσεις: νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και λευχαιμιών (αντινεοπλασματικά φάρμακα και τα αντίδοτά τους, καθώς και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών των νεοπλασμάτων), οι διαβητικοί μόνο για την ινσουλίνη, οι πάσχοντες από ψυχώσεις για τα νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα, επιληψία και λοιπές επιληπτικές καταστάσεις για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία για τα φάρμακα αποσιδήρωσης και των επιπλοκών της νόσου, οι αιμορροφιλικοί για τους αντιαιμορροφιλικούς παράγοντες, οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων, για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα, οι ασφαλισμένοι για τα κυτταροστατικά και ανοσορρυθμιστικά φάρμακα ανεξάρτητα της πάθησης από την οποία πάσχουν, υποφυσιογενής νανισμός (αυξητική ορμόνη), οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα, οι HIV θετικοί ασθενείς για τα

αντιρετροϊκά φάρμακα που συνταγογραφούνται από τα αναγνωρισμένα κέντρα αναφοράς για την διάγνωση του AIDS και τις αναγνωρισμένες νοσοκομειακές μονάδες ειδικών λοιμώξεων.

Επιπροσθέτως, συμμετοχή δεν καταβάλλεται για όλα ανεξαιρέτως τα φάρμακα που είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση των παρακάτω παθήσεων: δρεπανοκυτταρική αναιμία και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, κυστική ίνωση (κυστική ινώδης νόσος, ινοκυστική νόσος), αγγειοπάθεια Burger, άνοια, νόσος Alzheimer και νόσος του Charcot, σύνδρομο βραχέως εντέρου, χρόνια ηπατίτιδα Β και χρόνια ηπατίτιδα C, γλυκονίαση, νόσος Gaucher.

Η ασφάλιση ασθενείας στον ΕΟΠΥΥ

Ο νέος ενιαίος οργανισμός ασφάλισης ασθενείας ΕΟΠΥΥ βρίσκεται ακόμα στα πρώτα του βήματα λειτουργίας με το καταστατικό του οργανισμού να δέχεται πολλές αλλαγές. Οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του παρέχονται από: α) τους ιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στα ιατρεία του ΙΚΑ, β) τους αγροτικούς ιατρούς και τους ιατρούς των κέντρων υγείας και γ) από τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς. Η παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα σε κρατικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια, καθώς και ιδιωτικά θεραπευτήρια με τα οποία ο ΕΟΠΥΥ συμβάλλεται και στα οποία ο ασφαλισμένος δεν έχει καμία συμμετοχή στις σχετικές ιατροφαρμακευτικές και λοιπές δαπάνες.

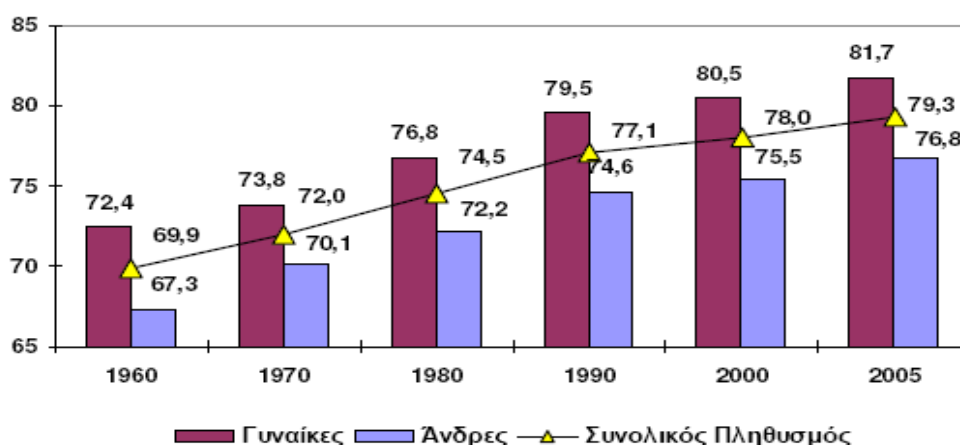
Εν κατακλείδι, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αποτελεί τον σημαντικότερο τομέα της κοινωνικής προστασίας, η οποία παρέχεται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό για τους ανθρώπους. Είναι σημαντικό να βρεθούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί εκείνοι που θα επιτρέπουν στην πολιτεία την χορήγηση βέλτιστης ποιότητας υγειονομικών παροχών με όσο το δυνατόν λιγότερο κόστος.

1.7 Ιατροφαρμακευτική δαπάνη

Η ιατροφαρμακευτική δαπάνη τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς λόγω μιας σειράς παραγόντων όπως: α) η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, β) η αλλαγή του νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού και γ) η πρόοδος της επιστήμης της ιατρικής και

φαρμακολογίας. Ο εξορθολογισμός της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί ένα από τα κύρια ζητήματα της σύγχρονης οικονομικής πολιτικής. Ο έλεγχος των δαπανών και η βελτίωση της αποδοτικότητας και επάρκειας των συστημάτων υγείας είναι αυτοσκοπός για την οικονομική επιβίωση όλων των σύγχρονων κυβερνήσεων, έτσι και της Ελλάδος.

Ο πλέον καθοριστικός παράγοντας για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων είναι η ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2005 το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν κατά μέσο όρο στα 79 έτη ζωής, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.3, ενώ σήμερα υπολογίζεται στα 80 έτη ζωής. Καθώς ένα άτομο μεγαλώνει η κατάσταση της υγείας του χειροτερεύει και απαιτείται συχνή ιατρική παρακολούθηση, διενέργεια τακτικών εξετάσεων και συχνή λήψη φαρμάκων. Στα νοικοκυριά με υπεύθυνο ηλικίας 65-74 ετών η αναλογία των δαπανών υγείας στη συνολική τους δαπάνη είναι τριπλάσια από αυτήν των νοικοκυριών με υπεύθυνο ως 24 ετών.



Πηγή: OECD, Health Data, 2007

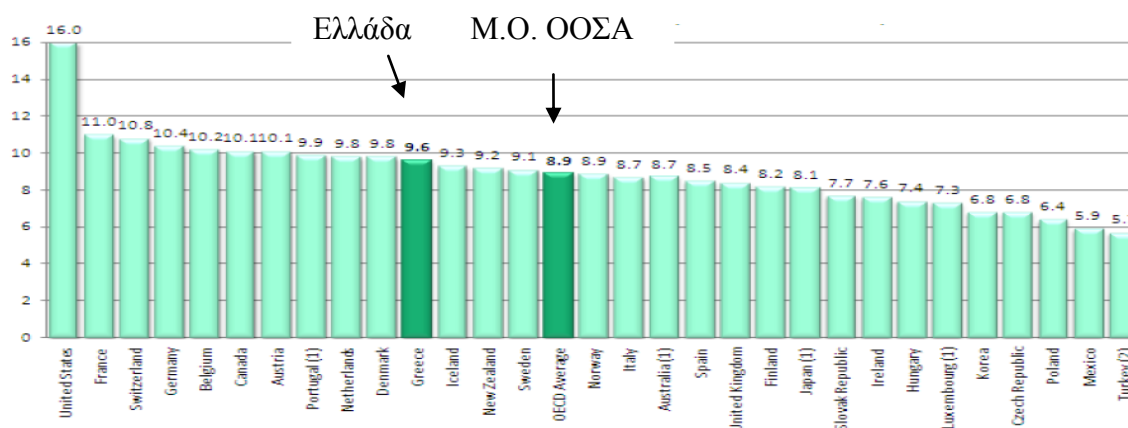
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3

Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα

Η αλλαγή του νοσολογικού προφίλ του πληθυσμού με την αύξηση των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, αλλά και η εμφάνιση νέων ασθενειών απαιτούν από την ιατρική κοινότητα τη συνεχή διερεύνηση και εκπαίδευση των ειδικών για την αντιμετώπισή τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μεγαλύτερη εξειδίκευση των ιατρών, την ανακάλυψη νέων φαρμάκων και διαγνωστικών μεθόδων (όπως για παράδειγμα για τον καρκίνο) που από την μία μεριά προσφέρουν στους πολίτες καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, αλλά από την άλλη κάνουν την ιατρική φροντίδα να γίνεται όλο και πιο δαπανηρή. Ειδικότερα, η ιατρική δαπάνη αυξάνεται λόγω των νέων τεχνολογικών και μη μέσων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση (βιοχημικοί καρκινικοί δείκτες, υπέρηχοι,

αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι), τη θεραπεία (σχήματα ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας) και την αποκατάσταση νόσων (ειδικός εξοπλισμός στις μονάδες εντατικής θεραπείας). Η φαρμακευτική δαπάνη σχετίζεται άμεσα με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (είναι δεκαπλάσια στα άτομα μετά τα 65 έτη από τα άτομα που βρίσκονται κοντά στα 30 έτη), με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, που είναι πάρα πολύ ακριβά, και με την προκλητή ζήτηση φαρμάκων (υπερσυνταγογράφηση).

Η χώρα μας σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ δαπανά ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της οικονομίας της για την υγεία. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) είναι ένας διεθνής οργανισμός που επιτρέπει την ανταλλαγή οικονομικών πληροφοριών μεταξύ των κυβερνήσεων. Βάση αυτού οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες που υπάγονται σε αυτόν παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1.4, όπου όπως φαίνεται τα συνολικά έξοδα της Ελλάδας για την υγεία το 2007 αποτέλεσαν το 9,6% του ΑΕΠ, ελαφρώς αυξημένα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ 8,9%. Κατά τις τελευταίες 3 δεκαετίες στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν διπλασιαστεί ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και τώρα κυμαίνονται μεταξύ 6,5% και 12% (στις ΗΠΑ οι αντίστοιχες δαπάνες ξεπερνούν το 15%).



Πηγή : OECD Health Data 2011

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2007

Στην Ελλάδα κύρια πηγή στατιστικών δεδομένων αποτελεί η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, η οποία δημοσιεύει στους Εθνικούς Λογαριασμούς (ΟΟΣΑ) στοιχεία που σχετίζονται με την ιδιωτική και τη δημόσια δαπάνη υγείας, ενώ ταυτόχρονα διενεργεί τις

Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), που συλλέγουν στοιχεία για τη δαπάνη υγείας του νοικοκυριού. Επιπροσθέτως, πληροφορίες συγκεντρώνονται από τους κοινωνικούς προϋπολογισμούς, οι οποίοι παρέχουν στοιχεία για τη δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων. Δυστυχώς, τα δεδομένα που συγκεντρώνονται στην Ελλάδα παρουσιάζουν αρκετές ελλείψεις σε σχέση με τα προαπαιτούμενα των λογαριασμών υγείας. Είναι χαρακτηριστικό ότι, εκτός της φαρμακευτικής δαπάνης, καμία άλλη δαπάνη υγείας δεν διαθέτει διαχρονική πληροφόρηση.

Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να αξιολογούνται μέσω της χρήσης ειδικών δεικτών, οι οποίοι θα απεικονίζουν την πραγματική υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος και θα βοηθούν στην υιοθέτηση αξιόλογων μεταρρυθμιστικών μέτρων. Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι οι δείκτες αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και κόστους, οι οποίοι θα μελετούν για παράδειγμα τον αριθμό των ασθενών στις διάφορες ομάδες ασθενειών, τις ημέρες νοσηλείας τους, τον αριθμό των φαρμάκων τους, τον αριθμό των κλινών των νοσοκομείων και τις ειδικότητες των ιατρών που απασχολεί κάθε πάθηση. Η εφαρμογή και χρήση των ανωτέρων δεικτών αξιολόγησης στην Ελλάδα θα οδηγήσει στη συγκέντρωση επαρκών και αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία σε συνδυασμό με τη μηχανογράφηση των φορέων υγείας θα αποτελέσουν καίρια σημεία για την εξορθολογικοποίηση της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης.

Ειδικότερα, η υγειονομική δαπάνη αποτελεί το σύνολο της ιατρικής, φαρμακευτικής, νοσοκομειακής και παραϊατρικής δαπάνης που έχουν ως στόχο την προαγωγή της υγείας. Η δαπάνη για την υγεία μπορεί να διακριθεί σε δημόσια, η οποία περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης, και σε ιδιωτική, η οποία περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (σε αυτή περιλαμβάνονται και οι «άτυπες» πληρωμές στον χώρο της υγείας, που τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα όλο και αυξάνονται), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Κατά μέσο όρο, το 2008 σχεδόν τα τρία τέταρτα όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν από το δημόσιο τομέα, καταδεικνύοντας έτσι ότι ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η δαπάνη υγείας των ασφαλιστικών ταμείων Ελλάδος το 2007 ανέρχεται στο 22,6% των εξόδων τους, εκ της οποίας το 42,3% αφορά την φαρμακευτική δαπάνη και το 27,2% τη νοσοκομειακή δαπάνη, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων

	2003	2004	2005	2006	2007
Δαπάνη Υγείας ως % του συνόλου των εξόδων των Ασφαλιστικών Ταμείων	21,1%	22,8%	22,4%	22,6%	22,6%
Φαρμακευτική ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	35,0%	33,5%	38,3%	40,5%	42,3%
Νοσοκομειακή δαπάνη ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	31,5%	37,1%	30,8%	28,5%	27,2%

Πηγή : Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Λόγω του γεγονότος ότι η φαρμακευτική δαπάνη κατέχει ένα σημαντικό ποσοστό μεταξύ των διαφόρων δαπανών υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία, είναι εξαιρετικής σημασίας κάθε προσπάθεια εξορθολογικοποίησης της. Ένα πολύ σημαντικό μέτρο προς αυτήν την κατεύθυνση είναι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η υπερσυνταγογράφηση των φαρμακευτικών ουσιών ανέκαθεν υπήρχε ως ένα μελανό σημείο στην δαπάνη του υγειονομικού συστήματος. Το κόστος της υγείας φαίνεται να σχετίζεται στενά με την αύξηση της επιχειρηματικότητας των φαρμακοβιομηχανιών. Μέσω λοιπόν της εφαρμογής της ηλεκτρονικής καταγραφής των συνταγών γίνεται προσπάθεια ελέγχου και περιορισμού της πολυφαρμακίας, και προσπάθεια ύπαρξης ενός ιστορικού χορήγησης φαρμάκων το οποίο θα αποτρέπει από την πιθανή δυσμενή αλληλεπίδραση φαρμακευτικών ουσιών.

1.8 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκε η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης, όπως είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα, και αναφέρθηκαν οι κυριότεροι ασφαλιστικοί φορείς (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, Δημόσιο) που υπάγονται σε αυτή βάση των επαγγελματικών κριτηρίων και χαρακτηριστικών του πληθυσμού. Επίσης, αναλύθηκε η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων, η οποία εξαρτάται από το τριμερές μοντέλο κράτος - εργοδότης - εργαζόμενος, και αποτυπώθηκε η σημασία της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δαπάνης. Επιπλέον, έγινε αναφορά στην ιστορική διαδρομή της κοινωνικής προστασίας στην χώρα μας.

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και δαπάνη είναι ένα από τα πιο πολυσυζητημένα κοινωνικο-οικονομικά θέματα της τελευταίας περιόδου, καθώς μεγάλο ποσοστό του δημοσίου χρέους φαίνεται να σχετίζεται με αυτές. Η κατανόηση της λειτουργίας των ασφαλιστικών φορέων, και ειδικά στον τομέα της υγείας, είναι αναγκαία ώστε να προωθηθούν οι κατάλληλες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με στόχο τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Σχετικές παρεμβάσεις που επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας, είναι η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η έναρξη λειτουργίας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή

Τα φάρμακα αποτελούν από την αρχαιότητα απαραίτητο στοιχείο για την αντιμετώπιση των ασθενειών και τη διατήρηση της υγείας του ανθρώπου, και ήταν πάντα αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής πρακτικής. Γενικά, με τον όρο «φάρμακο» εννοείται κάθε ουσία ή συνδυασμός ουσιών φυσικής ή συνθετικής προέλευσης που χρησιμοποιείται με στόχο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία νόσων, συμπτωμάτων και γενικότερα διαταραχών της φυσιολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να είναι πάντα ιατρικά και επιστημονικά τεκμηριωμένη, αφού η αλόγιστη χρήση τους εμπεριέχει μεγάλους κινδύνους για την ατομική και δημόσια υγεία.

Η κατανόηση των διεργασιών της κάθε ασθένειας θα πρέπει να προηγείται της σύστασης και χορήγησης του κατάλληλου φαρμάκου. Το έργο της εντολής λήψης φαρμάκων κατέχει ο ιατρός, ο οποίος μετά από εκτενή εξέταση του ασθενή καταλήγει σε διάγνωση και συστήνει τον τρόπο της θεραπείας. Από την άλλη το έργο της χορήγησης των φαρμάκων κατέχει ο φαρμακοποιός, ο οποίος βάσει των εντολών του ιατρού και των γνώσεων του πάνω στην δημιουργία φαρμακευτικών ουσιών, δίνει στον ασθενή την κατάλληλη φαρμακευτική ουσία για την πάθησή του. Η διαδικασία της εντολής λήψης φαρμακευτικού σκευάσματος που γίνεται από τον ιατρό και εκτελείται από τον φαρμακοποιό γίνεται δια μέσου της συνταγογράφησης.

Η συνταγογράφηση αποτελεί το κύριο μέσο λήψης φαρμάκων από τον πληθυσμό, καθώς για την χορήγηση της πλειοψηφίας των φαρμακευτικών ουσιών απαιτείται ιατρική συνταγή. Όπως είναι κατανοητό, το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διαδικασία της συνταγογράφησης. Η εκτόξευση της φαρμακευτικής δαπάνης, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες του κόσμου, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημοσιονομικής πολιτικής, το οποίο και καλούνται να αντιμετωπίσουν οι αρμόδιοι φορείς. Βασικό μηχανισμό προς αυτή την κατεύθυνση

αποτελούν οι τροποποιήσεις, οι αλλαγές και οι περιορισμοί που σχετίζονται με την συνταγογράφηση.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα περιγραφεί η διαδικασία της χειρόγραφης και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γενικότερα, και ειδικότερα στα ελληνικά δεδομένα. Επιπλέον, θα αναλυθούν τα μειονεκτήματα της χειρόγραφης και τα πλεονεκτήματα και οι κίνδυνοι της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας, καθώς και η σχέση τους με την φαρμακευτική δαπάνη.

2.2 Περιγραφή της χειρόγραφης συνταγογράφησης

Η χειρόγραφη συνταγή αποτελεί μία γραπτή εντολή του ιατρού προς το φαρμακοποιό, η οποία περιλαμβάνει το όνομα του φαρμάκου, την ποσότητά του και τις οδηγίες για τη χορήγησή του. Στη σύγχρονη ιατρική, η αναγραφή των συνταγών έχει απλοποιηθεί αρκετά, αφού παλαιότερα απαιτούσε τη γνώση και τη γραφή εξειδικευμένων λατινικών όρων. Επιπλέον, ο ρόλος του φαρμακοποιού σήμερα έχει περιοριστεί κυρίως στην απλή εμπορική διακίνηση έτοιμων σκευασμάτων και σχετίζεται λιγότερο με την παρασκευή φαρμακευτικών ουσιών.

Η συνταγογράφηση δεν είναι μία απλή διεκπεραιωτική διαδικασία, δεδομένου ότι με τη συνταγή ο συνταγογράφος αναλαμβάνει τις δεοντολογικές και νομικές ευθύνες για την κλινική φροντίδα των ασθενών και ειδικότερα για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορηγούμενης αγωγής, όπως για τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Επίσης, καθώς τα φάρμακα όλο και περισσότερο θεωρούνται ως προσυσκευασμένα προϊόντα και η ιατρική πρακτική γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, το πεδίο εφαρμογής του όρου «συνταγή» έχει διευρυνθεί για να περιλάβει και κλινικές αξιολογήσεις, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που αφορούν τη βελτιστοποίηση της υγείας. Ωστόσο, στην παρούσα εργασία η έννοια «συνταγή» αναφέρεται αποκλειστικά και μόνο στη διαδικασία χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών.

Επιλογή φαρμάκου

Ο στόχος της συνταγογράφησης είναι η σύσταση, μετά από ορθή κρίση και αξιολόγηση, του κατάλληλου φαρμάκου που θα προσφέρει στον ασθενή το μέγιστο όφελος για την υγεία του. Η διαδικασία επιλογής της άριστης φαρμακευτικής θεραπείας

είναι εξαιρετικά δύσκολη, κατά την εκτίμηση της οποίας θα πρέπει να συνυπολογίζονται τόσο τα χαρακτηριστικά της πάθησης αυτής κάθε αυτής, όσο και τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πάσχει. Βέβαια, με την χορήγηση κάθε φαρμακευτικής ουσίας ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες – παρενέργειες (δηλαδή δευτερεύουσες ενέργειες που δεν εντάσσονται στα πλαίσια του επιδιωκόμενου βιολογικού αποτελέσματος του φαρμάκου), οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν.

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου περιλαμβάνει τα εξής βήματα: α) τη διάγνωση της νόσου (π.χ. στεφανιαία νόσος ή νόσο των στεφανιαίων αγγείων - των αγγείων της καρδιάς), β) τον καθορισμό του θεραπευτικού σκοπού (π.χ. μείωση των λιπιδίων), γ) την επιλογή αποτελεσματικών ομάδων φαρμάκων (π.χ. αντιλιπιδαιμικά), δ) την επιλογή μιας ομάδας φαρμάκων (π.χ. φάρμακα που μειώνουν τα τριγλυκερίδια ή φάρμακα που μειώνουν την χοληστερίνη) και ε) την επιλογή της φαρμακευτικής ουσίας με βασικά κριτήρια την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την καταλληλότητα και το κόστος.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων σχετίζεται με την δραστηριότητά τους, ενώ η ασφάλεια με τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους (π.χ. αλλεργία, διάρροιας, ζαλάδα). Είναι σημαντικό να επιλέγονται φάρμακα με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη κλινική εμπειρία, για τα οποία η δράση τους είναι αποδεδειγμένη (δηλαδή παρέχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα) και οι παρενέργειες τους γνωστές (δηλαδή παρέχουν μεγάλη ασφάλεια).

Η καταλληλότητα των φαρμάκων, από την άλλη μεριά, αφορά ως ακολούθως: α) στις αντενδείξεις, δηλαδή στις περιπτώσεις εκείνες όπου η λήψη της ουσίας είναι απαγορευτική για την υγεία του ασθενούς (π.χ. κύηση, γαλουχία, νεφρική ανεπάρκεια, παιδιά, αλλεργία), β) στις αλληλεπιδράσεις που προκύπτουν από φάρμακα ή ουσίες που τροποποιούν την δράση του φαρμάκου (π.χ. αλκοόλ, γκρεϊπφρουτ) και γ) στη διαθέσιμη μορφή του φαρμάκου (π.χ. πόσιμη - υδατοδιαλυτή μορφή με γλυκιά γεύση στα παιδιά).

Επιπλέον, το κόστος της θεραπείας και κυρίως η αναλογία κόστους / οφέλους (risk / benefit ratio) ενός φαρμάκου και η δοσολογική του μορφή (δηλαδή πόσες δόσεις πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής την ημέρα, την βδομάδα κ.ο.κ.) αποτελούν βασικό κριτήριο επιλογής. Έχει παρατηρηθεί ότι, όταν το φάρμακο πρέπει να λαμβάνεται μία με δύο φορές

ημερησίως η συμμόρφωση του ασθενούς φθάνει στο 70%, ενώ όταν η λήψη του απαιτείται να γίνεται τρεις φορές την ημέρα στο 50% και στις τέσσερις φορές μόλις στο 42%.

Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πάσχει πρέπει να συνυπολογιστούν πριν την χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής ουσίας. Η πληροφόρηση της ηλικίας (παιδιά, ηλικιωμένοι), του φύλου (οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από αυτοάνοσα νοσήματα), του βάρους (τα άτομα με μεγαλύτερο βάρος χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις), του τρόπου ζωής (συνήθειες, περιβάλλον), καθώς και η λήψη κληρονομικού (καρκίνος) και ατομικού ιστορικού για τις παθήσεις, τα φάρμακα και τις αλλεργίες του ασθενούς είναι απαραίτητα στοιχεία που οφείλει να γνωρίζει ο ιατρός για τη σύσταση της σωστής φαρμακευτικής θεραπείας.

Μέρη της συνταγής

Πρακτικά υπάρχουν τρία κοινά είδη φαρμακευτικών συνταγών: α) οι συνταγές που χορηγούνται στο νοσοκομείο για ασθενείς που νοσηλεύονται, β) οι συνταγές που χορηγούνται στο νοσοκομείο για «εξωτερικούς ασθενείς» και γ) οι συνταγές ιατρών που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα (Grahame - Smith, Aronson, 1984). Σε όλες τις περιπτώσεις αυτές, ακολουθούνται κοινές αρχές συνταγογράφησης, με τα βασικά μέρη της συνταγής να είναι ίδια. Εξαιρετικά σημαντικό είναι το άτομο που καλείται να εκτελέσει τη συνταγή, είτε είναι ο φαρμακοποιός στο φαρμακείο είτε η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο, να χορηγεί το φάρμακο σωστά ακολουθώντας τις οδηγίες του ιατρού και να τις επισημαίνει στον ασθενή.

Μία χειρόγραφη συνταγή πρέπει οπωσδήποτε να έχει τα στοιχεία του ασθενούς (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, αριθμό μητρώου ασφάλισης, αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης - ΑΜΚΑ, φύλο και ηλικία, ειδικά εφόσον πρόκειται για παιδί), τα στοιχεία του ιατρού που τη χορηγεί (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, αριθμό μητρώου, ΑΜΚΑ), τη διάγνωση της νόσου που πάσχει ο ασθενής, την ημερομηνία, το κύριο μέρος της συνταγής που περιλαμβάνει τα φάρμακα και τις οδηγίες χορήγησής τους, τη σφραγίδα και την υπογραφή του ιατρού. Η αναγραφή συνταγών ακολουθεί ένα γενικό τύπο, ο οποίος διατηρεί αρκετά κατάλοιπα από την εποχή που τα λατινικά ήταν η διεθνής γλώσσα της Ιατρικής. Είναι πολύ σημαντικό η συνταγή να είναι ευανάγνωστη και σαφής, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος παρερμηνείας κατά την εκτέλεσή της.

Στην αρχή του κυρίου μέρους της συνταγής, γράφεται το σύμβολο Rp., από τη λατινική λέξη Recipe που σημαίνει «πάρε» και ουσιαστικά απευθύνεται στο φαρμακοποιό, ο οποίος υποτίθεται ότι θα πάρει τα κατάλληλα δραστικά συστατικά και έκδοχα, για να παρασκευάσει το φάρμακο. Σύμφωνα με άλλους επιστήμονες, το γεγονός ότι η συνταγή δίνει εντολή σε κάποιον να "λάβει" αντί για να "δώσει" δεν αποτελεί ουσιαστική διαφοροποίηση, αλλά καθιστά σαφές ότι στρέφεται προς τον ασθενή, στον οποίο και δίνει την εντολή να πάρει το φάρμακο.

Στη συνέχεια, αναγράφεται η επιθυμητή φαρμακοτεχνική μορφή, η οποία προέρχεται από τη σύντμηση των αντίστοιχων λατινογενών όρων. Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμακοτεχνικών μορφών είναι: 1) τα δισκία (Tabl.: tablettae, tablets), με υποκατηγορίες τα υπογλώσσια δισκία (Tabl. Subl.: tablettae sublinguales, sublingual tablets) και τα κολπικά δισκία (Tabl. vag. : tablettae vaginales, vaginal tablets), 2) τα ενέσιμα διαλύματα (Inj.: injectiones, injections), με υποκατηγορίες τις φύσιγγες (Amp.: ampullae, ampules) και τα φιαλίδια (Fl.: flacons), 3) οι κάψουλες (Caps.: capsulae, capsules), 4) τα υπόθετα (Supp.: suppositoria, suppositories) και τα κολπικά υπόθετα (Supp. vag.: suppositoria vaginales, vaginal supp.), 5) τα εναιωρήματα (Susp.: suspensio, suspension), 6) τα σιρόπια (Sir.: sirupus, Syr.: syrup), 7) τα κολλύρια (Coll.: collyrium, collyre), 8) τα εισπνεόμενα (Inh.: inhalers), 9) οι αλοιφές (Oint.: ointments) και 10) οι κρέμες (Cream).

Ακολούθως, ο ιατρός σημειώνει το όνομα της φαρμακευτικής ουσίας (χημικό ή εμπορικό ή κοινόχρηστο) και την περιεκτικότητά της με αραβικούς αριθμούς (π.χ. Amoxil 500 mg), η οποία εξαρτάται από την φαρμακοτεχνική μορφή της δραστικής ουσίας. Για παράδειγμα, τα δισκία, οι κάψουλες, τα υπόθετα, οι αλοιφές και οι κρέμες αναφέρονται σε μικρογραμμάρια (mg.), ενώ τα εναιωρήματα, τα σιρόπια, τα κολλύρια και τα ενέσιμα διαλύματα σε μικρόλιτρα (ml.). Κατόπιν, προσδιορίζεται το συνολικό ποσό των φαρμακοτεχνικών μονάδων με την αναγραφή Bt. (Boite = κουτιά) ή Fl. (Flask = φιάλη) ή Tb (Tube = σωληνάριο) και του αντίστοιχου λατινικού αριθμού (πχ. Bt. II = κουτιά δύο), και ολογράφως.

Στο τέλος του κάθε αυτού μέρους της συνταγής υπάρχει το σύμβολο S. από τη λατινική λέξη signatura που σημαίνει καθοδήγηση και το οποίο ακολουθείται από τις οδηγίες του ιατρού προς τον ασθενή. Οι οδηγίες, που πολλές φορές αναγράφονται με μορφή συντμήσεων λατινικών όρων, αφορούν την ημερήσια ποσότητα της φαρμακευτικής

ουσίας, τον χρόνο λήψης της (για παράδειγμα δύο φορές την ημέρα κάθε 12 ώρες) και την διάρκεια χορήγησής της (για παράδειγμα για ένα μήνα).

Στον Πίνακα 2.1 παρουσιάζεται αναλυτικά ένα πρότυπο δείγμα χειρόγραφης συνταγής, όπως περιγράφηκε, και στον Πίνακα 2.2 οι επιτρεπόμενες συντμήσεις κατά την συνταγογράφηση, οι οποίες σχετίζονται με τον τρόπο λήψης του φαρμάκου (π.χ. a.c = πριν από τα γεύματα και p.c = μετά τα γεύματα) και τη φαρμακοτεχνική μορφή του (caps. = κάψουλα). Εναλλακτικοί τρόποι περιγραφής της ιατρικής οδηγίας είναι : α) S: 1x3 = μία λήψη του φαρμάκου τρεις φορές ημερησίως, β) S: 3x1 = τρεις λήψεις άπαξ ημερησίως, γ) S: 1-0-1 = ένα πρωί, ένα βράδυ, δ) S: 0-0-1-1 = ένα το απόγευμα και ένα το βράδυ, ε) S: 15cc x 2 = 15 ml το πρωί και 15 ml το βράδυ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

Τα μέρη της ιατρικής συνταγής

Στοιχεία ασθενούς	Στοιχεία ιατρού	Διάγνωση
Rp. Φαρμακοτεχνική μορφή (π.χ. Tabl.) Συνολική ποσότητα (π.χ. Bt. II)	Όνομα δραστικής ουσίας (π.χ. διγοξίνη)	Περιεκτικότητα (mg ή ml) (π.χ. 0,25 mg)
S. Οδηγίες για τη σωστή χρήση του φαρμάκου (π.χ. S: ένα δισκίο, τρεις φορές την ημέρα, ανά οκτώ ώρες ή S: 1 x 3)		
Ημερομηνία Σφραγίδα-υπογραφή γιατρού		

Πηγή : Ιατρική Φαρμακολογία, Μ. Μαρσέλος - Μ. Μάλαμας, 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

Επιτρεπόμενες συντμήσεις κατά την συνταγογράφηση

Συντμήσεις	Λατινικά	Αγγλικά	Ελληνικά
a.c	ante cibum	before meals	πριν από τα γεύματα
b.i.d	bis in die	twice a day	2 φορές ημερησίως
d.	dies	day	ημέρα
h.	hora	hour	ώρα
p.c.	post cibum	after meals	μετά τα γεύματα
p.o.	per os	by mouth	από το στόμα
q.	quaque	each, every	κάθε
q.h.	quaque hora	every hour	κάθε ώρα
q.i.d.	quater in die	four times a day	4 φορές ημερησίως
t.i.d.	ter in die	three times a day	τρεις φορές ημερησίως

Πηγή: Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης Φαρμάκων, Δάλλα, Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη, Κόκρας, 2010

Κατά την χορήγηση της ιατρικής συνταγής, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εξηγήσει στον ασθενή τη διαδικασία λήψης του φαρμάκου που του χορηγεί. Η ενημέρωση του ασθενούς και η εξήγηση με απλά λόγια των κύριων σημείων που αφορούν το φάρμακο (π.χ. αποτελέσματα του φαρμάκου, ανεπιθύμητες ενέργειες, οδηγίες λήψης) οδηγούν σε ορθή χρήση της φαρμακευτικής ουσίας και μεγιστοποιούν το όφελος για την υγεία του. Επιπροσθέτως, εξαιρετικά σημαντική είναι η μετέπειτα παρακολούθηση της θεραπείας και η επανεκτίμησή της σε περίπτωση αποτυχίας.

Συμπερασματικά, κανόνες ορθής συνταγογράφησης αποτελούν: α) το σωστό φάρμακο, β) η σωστή δόση και το σωστό δοσολογικό σχήμα (ανά χρονικά διαστήματα), γ) η σωστή οδό χορήγησης (π.χ. από το στόμα, στο δέρμα), δ) η σωστή μορφή (π.χ. χάπια, σιρόπι), ε) η σωστή ημερομηνία έκδοσης, ζ) η σωστή διάρκεια θεραπείας, η) η σωστή ενημέρωση του ασθενούς και θ) το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί τη θεραπεία, όπως αναφέρεται από τους Δάλλα, Παπαδοπούλου – Νταϊφώτη και Κόκρα στις Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης Φαρμάκων (2010).

Εμπορικές και κοινόχρηστες ονομασίες

Στην σημερινή εποχή, σημαντικό θέμα συζήτησης μεταξύ ιατρών και Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελεί η αναγραφή της κοινόχρηστης ή της εμπορικής ονομασίας του φαρμάκου. Από τη μία πλευρά, ο ιατρικός σύλλογος υποστηρίζει πως η μη αναγραφή του εμπορικού ονόματος ενέχει τον κίνδυνο μείωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φαρμακευτικής φροντίδας, καθώς ο ιατρός στερείται το δικαίωμα επιλογής συγκεκριμένου φαρμάκου και από την άλλη το Υπουργείο θεωρεί ότι με την αναγραφή της δραστικής ουσίας επιτυγχάνεται το ίδιο ποιοτική θεραπεία και συγχρόνως λιγότερο δαπανηρή. Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά στις ονομασίες με τις οποίες μπορεί να συνταγογραφηθεί ένα φάρμακο, όπως τη χημική, την κοινόχρηστη και την εμπορική, καθώς επίσης και στην έννοια των generics φαρμάκων.

α) Η χημική ονομασία μίας φαρμακευτικής ουσίας σχετίζεται με τη χημική ταυτότητα της δραστικής της, η οποία δίνεται και ακολουθεί τους κανόνες της Διεθνούς Ένωσης Θεωρητικής και Εφαρμοσμένης Χημείας, IUPAC, (International Union of Pure and Applied Chemistry). Η χημική όμως ονομασία (π.χ. 6-[[αμινο(4-υδροξυφαινυλ)ακετυλ]-αμινο]-3,3-διμεθυλ-7-οξο-4-θεια-1-αζαμπικυκλο[3.2.0.]επτάνιο-2-

καρβοξυλικό οξύ) είναι ακατάλληλη για την καθημερινή συνταγογράφηση, γι' αυτό και προτιμούνται κυρίως η κοινόχρηστη ή εμπορική ονομασία.

β) Η κοινόχρηστη (επίσημη ή τοπική) – διεθνής μη εμπορική ονομασία (INN: International Nonproprietary Name) δίνεται είτε (συνήθως) από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) μετά από αίτηση της φαρμακευτικής εταιρείας και μετά από συζήτηση και έγκριση από ειδική επιτροπή εμπειρογνομόνων της ΠΟΥ, είτε από κάποια τοπική οργάνωση όπως τη British Approved Name στην Αγγλία και τη United States Adopted Name στην Αμερική. Η χρήση της κοινόχρηστης ονομασίας (π.χ. αμοξυκιλίνη) επιτρέπει την επίγνωση των δραστικών ουσιών από τον ιατρό και τη χορήγηση από τον φαρμακοποιό του φθηνότερου συνήθως σκευάσματος. Είναι φρόνιμο να αναφερθεί ότι, γενικά υπάρχει ένας ανταγωνισμός μεταξύ των κατασκευαστών των δημοφιλέστερων φαρμάκων με αυτών των πιο φθηνών φαρμάκων.

γ) Η εμπορική ονομασία (π.χ. Amoxil) παρέχεται από τον κατασκευαστή του φαρμάκου και αποτελεί το εμπορικό σήμα του προϊόντος. Διέπεται δε από συγκεκριμένους κανόνες που διασφαλίζουν τη μη παραπλάνηση του ασθενούς, αλλά και τη μη σύγχυση με άλλα ιδιοσκευάσματα. Η εμπορική ονομασία πέραν του ότι παρέχει ένα όνομα εύκολο για απομνημόνευση, προσφέρει και άλλη ποιότητα προϊόντος εξαιτίας του γεγονότος ότι κάθε φάρμακο περιέχει διαφορετικά έκδοχα (δευτερεύοντα συστατικά που σχετίζονται με την απορρόφηση της δραστικής ουσίας, όπως πρωτεΐνες, σάκχαρα). Επιπλέον, αρκετοί είναι οι ασθενείς, οι οποίοι μπερδεύονται όταν το φάρμακο που τους χορηγείται αλλάζει σε κάθε συνταγή και πολλοί αυτοί που έχουν προτίμηση σε συγκεκριμένα φάρμακα λόγω γεύσης, χρώματος και υφής.

δ) Τα γενόσημα φάρμακα (generics) θεωρούνται αντίγραφα φαρμάκων των οποίων το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας έληξε. Ειδικότερα, όταν μια φαρμακευτική εταιρεία παρασκευάζει ένα φάρμακο, διατηρεί την αποκλειστικότητα της πώλησής του για δέκα χρόνια περίπου από τη στιγμή της έγκρισής του, κατέχοντας το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και όντας το «πρωτότυπο σκεύασμα» ή το «φάρμακο αναφοράς». Στη συνέχεια, μετά τα δέκα χρόνια, οποιαδήποτε εταιρεία μπορεί να αντιγράψει το πρωτότυπο όσον αφορά στη δραστική του ουσία και να αλλάξει τα έκδοχα, το όνομα, τη μορφή και τη συσκευασία του. Συνήθως, τα generics είναι οικονομικότερα, αφού το κόστος παραγωγής τους είναι φθηνό εξαιτίας του ότι η δαπάνη για έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμάκων, για έγκριση και διαφήμιση αποφεύγεται. Όταν το πρωτότυπο αντιγράφεται με άλλη εμπορική ονομασία

υπάγεται στα branded generics, ενώ όταν διατηρεί την κοινόχρηστη ονομασία υπάγεται στα generics. Στην Ελλάδα, σχεδόν όλα τα ελληνικά αντίγραφα είναι branded generics δηλαδή, αντίγραφα με εμπορικό σήμα και αποτελούν μόλις το 10% της φαρμακευτικής αγοράς.

Εν κατακλείδι, η ιατρική συνταγή λειτουργεί ως ένας μηχανισμός επικοινωνίας μεταξύ του φαρμακοποιού και του ιατρού, καθώς επίσης ως ένα νομικό έγγραφο με υποχρεώσεις και από τις δύο πλευρές. Η ονομασία των φαρμάκων αποτελεί ένα μέσο μάθησης, συνεννόησης και διάκρισης. Στο εξωτερικό, μάλιστα, υπάρχουν ορισμένες χώρες όπου ο ιατρός δίνει τη δικαιοδοσία στον φαρμακοποιό να υποκαταστήσει το φάρμακο που αναγράφει με κάποιο άλλο. Πιο ειδικά, στη συνταγή μπορεί να υπάρχουν οι επιλογές: α) της παροχής του φαρμάκου που αναγράφεται ως έχει και β) της επιτρεπόμενης αντικατάστασης. Επιπλέον, σε άλλες χώρες ο ιατρός το συμπληρώνει γραπτώς εάν επιθυμεί ή όχι την αντικατάσταση της φαρμακευτικής ουσίας που συστήνει.

Η χειρόγραφη συνταγή στα ασφαλιστικά ταμεία της Ελλάδας

Η χειρόγραφη συνταγογράφηση στη διάρκεια του χρόνου έχει δεχθεί πολλές αλλαγές σχετικά με τη μορφή των συνταγολογίων που εκδίδει κάθε ασφαλιστικό ταμείο και τον τρόπο συμπλήρωσής τους, με σημαντικότερη αυτή στις 1/11/2011, όπου και υπάρχει πλέον ένα ενιαίου τύπου συνταγολόγιο για όσους υπάγονται στο ΙΚΑ, στον ΟΑΕΕ και στον ΟΠΑΔ. Σύμφωνα με υπουργική απόφαση, η χειρόγραφη συνταγογραφία από το 2010 σταδιακά καταργείται, με προοπτική τη θέση της να πάρει η ηλεκτρονική συνταγογραφία. Παρ' όλ' αυτά θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί η μορφή της χειρόγραφης συνταγογράφησης που υπήρχε και υπάρχει μέχρι σήμερα.

Γενικά, μέχρι πρότινος κάθε ασφαλιστικό ταμείο εξέδιδε το δικό του συνταγολόγιο για τις ανάγκες της συνταγογράφησης των ασφαλισμένων του. Η βασική μορφή τους ήταν σε γενικές γραμμές παρόμοια, αλλά υπήρχαν και σημαντικές διαφορές. Στη συνέχεια, θα περιγραφούν τα συνταγολόγια των κυριοτέρων ασφαλιστικών ταμείων: του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ, του Δημοσίου, που ήταν σχεδόν πανομοιότυπα και του ΙΚΑ, το οποίο εμφάνιζε μερικές διαφοροποιήσεις.

Ο ΟΑΕΕ, ο ΟΓΑ και το Δημόσιο μέχρι το 2009 εξέδιδαν ατομικά συνταγολόγια, με πενήντα τρίφυλλες συνταγές αριθμημένες. Το πρώτο φύλλο ήταν άσπρο και κρατείτο από το φαρμακείο με σκοπό να εκτελεστεί η συνταγή και στη συνέχεια παρεδίδοτο στο

ασφαλιστικό ταμείο για να λάβει ο φαρμακοποιός το ποσοστό του. Το δεύτερο φύλλο ήταν μπλε και το κράταγε ο ιατρός σε ιατρικό αρχείο και το τρίτο φύλλο που ήταν κίτρινο παρέμενε στο βιβλιάριο, ώστε να ελέγχεται στη συνέχεια πότε έγινε τελευταία συνταγογράφηση, αλλά και τι φάρμακα είχε λάβει ο ασφαλισμένος στο πέρασμα του χρόνου. Μετά το 2009, τα συνταγολόγια άλλαξαν ως προς το ότι δεν υπήρχε το δεύτερο – μπλε φύλλο.

Στο ΙΚΑ τα συνταγολόγια των ασφαλισμένων δεν ήταν ατομικά, αλλά είχε ο κάθε συμβεβλημένος και αγροτικός ιατρός ένα συνταγολόγιο που εξέδιδε το ταμείο με πενήντα δίφυλλες αριθμημένες συνταγές και το οποίο επιστρεφόταν στο ταμείο μετά την συμπλήρωσή του για έλεγχο. Το πρώτο φύλλο (άσπρο) το λάμβανε ο ασφαλισμένος και το έδινε στον φαρμακοποιό για να εκτελέσει τη συνταγή και το δεύτερο (κίτρινο) έμενε στο βιβλιάριο. Ο ιατρός έπρεπε να αναγράφει τα φάρμακα που χορηγεί και στο ατομικό βιβλιάριο υγείας του ασθενούς, ώστε να μπορούν να ελεγχθούν τα φάρμακα που είχαν χορηγηθεί στον ασφαλισμένο στο πέρασμα του χρόνου.

Από 1/11/2011, τα συνταγολόγια του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ καταργούνται και ενοποιούνται με αυτά του ΙΚΑ και χρησιμοποιούνται μόνο σε περίπτωση αδυναμίας εκτέλεσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Έτσι, πλέον δεν έχει ο κάθε ασφαλισμένος το δικό του συνταγολόγιο, αλλά ο ιατρός λαμβάνει του ενιαίου τύπου συνταγολόγια από το ΙΚΑ με τις πενήντα δίφυλλες συνταγές και τις συμπληρώνει σύμφωνα με τους κανόνες συνταγογράφησης, επιλέγοντας το ποσοστό που αντιστοιχεί στο κάθε φάρμακο.

Αναλυτικότερα, στον ειδικό χώρο για τα φάρμακα μπορούσαν και μπορούν να συνταγογραφηθούν από ένα ως τρία διαφορετικά φάρμακα, με την ποσότητα του καθενός να μην ξεπερνά το ένα εμβολάγιο, εκτός αν υπάρχει αιτιολογημένη διάγνωση και οδηγία χορήγησής του. Πάντως, η συνολική ποσότητα της χορηγούμενης φαρμακευτικής ουσίας δεν πρέπει να ξεπερνά σε διάρκεια τις τριάντα ημέρες. Δίπλα σε κάθε φάρμακο επιλέγεται το ποσοστό συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των φαρμάκων, το οποίο εξαρτάται από την πάθησή και είναι είτε 0%, είτε 10% είτε 25%, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.3. Η συνταγογράφηση μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε εικοσιπέντε με τριάντα μέρες και από την ημέρα της αναγραφής, η συνταγή πρέπει να εκτελείται εντός πέντε εργάσιμων ημερών. Επιπροσθέτως, όλες οι συνταγές οι οποίες ξεπερνούν σε κόστος τα εκατόν πενήντα ευρώ χρειάζονται θεώρηση από ελεγκτή ιατρό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Συνταγολόγιο του ΙΚΑ

Πηγή: Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης Φαρμάκων, Δάλλα, Παπαδοπούλου - Νταϊφότη, Κόκρας, 2010

Βέβαια, υπήρχε και υπάρχει η δυνατότητα των επαναλαμβανόμενων συνταγών, οι οποίες γράφονται σε τρία διαφορετικά στελέχη, με την ίδια ημερομηνία και πάνω σε κάθε στέλεχος καθορίζεται ποια εκτέλεση είναι: 1^η, 2^η ή 3^η. Οι συνταγές εκτελούνται από τον φαρμακοποιό κάθε μήνα, πέντε μέρες πριν ή μετά από την αναγραφόμενη ημερομηνία του κάθε συναπτού μήνα. Σκοπός του συγκεκριμένου τρόπου λήψης φαρμάκων είναι η μικρότερη ταλαιπωρία των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

Ειδικές συνταγές

Εκτός από τις συνήθειες συνταγές, για τις οποίες αρκεί η συμπλήρωση του συνταγολογίου του ασφαλισμένου ή η συνταγή του ιατρού σε κοινό χαρτί με το απαραίτητο για την πάθηση του ασθενούς φάρμακο (σύμφωνα με τους κανόνες που αναφέρθηκαν ανωτέρω), υπάρχουν και οι ειδικές συνταγές που είναι συνοδευτικές των συνήθων συνταγών και απαραίτητες για την λήψη των φαρμάκων που υπάγονται σε αυτές. Οι κατηγορίες των ειδικών συνταγών είναι δύο: α) οι ειδικές συνταγές για τα ναρκωτικά και β) οι ειδικές συνταγές για τις κινολόνες και τις κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς.

Οι ουσίες που είναι πιθανό να γίνουν αντικείμενο φαρμακευτικής εξάρτησης και κατάχρησης λόγω των ιδιοτήτων τους, ονομάζονται «ναρκωτικά» και εμπίπτουν σε ειδικές νομοθετικές διατάξεις συνταγογραφίας, που καλούνται «ειδικές διατάξεις περί ναρκωτικών». Στις περιπτώσεις αυτές, το ειδικό συνταγολόγιο έχει δύο φύλλα, από τα οποία το ένα το παίρνει ο ασθενής και το δίνει στον φαρμακοποιό, ο οποίος το διατηρεί για δύο με τρία χρόνια, και το δεύτερο παραμένει στο συνταγολόγιο, το οποίο επιστρέφεται.

Τις ειδικές συνταγές για τα ναρκωτικά πρέπει να προμηθευτεί ο ενδιαφερόμενος ιατρός από τις κατά τόπους Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης παρέχει στον ιατρό και την άδεια χορήγησης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Τα φάρμακα που διακινούνται με βάση τις «ειδικές διατάξεις περί ναρκωτικών» κατατάσσονται σε έξι διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με την εξαρτησιογόνο ισχύ τους, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.4. Από τις ουσίες αυτές, συνταγογραφούνται όσες υπάγονται στις κατηγορίες Β, όπως η μορφίνη, το όπιο και η πεθιδίνη, και Γ, όπως η φαιντανύλη και η διυδροκωδεΐνη (οι οποίες συνταγογραφούνται σε «ειδική συνταγή ναρκωτικών» με διπλή κόκκινη γραμμή), καθώς και στις κατηγορίες ΒΣ, όπως η κωδεΐνη, ΓΣ όπως η διυδροκωδεΐνωση, και Δ, όπως η διαζεπάμη, η βαρβιτάλη και η φαινοβαρβιτάλη (οι οποίες συνταγογραφούνται σε ειδική συνταγή με μονή κόκκινη γραμμή), όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.5 (Μ. Μαρσέλος - Μ. Μάλαμας, 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4

Φάρμακα που υπάγονται στη νομοθεσία περί ναρκωτικών

<p>Κατηγορία Α. Απαιτούν ειδική άδεια προμήθειας, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε εργαστήρια ή κλινικές για ερευνητικούς σκοπούς. Δεσομορφίνη, Ηρωίνη, Κάνναβη, LSD, Μεσκαλίνη, Ψιλοκίνη, Ψιλοκυβίνη.</p> <p>Κατηγορία Β. Χορηγούνται με ειδική ιατρική συνταγή ναρκωτικών, που φυλάγεται για τρία χρόνια. Δεξτρομοραμίδη, Μορφίνη, Όπιο, Πεθιδίνη.</p> <p>Κατηγορία ΒΣ. Χορηγούνται εφ'άπαξ με απλή ιατρική συνταγή του Ν. 1729/87, που φυλάγεται για τρία χρόνια. Αιθυλομορφίνη, Δεξτροπροποξυφαΐνη, Κωδεΐνη.</p> <p>Κατηγορία Γ. Χορηγούνται με ειδική ιατρική συνταγή ναρκωτικών, που φυλάγεται για τρία χρόνια. Βουτορφανόλη, Διυδροκωδεΐνη, Μεθυλοφαινιδάτη, Πενταζοκίνη, Υδροκωδόνη, Φαιντανύλη, Φολκωδίνη.</p> <p>Κατηγορία ΓΣ. Χορηγούνται εφ'άπαξ με τη συνταγή του Ν.1729/87 που φυλάγεται για δύο χρόνια. Διυδροκωδεΐνωση, Διφαινοξίνη, Διφαινοξυλάτη.</p> <p>Κατηγορία Δ. Χορηγούνται εφ'άπαξ με τη συνταγή του Ν.1729/87 που φυλάγεται για δύο χρόνια. Αμοβαρβιτάλη, Βαρβιτάλη, Δεξτρομεθορφάνη, Διαζεπάμη και άλλες Βενζοδιαζεπίνες, Ζολπιδέμη, Ζοπικλόνη, Ζαλεπλόνη, Μεπροβαμάτη, Πεντοβαρβιτάλη, Πιπραδρόλη, Φαινοβαρβιτάλη.</p>

Πηγή : Ιατρική Φαρμακολογία, Μ. Μαρσέλος - Μ. Μάλαμας, 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5

Ειδικές συνταγές ναρκωτικών

Τύπος ΕΙΔΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	Τύπος ΑΠΛΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (Ν. 1729/87)
ΑΥΞ. ΑΡ. <i>Διακή Κόκκινη Γραμμή</i>	ΑΥΞ. ΑΡ. <i>Μοφή Κόκκινη Γραμμή</i>
Στοιχεία Ιατρού	Στοιχεία Ιατρού
Σφραγίδα Υγειον. κέντρου	Σφραγίδα Υγειον. κέντρου
Αθήνα :	Αθήνα :
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	ΣΥΝΤΑΓΗ ΤΟΥ Ν. 1729/87
Όνοματεπώνυμο Ασθενούς	Όνοματεπώνυμο Ασθενούς
Αρ. Ταυτότητας	Αρ. Ταυτότητας
ή ΑΜ. Ασφ. Φορέα	ή ΑΜ. Ασφ. Φορέα
Διεύθυνση	Διεύθυνση
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Ο ΙΑΤΡΟΣ (Υπογραφή - Σφραγίδα)	Ο ΙΑΤΡΟΣ (Υπογραφή - Σφραγίδα)
Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ (Υπογραφή - Σφραγίδα)	Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ (Υπογραφή - Σφραγίδα)
Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ (Υπογραφή - Αριθμ. Ταυτ.)	Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ (Υπογραφή - Αριθμ. Ταυτ.)

Πηγή: Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης Φαρμάκων, Δάλλα, Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη, Κόκρας, 2010

Οι ειδικές συνταγές για τις από του στόματος χορηγούμενες κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς και νεότερες κινολόνες για ωτική και οφθαλμική χρήση, άρχισαν να εκδίδονται μετά την διαπίστωση ότι η Ελλάδα τις χρησιμοποιεί κατά κόρον. Οι κινολόνες και κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς είναι ισχυρά αντιβιοτικά που αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας για την αντιμετώπιση των πιο ανθεκτικών παθογόνων μικροοργανισμών. Δυστυχώς, σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες οι Έλληνες φαίνεται να έχουν πολύ μεγάλη ανοχή στα ανωτέρω αντιβιοτικά εξαιτίας της συχνής και αδικαιολόγητης χρήσης τους.

Το ελληνικό κράτος προσπαθώντας να μετριάσει την χρήση στις κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς (όπως είναι η κεφοταξίμη, η κεφσουλοδίνη, η κεφταζιδίμη, η λαταμοξέφη, η κεφτριαξόνη, η κεφτιζοξίμη, η κεφοπεραζόνη, η κεφιζίμη, η κεφεταμέτη και η κεφτιμπουτένη) και στις νεότερες και μη κινολόνες (όπως είναι η σιπροφλοξακίνη, η νορφλοξασίνη, η οφλοξασίνη, η λομεφλοξακίνη, το ναλιδιζικό οξύ, η λεβοφλοξακίνη, η μοξιφλοξακίνη και η τροβαφλοξακίνη) κατέστησε αναγκαίο για την χορήγησή τους την ύπαρξη συμπληρωματικής συνταγής στην οποία θα αναγράφεται η διάγνωση της νόσου και η οποία πρέπει να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Δηλαδή, οι συγκεκριμένες ουσίες αναγράφονται μόνο σε συγκεκριμένες λοιμώξεις, όπως σε χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα. Οι συνταγές αυτές είναι τρίφυλλες, όπου το ένα αντίγραφο

κρατείται από τον ιατρό, το άλλο από τον φαρμακοποιό και το τρίτο επισυνάπτεται στην συνταγή του ασφαλιστικού ταμείου. Η ειδική αυτή συνταγή φυλάσσεται στα φαρμακεία για μία διετία.

2.3 Περιγραφή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Με τον όρο «ηλεκτρονική συνταγογράφηση» εννοείται η δημιουργία, η εκτέλεση, η διακίνηση, η διασπορά, ο έλεγχος και η εκκαθάριση των ιατρικών συνταγών και πράξεων, με τη χρήση της τεχνολογίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών, και με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και την διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών (Miller RA, Gardner RM, Johnson KB, Hripesak G., 2005). Στόχοι της ηλεκτρονικής καταγραφής και διαχείρισης ιατρικών πληροφοριών είναι: α) η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες, β) η μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας και γ) ο καλύτερος συντονισμός και έλεγχος του συστήματος υγείας με ενσωμάτωση σε αυτό διεθνών πρωτοκόλλων.

Βασικό διεθνές πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι το ICD – 10 (International Classification of Diseases - 10), το οποίο αποτελεί μία Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας και χρησιμοποιείται για την διάγνωση νόσων. Ειδικότερα, το ICD-10 είναι μία κωδικοποίηση των ασθενειών, των συμπτωμάτων και των παθολογικών ευρημάτων, όπως έχουν ταξινομηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO). Ο αριθμός 10 αναφέρεται στον βαθμό αναθεώρησης του πρωτοκόλλου.

Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιλαμβάνει: α) την δημιουργία της συνταγής από τον ιατρό ηλεκτρονικά και την καταχώριση – αποθήκευσή της στη βάση δεδομένων του κεντρικού συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, β) τη λήψη αντιγράφου – φωτοτυπίας της συνταγής του ιατρού από τον ασθενή - ασφαλισμένο (το βήμα αυτό δεν είναι απαραίτητο σε όλες τις χώρες), γ) τη μετάβαση στο φαρμακείο όπου και εκτελείται η συνταγή, αφού πρώτα έχει αναγνωρισθεί μέσω του συστήματος, και την επίδοση των φαρμάκων στον ασθενή με την καταβολή από τον ίδιο του αντίστοιχου ποσοστού συμμετοχής και δ) τον έλεγχο της ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης από τον αρμόδιο φορέα και τα ασφαλιστικά ταμεία. Στην Ελλάδα, η εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Καταχώρισης και Εκτέλεσης Συνταγών (ΗΚΕΣ) ελέγχεται και διαχειρίζεται από τον φορέα «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο Διάγραμμα 2.1 παρουσιάζεται η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπως περιγράφηκε ανωτέρω.



Πηγή: Η Διεθνής Εμπειρία στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και η Δυνατότητα Αξιοποίησης στην Ελλάδα, Γ. Πάγκαλος, 2011

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1 Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Επίσης, στην Ελλάδα, τα πρόσωπα που υπάγονται στην διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας (σύμφωνα με τον Ν. 3892/2010) είναι: α) οι ιατροί των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) και οι ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με αυτούς τους φορείς, β) οι φαρμακοποιοί που συμβάλλονται, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και γ) οι ίδιοι οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Τα ανωτέρω πρόσωπα έχουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες και υποχρεώσεις όσον αφορά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οι οποίες θα περιγραφούν στην συνέχεια.

Υποχρεώσεις των προσώπων που εντάσσονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Οι ιατροί που εργάζονται ή είναι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικούς φορείς υποχρεούνται: α) να εγγράφονται ως χρήστες της εφαρμογής Ηλεκτρονικής Καταχώρισης και Εκτέλεσης Συνταγών (ΗΚΕΣ), όπου και θα δηλώνουν τα προσωπικά τους στοιχεία (επώνυμο, όνομα, πατρώνυμο, μητρώνυμο), τον αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, την ιατρική τους ειδικότητα, το ΑΜΚΑ, τον αριθμό μητρώου ασφάλισης (ΕΤΑΑ-ΤΣΑΥ) και την ημερομηνία εγγραφής τους στον ασφαλιστικό τους φορέα, τον ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν, τον αριθμό φορολογικού μητρώου, τα στοιχεία διεύθυνσης εργασίας, τον κωδικό υγειονομικής μονάδας (εάν υπάρχει) και τα στοιχεία σύμβασής τους με τους φορείς ασφάλισης, β) να καταχωρούν ηλεκτρονικά τις συνταγές στους ασφαλισμένους, δηλαδή να δημιουργούν μία ηλεκτρονική συνταγή με τη χρήση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και να την αποθηκεύουν στη βάση δεδομένων αυτού και γ) να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με την εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών, καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών. Σε περίπτωση μη δημιουργίας της συνταγής ηλεκτρονικά θα πρέπει να υπάρχει επαρκή αιτιολόγηση (π.χ. δυσλειτουργία του συστήματος).

Αντιστοίχως, οι φαρμακοποιοί που συμβάλλονται, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τα ασφαλιστικά ταμεία υποχρεούνται: α) να εγγράφονται ως χρήστες της εφαρμογής Ηλεκτρονικής Καταχώρισης και Εκτέλεσης Συνταγών (ΗΚΕΣ), όπου και θα δηλώνουν τα προσωπικά τους στοιχεία (επώνυμο, όνομα, πατρώνυμο, μητρώνυμο), τον αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, την επωνυμία του φαρμακείου για το οποίο είναι οι νόμιμοι εκπρόσωποι, το ΑΜΚΑ, τον αριθμό μητρώου ασφάλισης (ΕΤΑΑ-ΤΣΑΥ) και την ημερομηνία εγγραφής τους στον ασφαλιστικό τους φορέα, τον φαρμακευτικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν, τον αριθμό φορολογικού μητρώου, τον κωδικό και τα στοιχεία διεύθυνσης του φαρμακείου, την ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος / επιτηδευματία και τα στοιχεία σύμβασής τους με τους φορείς ασφάλισης, β) να εκτελούν ηλεκτρονικά τις συνταγές στους ασφαλισμένους, δηλαδή να επισημαίνουν μια αποθηκευμένη ηλεκτρονική συνταγή που υπάρχει στη βάση δεδομένων του συστήματος ως εκτελεσμένη από αυτούς, ενώ ταυτόχρονα θα επιδίδουν τα φάρμακα στον ασφαλισμένο και γ) να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με την

εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών, καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών.

Οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης υποχρεούνται να λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα και ανάλογα προς τους κινδύνους, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφάλεια των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων, και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας ή μη νόμιμης και εξουσιοδοτημένης πρόσβασης και χρήσης. Επιπλέον, οι ασφαλιστικοί φορείς έχουν εξουσιοδοτημένη πρόσβαση στη βάση εφαρμογής ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών για τους σκοπούς: α) της εκκαθάρισης των συνταγών και β) της παρακολούθησης της συνταγογράφησης και της συγκέντρωσης και στατιστικής αξιολόγησης στοιχείων, που έχουν σχέση με παροχές υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης. Η πρόσβαση περιορίζεται στα στοιχεία της βάσης που αφορά τον εκάστοτε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Η πρόσβαση στη βάση γίνεται από πρόσωπα που ασχολούνται κατ' επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και δεσμεύονται από ιατρικό απόρρητο ή άλλο απόρρητο που προβλέπει νόμος ή κώδικας δεοντολογίας ή πρόσωπα που είναι ειδικά προς τούτο εξουσιοδοτημένα και υπόκεινται σε καθήκον εχεμύθειας, όπως ορίζεται στον σχετικό νόμο 3892/2010.

Διαδικασία καταχώρισης ηλεκτρονικής συνταγής

Ο ιατρός που είναι εγγεγραμμένος ως χρήστης της ΗΚΕΣ ταυτοποιείται κατά την είσοδό του στο σύστημα με την απόδοση στοιχείων ταυτοποίησης, τα οποία περιλαμβάνουν το όνομα και τον κωδικό χρήστη, που του αποστέλλεται από το σύστημα κατά την εγγραφή του, και ειδικά αναγνωριστικά του συστήματος (π.χ. κείμενο εικόνας), όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6

Ταυτοποίηση στοιχείων στην ηλεκτρονική συνταγογραφία

Όνομα χρήστη (Username):	<input type="text"/>
Κωδικός (Password):	<input type="password"/>
Κείμενο Εικόνας:	<input type="text"/>



Αλλαγή εικόνας

Είσοδος

Πηγή: www.e-syntagografisi.gr

Μετά την ταυτοποίηση, όπου εμφανίζονται τα πιστοποιημένα στοιχεία του ιατρού, ο ιατρός επιλέγει την καταχώριση ηλεκτρονικής συνταγής. Στη συνέχεια, εισάγονται τα στοιχεία του ασθενούς, αφού ταυτοποιηθούν με την επίδειξη του βιβλιαρίου υγείας στον ιατρό, τα οποία περιλαμβάνουν το ΑΜΚΑ και τον οργανισμό ασφάλισης. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με την εισαγωγή του ΑΜΚΑ εμφανίζει άμεσα τα προσωπικά στοιχεία του ασφαλισμένου και σε περίπτωση που αυτά είναι ελλιπή (π.χ. δεν εμπεριέχεται ο αριθμός μητρώου ασφάλισης ή ο τύπος μέλους του ασφαλισμένου) ο ιατρός υποχρεούται να τα συμπληρώσει. Ακολούθως, επιλέγεται αν η συνταγή είναι απλή ή επαναλαμβανόμενη (έως τρεις μήνες) και αναγράφεται ως ελεύθερο κείμενο περιγραφής ή διαλέγεται από τη λίστα κωδικοποιημένων διαγνώσεων (ICD-10) η διάγνωση της νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7 Επιλογή φαρμάκου

Με Εμπορική Ονομασία
 Με Δραστική Ουσία
 Περιέχεται

barcode	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Τιμή
2800580802012 >	CAFERGOT SUPP (2+100)MG/SUP	CAFFEINE	1,61
2801188301037 >	KALMOL - EXTRA TAB (600+30)MG/TAB	CAFFEINE	0,58
2802108701012 >	ASPIRIN EXTRA TAB (650+65)MG/TAB	CAFFEINE	0,53
2802423702015 >	ALGINE TAB (500+65)MG/TAB	CAFFEINE	1,41

Με Εμπορική Ονομασία
 Με Δραστική Ουσία
 Περιέχεται

1 2

barcode	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Τιμή
2800933605024 >	AMOXIL CAPS 500MG/CAP	AMOXICILLIN TRIHYDRATE	3,32
2800933605031 >	AMOXIL CAPS 500MG/CAP	AMOXICILLIN TRIHYDRATE	4,05
2800933610028 >	AMOXIL DISP.TAB 1G/TAB	AMOXICILLIN TRIHYDRATE	5,81
2800933610035 >	AMOXIL DISP.TAB 1G/TAB	AMOXICILLIN TRIHYDRATE	6,34
2800933602016 >	AMOXIL PD.ORA.SUS 250MG/5ML	AMOXICILLIN TRIHYDRATE	2,37

Πηγή: www.e-syntagografisi.gr

Κατόπιν, επιλέγονται τα συνταγογραφούμενα φάρμακα είτε με την εμπορική ονομασία τους είτε βάση της δραστικής τους ουσίας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.7, τα οποία δεν πρέπει να ξεπερνούν σε αριθμό τα τρία και σε ποσότητα τα δύο, εκτός αν πρόκειται για χρόνια πάθηση, οπότε διαλέγεται η ένδειξη θεραπεία μηνός. Μετά την

επιλογή των φαρμάκων, ο ιατρός διαλέγει το ποσοστό συμμετοχής από τα διαθέσιμα ποσοστά και εφόσον ο ασθενής ανήκει σε μία κατηγορία μηδενικής συμμετοχής (π.χ. κύηση), επιλέγεται η κατηγορία αυτή από το πεδίο επιλογής. Ο απαιτούμενος αριθμός δόσης (π.χ. ένα ή δύο χάπια), η επιθυμητή συχνότητα (π.χ. δύο φορές την ημέρα) και η διάρκεια λήψης της φαρμακευτικής ουσίας διαλέγονται για να ολοκληρωθεί πλήρως η ηλεκτρονική συνταγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8

Παράδειγμα ηλεκτρονικής συνταγής

 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ι.Κ.Α. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Ε.Τ.Α.Μ.	ΣΥΝΤΑΓΗ  1101240000238	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">ΕΠΙΛΗΜΜΕΝΗ</td> <td style="width: 15%;">Όχι (Απλή)</td> <td style="width: 40%;">ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ</td> <td style="width: 20%;">ΕΚΑΣ</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">ΑΠΟ 24/01/11 ΕΩΣ 31/01/11</td> <td style="text-align: center;">ΥΠΟΓΡΑΦΗ</td> </tr> </table>	ΕΠΙΛΗΜΜΕΝΗ	Όχι (Απλή)	ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ	ΕΚΑΣ	ΑΠΟ 24/01/11 ΕΩΣ 31/01/11			ΥΠΟΓΡΑΦΗ				
ΕΠΙΛΗΜΜΕΝΗ	Όχι (Απλή)	ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ	ΕΚΑΣ											
ΑΠΟ 24/01/11 ΕΩΣ 31/01/11			ΥΠΟΓΡΑΦΗ											
ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ: ΖΟΥΚΑΣ ΖΟΥΚΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΟΔΟΣ : ΝΕΟΠΤΟΛΕΜΟΥ 47 Τ.Κ.: 16232 ΠΟΛΗ: ΑΘΗΝΑ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 0107629101 ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΙΩΣΗ		Αριθμός: 1101240000238 12345 Άμεσος ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ 30067303476 Α.Μ.Κ.Α. ΚΩΔ. ΜΟΝΑΔΟΣ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ 1973 Α.Μ.Κ.Α. ΙΑΤΡΟΥ 16067006031 Ε.Τ.Α.Α. ΙΑΤΡΟΥ 19876												
ΑΜΟΧΙΛ CAPS 500MG/CAP ΠΟΣΟΤ.: 1 ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ: 1,00 ΧΑΠΙ x 2 φορές την ημέρα x 7 ημέρες ΟΔΗΓΙΑ:	ΣΥΜ. % 10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ</th> </tr> <tr> <th style="width: 30%;">Ποσότητα</th> <th style="width: 35%;">Τιμή μονάδος</th> <th style="width: 35%;">Συμμετοχή ασφαλισμένου</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> <td style="text-align: center;">25%</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> </table>	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ			Ποσότητα	Τιμή μονάδος	Συμμετοχή ασφαλισμένου	0%	10%	25%			
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ														
Ποσότητα	Τιμή μονάδος	Συμμετοχή ασφαλισμένου												
0%	10%	25%												
MESULID SUPP 200MG/SUP ΠΟΣΟΤ.: 1 ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ: 1,00 ΧΑΠΙ x 1 φορά την ημέρα x 7 ημέρες ΟΔΗΓΙΑ:	10	ΣΥΝΟΛΟ : ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ : ΠΛΗΡ. ΠΟΣΟ :												
LONARID-N SUPP (400+50+20)MG/SUP, ΠΟΣΟΤ.: 1 ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ: 1,00 ΧΑΠΙ x 2 φορές την ημέρα x 7 ημέρες ΟΔΗΓΙΑ:	10													

Η ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΑΙΤΕΙ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ ΔΙΟΤΙ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ

 24/01/2011
 ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ
 Ο ΙΑΤΡΟΣ

 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

Πηγή: www.e-syntagografisi

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.8, η συνταγή που καταχωρείται ηλεκτρονικά περιέχει στοιχεία του ιατρού που την καταχώρισε, στοιχεία του ασθενή, την ημερομηνία καταχώρησης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής της (εντός πέντε εργάσιμων ημερών, όπως στην χειρόγραφη). Κάθε συνταγή που καταχωρείται ηλεκτρονικά χαρακτηρίζεται από έναν μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται και με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode). Σε περίπτωση καταχώρισης μίας συνταγής ως επαναληπτικής καταχωρούνται αυτομάτως οι επαναλαμβανόμενες σχετικές συνταγές, η ημερομηνία καταχώρησης και ορίζονται οι αντίστοιχες ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους. Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της συνταγής ο ιατρός εκτυπώνει αντίγραφο της καταχωρημένης συνταγής, το σφραγίζει, το υπογράφει και το παραδίδει στον ασθενή. Σε περίπτωση που η συνταγή αφορά τη χορήγηση σκευασμάτων που απαιτούν επιπλέον συνοδευτικά έντυπα, η διαδικασία είναι όπως στην χειρόγραφη συνταγή, δηλαδή μαζί με την εκτυπωμένη ηλεκτρονική συνταγή (η οποία αναφέρει ότι η συνταγή φέρει φάρμακα που απαιτούν επιπλέον συνοδευτικά έντυπα) χορηγούνται και τα απαραίτητα έντυπα.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι, οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα μέσω του συστήματος ΗΚΕΣ να επισκοπούν τις συνταγές που έχουν καταχωρίσει ηλεκτρονικά οι ίδιοι, καθώς και να βλέπουν το ιστορικό των φαρμάκων για κάποιον ασφαλισμένο, μέσω της χρήσης του ΑΜΚΑ του ασθενή – ασφαλισμένου. Επιπρόσθετα, ο ιατρός επιλέγοντας από το ιστορικό φαρμάκων ένα συγκεκριμένο σκεύασμα μπορεί να δει την σχετική συνταγή στην οποία έχει καταχωρηθεί η φαρμακευτική ουσία.

Διαδικασία εκτέλεσης της ηλεκτρονικής συνταγής

Οι φαρμακοποιοί που είναι εγγεγραμμένοι ως χρήστες της ΗΚΕΣ ταυτοποιούνται κατά την είσοδό τους στο σύστημα με την απόδοση στοιχείων ταυτοποίησης και για την εκτέλεση της ηλεκτρονικής συνταγής επιλέγουν την αντίστοιχη εντολή. Στη συνέχεια, εισάγουν τον αριθμό της συνταγής μέσω του οπτικού αναγνώστη, ο οποίος διαβάσει το barcode της συνταγής. Εάν η συνταγή είναι άκυρη εμφανίζεται σχετικό προειδοποιητικό μήνυμα, ειδάλως εάν είναι έγκυρη εμφανίζεται η συνταγή, με τα στοιχεία του ασθενούς (τα οποία ταυτοποιεί ο φαρμακοποιός με το βιβλιάριο ασθενείας του ασφαλισμένου) και του ιατρού, την ημερομηνία έκδοσης της και την προθεσμία εκτέλεσής. Ο φαρμακοποιός «διαβάζει» μέσω του barcode (γραμμωτοί κώδικες που υπάρχουν στην ταινία γνησιότητας κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος) κάθε φάρμακο της συνταγής εις διπλούν και

διαλέγει εάν θα πραγματοποιήσει μερική ή ολική εκτέλεση της και την αιτιολογία σε περίπτωση μερικής εκτέλεσης της συνταγής. Η μερική εκτέλεση γίνεται είτε γιατί ο φαρμακοποιός δεν έχει όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα (προσωρινή έλλειψη) είτε γιατί ο ίδιος ο ασφαλισμένος δεν θέλει όλα τα φάρμακα ή γιατί η δοσολογία δεν συμφωνεί με την ποσότητα των σκευασμάτων.

Μετά την επιλογή της αιτιολογίας ο φαρμακοποιός εκτελεί την συνταγή για την ολοκλήρωση της διαδικασίας και το σύστημα χαρακτηρίζει τη συνταγή εκτελεσμένη ή μερικώς εκτελεσμένη, όπου δύναται η ολοκλήρωσης της εντός της νόμιμης προθεσμίας (έως και τρεις εργάσιμες μέρες μετά την αρχική προθεσμία εκτέλεσής της). Η συνταγή μετά την εκτέλεσή της εμφανίζεται στον κατάλογο των εκκαθαρίσεων και αποθηκεύεται. Ο φαρμακοποιός εκτυπώνει την συνταγή, επικολλά σε αυτή τις ταινίες γνησιότητας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που εκτελέστηκαν, την υπογράφει, την σφραγίζει, επισυνάπτει σε αυτή την εκτυπωμένη συνταγή του ιατρού και τις καταθέτει στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο για να πληρωθεί την συμμετοχή του.

Κάθε συνταγή που καταχωρείται ως εκτελεσμένη περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία του φαρμακείου που εκτέλεσε τη συνταγή (επωνυμία φαρμακείου, επώνυμο και όνομα νομίμου ή νομίμων εκπροσώπων φαρμακείου, κωδικός μητρώου ΕΤΑΑ, ΑΜΚΑ, αριθμό φορολογικού μητρώου, διεύθυνση φαρμακείου), τα στοιχεία των σκευασμάτων που παραδόθηκαν στον ασθενή, συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους γραμμωτούς κώδικες (barcodes) και το σχετικό κόστος (σύνολο και συμμετοχή). Επιπροσθέτως, οι μοναδικές περιπτώσεις στις οποίες ένας φαρμακοποιός εκτελεί χειρόγραφα μία συνταγή είναι όταν οι συνταγές αφορούν α) σκευάσματα που παρασκευάζονται στο φαρμακείο (γαληνικά) και β) εμβόλια απευαισθητοποίησης.

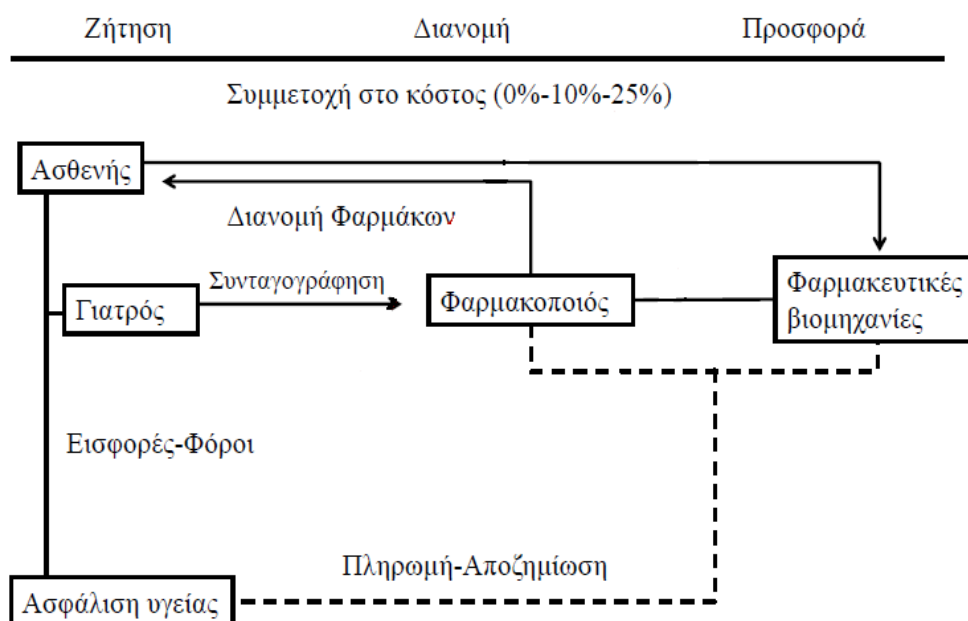
Για συνταγές που καταχωρούνται και εκτελούνται ηλεκτρονικά σύμφωνα με τον νόμο 3892/2010 δεν απαιτείται θεώρηση: α) για συνταγές κόστους άνω των εκατόν πενήντα ευρώ (€150) και β) για συνταγές που αφορούν τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που υπάγονται στα ναρκωτικά (πίνακες Α' - Δ' του άρθρου 1 του ν. 3459/2006). Στην τελευταία περίπτωση οι φαρμακοποιοί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής, το οποίο φυλάσσουν επί τριετία από την καταχώρισή της, τηρώντας τις ειδικές προς τούτο ισχύουσες διατάξεις.

Επίσης, οι φαρμακοποιοί έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης των συνταγών που έχουν εκτελέσει (ηλεκτρονικά) οι ίδιοι και σε περιπτώσεις εκτάκτου περιστατικού ασθένειας, εφόσον ο ασθενής προσκομίζει χειρόγραφη συνταγή, η οποία δεν έχει εκδοθεί από ιατρό του Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης του ασθενούς ή συμβεβλημένο με αυτόν αλλά καλύπτεται από τον Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης κατά τις γενικές διατάξεις, οι φαρμακοποιοί μπορούν να καταχωρίσουν ηλεκτρονικά τη χειρόγραφη συνταγή, όπως ακριβώς κάνουν οι ιατροί χρησιμοποιώντας το ΑΜΚΑ του ιατρού και τα στοιχεία του ασθενούς.

Είναι σωστό να τονισθεί ότι, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η εκτύπωση των συνταγών, η επικόλληση των κουπονιών σε αυτές και η αποστολή τους στα ασφαλιστικά ταμεία προοδευτικά θα καταργηθεί. Στην καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, δηλαδή στην εφαρμογή της σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, δεν θα χρειάζεται να κρατούνται και να αποστέλλονται οι ταινίες γνησιότητας σε αυτά, διότι θα υπάρχει συνολικός έλεγχος των barcodes που καταχωρούνται στο σύστημα και έτσι τα κουπόνια με την καταχώριση τους θα ακυρώνονται αυτόματα (www.e-syntagografisi.gr).

2.4 Φαρμακευτική δαπάνη και αναγκαιότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Η φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες, οι οποίες σχετίζονται με: α) την διττή φύση του φαρμάκου ως καταναλωτικό προϊόν και ως κοινωνικό αγαθό, β) την τριχοτόμηση της ζήτησης και τη σχέση διαμεσολάβησης (ιατρός – ασθενής – ασφαλιστικό ταμείο) και γ) την τάση ανάπτυξης μονοπωλιακών καταστάσεων από την πλευρά της προσφοράς (φαρμακευτικές βιομηχανίες). Η δομή της φαρμακευτικής αγοράς με τις ιδιαιτερότητές της παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.2. Όπως φαίνεται, ο ασθενής λαμβάνει ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που του το συνταγογραφεί ο ιατρός, του το χορηγεί ο φαρμακοποιός, το παρασκευάζουν οι φαρμακευτικές βιομηχανίες και πληρώνουν για αυτό ένα σημαντικό ποσοστό τα ασφαλιστικά ταμεία (75% ή 90% ή 100%, ανάλογα με την πάθηση).



Πηγή: Κυριόπουλος Γ., και συν (1999)

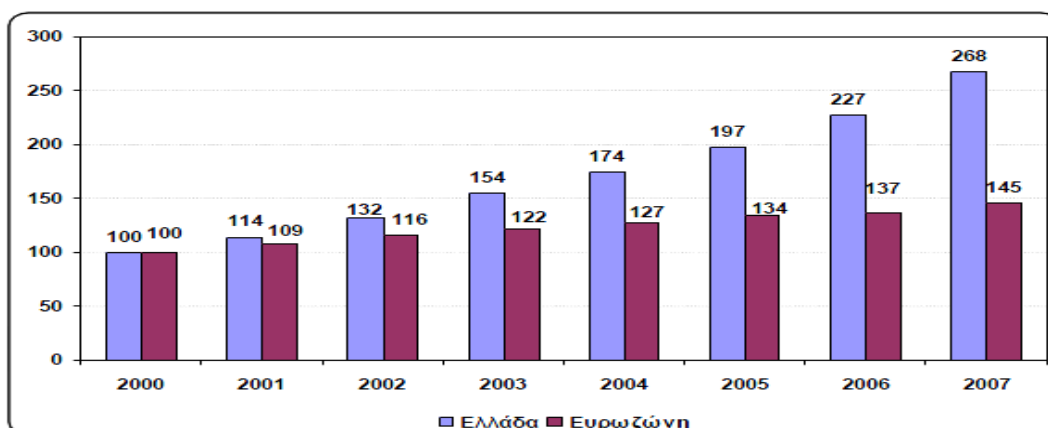
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2 Η δομή της φαρμακευτικής αγοράς

Το φάρμακο κατέχει διπλή φύση, όντας από τη μία δημόσιο αγαθό, αναγκαίο για την ποιότητα και διάρκεια της ζωής των ανθρώπων, και από την άλλη αποτελεί ένα προϊόν ιδιωτικής κυρίως παραγωγής, το οποίο όμως δεν πρέπει να υπόκειται στις αρχές του ανταγωνισμού, καθώς οι νόμοι της αγοράς δεν δύναται να επιφέρουν την κοινωνικά και οικονομικά δίκαιη κατανομή του. Σημαντικό στοιχείο που διαφοροποιεί το φάρμακο από το πλήρες ιδιωτικό καθεστώς είναι η μη επαρκής πληροφόρηση του καταναλωτή – ασθενή για το προϊόν που του παρέχεται (ύπαρξη ασυμμετρίας πληροφόρησης).

Ενώ, ο ασθενής είναι εκείνος που καταναλώνει την φαρμακευτική ουσία – προϊόν, άλλος είναι εκείνος που αποφασίζει για την επιλογή του (ιατρός) και άλλος εκείνος που αναλαμβάνει το κόστος (ασφαλιστικά ταμεία). Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει μία τριχοτόμηση της ζήτησης, η οποία εκφράζεται με τον ιατρό να συνταγογραφεί, τον ασθενή να καταναλώνει και την ασφάλιση να καλύπτει σε μεγάλο βαθμό την φαρμακευτική δαπάνη. Η πολυπλοκότητα όμως αυτή της ζήτησης οδηγεί σε ορισμένους κινδύνους, όπως στην προκλητή ζήτηση – υπερσυνταγογράφηση – φαρμάκων από τους ιατρούς, οι οποίοι ενώ είναι υπεύθυνοι για την επιλογή της θεραπείας, δεν είναι ευαισθητοποιημένοι σε ότι αφορά στο κόστος των φαρμάκων.

Επιπλέον, η προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας των φαρμακευτικών ουσιών μέσω των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης τους, η διαδικασία και η διάρκεια της έγκρισης κυκλοφορίας του φαρμάκου, η διαφοροποίηση του προϊόντος και η πίστη του καταναλωτή στο εμπορικό σήμα είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά τα οποία προσδίδουν στην αγορά του φαρμάκου μονοπωλιακό χαρακτήρα. (Thomson S, Mossialos E, 2004).

Μέσα σε αυτή την ιδιαίτερη δομή της αγοράς φαρμάκου, οι κυβερνήσεις προσπαθούν από τη μία να παρέμβουν, ώστε να προστατέψουν τον πολίτη από συνθήκες αθέμιτου ανταγωνισμού και να διασφαλίσουν την πρόσβασή του στις φαρμακευτικές υπηρεσίες, και από την άλλη να ασκήσουν μία πολιτική συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Ειδικότερα, τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική δαπάνη έχει εκτοξευθεί και υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης οι κυβερνήσεις των περισσότερων χωρών λαμβάνουν μέτρα για τον περιορισμό της.



Πηγή: OECD, Health Data, 2009

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3

Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης με έτος βάσης το 2000

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2010 η φαρμακευτική δαπάνη ανήρχετο στο 1,9% του ΑΕΠ και αποτελούσε το 20,4% της συνολικής δαπάνης υγείας, όντας σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, ο οποίος διαμορφωνόταν σε 1% και 11,5%, αντιστοίχως. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.3, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα αυξάνεται ταχύτερα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης. Εντούτοις, το 2007 σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι σχετικές τιμές υγείας στην Ελλάδα ήταν

χαμηλότερες από τις τιμές στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), ενώ η σχετική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν υψηλότερη από την αντίστοιχη δαπάνη στην Ε.Ε. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι κύριες αιτίες διόγκωσης των δαπανών φαρμάκου αποτελούν περισσότερο η υπερκατανάλωση φαρμάκων και η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων από ακριβότερα, και λιγότερο η τιμή τους.

Σημαντικό μέτρο, που ελαχιστοποιεί την φαρμακευτική δαπάνη και μεγιστοποιεί την ωφελιμότητα από τα φάρμακα αποτελεί η διασφάλιση της τεκμηριωμένης συνταγογράφησης από την πλευρά των ιατρών. Τεχνικές που χρησιμοποιούνται διεθνώς με γνώμονα την τεκμηριωμένη συνταγογράφηση και τη διασφάλισή της είναι: α) η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, β) ο έλεγχος της συνταγογράφησης και η ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων, γ) η ελεύθερη και ευχερής πρόσβαση σε τράπεζες δεδομένων μέσω της τεχνολογίας (τόσο από ιατρούς όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς) και δ) η προστασία και ασφάλεια των ηλεκτρονικών διαδικασιών.

Όπως γίνεται κατανοητό, η μετάβαση από την χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι απαραίτητη, και ιδίως στην Ελλάδα όπου το μεγαλύτερο μέρος της φαρμακευτικής δαπάνης οφείλεται όχι τόσο στις υπερκοστολογημένες φαρμακευτικές μονάδες, όσο στον όγκο που αυτές παρέχονται και για τον οποίο ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η χρήση της χειρόγραφης συνταγογραφίας. Στη συνέχεια, θα περιγραφούν τα μειονεκτήματα της χειρόγραφης συνταγογράφησης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Μειονεκτήματα χειρόγραφης συνταγογράφησης

Η χειρόγραφη συνταγογραφία έχει ορισμένα βασικά μειονεκτήματα που μας οδηγούν στην ανάγκη αντικατάστασής της με την ηλεκτρονική. Τα μειονεκτήματα αυτά είναι: α) η δυσχερής ανάγνωση της συνταγής, β) η μη δυνατότητα άμεσου ελέγχου της συνταγής για πιθανά λάθη και γ) η δυνατότητα παραποίησης της συνταγής. Ειδικότερα, η αναγνωσιμότητα των ιατρικών συνταγών ήταν και είναι μέχρι σήμερα ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα. Αρκετές φορές χορηγούνται λάθος φάρμακα και με λάθος οδηγίες, επειδή δεν είναι δυνατή η σωστή ανάγνωση της συνταγής. Φαρμακευτικές ουσίες που αντενδείκνυται να λάβει ένας ασθενής μπορεί να του χορηγηθούν εξαιτίας της εσφαλμένης ανάγνωσης μιας συνταγής. Ο αριθμός των «ιατρικών σφαλμάτων» που οφείλονται σε συνταγογραφικά λάθη αυξάνεται, με περισσότερες από 100 χιλιάδες ζωές παγκοσμίως να χάνονται κάθε

χρόνο. Είναι χαρακτηριστικό ότι, στις ΗΠΑ η δυσανάγνωστη γραφή σκοτώνει περισσότερα από 7.000 άτομα ετησίως.

Επιπλέον, σε μία χειρόγραφη συνταγή είναι εύκολο να αμφισβητηθεί η αυθεντικότητά της. Πολλές φορές στο παρελθόν διαπιστώθηκε παραποίηση συνταγών που σχετιζόταν τόσο με τα σκευάσματα ως φαρμακοτεχνικές μορφές, ως ποσότητες αλλά και ως δραστικές ουσίες. Η χειρόγραφη συνταγογράφηση είναι εξαιρετικά εύκολο να διαβληθεί και δύσκολο και αρκετά χρονοβόρο να ελεγχθεί.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ, το 2003 τα λάθη στη συνταγογράφηση κατανέμονταν ως εξής: α) χορήγηση φαρμάκου διαφορετικού του συνταγογραφημένου (66,0%), β) κωδικός κουπονιού εκτός αρχείου φαρμάκων (9,9%), γ) αριθμός φαρμάκων διαφορετικός των συνταγογραφημένων (3,8%), δ) μη ορθή εκτέλεση επαναλαμβανόμενης συνταγής (3,7%), ε) συνταγογράφηση πλέον των δύο κουτιών χωρίς αναγραφή χρόνιας πάθησης (3,3%), στ) συνταγή άνω του επιτρεπόμενου ποσού χωρίς θεώρηση (3,1%) και ζ) λοιπά (10,2%).

Συμπεραίνεται ότι, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα λογισμικό το οποίο θα ελέγχει την συνταγή σε σχέση με την συμβατότητα της διάγνωσης και των σκευασμάτων που χορηγούνται, τις τυχόν αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σκευασμάτων, αλλά και τη σωστής δοσολογίας αυτών. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να επιτρέψει την χρήση ενός τέτοιου λογισμικού, το οποίο θα έχει θετικές επιδράσεις τόσο στην υγεία των ασθενών όσο και στην φαρμακευτική δαπάνη.

Πλεονεκτήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

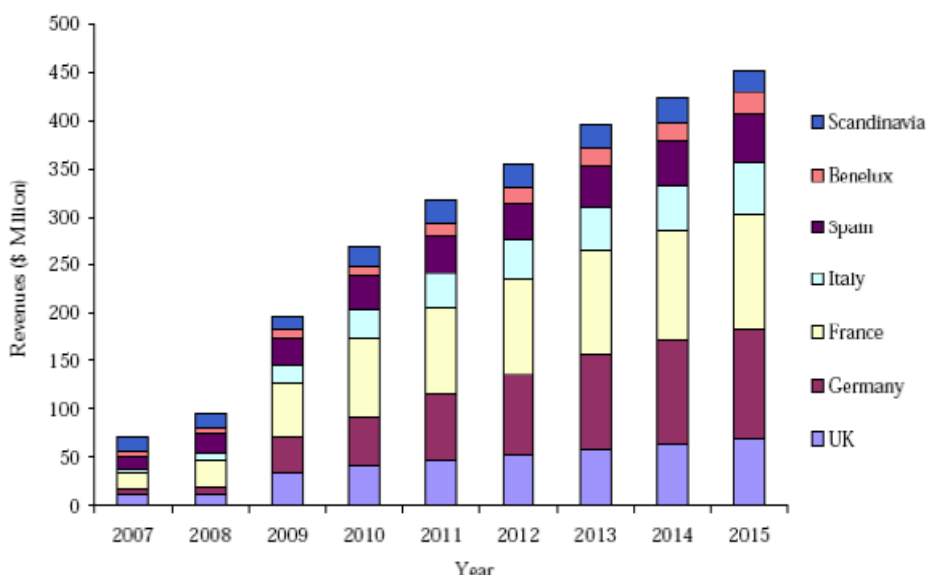
Η εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας της πληροφορικής στην υγεία φέρει θετικά αποτελέσματα, καθώς παρέχει εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων, πληροφορεί και υποστηρίζει τις κλινικές αποφάσεις με την χρήση πρωτοκόλλων, διευκολύνει στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων στις υπηρεσίες υγείας, μειώνει το χρόνο εργασίας, βοηθά στην προαγωγή της υγείας και αυξάνει την αποδοτικότητα των πόρων στην υγεία.

Πιο αναλυτικά, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση: α) εκμηδενίζει τα σφάλματα που προκύπτουν λόγω λανθασμένης ανάγνωσης μιας συνταγής, β) παρέχει τη δυνατότητα άμεσου ελέγχου των συνταγών, προστατεύοντας τον ασθενή από δυσμενείς παρενέργειες

των φαρμάκων και απαλλάσσοντάς τον από χρονοβόρες διαδικασίες έγκρισης τους, γ) μειώνει τον χρόνο εργασίας τόσο των ιατρών όσο και των φαρμακοποιών, επιτρέποντας την ενασχόλησή τους με περισσότερα άτομα και αποδοτικότερα, δ) προωθεί την αξιοπιστία και βελτιώνει την συμμόρφωση των ιατρών στις επιταγές του εθνικού συνταγολογίου μέσω της ύπαρξης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, ε) παρέχει πρόσβαση στον ιατρό σε στοιχεία που αφορούν τον ασθενή, όπως στο ιστορικό λήψης φαρμάκων, στις διαγνώσεις των παθήσεων του και στις αλλεργίες ή ανεπιθύμητες ενέργειες που έχει εμφανίσει, στ) βοηθά στην άμεση οικονομική εκκαθάριση των συνταγών από τους ασφαλιστικούς φορείς και στην εποπτεία των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης, και ζ) δίνει τη δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων με στόχο τον έλεγχο των διαδικασιών της συνταγογραφίας και της λήψης στρατηγικών αποφάσεων βελτιστοποίησης του συστήματος.

Η οικονομική διάσταση της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας

Τα τελευταία χρόνια, η δαπάνη για συνταγογράφηση είναι ένα από τα κύρια συστατικά των υπηρεσιών υγείας που συνεχώς αυξάνεται. Οι αυξήσεις εξόδων για την υγεία αποδίδεται στην αύξηση των τιμών των φαρμάκων και υπηρεσιών και στην ανεξέλεγκτη και μη σωστή συνταγογράφηση.



Πηγή: Frost & Sullivan

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4

**Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ευρώπη:
Προβλέψεις Εξοικονόμησης (2007-2015)**

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως στα οφέλη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπάγεται, εκτός από την ποιοτικότερη και ασφαλέστερη παροχή υπηρεσιών υγείας, και η μείωση της φαρμακευτικής και γενικότερα της δαπάνης υγείας. Στο Διάγραμμα 2.4 παρουσιάζεται η αναμενόμενη εξοικονόμηση οικονομικών πόρων από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ευρώπη τα έτη 2007 -2015.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αναμένεται να αποδώσει πολλά οφέλη στους ιατρούς, στους ασθενείς, στους φαρμακοποιούς και γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας αυξάνοντας τις λειτουργικές αποδοτικότητες και μειώνοντας το κόστος. Αναλυτικότερα, οικονομικά οφέλη προσφέρει η ηλεκτρονική συνταγογράφηση: α) στις υπηρεσίες υγείας, όπου έρευνα αναφέρει ότι σε μία πολιτεία της Αμερικής το 35% των ιατρών που χρησιμοποιούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση αλλάζουν τη συνταγή όταν η εφαρμογή με μήνυμα τους ενημερώνει για το ακριβό κόστος ενός φαρμάκου, β) στους ιατρούς, όπου μειώνονται οι ώρες εργασίας, οι απαιτήσεις σε γραμματειακή υποστήριξη και αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων από τους ασθενείς και επομένως και το κέρδος τους, και γ) στους φαρμακοποιούς, όπου η μείωση των λειτουργικών και διοικητικών δαπανών με τη μείωση του προσωπικού οδηγεί αντίστοιχα σε αύξηση των κερδών.

Συγκεντρωτικά στα οικονομικά οφέλη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπόκεινται (Παπαδόπουλος Ι., Το φαρμακείο στην Εποχή του internet, 2011):

α) Η **εξοικονόμηση πόρων**, όπου το 2006 (Haas) διαπιστώθηκε ότι υπάρχει έλεγχος για το πότε ο ασθενής επισκέπτεται τον ιατρό, για τον αριθμό των σκευασμάτων που χορηγούνται καθώς και για τον αριθμό των συνταγών που εκδίδονται για κάθε ασθενή. Το αποτέλεσμα είναι η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών κατά 15%.

β) Η **μείωση των ιατρικών λαθών**. Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2009 στο περιοδικό Journal of American Medical Informatics Association, κατέδειξε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των ιατρικών λαθών κατά 35%. Σύμφωνα με αντίστοιχα στοιχεία (Barach et. al 2009) σχεδόν 100.000 άνθρωποι πεθαίνουν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με τη βοήθεια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Με τη μείωση των ιατρικών λαθών, επιτυγχάνεται μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και εξοικονόμηση σημαντικών διαθέσιμων πόρων λόγω της μείωσης των επισκέψεων των ασθενών σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

γ) Η **μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών**. Σύμφωνα με έρευνα του Institute of Medication και με τη μελέτη του Rupp et.al (2006) η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να μειώσει κατά: i) 3 εκατομμύρια τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ii) 1,3 εκατομμύρια τις επισκέψεις στους γιατρούς και iii) 190.000 τις εισαγωγές σε νοσοκομεία. Από όλα αυτά υπολογίζεται ότι τα χρήματα που μπορούν να εξοικονομηθούν είναι περίπου 27 δισεκατομμύρια δολάρια.

δ) Η **μείωση της επικοινωνίας με άλλους επιστήμονες**. Σύμφωνα με έρευνα, αυτό υπολογίζεται σε 66%. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δίνει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σωστή επικοινωνία - συνεργασία μεταξύ ιατρού και φαρμακοποιού κατά τη στιγμή της συνταγογράφησης, η οποία οδηγεί στη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των δαπανών υγείας.

ε) Η **μείωση των μετακινήσεων**. Δηλαδή, μειώνονται οι μετακινήσεις των ασθενών, λόγω των ελλιπών στοιχείων που μπορεί να υπάρξουν σε μια χειρόγραφη συνταγή. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στη μείωση των άμεσων μη ιατρικών δαπανών για την υγεία. Άμεσες μη ιατρικές δαπάνες είναι οι δαπάνες εκείνες που δεν σχετίζονται με την πάθηση των ασθενών.

στ) Η **μείωση του χρόνου αναμονής στο φαρμακείο**, αφού ο ασθενής δε μεταφέρει τη συνταγή με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά ο χρόνος αναμονής στο φαρμακείο. Αυτό συμβάλλει στη καλύτερη διαχείριση του χρόνου και της πίεσης στο φαρμακείο. Ακόμη, δίνεται στο φαρμακοποιό η δυνατότητα να συμμορφώσει τον ασθενή με βάση τη φαρμακευτική αγωγή.

Μειονεκτήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Όπως είναι φυσιολογικό, κάθε νέα τεχνολογία εκτός από θετικά στοιχεία έχει και ορισμένους κινδύνους. Στην ηλεκτρονική συνταγογραφία, οι κύριοι κίνδυνοι που μπορούν να προκύψουν είναι: α) τα σφάλματα καταχώρησης δεδομένων, όπως η λανθασμένη επιλογή στις δόσεις ενός φαρμάκου και β) η αποκάλυψη απόρρητων πληροφοριών για την υγεία ενός ασθενούς στο διαδίκτυο λόγω ανεπαρκών πρακτικών ασφάλειας. Απαιτείται το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να έχει όσο το δυνατόν υψηλότερα επίπεδα κρυπτογράφησης και κωδικοποίησης των δεδομένων του, μέσω διαφόρων μεθόδων, όπως με την παροχή μοναδικών «έξυπνων» καρτών (smart ID – cards) για τους επαγγελματίες υγείας και με τη χρήση ηλεκτρονικών υπογραφών κρυπτογράφησης.

Εν κατακλείδι, η μετάβαση από την πρακτική της χειρόγραφης συνταγογράφησης στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες αποτελεί μία πολυσύνθετη διαδικασία, η οποία προϋποθέτει μια σειρά ενεργειών ωρίμανσης και προετοιμασίας, ώστε να αντιμετωπισθούν θέματα όπως ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων και τα διαφοροποιούμενα συμφέροντά τους, η προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η γεωγραφική διασπορά των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύθηκε η έννοια της συνταγογράφησης και περιγράφησαν οι τεχνικές της σε χειρόγραφη και ηλεκτρονική μορφή. Επιπλέον, αναφέρθηκαν οι ιδιαιτερότητες της φαρμακευτικής αγοράς που καθορίζουν το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης και συσχετίστηκαν με την ανάγκη χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η συνταγογράφηση αποτελεί το βασικό μέσο επικοινωνίας ιατρού και φαρμακοποιού με στόχο το όφελος του ασθενή. Η χειρόγραφη συνταγογραφή αποτελεί για χρόνια το κύριο μέσο λήψης φαρμάκων, αλλά προβλήματα όπως η δυσανάγνωστη γραφή των ιατρών και ο ανεπαρκής έλεγχος της οδήγησαν στην ανάγκη αντικατάστασής της από ηλεκτρονικά συστήματα.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ένα νέο μέσο λήψης φαρμακευτικών ουσιών, το οποίο σταδιακά εφαρμόζεται σε όλο και περισσότερες χώρες του κόσμου. Τα θετικά της σημεία είναι η ευχέρεια διαχείρισης ιατρικών δεδομένων, η μείωση των συνταγογραφικών λαθών και η δυνατότητα άμεσου ελέγχου των συνταγών. Παρ' όλ' αυτά απαιτείται ακόμη πολύς καιρός για την ωρίμανση και διασφάλιση της διαδικασίας της.

Συμπερασματικά, το φάρμακο αποτελεί πολύτιμο αγαθό για την ποιοτική και μακρόχρονη διαβίωση των πολιτών. Η διασφάλιση της εύκολης πρόσβασης σε αυτό σε συνδυασμό με το μικρότερο δυνατό κόστος αποτελεί στόχο του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΕΘΝΩΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Στη σημερινή εποχή, η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με έναν ταχύτατο ρυθμό ωθώντας πολλές κυβερνήσεις παγκοσμίως να λάβουν μία σειρά μέτρων για τη μείωσή της και την καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Όπως διαφαίνεται, η αύξηση των δαπανών υγείας οφείλεται κυρίως στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών και όχι τόσο στην υπερκοστολόγησή τους, θέτοντας κατά αυτό τον τρόπο ως μείζον μηχανισμό άμυνας τη χρήση του ηλεκτρονικού ελέγχου.

Σημαντικό μέτρο για την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί η εφαρμογή ενός καθολικού συστήματος ηλεκτρονικού ελέγχου τόσο για τα φάρμακα όσο και για τις ιατρικές πράξεις και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Η ηλεκτρονική καταγραφή, αποθήκευση και εκτέλεση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να εξασφαλίσει τον ουσιαστικό έλεγχο της σπατάλης στην πηγή της δημιουργίας της εξορθολογίζοντας τον όγκο των ιατρικών πράξεων και των προϊόντων που καταναλώνονται, καθώς και να βοηθήσει στον σχεδιασμό των κατάλληλων μηχανισμών και κινήτρων για την αποδοτικότερη λειτουργία της αγοράς υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προωθεί τη δημιουργία ενός "ευρωπαϊκού χώρου ηλεκτρονικής υγείας", ώστε να υπάρχει ένα σύστημα ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, το οποίο θα στηρίζεται στην ανάπτυξη δικτύων ανταλλαγής πληροφοριών για την υγεία μεταξύ των φορέων περίθαλψης. Το σύστημα θα επιτρέπει τον συντονισμό των δράσεων σε περίπτωση κινδύνου για τη δημόσια υγεία καθώς και θα εξασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε απευθείας σύνδεση, όπως πληροφοριών για μια υγιεινή ζωή και πρόληψη των ασθενειών. Παράδειγμα μίας τέτοιας μεθόδου είναι το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (e - prescribing) που έχει τεθεί σε εφαρμογή σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ).

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν οι εμπειρίες από την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε χώρες με μακροχρόνια εφαρμογή και αναλυτικότερα στη Δανία και στη Σουηδία εξαιτίας της επιτυχημένης πραγματοποίησής της σε αυτές, αλλά και σε χώρες από την πρόσφατη υλοποίησή της, όπως στην Ελλάδα. Επιπλέον, θα αναλυθεί η έννοια των διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη.

3.2 Προσπάθειες και εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο Εξωτερικό

Η συνταγογράφηση είναι η πιο κοινή ιατρική πράξη. Σύμφωνα με μελέτη των Wang *et. al.* (2009), στη Μεγάλη Βρετανία 1,5 εκατομμύρια συνταγές γράφονται από επιστήμονες της υγείας κάθε ημέρα και υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτός θα αυξάνεται κατά 5% κάθε χρόνο. Αντίστοιχα, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τέσσερις στους πέντε πολίτες που επισκέπτονται το γιατρό φεύγουν με μια συνταγή. Σύμφωνα με τη μελέτη των Alkensee *et. al.* (2008), το 2007 υπήρχαν 3,5 δισεκατομμύρια συνταγές, ενώ το 2010 αναμενόταν να είναι 4,5 με 5 δισεκατομμύρια συνταγές στις ΗΠΑ. Όπως γίνεται κατανοητό, η ανεξέλεγκτη αύξηση της συνταγογράφησης οδηγεί άμεσα και σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ωθώντας τις περισσότερες χώρες στην άσκηση κρατικής παρέμβασης στην αγορά του φαρμάκου. Ένα άριστο μέτρο παρέμβασης με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας και τον έλεγχο των κρατικών δαπανών αποτελεί η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Τα βήματα για την χρησιμοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας παγκοσμίως έγιναν σταδιακά σε μία διάρκεια δύο δεκαετιών.

Αναλυτικότερα, η πρώτη εμφάνιση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανά τον κόσμο γίνεται τη δεκαετία του 1990, όπου χρησιμοποιείται πειραματικά σε διάφορες εφαρμογές στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Πρωτοπόρος σε εθνικό επίπεδο είναι το Βέλγιο, που την εφαρμόζει από το 1993, ενώ το 1996 εφαρμόζεται στην Δανία, μία χώρα που στη συνέχεια θα αποτελέσει πρότυπο για την αποτελεσματικότητα και τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας. Το 2003, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ενσωματώνεται στη μεταρρύθμιση του κλάδου φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ) και

δύο χρόνια μετά, το 2005, εφαρμόζεται στην Ιταλία, τη Γαλλία και την Αυστρία, ενώ την ίδια χρονιά αρχίζει να συζητιέται επισταμένα και στην Ελλάδα. Το 2008 το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ενσωματώνεται από το υπουργείο Υγείας της Βρετανίας και το 2010 αρχίζει η πιλοτική εφαρμογή του στην Ελλάδα. Όπως διαφαίνεται από τα ανωτέρω, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας σε κάθε χώρα έγινε ξεχωριστά και σε διαφορετικά στάδια, ενώ παράλληλα με την υλοποίησή της έκαναν την εμφάνισή τους και τα πρώτα οφέλη που αποκομίσθηκαν από τη χρήση της.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το κείμενο της δημόσιας διαβούλευσης για τους συμβούλους του έργου Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης οι προσπάθειες που έγιναν, από τις αρχές της δεκαετίας του '90, στην Ευρώπη για την καθιέρωση ενός σύγχρονου συστήματος συνταγογράφησης, αλλά και τα οφέλη για τις χώρες που το εφήρμοσαν είναι οι ακόλουθες:

- Η πρώτη καταγραφή των πλεονεκτημάτων μιας ψηφιακοποίησης της συνταγογράφησης, ανάγεται στις αρχές της δεκαετίας του 1980 στη Σουηδία. Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι τεχνολογίες είχαν ήδη ωριμάσει αρκετά και η Σουηδική κυβέρνηση υιοθέτησε μια εθνική στρατηγική που επέτρεψε τη ραγδαία αύξηση της διείσδυσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η διείσδυση σήμερα στη χώρα είναι 97% στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και 87% στη νοσοκομειακή. Η πλειοψηφία των πολιτών που έλαβαν ηλεκτρονική συνταγή δηλώνει πως θέλει να την ξαναχρησιμοποιήσει. Η επιτυχία της συνίσταται: α) στο μακροχρόνιο πειραματισμό και τη συνακόλουθη τεχνογνωσία που παρήχθει, β) στην προσήλωση στην ΠΦΥ και γ) στην εμπιστοσύνη των πολιτών για την ασφάλεια των δεδομένων.

- Στη Δανία, ήδη από το 2002, το 85% των ιατρών και το 100% των φαρμακοποιών μπορούσε να παράγει και να διακινεί ηλεκτρονικές συνταγές. Σήμερα, 1,5 εκατομμύριο συνταγές διακινούνται ηλεκτρονικά κάθε μήνα σε όλο το εύρος του δανέζικου τομέα υγείας. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση χρηματοδοτείται από πέντε υπουργεία και την ένωση των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης. Επιπλέον, κάθε Δανός πολίτης έχει το φαρμακευτικό του ιστορικό διαθέσιμο σε μια διαδικτυακή καρτέλα μέσω ειδικού λογισμικού. Όλα αυτά εντός ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, μέσω του οποίου, περισσότερο από 90% των ιατρείων, όλα τα φαρμακεία, τα νοσοκομεία, τα εργαστήρια και οι δομές κατ' οίκον φροντίδας, ανταλλάσσουν κάθε χρόνο περισσότερα από 30 εκατομμύρια μηνύματα.

- Στη Φινλανδία, οι προσπάθειες για υλοποίηση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεκίνησαν το 2002. Προς το τέλος του 2004, η αξιολόγηση του πρώτου πιλοτικού προγράμματος, έλαβε χώρα. Το 2006 τέθηκε σε ισχύ το σχετικό θεσμικό πλαίσιο. Σήμερα, το σύστημα λειτουργεί και βασίζεται σε μια εθνική βάση δεδομένων για τις ηλεκτρονικές συνταγές, την οποία φιλοξενεί και συντηρεί το KEELA, ο μοναδικός ΦΚΑ (Φορέας Κρατικής Ασφάλισης) στη χώρα. Το σύστημα συμπεριλαμβάνει smart ID-cards ("έξυπνες" κάρτες ταυτοποίησης) για τους επαγγελματίες υγείας, με τη χρήση ηλεκτρονικών υπογραφών (eSignature) και κρυπτογράφησης για τα μηνύματα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως ήδη από το 1997 στη Φινλανδία, οι γιατροί που συνταγογραφούν περισσότερες από 200 αποζημιωθείσες από ΦΚΑ συνταγές ετησίως, λαμβάνουν κάθε χρόνο μια έκθεση η οποία περιλαμβάνει: πόσες συνταγές εξέδωσαν, το κόστος τους σε σύνολο, αναλυμένο ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο, το μέσο κόστος ανά συνταγή, το είδος των φαρμάκων που έχει συνταγογραφήσει περισσότερο ο γιατρός, και τα είδη των σκευασμάτων που ευθύνονται περισσότερο για το κόστος. Οι τιμές αυτές συγκρίνονται με το μέσο όρο για την ίδια ιατρική ειδικότητα.

- Στη Μεγάλη Βρετανία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ακολούθησε διάφορες διαδρομές, άλλοτε παράλληλες και άλλοτε αλληλοτεταγμένες, λόγω απουσίας της κατάλληλης εθνικής στρατηγικής. Υπάρχουν παραδείγματα όπως των πανεπιστημιακών νοσοκομείων του Birmingham που ανέπτυξαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '90, εφαρμογές με ίδια μέσα (in-house), παραδείγματα μεμονωμένων τμημάτων σε νοσοκομεία που χρησιμοποιούν εμπορικό λογισμικό (π.χ. ογκολογικές κλινικές), αλλά και παραδείγματα νοσοκομείων που χρησιμοποιούν εμπορικό λογισμικό σε όλα τους τα τμήματα. Όμως, στα πλαίσια του προγράμματος NPfIT (National Program for Information Technology, Εθνικό Πρόγραμμα για την Τεχνολογία Πληροφόρησης) και του National Health Service (NHS) Connecting for Health (Εθνικό Σύστημα Υγείας "Ενώνεται" για την Υγεία), αναπτύχθηκε το NHS Care Records Service (πρόγραμμα κεντρικής αποθήκευσης και διαχείρισης ηλεκτρονικών αρχείων) στο πλαίσιο του οποίου προσφέρονται υπηρεσίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ανάπτυξή τους δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Είναι χαρακτηριστικό πως ακόμη και στην παρούσα φάση (Electronic Prescription Service (EPS) – Release 2) οι ασθενείς λαμβάνουν και έντυπη εκδοχή της συνταγής, όπως άλλωστε συμβαίνει και στην πλειονότητα των χωρών.

- Πλήθος εμπορικών εφαρμογών με σημαντική προστιθέμενη αξία (π.χ. συνταγολογία, αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων) είναι διαθέσιμες στις ΗΠΑ. Η υιοθέτηση της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης χαίρει ευρείας πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης αλλά δεν έχει ακόμη καταφέρει να επιτύχει τους στόχους της. Στην πραγματικότητα, δύο γεγονότα πυροδότησαν τις εξελίξεις: α) ο τυφώνας Κατρίνα το 2005, που ανέδειξε την ανάγκη για ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας και β) η μελέτη του Institute of Medicine (IOM) "Preventing Medication Errors" που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2006. Όμως, στην αρχή της δεκαετίας του 2000 η ηλεκτρονική διακίνηση συνταγών απαγορευόταν σε αρκετές πολιτείες και αυτό χρειάστηκε να φτάσει το 2007 για να εξαλειφθεί. Σημαντικό βήμα προς τα εμπρός έγινε με την υιοθέτηση οικονομικών κινήτρων και αντικινήτρων για τους ιατρούς το 2009. Στις ΗΠΑ λειτουργεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο πληροφοριακό δίκτυο υγείας το οποίο προήλθε από συνένωση εταιρειών, δύο αμερικανικών ενώσεων φαρμακείων, και τους τρεις μεγαλύτερους αμερικανικούς PBM's (οι περισσότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί στις ΗΠΑ προσλαμβάνουν PBM's (Prescription Benefit Managers) οι οποίοι συμβάλλονται με τα φαρμακεία και αναλαμβάνουν τη γραφειοκρατία της εκκαθάρισης των συνταγών). Το δίκτυο αυτό καλύπτει όλη την επικράτεια και φέρνει σε επαφή τους συνταγογράφους με την συντριπτική πλειοψηφία των φαρμακείων. Επίσης, πιστοποιεί λογισμικό τρίτων εταιρειών για χρήση μέσω του δικτύου της και έχει μέχρι σήμερα πιστοποιήσει περισσότερες από 200 εφαρμογές. Σήμερα, τα αποτελέσματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στις ΗΠΑ δείχνουν ότι το 5 - 20% των ιατρών, το 85% των φαρμακείων και το 5% των νοσοκομείων την χρησιμοποιεί, ενώ έχουν εξοικονομηθεί \$29 δισεκατομμύρια.

Στη συνέχεια, θα αναλυθεί εκτενώς η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στη Δανία και στη Σουηδία. Η επιλογή των δύο χωρών έγινε εξαιτίας της ευρείας και επιτυχημένης εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας, σε μια προσπάθεια ανάδειξης των ωφελειών που προκύπτουν από την χρήση της.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Δανία

Η Δανία με 5,3 εκατομμύρια πολίτες αποτελεί ηγετική παρουσία όσον αφορά την εφαρμογή νέων τεχνολογιών στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Αναφορικά με τα στοιχεία του συστήματος υγείας στην Δανία, το προσδόκιμο όριο επιβίωσης ανέρχεται στα 78,1 χρόνια, οι δαπάνες υγείας αποτελούν το 9,8 % του ΑΕΠ με τις δημόσιες δαπάνες υγείας να ανέρχονται στο 85% της συνολικής δαπάνης υγείας και η χώρα να κατατάσσεται

στην 25 θέση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (WHO, Ranking of Healthcare systems)

Όσον αφορά στην χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή το 99% των ιατρών χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό υπολογιστή, ενώ το ίδιο ποσοστό διαθέτει σύνδεση στο internet (διαδίκτυο) με το 91% να χρησιμοποιεί ευρυζωνικά δίκτυα (γρήγορη παροχή σύνδεσης με το διαδίκτυο). Επίσης, η χρήση ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών αποτελεί ιδιαίτερα διαδεδομένη πρακτική στην Δανία και η αποθήκευση σε ψηφιακή μορφή στοιχείων που αφορούν την ιατρική κατάσταση του ασθενούς γίνεται από το 90% των ιατρών. Η χρήση ηλεκτρονικών δικτύων για την μεταφορά ιατρικών δεδομένων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη με το 96% των ιατρών να λαμβάνουν αναλυτικά αποτελέσματα των εργαστηριακών αναλύσεων και το 74% να ανταλλάσσουν δεδομένα με άλλους φορείς παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 97% του ιατρικού προσωπικού κάνει τακτική χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων στον χώρο της υγείας στην Δανία ξεκινά από το 1996, με την ανάπτυξη ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, ενώ το 2003 μέσα στα πλαίσια της στρατηγικής στον χώρο της υγείας πραγματοποιήθηκε αναβάθμιση των λειτουργιών του πληροφοριακού συστήματος σε σχέση με την τήρηση των ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών. Ειδικότερα, οι βασικοί σταθμοί εφαρμογής συστημάτων πληροφορικής στο δημόσιο σύστημα υγείας της Δανία είναι: α) το 1996, όπου γίνεται η διαμόρφωση ενός εθνικού σχεδίου για την δημιουργία ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών, (Danish Action Plan for HER), β) το 2000, όπου επιτελείται η εφαρμογή των πληροφοριακών συστημάτων στο νοσοκομειακό σύστημα με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την μείωση του μέσου χρόνου αναμονής (National Strategy for IT in the Danish Hospital System), γ) το 2003, όπου γίνεται η διαμόρφωση ενός εθνικού σχεδίου για την εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων σε σχέση με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (National IT health for the Danish Healthcare Service) και δ) το 2005, όπου πραγματοποιείται ψηφιοποίηση στον χώρο της υγείας (National Strategy for Digitization of the Danish Healthcare Service).

Οι δύο βασικότεροι μηχανισμοί οι οποίοι εντάσσονται μέσα στα πλαίσια της ασκούμενης εθνικής πολιτικής στον χώρο της υγείας με στόχο την ψηφιοποίηση των παρεχόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών είναι η διαδικτυακή πύλη για την υγεία **Sunhed.dk** και ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός **Medcom**. Στη συνέχεια θα γίνει ανάλυση

των δύο βασικών μηχανισμών που αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας στη Δανία.

- Σχετικά με την διαδικτυακή πύλη **Sundek.dk**: Η λειτουργία της διαδικτυακής πύλης για την υγεία ξεκίνησε το 2003 και σήμερα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των δημόσιων υποδομών στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Η εγκατάστασή της κόστισε 1,5 εκ ευρώ, ενώ το ετήσιο κόστος λειτουργίας της προσεγγίζει τα 4,5 εκ. ευρώ και όσον αφορά την διαμόρφωση του περιεχομένου της συμμετέχουν κατά κύριο λόγο οι κομητείες και οι τοπικές αρχές. Η Sundek.dk παρέχει την δυνατότητα στους ασθενείς: α) να έχουν πρόσβαση στο ιατρικό τους προφίλ, β) να έχουν πρόσβαση στην βάση δεδομένων τους, γ) να έχουν πρόσβαση στο ιατρικό τους ιστορικό, δ) να ενημερώνονται σε θέματα προληπτικής ιατρικής και ιατρικής νομοθεσίας, ε) να δηλώσουν στην περίπτωση που επιθυμούν τη δωρεά οργάνων τους, στ) να κλείνουν ραντεβού με γιατρούς και να καταγράφουν τα προσωπικά τους ραντεβού στο ατομικό τους ημερολόγιο, ζ) να δέχονται συμβουλευτική υποστήριξη μέσω διαδικτύου από ιατρικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και η) να ενημερώνονται σε σχέση με την λειτουργία όλων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης με αναλυτική πληροφόρηση σε σχέση με τον χρόνο αναμονής και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, εκτός της δυνατότητας πρόσβασης στο ίδιο πληροφοριακό υλικό με τους ασθενείς, υπάρχει και η δυνατότητα πρόσβασης σε εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και σε διαθέσιμες θέσεις εργασίας. Η πρόσβαση στα ψηφιακά δεδομένα γίνεται μέσω ψηφιακής υπογραφής, ενώ παρέχεται η δυνατότητα ενημέρωσης σε σχέση με την επισκεψιμότητα του προσωπικού προφίλ. Για τους φαρμακοποιούς και τους κλινικούς ιατρούς η πρόσβαση στα ηλεκτρονικά δεδομένα απαιτεί ειδικά πιστοποιητικά ασφαλείας. Επιπροσθέτως, παρέχεται η δυνατότητα σε κάθε έναν ασθενή - χρήστη του συστήματος η επιλογή των κλινικών ιατρών που θα έχουν πρόσβαση στο προσωπικό τους προφίλ, καθώς και ο περιορισμός στην δυνατότητα πρόσβασης σε ατομικά στοιχεία που αφορούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

- Σχετικά με τον οργανισμό **Medcom**: Η Medcom ιδρύθηκε το 1994 και μέχρι το 2002 ανέπτυξε τα βασικά εθνικά πρότυπα σε σχέση με την ανταλλαγή ηλεκτρονικών δεδομένων και την ευρεία εφαρμογή τους στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η Medcom εντάσσεται μέσα στα πλαίσια του εθνικού σχεδιασμού για την ανάπτυξη,

εφαρμογή, εξάπλωση και διασφάλιση της ποιότητας της ηλεκτρονικής επικοινωνίας και πληροφορίας στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η δραστηριοποίηση της Medcom αφορά τους ακόλουθους τομείς: 1) την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής στον χώρο της υγείας για ψηφιοποίηση των παρεχομένων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών και 2) την διαμόρφωση και εφαρμογή προτύπων όσον αφορά τα δίκτυα επικοινωνίας των βάσεων δεδομένων.

Η Medcom χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, το Εθνικό Συμβούλιο για την Υγεία, τις τοπικές κυβερνήσεις και τον σύνδεσμο των φαρμακοποιών της Δανίας. Το 2007 ιδρύθηκε η Medcom International με στόχο την συνέχιση του έργου της Medcom μέσω σύναψης διεθνών συνεργασιών στον χώρο της υγείας. Το ποσοστό της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Δανία προσεγγίζει το 100%, καθώς είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατατάσσοντας την Δανία στις πρώτες θέσεις αναφορικά με την εφαρμογή της. Το υψηλό ποσοστό της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης οφείλεται στα μέτρα για την προώθηση και την εφαρμογή της που έλαβε η κυβέρνηση, καθώς παρείχε την δυνατότητα σε όλους τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας να εκδώσουν μια συνταγή είτε γραπτώς, είτε ηλεκτρονικώς, είτε μέσω fax (τηλεμοιοτυπία) ή τηλεφώνου. Επιπροσθέτως, παρέχεται η δυνατότητα καταγραφής στο ηλεκτρονικό αρχείο του ασθενούς όλων των παραπομπών του σε ειδικούς μέσω του δικτύου της Medcom. Είναι χαρακτηριστικό ότι, από το 2009 υπάρχει η δυνατότητα ραντεβού με κάποιον ειδικό ηλεκτρονικά καθώς και η παροχή συμβουλών μέσω email (ηλεκτρονική αλληλογραφία).

Η οργανωτική δομή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Δανία, περιλαμβάνει δύο βασικά επιμέρους υποσυστήματα: 1) τον κεντρικό διακομιστή και 2) το ιατρικό προφίλ. Το ιατρικό προφίλ αποτελεί μια επισκόπηση σε ηλεκτρονική μορφή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Για κάθε πολίτη, όλες οι αγορές φαρμακευτικών σκευασμάτων καταχωρούνται και συγκεντρώνονται σε ένα ατομικό ιατρικό προφίλ σε ψηφιακή μορφή, το οποίο παρέχει πολύτιμες πληροφορίες όσον αφορά στην ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή και την ανταπόκριση του ασθενή. Το ιατρικό προφίλ συμπληρώνεται με πληροφορίες που αφορούν την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθείται σε περίπτωση νοσηλείας με απώτερο στόχο την παροχή πληρέστερης πληροφόρησης και εικόνας για την κατάσταση υγείας του ασθενή και την βελτιστοποίηση της παρεχόμενης φαρμακευτικής περίθαλψης από τους εμπλεκόμενους φορείς.

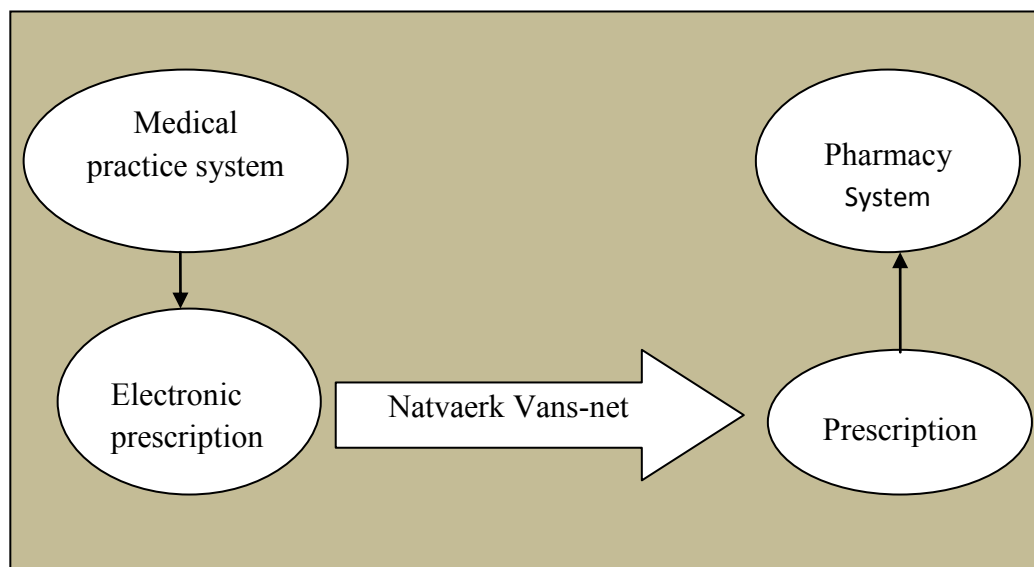
Το 2007, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων της Δανίας, μέσα στα πλαίσια του εθνικού σχεδιασμού για την χρήση πληροφοριακών συστημάτων στο δημόσιο σύστημα υγείας, εγκαινίασε την χρήση ενός κεντρικού παροχέα μέσω του οποίου η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή θα μεταφερόταν ηλεκτρονικώς από τους ιατρούς στα φαρμακεία. Υπολογίζεται ότι από την 1 Ιανουαρίου του 2007 κατά μέσο όρο διαχειρίζεται 50.000 συνταγές καθημερινά και συνολικά μέχρι και τον Ιούνιο του 2009 έχουν καταχωρηθεί περίπου 30.000.000 φαρμακευτικές συνταγές.

Επιπλέον, η Ένωση Φαρμακοποιών της Δανίας δημιούργησε μια κεντρική διαδικτυακή πύλη, την Apoteket.dk. Η διαδικτυακή αυτή πύλη (site), εκτός της πληροφόρησης που παρέχει σε σχέση με φαρμακευτικά σκευάσματα και θέματα υγείας, προσφέρει την δυνατότητα παραγγελίας και αγοράς φαρμάκων ηλεκτρονικώς, καθώς και διανομής ή αγοράς από οποιοδήποτε τοπικό φαρμακείο. Στο site παρέχονται, επιπλέον, πληροφορίες από τους συμβεβλημένους φαρμακοποιούς σε σχέση με πιθανά ερωτήματα του καταναλωτικού κοινού αναφορικά με τα φάρμακα. Επίσης, οι φαρμακοποιοί μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες συμβουλευτικού τύπου σε πελάτες τους μέσω webcam ή email. Συνολικά υπολογίζεται ότι η επισκεψιμότητα του συγκεκριμένου site προσεγγίζει τα 28.000 άτομα εβδομαδιαίως και προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφάλεια του συστήματος, η πρόσβαση στις υπηρεσίες που αυτό παρέχει πραγματοποιείται μέσω ψηφιακής υπογραφής.

Ειδικότερα, η ένωση φαρμακοποιών σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων εγκαινίασε την λειτουργία ενός επιπλέον site του Medicinkombination.dk., το οποίο αποτελεί μια διαδικτυακή πύλη που προσφέρει σε ασθενείς, οι οποίοι χρησιμοποιούν περισσότερα από ένα φαρμακευτικά σκευάσματα ή σκευάσματα φυτικής προέλευσης ή βιταμίνες, πληροφορίες σχετικά με ενδεχόμενη αλληλεπίδραση των σκευασμάτων. Η βάση αυτή δεδομένων αποτελεί τμήμα του Apoteket.dk.

Βασικοί σταθμοί στην διαδικασία εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Δανία είναι οι ακόλουθοι: α) το 2007 η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθίσταται υποχρεωτική για όλους τους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ από το 2009 παρέχεται η δυνατότητα συμβουλευτικής υποστήριξης του κοινού μέσω διαδικτύου και β) το 2007 ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων εγκαινιάζει την χρήση ενός κεντρικού παροχέα ηλεκτρονικής μεταφοράς των συνταγολογίων από τους ιατρούς στα φαρμακεία, ενώ παράλληλα καθιερώνεται και η λειτουργία των ψηφιακών ιατρικών προφίλ των ασθενών

και ξεκινά η λειτουργία των διαδικτυακών πλατφόρμων Apoteket. Dk και Medicationcombination.dk. όπως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3.1.



Πηγή: Danish Medicine Agency, June 2009

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στη Δανία

Δυστυχώς, το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι εξαιρετικά περιορισμένο, καθώς η εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων στον χώρο της υγείας αντιμετωπίζεται ως προέκταση της ανάπτυξης των προσφερόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών. Ωστόσο θα πρέπει να επισημανθεί ότι μέσα στα πλαίσια της στρατηγικής στον χώρο της υγείας υπάρχει προσανατολισμός για την περαιτέρω προστασία και ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων.

Το οικονομικό όφελος από την εφαρμογή των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας (e-health) μέχρι και το 2008 είναι ετησίως 78.000.000 ευρώ, ενώ σε μελέτες της Medcom αναφέρεται ότι: α) για κάθε ημέρα χωρίς ηλεκτρονική συνταγογράφηση το δανέζικο κράτος έχανε 225.000 ευρώ, και β) ότι κάθε χειρόγραφη συνταγή, κόστιζε στο σύστημα 2,3 ευρώ μόνο για μεταφορικά. Τα πλεονεκτήματα αυτής της ολοκλήρωσης μπορούν να αναπαραχθούν και εκτός Δανίας μέσω ολοκληρωμένου ειδικού λογισμικού. Η στρατηγική της Δανίας για την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας συνοψίζεται στο κείμενο «National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service 2008-2012».

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Σουηδία

Ήδη το 1983, στη Σουηδία, η πρώτη παγκοσμίως ηλεκτρονική συνταγή παρήχθη και διακινήθηκε από ένα ιατρείο σε ένα κοντινό φαρμακείο. Αλλά η ανωριμότητα των τεχνολογιών δικτύωσης και τηλεπικοινωνιών δεν επέτρεψε τη γρήγορη επέκταση αυτής της νέας πρακτικής. Στα τέλη όμως της δεκαετίας του 1990, οι τεχνολογίες είχαν ήδη ωριμάσει αρκετά και η Σουηδική κυβέρνηση υιοθέτησε μια εθνική στρατηγική που επέτρεψε τη ραγδαία αύξηση της διείσδυσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, φτάνοντας στην παραγωγή 2,7 εκατομμυρίων ηλεκτρονικών συνταγών ανά μήνα, τον Σεπτέμβριο του 2008, αριθμός που αντιστοιχεί στο 70% του συνόλου των παραγόμενων συνταγών. Στη Σουηδία έχει υπολογιστεί πως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση γλιτώνει 100 ώρες εργασίας ανά ιατρό ανά έτος, ενώ ακόμα πιο σημαντική είναι η διευκόλυνση της εργασίας των φαρμακοποιών. Από την πλευρά των πολιτών, στη Σουηδία το 95% αυτών που έλαβαν ηλεκτρονική συνταγή δηλώνει πως θέλει να την ξαναχρησιμοποιήσει (κείμενο δημόσιας διαβούλευσης για τους συμβούλους του έργου Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης).

Αναλυτικότερα, ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η διοίκηση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας στην Σουηδία πραγματοποιείται μέσω της συνεργασίας της Κεντρικής Κυβέρνησης της Σουηδίας, των ομοσπονδιακών κυβερνήσεων και των Συμβουλίων των Κομητειών. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων αναλαμβάνει την εποπτεία για την εκτέλεση του στρατηγικού σχεδιασμού στον χώρο της υγείας καθώς και της λειτουργίας των φορέων υγείας.

Οι δύο βασικότεροι μηχανισμοί οι οποίοι εντάσσονται μέσα στα πλαίσια της ασκούμενης εθνικής πολιτικής στον χώρο της υγείας με στόχο την ψηφιοποίηση των παρεχόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών είναι η διαδικτυακή πύλη για την υγεία **Sjunet** και ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός **Apoteket AB**.

- Το **Sjunet** αποτελεί την διαδικτυακή υποδομή μέσω της οποίας συνδέονται οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι νοσοκομειακές μονάδες. Μέσω του δικτύου Sjunet πραγματοποιείται η ασφαλής διακίνηση και μεταφορά πληροφοριών αναφορικά με τα ιατρικά δεδομένα των ασθενών καθώς και η εφαρμογή τηλεϊατρικών υπηρεσιών.

Οι συνταγές, οι οποίες είτε συνταγογραφούνται ηλεκτρονικά από κάποιο ιδιώτη ιατρό είτε μέσω του πληροφοριακού συστήματος ενός νοσοκομείου, μεταφέρονται

στα φαρμακεία μέσω του δικτύου Sjunet. Η διαδικασία αυτή είναι δυνατόν να επιτευχθεί με δύο τρόπους. Είτε μέσω ενός πληροφοριακού συστήματος ηλεκτρονικών αρχείων για τους ασθενείς, το οποίο συμπληρώνεται από ένα λογισμικό που επιτρέπει την ηλεκτρονική αποστολή της συνταγής, είτε μέσω της χρήσης μιας διαδικτυακής βάσης στην οποία έχουν πρόσβαση με κωδικό μόνο κλινικοί ιατροί οι οποίοι και συμπληρώνουν την αντίστοιχη φόρμα που στη συνέχεια αποστέλλεται μέσω του δικτύου Sjunet.

Είναι αναγκαίο στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η χρήση πληροφοριακών συστημάτων στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη προσεγγίζοντας το 97%, ενώ όσον αφορά τον νοσοκομειακό τομέα το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 60%. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επιτρέπει την απευθείας μεταφορά των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων από του ιδιώτες ιατρούς και από τις νοσοκομειακές μονάδες είτε πρόκειται για νοσηλευόμενους ασθενείς είτε για εξωτερικούς ασθενείς.

- Ο **Apoteket AB** είναι ένας κυβερνητικός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός που έχει ως κύριο στόχο την διασφάλιση της παροχής της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής στην κατάλληλη ποσότητα και στον κατάλληλο χρόνο και μέχρι πρόσφατα αποτελούσε τον μοναδικό διανομέα λιανικής των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Όσον αφορά το απασχολούμενο εργατικό δυναμικό αυτό αποτελείται είτε από φαρμακοποιούς είτε από διανομείς. Επίσης όλα τα φαρμακεία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων αποτελούν μέλη του Apoteket.

Η ηλεκτρονική μεταφορά της συνταγής μπορεί είτε να σταλθεί σε ένα συγκεκριμένο φαρμακείο είτε στο Εθνικό Ταχυδρομικό Κιβώτιο το οποίο επιτρέπει σε όλα τα φαρμακεία που αποτελούν μέλη του Apoteket να παραλάβουν και να εκτελέσουν την συνταγή παρέχοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την διευκόλυνση στο ασθενή να μην απευθυνθεί σε ένα συγκεκριμένο φαρμακείο, αλλά σε αυτό που έχει πιο εύκολη πρόσβαση την δεδομένη χρονική στιγμή. Το Εθνικό Ταχυδρομικό Κιβώτιο, (National Mailbox) τέθηκε σε λειτουργία για πρώτη φορά το 2004 παρέχοντας σε όλους τους χρήστες, αλλά ιδιαιτέρως στους ασθενείς, ευελιξία κινήσεων και ένα εύρος υπηρεσιών, όπως 24ωρο τηλεφωνικό κέντρο για παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και κατ' οίκον διανομή των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στην περίπτωση όπου οι ασθενείς έχουν επιλέξει εκ των προτέρων από ποιο φαρμακείο θα προμηθευτούν τα φάρμακα τότε αυτό είναι δυνατόν να

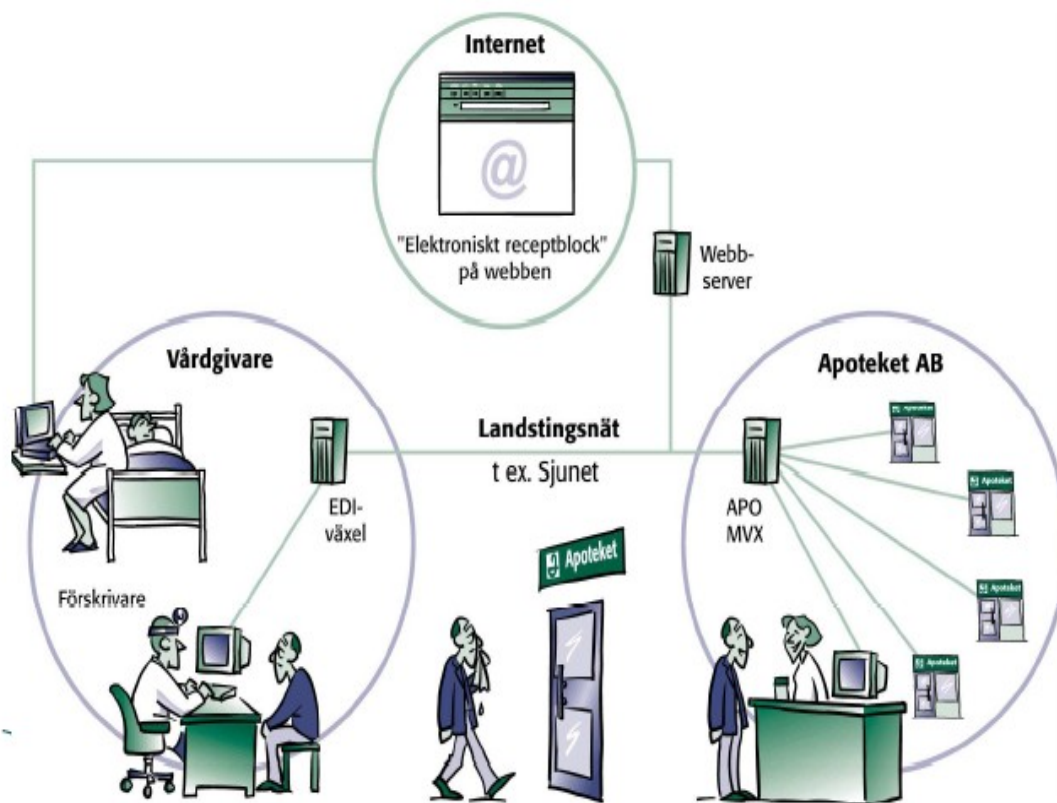
καταχωρηθεί από τον συνταγογράφο στην συνταγή ούτως ώστε ο συγκεκριμένος φαρμακοποιός να είναι ενήμερος για την επίσκεψη και παραλαβή του σκευάσματος έχοντας προηγουμένως ελέγξει τα υπάρχοντα αποθέματα και έχοντας προετοιμάσει την συνταγή.

Η επιτυχής εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προϋποθέτει την αναγνώριση των αναγκών και των προσδοκιών των χρηστών καθώς και την ολοκληρωμένη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Στην περίπτωση της Σουηδίας αυτό έχει επιτευχθεί μέσω της ανάπτυξης της συνεργασίας όλων των ενδιαφερόμενων μερών, δηλαδή των συνταγογράφων, των συμβουλίων των Κομητειών, του Aroteket καθώς και των ασθενών. Όσον αφορά στην διαδικασία εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυτή περιλαμβάνει τα εξής ακόλουθα στάδια: 1) σχεδιασμός του προγράμματος μέσω της συνεργασίας των διευθυντικών στελεχών των τοπικών φορέων παροχής ιατρικών υπηρεσιών και των τοπικών φαρμακείων σχετικά με τον σχεδιασμό και την λειτουργία του προγράμματος, 2) την εκπαίδευση των τελικών χρηστών του προγράμματος και την έναρξη της λειτουργίας του και 3) την αξιολόγηση μετά την παρέλευση τριών με έξι μηνών από την εφαρμογή, την εκτίμηση των δυσκολιών, των αδυναμιών που ανέκυψαν από την λειτουργία, του επιτευχθέντος οφέλους και την επισήμανση των επιπλέον δυνατοτήτων.

Η εκπαίδευση των χρηστών του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπως του ιατρικού προσωπικού, των νοσηλευτών και των μαιών, πραγματοποιείται είτε από τους κατασκευαστές του πληροφοριακού συστήματος ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών, είτε από εσωτερικούς εκπαιδευτές που διαθέτει κάθε φορέας υγείας. Επίσης, σε τοπικό επίπεδο υπάρχει συνεργασία των κομητειών και των φαρμακείων όσον αφορά στην παροχή πληροφόρησης, η οποία πραγματοποιείται: α) μέσω παρουσιάσεων διάρκειας 60 με 90 λεπτών, β) μέσω διαδικτύου και γ) μέσω διανομής ενημερωτικών φυλλαδίων. Το κόστος της εκπαίδευσης επιβαρύνει είτε τον φορέα υγείας είτε καλύπτεται από την εταιρεία έκδοσης του αντίστοιχου λογισμικού.

Αναφορικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση όλοι οι κλινικοί ιατροί διαθέτουν έναν προσωπικό κωδικό, ο οποίος περιλαμβάνει στοιχεία για την ταυτότητα, την ειδικότητα, τον φορέα εργασίας και ο οποίος είναι υποχρεωτικό να αναγράφεται στην συνταγή. Όταν δημιουργείται μια συνταγή ο κλινικός ιατρός καταγράφει το όνομα του ασθενή, τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης, το όνομα του φαρμακευτικού σκευάσματος καθώς και την δοσολογία. Στη συνέχεια η συνταγή μεταφέρεται ηλεκτρονικώς μέσω ενός

ασφαλούς ηλεκτρονικού δικτύου. Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Σουηδία περιγράφεται σχηματικά στο Διάγραμμα 3.2 βάσει των ανωτέρω αναφορών.



Πηγή: www.idika.gr

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2

Η διαδρομή της ηλεκτρονικής συνταγής στη Σουηδία

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στη Στοκχόλμη εκτιμάται ότι: α) το 2005, πέντε χρόνια μετά την εφαρμογή της, το καθαρό όφελος προσέγγιζε τα 27 εκατομμύρια ευρώ και το 2008 περίπου τα 95 εκατομμύρια ευρώ, ενώ β) το συνολικό κόστος για την εφαρμογή της υπολογίζεται στα 4 εκατομμύρια ευρώ. Όσον αφορά στο όφελος από την εφαρμογή της, αυτό φαίνεται να κατανέμεται κατά 80% στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κατά 20% στους πολίτες, γεγονός εξαιρετικά θετικό για την ελαχιστοποίηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Συμπερασματικά, ενώ σημειώνεται μεγάλη πρόοδος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στις Σκανδιναβικές χώρες, στην υπόλοιπη Ευρώπη η εφαρμογή του συστήματος είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο και εν αναμονή καθολικής χρήσης καινοτομιών, όπως τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία και οι "έξυπνες κάρτες". Για το λόγο αυτό γίνεται μία πανευρωπαϊκή προσπάθεια ώστε να υπάρξουν διασυνοριακές υπηρεσίες

που θα εξυπηρετούν στη μετάδοση γνώσεων και πληροφοριών μεταξύ των χωρών που εφαρμόζουν συστήματα ηλεκτρονικής υγείας (e-health).

3.3 Διασυνοριακές υπηρεσίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Από τη στιγμή που ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) είχε και έχει ως κύριο στόχο την επικοινωνία και συνεργασία των χωρών που εντάσσονται σε αυτή, ώστε να προαχθεί το κράτος πρόνοιας αλλά και η οικονομική ευημερία των πολιτών. Στα πλαίσια αυτού του στόχου και επικεντρώνοντας στον τομέα της υγείας, τον Ιούνιο του 2008 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με δημόσιους φορείς με αρμοδιότητα σε θέματα ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας - ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου - εγκαινίασε δύο σημαντικά έργα, τον ευρωπαϊκό πιλότο eρSOS (European Patients Smart Open Services) και το δίκτυο CALLIOPE (CALL for InterOPERability).

Από τη μία πλευρά, το eρSOS είναι ένα έργο για τη διαλειτουργικότητα (όπου με τον όρο διαλειτουργικότητα εννοείται η δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων και υπηρεσιών των διαφόρων εθνικών και περιφερειακών συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας) της ηλεκτρονικής υγείας που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και έχει σαν στόχο να κατασκευάσει και να αξιολογήσει μια υποδομή υπηρεσιών η οποία θα επιτρέπει τη διασυνοριακή διαλειτουργικότητα των συστημάτων ηλεκτρονικών μητρώων υγείας στην Ευρώπη, χωρίς να υπερβαίνει νομοθετικές ρυθμίσεις και ήδη υφιστάμενα εθνικά συστήματα. Από την άλλη, το δίκτυο CALLIOPE (CALL for InterOPERability) επεξεργάστηκε τον Ευρωπαϊκό Χάρτη για την διαλειτουργικότητα στην ηλεκτρονική υγεία ως βασικό εργαλείο για την λήψη πολιτικών αποφάσεων για τον συντονισμό ευρωπαϊκών δράσεων στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας στα πλαίσια της Κοινοτικής Οδηγίας για τις διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας.

Η ανάγκη διασύνδεσης των συστημάτων υγείας και των πολιτικών για την υγεία σε όλη την ΕΕ τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και εντονότερη, εξαιτίας της αυξημένης κινητικότητας των ασθενών και των επαγγελματιών του τομέα στην ΕΕ, των κοινών προσδοκιών του κοινού σε όλη την Ευρώπη και της διάδοσης των νέων ιατρικών

τεχνολογιών και τεχνικών μέσω των τεχνολογιών της πληροφορίας. Η διασύνδεση στον τομέα της υγείας προάγει την ποιότητα και την πρόσβαση των πολιτών της ΕΕ στη διασυνοριακή περίθαλψη.

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενες ενότητες, τα ηλεκτρονικά συστήματα αναφορικά με τα αρχεία των ασθενών αναπτύσσονται ήδη από πολλά κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενούς και οι ηλεκτρονικές συνταγές (ePrescription) αποτελούν ουσιώδη μέτρα ώστε να καταστεί πιο ασφαλής η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Το έργο epSOS

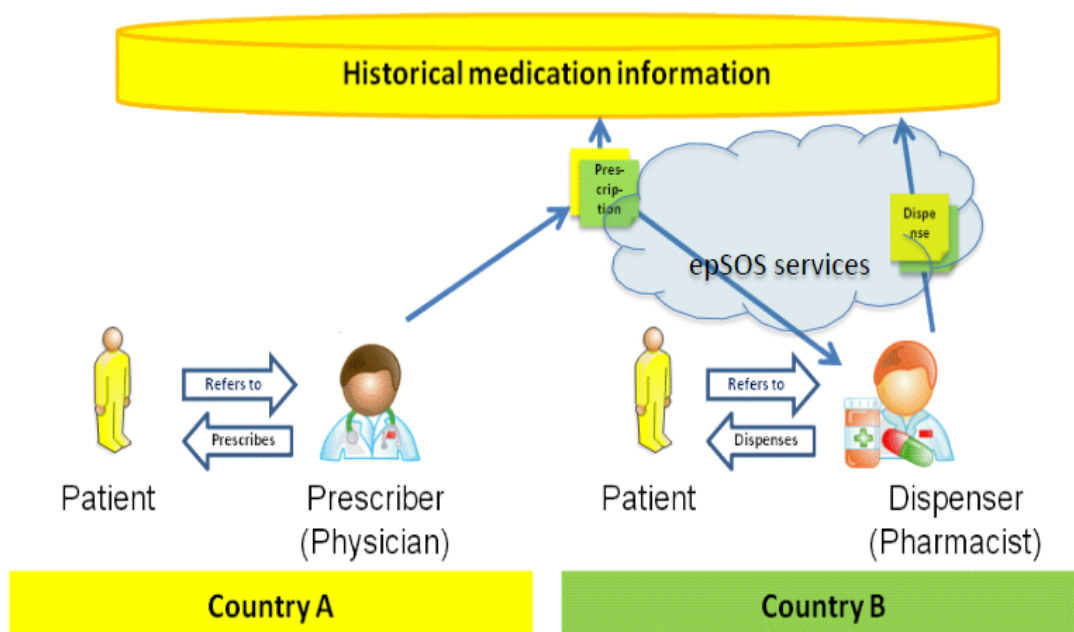
Το πρόγραμμα epSOS (European Patients Smart Open Services ή Έξυπνες Ανοιχτές Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες για τους Ευρωπαίους Ασθενείς) έχει ως κύριο στόχο την ανάπτυξη ενός πρακτικού πλαισίου ηλεκτρονικής υγείας με κατάλληλες υποδομές στον τομέα της πληροφορικής και των επικοινωνιών που θα επιτρέπουν την ασφαλή πρόσβαση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε πληροφορίες αναφορικά με την υγεία του ασθενούς. Το epSOS αποτελείται από δύο χωριστές υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας για τις οποίες αναζητούνται διαλειτουργικές μέθοδοι στη διασυνοριακή επικοινωνία: τον ιατρικό φάκελο ασθενούς (patient medical record) και τις ηλεκτρονικές συνταγές (e-prescription).

Ειδικότερα, ο ιατρικός φάκελος ασθενούς στα πλαίσια του epSOS αναφέρεται σε ένα σύνολο στοιχείων που περιέχει γενικές πληροφορίες για τον ασθενή (π.χ. όνομα, ηλικία), σημαντικά κλινικά δεδομένα του (π.χ. αλλεργίες, τρέχοντα ιατρικά προβλήματα, χειρουργικές επεμβάσεις), καθώς και τα τρέχοντα αλλά και παλαιότερα φαρμακευτικά σκευάσματα που λάμβανε. Ο φάκελος ασθενούς παρέχει βασικές πληροφορίες, οι οποίες βοηθούν τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας στη λήψη αποφάσεων, και ως εκ τούτου διασφαλίζει την ποιότητα και την ασφάλεια της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (π.χ. με την πρόληψη ανεπιθύμητων παρενεργειών των φαρμάκων).

Σχετικά με τις ηλεκτρονικές συνταγές, οι υπηρεσίες αφορούν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων μέσω χρήσης λογισμικού και την ηλεκτρονική διαβίβασή τους. Η διαλειτουργικότητα μεταξύ των εθνικών συστημάτων είναι αναγκαία στην περίπτωση ενός ασθενή που χρειάζεται κάποιο φάρμακο που έχει ήδη συνταγογραφηθεί στη χώρα

καταγωγής, όταν πάει σε μια άλλη χώρα. Σε αυτή την περίπτωση ο φαρμακοποιός πρέπει να είναι σε θέση να έχει ηλεκτρονική πρόσβαση στη συνταγή, και όταν το φάρμακο έχει αποσταλεί, το ηλεκτρονικό σύστημα θα πρέπει να ενημερώνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας του ασθενούς σχετικά με τα διανεμημένα φάρμακα. Γενικά, το epSOS επιχειρεί να βελτιώσει την ποιότητα και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες όταν ταξιδεύουν σε μία άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Το πρόγραμμα επικεντρώνεται στην ύπαρξη ασφαλούς πρόσβασης των ασθενών σε πληροφορίες για την υγεία τους μεταξύ των διαφόρων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.

Ειδικότερα, στο πλαίσιο ανάπτυξης και υλοποίησης του έργου είναι η ύπαρξη μίας πανευρωπαϊκής υποδομής υπηρεσιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που θα επιτρέπει τη διασυνοριακή διαλειτουργικότητα και δεν θα υπερβαίνει τις νομοθετικές ρυθμίσεις στα υφιστάμενα εθνικά συστήματα. Για παράδειγμα, το σύστημα έχει σκοπό να εξυπηρετήσει έναν πολίτη που ενώ είναι κάτοικος μιας χώρας: α) δέχεται τακτικά υπηρεσίες υγείας σε μια άλλη χώρα εξαιτίας του ότι είναι εργαζόμενος εκεί ή β) βρίσκεται προσωρινά σε μία άλλη χώρα (π.χ. για τουρισμό) και χρειάζεται να εκτελέσει μία ιατρική συνταγή της χώρας του ή χρειάζεται επείγουσα ιατρική φροντίδα, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.3.



Πηγή: Κολίτση Ζ. Πλαίσιο Ανάπτυξης και Υλοποίησης διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο epSOS, 17/11/2011

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3

Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το epSOS

Επιπροσθέτως, το σύστημα υποστηρίζει την κοινοτική οδηγία για τη διασυνοριακή ιατρική περίθαλψη, η οποία θα πρέπει να ενσωματωθεί στο εθνικό δίκαιο των κρατών μελών τα επόμενα χρόνια. Γενικά, το eSOS προτείνει τεχνικές λύσεις σε όλα τα επίπεδα διαλειτουργικότητας, όπως και σε θέματα πολιτικής και σε νομικά ζητήματα, αλλά δεν περιορίζεται μόνο στο να εκδώσει συστάσεις, τεχνικά και σημασιολογικά χαρακτηριστικά, περιγραφές του συστήματος, μοντέλα οργάνωσης, και εργαλεία λογισμικού που στοχεύουν στη βελτίωση της διαλειτουργικότητας σε πολυεθνικό επίπεδο, αφού επιπλέον δοκιμάζει τα αποτελέσματα αυτών μέσω πραγματικών πιλοτικών εφαρμογών σε πολλές ευρωπαϊκές περιφέρειες και χώρες.

Από τον Ιανουάριο του 2011 έως το Δεκέμβριο του 2011 είχαν προγραμματιστεί πιλοτικές εφαρμογές του eSOS, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, με σκοπό να καταδείξουν την δυνατότητα διασυνοριακής ανταλλαγής δεδομένων σε σχέση με το φάκελο του ασθενούς και την εκτέλεση των ηλεκτρονικών συνταγών. Κατά τη διάρκεια αυτών των πιλοτικών μελετών εκατομμύρια ευρωπαίοι ασθενείς είχαν για πρώτη φορά την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τη διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας όταν αναζητούσαν ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό. Για να εξασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες του eSOS θα χρησιμοποιηθούν σε επαρκή αριθμό περιστατικών υγειονομικής περίθαλψης, κάθε συμμετέχουσα χώρα έχει επιλέξει τις υποψήφιες πιλοτικές της περιοχές πολύ προσεκτικά. Συχνά είναι μητροπολιτικές περιοχές με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού, τουριστικές περιοχές που προσελκύουν χιλιάδες ξένους επισκέπτες, ή παραμεθόριες περιοχές με έντονη κυκλοφορία λόγω μετακινήσεων. Στην Ελλάδα η επίσημη έναρξη της λειτουργίας του συστήματος eSOS έγινε τον Νοέμβριο του 2011, αλλά ήδη από το 2008 συμμετέχει σε αυτό μέσω α) του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ), β) της Ένωσης Φαρμακείων Πειραιά - ΦΑΡΜΑΞΙΣ (17 Φαρμακεία) και της εταιρείας ΓΝΩΜΩΝ.

Το δίκτυο CALLIOPE

Ο κεντρικός στόχος του δικτύου CALLIOPE (CALL for InterOPERability ή Κάλεσμα για Διαλειτουργικότητα) είναι να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας και να υποστηρίξει τη διαδικασία της ευρωπαϊκής διακυβέρνησης στον τομέα αυτό. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, το δίκτυο περιλαμβάνει μια παραδειγματική συνεργασία μεταξύ των φορέων που

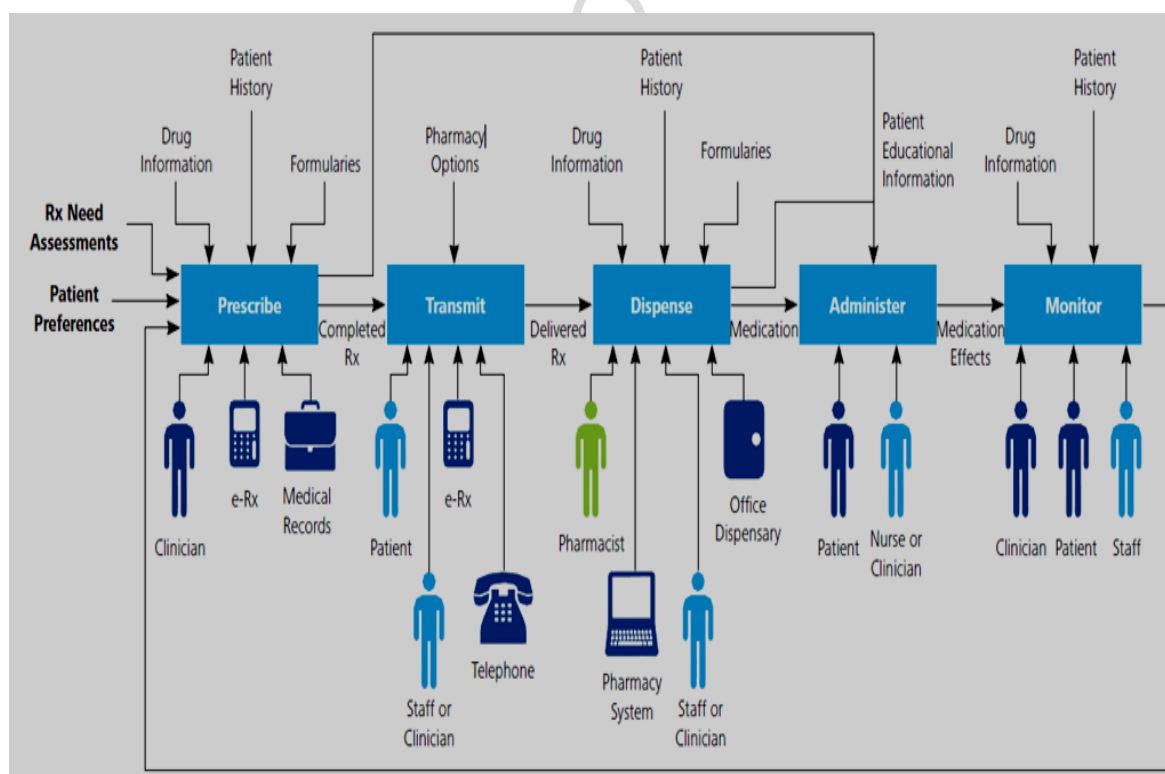
λαμβάνουν αποφάσεις και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας που τις υλοποιούν. Ως εκ τούτου, δημιουργείται ο μεγαλύτερος δυνατός βαθμός εμπιστοσύνης σε όλες τις προτάσεις που υποβάλλονται σε σχέση με την ηλεκτρονική υγεία και επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή δέσμευση για την υιοθέτησή τους, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Όλα τα μέλη των χωρών που συμμετέχουν στο CALLIOPE πρέπει διέπονται και να ακολουθούν έξι βασικές αρχές: τη διαφάνεια, τη συμμετοχή, τη διασφάλιση της ποιότητας, της αναλογικότητας, της συνοχής, και την ηθική.

Γενικά, η δράση του δικτύου σχετίζεται με τα βήματα που πρέπει να πραγματοποιηθούν ώστε να μπορέσουν να σχεδιαστούν συγκεκριμένες ηλεκτρονικές υπηρεσίες οι οποίες θα βασίζονται σε ένα κοινό ευρωπαϊκό πληροφοριακό υπόβαθρο. Η δράση του CALLIOPE περιλαμβάνει την ανάλυση των αναγκών των εμπλεκόμενων φορέων, τον καθορισμό των αναγκαίων ψηφιακών υπηρεσιών και των θεσμικών παρεμβάσεων, τη δημιουργία σχεδίων δράσης για κάθε χώρα χωριστά και τη δημιουργία ενός οδικού χάρτη εφαρμογής ηλεκτρονικών υπηρεσιών στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση. Απώτερος στόχος του δικτύου είναι να δημιουργηθεί ένας οδικός χάρτης υλοποίησης ηλεκτρονικών υπηρεσιών στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση ο οποίος θα αντέξει στο χρόνο, θα είναι συναφές με τα δρώμενα διεθνώς και θα αξιοποιεί τα διεθνή πρότυπα και τις μεθοδολογίες. Η ευρεία συμφωνία και συναίνεση των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων είναι απαραίτητη για την υλοποίηση των βημάτων του οδικού χάρτη που θα έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής ασφάλισης στους ευρωπαίους πολίτες.

Συμπερασματικά, η διαχείριση του ιατρικού απορρήτου και της συγκατάθεσης του ασθενή, η διασφάλιση της ακεραιότητας και της ασφάλειας των δεδομένων, η κωδικοποίηση των ιατρικών δεδομένων, η συμβατότητα και η ομοιογένεια των δεδομένων σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η συμβατότητα με πρότυπα και αναφορές της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας και η διαλειτουργικότητα με τρίτες εφαρμογές όπου οι πληροφοριακές υποδομές είναι ανεπτυγμένες, όπως στη Σουηδία και στη Δανία, αποτελούν ορισμένα τεχνικά και λειτουργικά θέματα με τα οποία το σύστημα ePSSOS και το δίκτυο CALLIOPE σχετίζονται. Τόσο το σύστημα ePSSOS όσο και το δίκτυο CALLIOPE προάγουν βιώσιμα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη μέσα από μια ενιαία ψηφιακή αγορά που βασίζεται σε ένα δίκτυο διαλειτουργικών εφαρμογών.

3.4 Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα

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 υγείας. Η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα ανήλθε για το 2009 σε 5 δισεκατομμύρια (δισ.) ευρώ, ποσό που ισοδυναμεί με το 40% της ετήσιας κρατικής επιχορήγησης προς αυτά. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 2008 ο Διοικητής του ΙΚΑ αναφέρει σε διεθνή ημερίδα ότι κατά το 2007 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 την υπερσυνταγογράφηση (Τζανετάκη Δ.,2011).



Πηγή: E-Prescribing and Medication Management webinar, Agency for Healthcare and Research Quality(AHRQL), March 31, 2009

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4

Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Το νομοσχέδιο για την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών προβλέπει, βάσει και των ευρωπαϊκών κατευθύνσεων, ότι οι συνταγές θα καταχωρούνται από τους ιατρούς ηλεκτρονικά, θα εκτελούνται επίσης ηλεκτρονικά από φαρμακοποιούς και θα εκκαθαρίζονται ηλεκτρονικά από τους ασφαλιστικούς φορείς, οι οποίοι αναμένεται να εξοικονομήσουν 1 δισ. ευρώ από τον περιορισμό της υπερβολικής εικονικής και κατευθυνόμενης συνταγογράφησης. Επιπλέον, μέσω του συστήματος θα διατηρούνται όλα τα δεδομένα των ασθενών, που σχετίζονται με την συνταγογράφηση, σε αρχεία για μελλοντική χρήση τόσο για έλεγχο όσο και για πρόληψη (π.χ. ατομικό ιστορικό). Στο Διάγραμμα 3.4 περιγράφεται σχηματικά η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης βάσει του ευρωπαϊκού προτύπου.

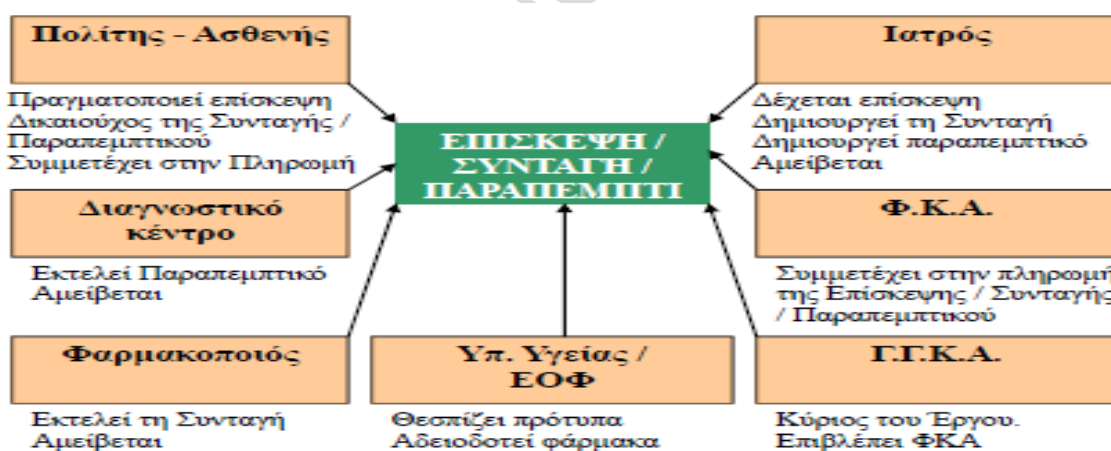
Τα στάδια εφαρμογής του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα παρουσιάζονται ακολούθως:

- **Πρώτο στάδιο (ήδη εν ισχύ):** η πιλοτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ από τον Οκτώβριο του 2010, η προκήρυξη του διαγωνισμού για το έργο και η ανάπτυξη του απαραίτητου λογισμικού.
- **Δεύτερο στάδιο (εν ισχύ):** η επέκταση της εφαρμογής του και στα υπόλοιπα τρία ασφαλιστικά ταμεία (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ και ΟΓΑ). Το μεγαλύτερο ταμείο της χώρας το ΙΚΑ, εντάχθηκε το Μάιο του 2011, αλλά πιλοτικά από τις 24/1/2011 είχαν ήδη ενταχθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση δύο από τα μεγαλύτερα υποκαταστήματα του ΙΚΑ στην Ελλάδα, το Περιστερί και το Αιγάλεω. Επίσης, η επέκταση είναι σε ισχύ στον ΟΠΑΔ και στον ΟΓΑ από τον Οκτώβριο του 2011.
- **Τρίτο στάδιο:** η ένταξη των νοσοκομείων, των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και ιατρείων, των αγροτικών ιατρείων και των παραϊατρικών και των διαγνωστικών εξετάσεων. Ο κρατικός μηχανισμός επιτελεί μεγάλη προσπάθεια επίτευξης της ένταξης των θεραπευτηρίων με στόχο να εφαρμόζεται πλήρως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέσα στο 2012.
- **Τελικός στόχος:** κάθε ασφαλισμένος να διαθέτει μια ατομική «έξυπνη» κάρτα υγείας (smart card) που θα αναγνωρίζεται από όλους τους παροχείς υπηρεσιών υγείας και θα περιέχει όλο το ατομικό ιατρικό και φαρμακευτικό ιστορικό.

Οι βασικοί περιορισμοί στη χρήση της εφαρμογής Ηλεκτρονικής Καταχώρησης 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 (Τζανετάκη Δ.,2011).

Με το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, ταυτοποιούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι στη συνταγογράφηση (δηλαδή ο ιατρός που εξετάζει τον ασθενή - ασφαλισμένο και εκδίδει το παραπεμπτικό ή τη συνταγή, ο ίδιος ο ασθενής, ο ασφαλισμένο και εκδίδει το παραπεμπτικό ή τη συνταγή, ο ίδιος ο ασθενής, ο ασφαλισμένος που εκτελεί τη συνταγή, τα θεραπευτήρια - διαγνωστικά κέντρα που εκτελούν τις παραϊατρικές πράξεις, ο φορέας κύριας ασφάλισης (ΦΚΑ) και η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ) που σχετίζονται με την εκκαθάριση των συνταγών και παραπεμπτικών, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) που ελέγχουν τις πολιτικές κίνησης φαρμάκων και λοιπών ιατρικών και παραϊατρικών εξετάσεων) και είναι συνυπεύθυνοι. Στο Διάγραμμα 3.5 παρουσιάζονται σχηματικά οι εμπλεκόμενοι φορείς στη συνταγογράφηση.



Πηγή: Ανάπτυξη Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και Παροχή σχετικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, Ρ. Λάμπρου, 2011 (www.idika.gr)

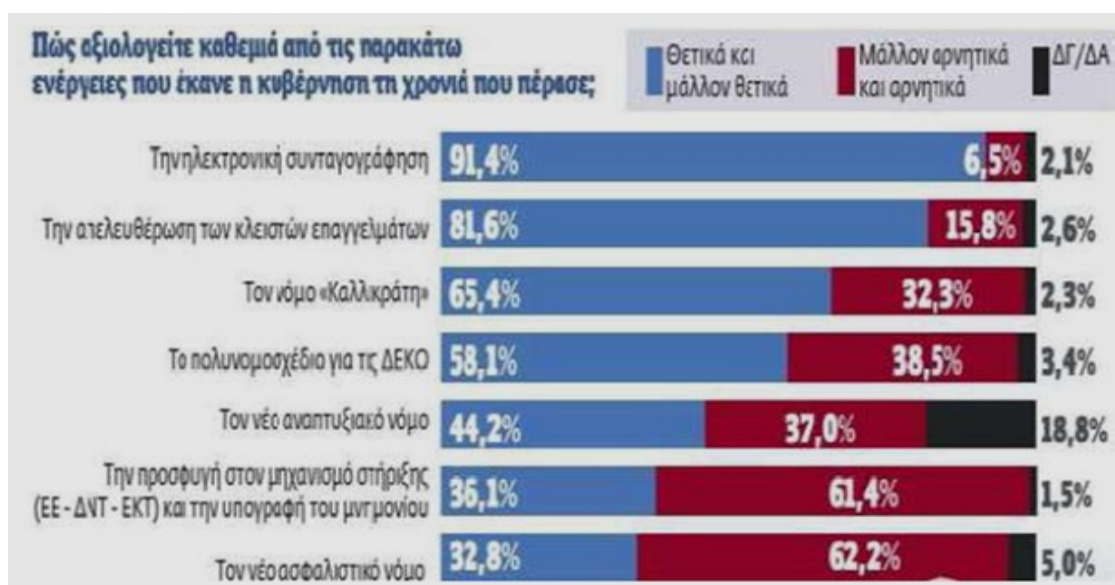
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5

Οι εμπλεκόμενοι στην συνταγογράφηση

Αποδοχή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Το ποσοστό αποδοχής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, από την κοινή γνώμη, είναι αρκετά ικανοποιητικό, γεγονός εξαιρετικά σημαντικό για την εύρυθμη λειτουργία της εφαρμογής. Ειδικά στην σημερινή εποχή όπου τα μέτρα της κυβέρνησης

αντιμετωπίζονται με μεγάλη επιφυλακτικότητα είναι καθησυχαστικό ότι το 91,4% της κοινής γνώμης αποδέχεται θετικά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Στο Διάγραμμα 3.6 απεικονίζεται η αποδοχή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε σύγκριση με άλλα μέτρα της ελληνικής κυβέρνησης.



Πηγή: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, Β. Σφυρόερας, 2011 (www.idika.gr)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6

Η αποδοχή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα

Σύμφωνα με έρευνα της ΗΔΙΚΑ που σχετίζεται με τα αποτελέσματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (έως και τον Αύγουστο του 2011) παρατηρείται ότι πάνω από 10.000 φαρμακεία και περίπου 15.000 ιατροί έχουν γραφτεί στο σύστημα και ότι ο αριθμός των ημερήσιων συνταγών που εκτελούνται είναι περίπου 24.000. Όπως φαίνεται, μέχρι τον Αύγουστο του 2011, όπου το μέτρο αυτό δεν είχε εφαρμοστεί πλήρως σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, υπάρχει μεγάλος αριθμός εκτελέσιμων συνταγών ημερησίως από όλες τις ειδικότητες των ιατρών αλλά και από πάρα πολλούς φαρμακοποιούς, αποδεικνύοντας ότι η αποδοχή που απολαμβάνει η εφαρμογή και από τους εμπλεκόμενους φορείς είναι μεγάλη.

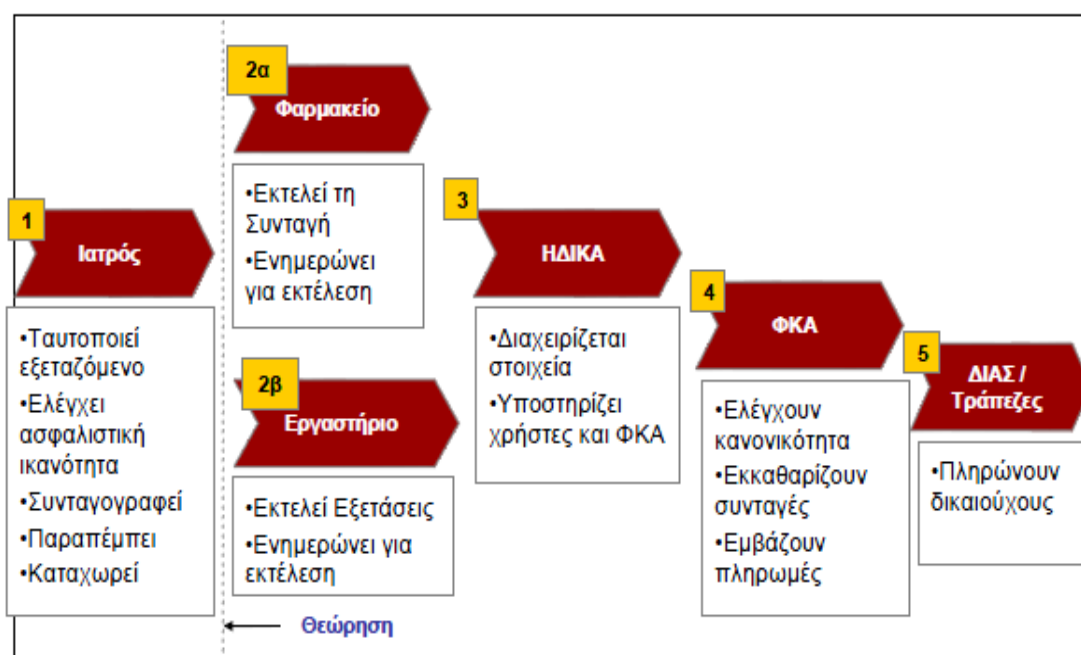
Ανάπτυξη συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Για να αναπτυχθεί άρτια το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι απαραίτητο η εφαρμογή του να γίνει στα πλαίσια μίας ολοκληρωμένης τεχνολογικής βοήθειας. Στην Ελλάδα η βοήθεια αυτή επιλέγεται μέσω διαγωνισμού, με αναθέτουσα

αρχή την Η.ΔΙ.ΚΑ. ΑΕ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης ΑΕ), διάρκεια 36 μηνών, προϋπολογισμό €25.000.000 (χωρίς ΦΠΑ) και σε συγχρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς) και το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Ψηφιακής Σύγκλισης".

Το αντικείμενο του έργου για την ανάπτυξη του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της παροχής των σχετικών υποστηρικτικών υπηρεσιών περιλαμβάνει: α) την προμήθεια και εγκατάσταση του απαραίτητου υλικού (hardware) και λογισμικού για την εγκατάσταση και λειτουργία του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για την έκδοση, τον έλεγχο και την εκκαθάριση συνταγών φαρμάκων και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων καθώς και ιατρικών επισκέψεων, β) την προμήθεια και διάθεση του αναγκαίου υλικού (π.χ. smart cards) και λογισμικού για την πιστοποίηση των διαχειριστών και χρηστών (power users, επαγγελματίες υγείας) του συστήματος, γ) την προμήθεια και εγκατάσταση του απαραίτητου υλικού και λογισμικού για την λειτουργία του συστήματος Επιχειρησιακής Ευφυΐας και Ανάλυσης με στόχο την άμεση διοικητική πληροφόρηση για τη λήψη αποφάσεων και τη δημιουργία Αναφορών, δ) την εκπόνηση μελετών και τη διαμόρφωση προτάσεων, όπου περιλαμβάνονται το Πλάνο Υλοποίησης Έργου, οι Μελέτες Εφαρμογής του κάθε οροσήμου, αλλά και οι εισηγήσεις επί σειράς θεμάτων, όπως διαδικασίες, κωδικοποιήσεις, κανόνες ελέγχου, δείκτες μέτρησης απόδοσης, καθώς και μελέτη αξιοποίησης του έργου "Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης Φάση Β'", ε) την εκπαίδευση των χρηστών και των διαχειριστών του συστήματος, όπου περιλαμβάνεται η κλασική εκπαίδευση των διαχειριστών και των βασικών χρηστών (power users) και η διαμόρφωση περιβάλλοντος εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας, στ) την υποστήριξη της πιστοποίησης των διαχειριστών και χρηστών (power users, επαγγελματίες υγείας) του συστήματος, ζ) την υποστήριξη των δράσεων Ενημέρωσης και Δημοσιότητας, όπου περιλαμβάνονται τηλεφωνικές ενημερώσεις, διαδικτυακές ενημερώσεις, ημερίδες, workshops και άλλες δράσεις προώθησης της αλλαγής, η) την υποστήριξη της λειτουργίας του συστήματος (βελτιώσεις του συστήματος, υποστήριξη στη διαχείριση χρηστών και μητρώων, υποστήριξη στη διαχείριση της λίστας κυκλοφορούντων φαρμάκων, παραμετρικών αρχείων και γενικότερα της καθημερινής λειτουργίας του συστήματος) και θ) την συντήρηση του συστήματος και την υποστήριξη των χρηστών / διαχειριστών του για 2 ½ έτη από την έναρξη της λειτουργίας του (Ρ. Λάμπρου, 2011).

Σε επίπεδο λειτουργικότητας το σύστημα θα πρέπει να καλύπτει το σύνολο των λειτουργιών που εμπλέκονται στη διαδικασία, δηλαδή την ιατρική επίσκεψη, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την έκδοση παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, από την παρακολούθηση της έκδοσής τους έως και την πληρωμή των τελικών δικαιούχων. Στο Διάγραμμα 3.7 παρουσιάζεται η απαιτούμενη λειτουργικότητα του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.



Πηγή: Ρ. Λάμπρου, Ανάπτυξη Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και Παροχή σχετικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, 2011 (www.idika.gr)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7

Η απαιτούμενη λειτουργικότητα στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Στη σημερινή φάση, ο διαγωνισμός βρίσκεται σε εξέλιξη με αρκετές προσφορές να έχουν πραγματοποιηθεί, αλλά υπάρχει καθυστέρηση λόγω ενστάσεων από κάποιες υποψήφιες εταιρείες. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, το πρόγραμμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα λειτουργεί με την τεχνολογική βοήθεια της Δανίας και η επέκταση υλοποίησης του έργου αναμένεται στους επόμενους μήνες.

Συμμετοχή της Ελλάδας στο σύστημα *epSOS*

Το ελληνικό πλαίσιο διαλειτουργικότητας σκοπεύει: α) στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας μεταξύ των υφιστάμενων πληροφοριακών συστημάτων της Δημόσιας Διοίκησης, η οποία εγγυάται μία συνεχή ροή πληροφοριών μεταξύ πολιτών,

επιχειρήσεων και φορέων της Δημόσιας Διοίκησης, β) στην Ανοιχτή Φιλοσοφία των πληροφοριακών συστημάτων της Δημόσιας Διοίκησης, η οποία συνίσταται στην υιοθέτηση ανοικτών τεχνολογικών προτύπων και προδιαγραφών κατά το σχεδιασμό και την ανάπτυξη εφαρμογών, συστημάτων και διαδικτυακών πυλών της Δημόσιας Διοίκησης και γ) στην Ευρωπαϊκή Διάσταση του Ελληνικού Πλαισίου Διαλειτουργικότητας και των Υπηρεσιών Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, το οποίο προετοιμάζει τη Δημόσια Διοίκηση στην Ελλάδα να αναπτύξει Πανευρωπαϊκές Υπηρεσίες Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (Σφυρόερας Β., Εθνικές Υποδομές για τη Διαλειτουργικότητα, 2011).

Σύμφωνα με την ΗΔΙΚΑ, στόχος του κράτους είναι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να διαλειτουργεί πλήρως με συστήματα τρίτων, όπως συστήματα ιατρών, φαρμακείων, διαγνωστικών εργαστηρίων, νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών και Κέντρων Υγείας. Η διαλειτουργικότητα με τα συστήματα τρίτων θα βασίζεται στο διαδεδομένο πρωτόκολλο Health Level Seven - HL7 (το πιο καταξιωμένο διεθνές πρότυπο διασύνδεσης εφαρμογών στο χώρο της υγείας) με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της μελλοντικής σύνδεσης της ενιαίας πλατφόρμας με άλλα συστήματα διαχείρισης ασθενούς.

Το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για κάθε φορέα με τον οποίο θα διαλειτουργεί: α) θα καθορίζει το σχήμα και τα στοιχεία επικοινωνίας, β) θα υλοποιεί πλήρως τις απαιτούμενες ηλεκτρονικές υπηρεσίες από την πλευρά του συστήματος και γ) θα εκπονεί πλήρεις προδιαγραφές για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες των τρίτων συστημάτων. Το έργο περιλαμβάνει διαχειριστικές εφαρμογές για την υποστήριξη της διοικητικής λειτουργίας και ιατρονοσηλευτικές εφαρμογές για την υποστήριξη της παροχής υπηρεσιών. Μέθοδοι υλοποίησης του είναι η χρήση ενιαίων - ομοιογενών υποσυστημάτων εφαρμογών, ενιαίων κωδικοποιήσεων (για φάρμακα, ιατρικές πράξεις, νόσοι - διαγνώσεις) και η ανάπτυξη ενιαίας τεχνολογικής πλατφόρμας (λειτουργικό σύστημα κεντρικών servers, σύστημα διαχείρισης βάσης δεδομένων).

Συμπερασματικά, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα βρίσκεται σε θετικό στάδιο αν συνεκτιμηθεί και το ότι σε άλλες χώρες η εφαρμογή της χρειάστηκε ένα διάστημα τεσσάρων με πέντε ετών. Είναι σημαντικό η Ελλάδα να αξιοποιήσει την μέχρι πρότινος ευρωπαϊκή εμπειρία και να διασφαλίσει τη συμβατότητα με το ευρωπαϊκό μοντέλο διαχείρισης της ηλεκτρονικής υγείας.

3.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρθηκαν οι εμπειρίες από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης διεθνώς. Όπως αναλύθηκε, η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας έχει γίνει διεθνώς αποδεκτή από τους πολίτες και τις περισσότερες εθνικές οικονομίες. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι υπάρχει αρκετή εμπειρία υλοποίησης του συστήματος και κυρίως από τις σκανδιναβικές χώρες, με πρώτο εκπρόσωπο τη Δανία. Η Δανία είναι η μόνη χώρα μέχρι στιγμής που έχει πετύχει την διείσδυση του προγράμματος στο 100% των φαρμακείων, στο 91% των ιατρείων, στο 100% των νοσοκομείων, στο 100% των εργαστηρίων και στο 100% των δομών της κατ' οίκον φροντίδας.

Η διεθνής αυτή εμπειρία αξιοποιείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και σηματοδοτεί την πραγματοποίηση μιας μεγάλης πανευρωπαϊκής δράσης, η οποία ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη, με σκοπό την διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας υγείας με το μικρότερο κόστος μέσω της χρήσης της τεχνολογίας. Η δράση αυτή φαίνεται να μην μένει μόνο στα όρια της Ευρώπης, αλλά επεκτείνεται και στις ΗΠΑ με το 85% των φαρμακείων να συμμετέχουν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας εγκαινιάστηκε τον Οκτώβριο του 2010 και ήδη τα αποτελέσματα της φαίνεται να είναι θετικά, με την μεγάλη αποδοχή της τόσο από την κοινή γνώμη όσο και από τους άμεσα εμπλεκόμενους σε αυτή, όπως οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί. Βέβαια, ο δρόμος για την πλήρη πραγματοποίησή της είναι ακόμα μακρύς και είναι αναγκαία η ύπαρξη επιπλέον καινοτόμων πολιτικών στο χώρο της υγείας.

Εν κατακλείδι, η διεθνής εμπειρία έδειξε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση για να επιτύχει την ολοκληρωμένη εφαρμογή της απαιτεί αρκετά χρόνια, καθώς και ότι η τεχνολογία από μόνη της δεν είναι αρκετή, αλλά χρειάζονται επιπλέον κίνητρα για την επιτυχία της (πρόληψη ιατρικών λαθών, μείωση κόστους λειτουργίας). Ακόμη, θέματα ασφάλειας, αξιοπιστίας και διεθνών προτύπων - πρωτοκόλλων παραμένουν ως βασικά προβλήματα, των οποίων η επίλυσή τους είναι απαραίτητη για την ουσιαστική ανάπτυξη του μοντέλου της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι από τα σημαντικότερα μέτρα παγκοσμίως που λαμβάνεται από τις περισσότερες κυβερνήσεις με σκοπό τον εξορθολογισμό της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και την προσφορά της μέγιστης δυνατής ποιότητας και ασφάλειας στον τομέα της χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στο εξωτερικό, η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας εμφανίζεται τη δεκαετία του ενενήντα και μέχρι σήμερα τα αποτελέσματά της είναι εξαιρετικά θετικά. Η χώρα παράδειγμα είναι η Δανία, η οποία είχε ετήσιο οικονομικό όφελος από την εφαρμογή των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας, μέχρι και το 2008, περίπου 78.000.000 ευρώ.

Το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εκτός του ότι προσφέρει ένα μέσο ελέγχου και περιορισμού των εξόδων για τη φαρμακευτική περίθαλψη, παρέχει τη δυνατότητα άμεσου ελέγχου των συνταγών, προστατεύοντας τον ασθενή από δυσμενείς παρενέργειες των φαρμάκων, αφού εκμηδενίζει τα σφάλματα που προκύπτουν λόγω λανθασμένης ανάγνωσης μιας συνταγής, επιτρέπει την ύπαρξη ενός ηλεκτρονικού "φαρμακευτικού" ιστορικού με πιθανές αλλεργίες του ασθενούς και ελαχιστοποιεί τη συγχορήγηση φαρμάκων με ανεπιθύμητη συνέργεια. Επιπροσθέτως, μειώνει τον χρόνο εργασίας των επαγγελματιών υγείας, επιτρέποντας την ενασχόλησή τους με περισσότερα άτομα και αποδοτικότερα, καθώς και προωθεί την αξιοπιστία των ιατρών μέσω της ύπαρξης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Στην Ελλάδα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση άρχισε να εφαρμόζεται, κάτω από τις επιταγές του μνημονίου που υπέγραψε η χώρα, από τον Οκτώβριο του 2010 πιλοτικά στον ΟΑΕΕ (Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών), ενώ από το 2011 επεκτάθηκε στα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ). Όπως γίνεται κατανοητό είναι εξαιρετικά σημαντικό: α) να προσδιοριστούν τα θετικά αποτελέσματα που επέφερε η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας, τόσο σε

οικονομικό επίπεδο όσο και στη μείωση των σφαλμάτων συνταγογράφησης που έχουν επίδραση στην υγεία του ασθενούς, αλλά και στην εργασία των φαρμακοποιών και ιατρών και β) να διερευνηθούν πιθανά μειονεκτήματά της, τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη βελτίωση της εφαρμογής της.

Με βάση τα ανωτέρω κρίθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η αξιολόγηση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πρόσφατης εφαρμογής του μέτρου. Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της έρευνας που διεξήχθη, καθώς και παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματά της.

4.2 Χαρακτηριστικά της έρευνας

Η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει την καταγραφή της φαρμακευτικής δαπάνης βάση στατιστικών στοιχείων του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών της Περιφέρειας Πελοποννήσου, για αντίστοιχα εξάμηνα διαστήματα πριν και μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, που σχετίζονται τόσο με το κόστος όσο και την ποσότητα των φαρμάκων. Επιπλέον, η μελέτη περιλαμβάνει τη συλλογή στοιχείων για τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, ιατρών και φαρμακοποιών που συμβάλλονται με τον ΟΑΕΕ στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι στόχοι της έρευνας και οι υποθέσεις που επιχειρούνται να διαλευκανθούν. Γίνεται μία αναφορά για την περιοχή όπου διεξήχθη η έρευνα και για τα κριτήρια επιλογής που διαμόρφωσαν τον πληθυσμό της μελέτης. Επιπλέον, θα παρουσιαστεί το ερωτηματολόγιο και τα οικονομικά στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και ο τρόπος συλλογής των δεδομένων, ενώ θα περιγραφεί αδρά η υλοποίηση της συλλογής των δεδομένων και η στατιστική τους επεξεργασία.

Στόχοι και υποθέσεις της έρευνας

Στόχοι της παρούσας μελέτης είναι αφενός ο προσδιορισμός της μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης μετά από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και

αφετέρου η καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για το συγκεκριμένο μέτρο. Αναλυτικότερα, οι στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

- ❖ Ο προσδιορισμός του οικονομικού οφέλους του κράτους μέσω της αξιολόγησης του συνολικού αποδιδόμενου ποσού από τον ΟΑΕΕ στα φαρμακεία.
- ❖ Ο προσδιορισμός του οικονομικού οφέλους του πολίτη μέσω της αξιολόγησης της συνολικής συμμετοχής των ασφαλισμένων.
- ❖ Ο προσδιορισμός του οφέλους για την υγεία και της μείωσης της υπερσυνταγογράφησης μέσω της αξιολόγησης του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και συνταγών.
- ❖ Η καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, συγκεκριμένα των ιατρών και των φαρμακοποιών, για τη δυσκολία μετάβασης από την ηλεκτρονική στη χειρόγραφη συνταγογράφηση και την επίδραση της πρώτης στο χρόνο δουλειάς, στα συνταγογραφικά λάθη και στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και συνταγών.

Χρησιμοποιώντας μία διαφορετική προσέγγιση θα μπορούσε να λεχθεί ότι η παρούσα έρευνα προσπαθεί να διερευνήσει τις παρακάτω υποθέσεις:

- Το αν και σε ποιο βαθμό η φαρμακευτική δαπάνη μεταβλήθηκε μετά από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ Πελοποννήσου.
- Το κατά πόσο η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επηρέασε το χρόνο δουλειάς των φαρμακοποιών και ιατρών της περιφέρειας, πόσο τους δυσκόλεψε η μετάβαση και αν επηρέασε τις συνταγογραφικές συνήθειες.
- Το αν υπάρχουν προβλήματα κατά την χρήση του συστήματος και σχετικές προτάσεις για την βελτίωση της εφαρμογής.

Εν γένει, γίνεται μία προσπάθεια: α) καταγραφής των οικονομικών και στατιστικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν στον ΟΑΕΕ Πελοποννήσου και επεξήγησή τους σε πιθανή μεταβολή τους μετά από την εφαρμογή της ΗΣ, και β) καταγραφή και επεξήγηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τη χρήση της ΗΣ στην Πελοπόννησο. Σαν μέσα για την επεξήγηση και κατανόηση των μεταβολών και κρίσεων χρησιμοποιούνται τα χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως τα δημογραφικά και το επάγγελμα, αλλά και άλλες μεταβλητές που μπορεί να επηρεάζουν το φαρμακευτικό κόστος.

Περιοχή μελέτης

Η περιοχή της έρευνας περιλαμβάνει την Περιφέρεια Πελοποννήσου και ειδικότερα: το Άργος, το Ναύπλιο, το Κρανίδι, την Τρίπολη, την Κορινθία, το Κιάτο, την Καλαμάτα, την Πύλο, την Κυπαρισσία και την Λακωνία. Γενικά, η Περιφέρεια Πελοποννήσου καταλαμβάνει το νότιο τμήμα της ηπειρωτικής Ελλάδας, αποτελείται από τους νομούς Κορινθίας, Αργολίδας, Αρκαδίας, Μεσσηνίας και Λακωνίας και έχει έδρα την Τρίπολη, πρωτεύουσα του νομού Αρκαδίας. Βρέχεται δυτικά από το Ιόνιο Πέλαγος και συνορεύει με την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος, βορειοανατολικά με την Περιφέρεια Αττικής, ενώ ανατολικά βρέχεται από το Μυρτώο Πέλαγος. Έχει πληθυσμό 581.980 κατοίκους (σύμφωνα με την απογραφή του 2011 από τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας), από τους οποίους οι 294.910 είναι άνδρες και οι 287.070 γυναίκες, συνολική έκταση 15.490 χμ² και καλύπτει το 11,7% της συνολικής έκτασης της χώρας, με χαρακτηριστικό της μορφολογίας της τους μεγάλους ορεινούς όγκους. Τα χαρακτηριστικά των νομών της περιοχής μελέτης αναλύονται στην συνέχεια, καθώς και παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1.

Ο Νομός Αργολίδας καταλαμβάνει το ανατολικό άκρο της Πελοποννήσου με πρωτεύουσα το Ναύπλιο, το οποίο απέχει 148 χλμ. από την Αθήνα. Προς το Βορρά συνορεύει με τον Νομό Κορινθίας, προς το Νότο με τον Αργολικό Κόλπο, προς την Ανατολή με τον Σαρωνικό και προς τη Δύση με τον Νομό Αρκαδίας. Είναι ο μικρότερος Νομός της Πελοποννήσου με πληθυσμό 97.090 κατοίκους (48.910 άνδρες και 48.180 γυναίκες) και έχει έκταση 2.154,3 τετραγωνικά χιλιόμετρα, η οποία αντιστοιχεί στο 13,51% της έκτασης της Περιφέρειας και στο 1,63% της Χώρας. Ο Νομός Αργολίδας περιλαμβάνει τον Δήμο Άργους - Μυκηνών, ο οποίος είναι ο μεγαλύτερος Δήμος του Νομού με πληθυσμό 42.090 κατοίκους (20.930 άνδρες και 21.160 γυναίκες), τον Δήμο Ναυπλιέων με πληθυσμό 33.260 κατοίκους (16.920 άνδρες και 16.340 γυναίκες), τον Δήμο Επιδαύρου με πληθυσμό 8.070 κατοίκους (4.080 άνδρες και 3.990 γυναίκες) και τον Δήμο Ερμιονίδας με έδρα το Κρανίδι και πληθυσμό 13.670 κατοίκους (6.980 άνδρες και 6.690 γυναίκες). Ένα τμήμα της περιοχής της Αργολίδας, η επαρχία Τροιζηνίας υπάγεται στο νομό Αττικής μαζί με τα νησιά Πόρο, Ύδρα, Σπέτσες και Δοκό.

Ο νομός Αρκαδίας βρίσκεται στο κέντρο της Πελοποννήσου με πληθυσμό 86.820 κατοίκους, εκ των οποίων οι 44.560 είναι άνδρες και οι 42.260 γυναίκες (σύμφωνα με την

απογραφή του 2011 από τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας) και έχει έκταση 4.429 τ.χλμ.. Συνορεύει στα βόρεια με το Νομό Αχαΐας, στα βορειοανατολικά με το νομό Κορινθίας, στα βόρεια και ανατολικά με το νομό Αργολίδας, στα νότια με το νομό Λακωνίας, στα νοτιοδυτικά με το νομό Μεσσηνίας και στα δυτικά με το νομό Ηλείας. Το ανατολικό του τμήμα έχει έξοδο στη θάλασσα, στον Αργολικό κόλπο και το Μυρτώο Πέλαγος. Ο νομός Αρκαδίας περιλαμβάνει τον Δήμο Τρίπολης με πληθυσμό 46.910 κατοίκους (24.000 άνδρες και 22.910 γυναίκες), τον Δήμο Βόρειας Κυνουρίας με πληθυσμό 10.380 κατοίκους (5.250 άνδρες και 5.130 γυναίκες), τον Δήμο Γορτυνίας με πληθυσμό 10.320 κατοίκους (5.360 άνδρες και 4.960 γυναίκες), τον Δήμο Μεγαλόπολης με πληθυσμό 11.030 κατοίκους (5.730 άνδρες και 5.300 γυναίκες) και τον Δήμο Νότιας Κυνουρίας με πληθυσμό 8.180 κατοίκους (4.220 άνδρες και 3.960 γυναίκες).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Αποτελέσματα του μόνιμου πληθυσμού στην Ελλάδα από την Απογραφή του 2011

Διοικητική διαίρεση	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες
Περιφέρεια Πελοποννήσου	581.980	294.910	287.070
Περιφερειακή ενότητα Αρκαδίας	86.820	44.560	42.260
Δήμος Τρίπολης	46.910	24.000	22.910
Δήμος Βόρειας Κυνουρίας	10.380	5.250	5.130
Δήμος Γορτυνίας	10.320	5.360	4.960
Δήμος Μεγαλόπολης	11.030	5.730	5.300
Δήμος Νότιας Κυνουρίας	8.180	4.220	3.960
Περιφερειακή ενότητα Αργολίδας	97.090	48.910	48.180
Δήμος Ναυπλίων	33.260	16.920	16.340
Δήμος Άργους - Μυκηνών	42.090	20.930	21.160
Δήμος Επιδαύρου	8.070	4.080	3.990
Δήμος Ερμιονίδας	13.670	6.980	6.690
Περιφερειακή ενότητα Κορινθίας	145.360	72.930	72.430
Δήμος Κορινθίων	58.280	29.400	28.880
Δήμος Βέλου - Βόχας	19.130	9.680	9.450
Δήμος Λουτρακίου - Αγίων Θεοδώρων	21.100	10.430	10.670
Δήμος Νεμέας	6.500	3.300	3.200
Δήμος Ξυλοκάστρου - Ευρωσπίτης	17.420	8.580	8.840
Δήμος Σικωνίων	22.930	11.540	11.390
Περιφερειακή ενότητα Λακωνίας	89.600	46.030	43.570
Δήμος Σπάρτης	35.600	18.040	17.560
Δήμος Ανατολικής Μάνης	12.900	6.610	6.290
Δήμος Ελαφονήσου	1.050	540	510
Δήμος Ευρώτα	18.050	9.700	8.350
Δήμος Μονεμβασίας	22.000	11.140	10.860
Περιφερειακή ενότητα Μεσσηνίας	163.110	82.480	80.630
Δήμος Καλαμάτας	70.130	34.910	35.220
Δήμος Δυτικής Μάνης	7.280	3.710	3.570
Δήμος Μεσσήνης	23.970	12.240	11.730
Δήμος Οihalίας	12.280	6.330	5.950
Δήμος Πύλου - Νέστορος	21.550	11.040	10.510
Δήμος Τριφυλίας	27.900	14.250	13.650

Πηγή: www.statistics.gr

Ο νομός Κορινθίας, με πρωτεύουσα την Κόρινθο, συνορεύει δυτικά με το νομό Αχαΐας, νότια με τους νομούς Αργολίδας και Αρκαδίας, ανατολικά με το νομό Αττικής, ενώ ένα τμήμα του βρέχεται από το Σαρωνικό κόλπο. Βόρεια βρέχεται από τον Κορινθιακό κόλπο, ενώ στο νομό ανήκουν οι νησίδες Αλκυονίδες (υπάγονται στο δήμο Λουτρακίου), καθώς και μερικές ακατοίκητες νησίδες στις ακτές του Σαρωνικού. Ο νομός Κορινθίας έχει έκταση 2.290 τ.χλμ. και πληθυσμό 145.360 κατοίκους εκ των οποίων οι 72.930 είναι άνδρες και οι 72.430 γυναίκες. Ο νομός περιλαμβάνει τον Δήμο Κορινθίων με πληθυσμό 58.280 κατοίκους (29.400 άνδρες και 28.880 γυναίκες), τον Δήμο Βέλου - Βόχας με πληθυσμό 19.130 κατοίκους (9.680 άνδρες και 9.450 γυναίκες), τον Δήμο Λουτρακίου - Αγίων Θεοδώρων με πληθυσμό 21.100 κατοίκους (10.430 άνδρες και 10.670 γυναίκες), τον Δήμο Νεμέας με πληθυσμό 6.500 κατοίκους (3.300 άνδρες και 3.200 γυναίκες), τον Δήμο Ξυλοκάστρου - Ευρωστίνης με πληθυσμό 17.420 κατοίκους (8.580 άνδρες και 8.840 γυναίκες) και τον Δήμο Σικυωνίων με πρωτεύουσα το Κιάτο και πληθυσμό 22.930 κατοίκους (11.540 άνδρες και 11.390 γυναίκες).

Ο νομός Λακωνίας είναι ο νοτιότερος νομός της Πελοποννήσου και της ηπειρωτικής Ελλάδας. Βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος (Μυρτώο Πέλαγος), το Μεσσηνιακό κόλπο και το Λακωνικό κόλπο. Έχει δύο κύριες οροσειρές, του Ταΰγету που είναι και η υψηλότερη κορυφή της Πελοποννήσου (2.407 μέτρα) και του Πάρωνα (1.961 μέτρα). Ανάμεσα τους βρίσκεται η κοιλάδα του ποταμού Ευρώτα, και η πρωτεύουσα του νομού, Σπάρτη. Συνορεύει στα βόρεια με το νομό Αρκαδίας, και στα δυτικά με το νομό Μεσσηνίας. Στον νομό Λακωνίας ανήκει και το μοναδικό κατοικημένο νησί της Πελοποννήσου, η Ελαφώνησος. Ο νομός έχει έκταση 3.636 τ.χλμ. και πληθυσμό 89.600 κατοίκους, εκ των οποίων οι 46.030 είναι άνδρες και οι 43.570 γυναίκες. Ο νομός Λακωνίας περιλαμβάνει τον Δήμο Σπάρτης με πληθυσμό 35.600 κατοίκους (18.040 άνδρες και 17.560 γυναίκες), τον Δήμο Ανατολικής Μάνης με πληθυσμό 12.900 κατοίκους (6.610 άνδρες και 6.290 γυναίκες), τον Δήμο Ελαφονήσου με πληθυσμό 1.050 κατοίκους (540 άνδρες και 510 γυναίκες), τον Δήμο Ευρώτα με πληθυσμό 18.050 κατοίκους (9.700 άνδρες και 8.350 γυναίκες) και τον Δήμο Μονεμβασίας με πληθυσμό 22.000 κατοίκους (11.140 άνδρες και 10.860 γυναίκες).

Ο νομός Μεσσηνίας βρίσκεται στη νοτιοδυτική Πελοπόννησο, έχει έκταση 2.991 τ.χλμ. και πληθυσμό 163.110 κατοίκους, εκ των οποίων οι 82.480 είναι άνδρες και οι 80.630 γυναίκες. Περικλείεται στα βόρεια από τον ποταμό Νέδα και τα Αρκαδικά Όρη, στα ανατολικά από το όρος Ταΰγετος, στα νότια από τον Μεσσηνιακό Κόλπο και στα

δυτικά από το Ιόνιο Πέλαγος. Συνορεύει στα βόρεια με το νομό Ηλείας, στα βορειοανατολικά με το νομό Αρκαδίας και στα ανατολικά με το νομό Λακωνίας. Στο νομό Μεσσηνίας υπάγονται και τα νησιά Πρώτη, Σφακτηρία, Σαπιέντζα, Σχίζα, Βενέτικο, καθώς και άλλες μικρότερες νησίδες που βρίσκονται κοντά στις ακτές του. Ο νομός περιλαμβάνει τον Δήμο Καλαμάτας με πληθυσμό 70.130 κατοίκους (34.910 άνδρες και 35.220 γυναίκες), τον Δήμο Δυτικής Μάνης με πληθυσμό 7.280 κατοίκους (3.710 άνδρες και 3.570 γυναίκες), τον Δήμο Μεσσήνης με πληθυσμό 23.970 κατοίκους (12.240 άνδρες και 11.730 γυναίκες), τον Δήμο Οιχαλίας με πληθυσμό 12.280 κατοίκους (6.330 άνδρες και 5.950 γυναίκες), τον Δήμο Πύλου - Νέστορος με έδρα την Πύλο και πληθυσμό 21.550 κατοίκους (11.040 άνδρες και 10.510 γυναίκες), και τον Δήμο Τριφυλίας με πρωτεύουσα την Κυπαρισσία και πληθυσμό 27.900 κατοίκους (14.250 άνδρες και 13.650 γυναίκες).

Οι περισσότεροι κάτοικοι της Περιφέρειας Πελοποννήσου ασχολούνται με την αγροτική καλλιέργεια και την παραγωγή αγροτικών προϊόντων, με πιο συνηθισμένα το πορτοκάλι, την ελιά και το λάδι είτε ως κύρια πηγή εισοδήματος είτε ως δευτερεύουσα. Αρκετοί κάτοικοι ασχολούνται με την κτηνοτροφία, ενώ αναπτυγμένος είναι και ο κλάδος του καλοκαιρινού και χειμερινού τουρισμού. Η τελική επιλογή της Περιφέρειας στηρίχθηκε στην καλή γνώση της περιοχής εξαιτίας της ενασχόλησης της ερευνήτριας, στην άμεση διαθεσιμότητα των στοιχείων, καθώς και στην ισχυρή αντιπροσωπευτικότητα της περιοχής σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα.

Πληθυσμός - στόχος ερωτηματολογίου

Ο πληθυσμός του ερωτηματολογίου αφορά επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα ιατρούς και φαρμακοποιούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ. Η επιλογή του κατάλληλου πληθυσμού - στόχου στηρίχθηκε στο γεγονός ότι οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί είναι οι άμεσα εμπλεκόμενοι με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι πρώτοι που επηρεάζονται άμεσα από την υλοποίησή της, καθώς και οι βασικοί μοχλοί για την ουσιαστική, επιτυχή και πλήρη εγκαθίδρυσή της. Η επιλογή της συλλογής των στοιχείων μέσω του ΟΑΕΕ έγινε εξαιτίας του γεγονότος ότι ο οργανισμός αποτελεί έναν από τους τέσσερις μεγαλύτερους ασφαλιστικούς οργανισμούς στην Ελλάδα, ο οποίος συμμετείχε πρώτος στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Διαμόρφωση ερωτηματολογίου και τρόπος συλλογής στατιστικών δεδομένων

Η συλλογή των πληροφοριών, σχετικά με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου και την καταγραφή στατιστικών δεδομένων του ΟΑΕΕ στην Περιφέρεια Πελοποννήσου. Ειδικότερα, η κατάρτιση του ερωτηματολογίου οργανώθηκε σε δύο φάσεις. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανάλογων μελετών στη βιβλιογραφία (η οποία εξαιτίας της εξαιρετικά πρόσφατης εφαρμογής του μέτρου στις περισσότερες χώρες είναι ελλιπής) και έγινε προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζονται από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το τελικό αποτέλεσμα της ανωτέρω μελέτης ήταν η διαμόρφωση της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου.

Η δεύτερη φάση περιελάμβανε τόσο τη συμπλήρωση της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου από τέσσερις επαγγελματίες υγείας με χαρακτηριστικά ίδια με τους επαγγελματίες που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη όσο και τη συνέντευξή τους σε προσωπικό επίπεδο (pilot study). Προηγήθηκε ενημέρωση των συμμετεχόντων για το σκοπό της μελέτης και το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Στόχος της συνέντευξης ήταν να διαπιστωθεί ο βαθμός της κατανόησης των ερωτήσεων, η καλή νοηματική μετάβαση από ερώτηση σε ερώτηση, η αποδοχή των ερωτήσεων και να υπολογιστεί ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής ήταν να επιβεβαιωθεί η νοηματική συνέχεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και να αφαιρεθεί μία ερώτηση κλειστού τύπου. Τα αρχικά αυτά ερωτηματολόγια δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη.

Το ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε και χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Χωρίζεται σε πέντε τμήματα ή νοηματικές ενότητες. Στο πρώτο τμήμα καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτούμενων μέσω τεσσάρων (4) ερωτήσεων κλειστού τύπου, στο δεύτερο η εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών με μία (1) ερώτηση κλειστού τύπου, στο τρίτο η δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση με μία (1) ερώτηση κλειστού τύπου, στο τέταρτο διερευνάται πως επηρεάζεται ο χρόνος δουλειάς, τα λάθη στις συνταγές, ο αριθμός των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με τέσσερις (4) ερωτήσεις κλειστού τύπου και στο πέμπτο διερευνούνται παραπάνω και αναζητούνται προτάσεις για τη

βελτίωση του συστήματος με μία (1) ερώτηση ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο της μελέτης παρατίθεται στο Παράρτημα Α.

Η συλλογή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω των περιφερειακών τμημάτων του ΟΑΕΕ Πελοποννήσου και των φαρμακευτικών συλλόγων. Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε όλα τα τμήματα ΟΑΕΕ και τους φαρμακευτικούς συλλόγους της Πελοποννήσου και ενημερώθηκαν οι αρμόδιοι υπάλληλοι του κλάδου υγείας για τον τρόπο συμπλήρωσης, συλλογής και αποστολή τους. Η διαδικασία αυτή ήταν μειωμένου κόστους και ελάχιστα χρονοβόρα, αφού κατά το διάστημα συλλογής των ερωτηματολογίων από τους ιατρούς γινόταν και η υποχρεωτική ανανέωση των συμβάσεών τους στον ΟΑΕΕ. Από την άλλη, οι φαρμακευτικοί σύλλογοι διαμοίραζαν τα ερωτηματολόγια τα οποία αποστέλλονταν στον ΟΑΕΕ μαζί με τις μηνιαίες καταστάσεις των φαρμακοποιών. Η εθελοντική βοήθεια των υπαλλήλων του ΟΑΕΕ ήταν εξαιρετικά σημαντική για την συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων.

Επιπροσθέτως, συλλέχθηκαν στατιστικά στοιχεία πριν (Νοέμβριο 2009 με Απρίλιο 2010) και μετά (Νοέμβριο 2010 με Απρίλιο 2011) την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον ΟΑΕΕ Περιφέρειας Πελοποννήσου με στόχο την καταγραφή της φαρμακευτικής δαπάνης που κατέβαλε ο οργανισμός για τους ασφαλισμένους του, καθώς και της συμμετοχής των ίδιων των ασφαλισμένων. Ομοίως για το ίδιο χρονικό διάστημα, καταγράφηκαν ο αριθμός των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων βάσει των αποδεικτικών στοιχείων (εκτελεσμένες συνταγές) που κατέθεταν οι φαρμακοποιοί στον ΟΑΕΕ.

Περιγραφή υλοποίησης

Από τους Νομούς της Περιφέρειας Πελοποννήσου συμπεριελήφθησαν όλοι οι Νομοί, δηλαδή ο Νομός Αργολίδας, ο Νομός Αρκαδίας, ο Νομός Κορινθίας, ο Νομός Λακωνίας και ο Νομός Μεσσηνίας. Αναλυτικότερα, συλλέχθηκαν στοιχεία από όλα τα περιφερειακά τμήματα του ΟΑΕΕ, τα οποία στον Νομό Αργολίδας είναι του Ναυπλίου, του Άργους και του Κρανιδίου, στον Νομό Αρκαδίας είναι της Τρίπολης, στον Νομό Κορινθίας είναι της Κορίνθου και του Κιάτου, στον Νομό Λακωνίας είναι της Σπάρτης και στον Νομό Μεσσηνίας είναι της Καλαμάτας, της Κυπαρισσίας και της Πύλου.

Τα στατιστικά στοιχεία για τη φαρμακευτική δαπάνη, τις συνταγές και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα συλλέχθηκαν για όλους τους Νομούς από όλα τμήματα για

τις περιόδους: α) Νοέμβριο του 2009 έως Απρίλιο του 2010, εξάμηνο διάστημα πριν την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, και β) Νοέμβριο του 2010 έως Απρίλιο του 2011, εξάμηνο διάστημα μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ειδικότερα, τα στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούσαν το ποσό που κατέβαλλε ο ΟΑΕΕ για φαρμακευτική δαπάνη στις αντίστοιχες περιόδους και περιοχές - τμήματα, το ποσό που κατέβαλαν οι ασφαλισμένοι ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής τους αντίστοιχα, καθώς και τον αριθμό των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αντίστοιχα. Η συλλογή των στατιστικών στοιχείων έγινε ύστερα από αδειοδότηση του Διοικητή του ΟΑΕΕ.

Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε όλα τα περιφερειακά τμήματα του ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου και με την βοήθεια των αρμόδιων υπαλλήλων στον κλάδο υγείας, αφού πρώτα είχαν ενημερωθεί από την ερευνήτρια, συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς κατά τη διάρκεια ανανέωσης των συμβάσεων τους, το χρονικό διάστημα Ιούλιο - Αύγουστο του 2011. Αντίστοιχα, το ίδιο χρονικό διάστημα τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν στους φαρμακευτικούς συλλόγους ή στους προέδρους των φαρμακευτικών συλλόγων των Νομών Αργολίδας, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Οι φαρμακευτικοί σύλλογοι που τελικά ανταποκρίθηκαν ήταν του Νομού Αργολίδας, Αρκαδίας και Λακωνίας.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκησε δύο μήνες. Κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε προσπάθεια να τηρηθούν όλες οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα. Ιδιωτικότητα είναι το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να σκέπτεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς το φόβο ότι οι σκέψεις του και η καταγραφή τους, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε δεύτερο χρόνο για να τον φέρουν σε δύσκολη θέση. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και τη συλλογή των στοιχείων εξασφαλιζόταν η ανωνυμία των συμμετεχόντων με τη μη καταγραφή του ονόματός τους, ενώ το ερωτηματολόγιο είναι έτσι δομημένο ώστε να μην περιέχονται προσωπικά αναγνωρίσιμες πληροφορίες.

Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση

Τη συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων και ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων (για τα ερωτηματολόγια), η καταχώρησή τους σε

λογιστικά φύλλα επεξεργασίας και η στατιστική τους επεξεργασία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS Statistics 17.0 σε συνδυασμό με το Microsoft Excel. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στο Data Editor του προγράμματος. Η συμπλήρωση του φύλλου δεδομένων πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας σαν στατιστική μονάδα τις περιοχές (γραμμές), ενώ οι μεταβλητές αποτέλεσαν τις στήλες.

Σχετικά με τα ερωτηματολόγια, τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία στην πλειοψηφία τους ήταν κατηγορικά, παρουσιάστηκαν με τη χρήση κυκλικών διαγραμμάτων (pie-charts) ή ραβδογραμμάτων (bar-charts). Οι παράμετροι που αφορούν την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναλύθηκαν ξεχωριστά και συσχετίστηκαν με το επάγγελμα, το φύλο και την ηλικιακή ομάδα. Η ανάλυση της ανοικτού τύπου ερώτησης έγινε ξεχωριστά και συσχετίστηκε με το επάγγελμα των ερωτηθέντων, όπου οι κοινές απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν σε τέσσερις ξεχωριστές παραμέτρους.

Για τους γενικούς και ειδικούς ελέγχους χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συνάφειας (contingency tables), έλεγχος Chi-square και ο έλεγχος Pearson. Σε όλες τις μεθόδους ορίζεται το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p-value) στο 5%. Για την απεικόνιση των συσχετίσεων δημιουργήθηκαν ραβδογράμματα μέσω των οποίων γίνεται περισσότερο αντιληπτή με διαγραμματικό τρόπο η πραγματική διαφορά που αναλύεται με όρους στατιστικών διαδικασιών και ελέγχων.

4.3 Παρουσίαση και ανάλυση αποτελεσμάτων

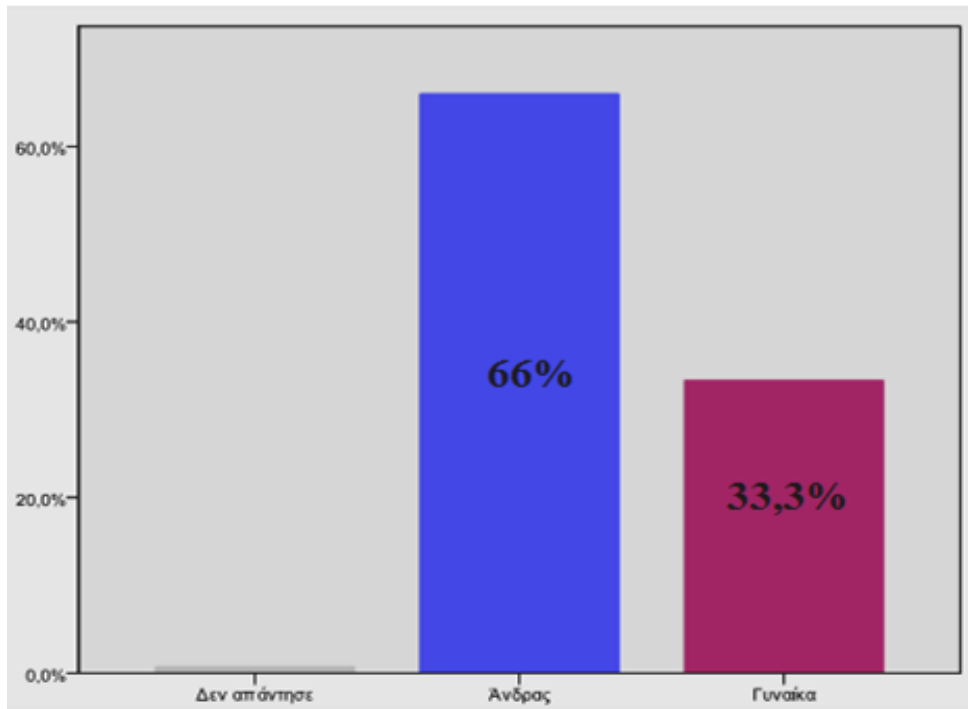
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την συλλογή των ερωτηματολογίων που σχετίζονται με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και απαντήθηκαν από ιατρούς και φαρμακοποιούς οι οποίοι ήταν συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ κατά το διάστημα πραγματοποίησης της έρευνας, καθώς και τα αποτελέσματα από τη συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου που αφορούν τη φαρμακευτική δαπάνη, τον αριθμό των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για διαστήματα πριν και μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Τα δύο μέρη της μελέτης παρατίθενται σε ξεχωριστές υποενότητες.

4.3.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

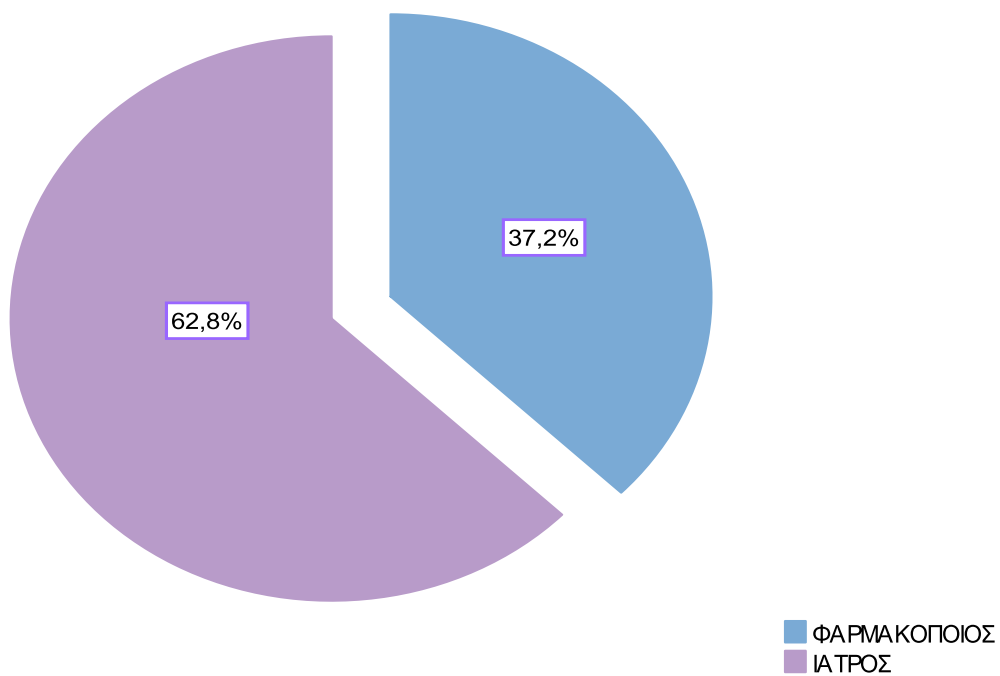
Στην έρευνα που διεξήχθη συμμετείχαν τελικά 282 ιατροί και φαρμακοποιοί, οι οποίοι το διάστημα Ιουλίου - Αυγούστου του 2011, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη, ήταν συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ. Αναλυτικότερα, στον Νομό Αρκαδίας συμμετείχαν 33 από τους 37 συμβεβλημένους ιατρούς και 29 από τους 65 συμβεβλημένους φαρμακοποιούς, στον Νομό Αργολίδας 35 από τους 35 συμβεβλημένους ιατρούς και 56 από τους 83 συμβεβλημένους φαρμακοποιούς, στον Νομό Λακωνίας 12 από τους 29 συμβεβλημένους ιατρούς και 19 από τους 67 συμβεβλημένους φαρμακοποιούς, στον Νομό Κορινθίας 69 από τους 70 συμβεβλημένους ιατρούς και ουδείς φαρμακοποιός, καθώς και στον Νομό Μεσσηνίας 28 από τους 39 συμβεβλημένους ιατρούς και ένας φαρμακοποιός.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται αρχικά τα βασικά δημογραφικά στατιστικά στοιχεία, ώστε να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Στη συνέχεια, αναφέρονται τα συγκεντρωτικά στοιχεία σχετικά με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης: εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών, δυσκολία μετάβασης, επίδραση στον χρόνο εργασίας, λάθη στις συνταγές, αριθμός συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ακολουθεί η συσχέτιση των κυριότερων μεταβλητών για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το επάγγελμα των συμμετεχόντων, το φύλο και την ηλικία αυτών, ώστε να διερευνηθεί εάν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Τέλος, αναλύεται η ανοικτού τύπου ερώτηση τόσο συγκεντρωτικά όσο και σε σύγκριση των τεσσάρων υποκατηγοριών της με το επάγγελμα των ερωτηθέντων.

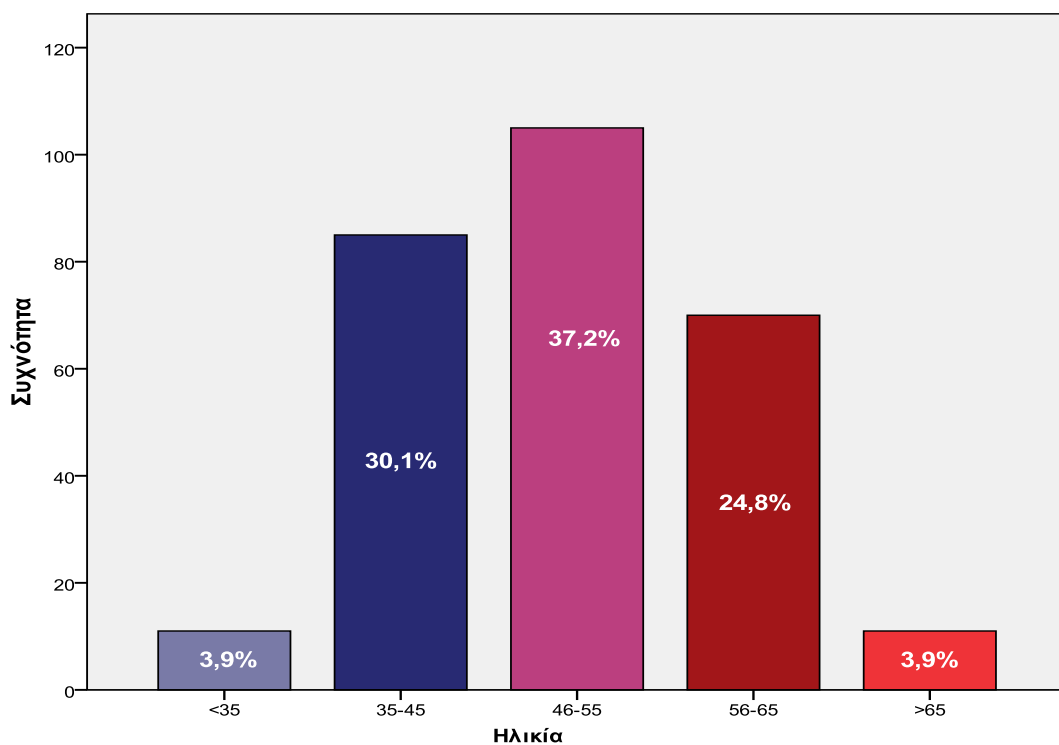
Από τους 282 συμμετέχοντες οι 186 ήταν άνδρες, οι 94 γυναίκες και δύο δεν απάντησαν στην ερώτηση για το φύλο. Επομένως, όπως παρουσιάζεται και στο Διάγραμμα 4.1, το δείγμα της έρευνας αποτελείται κατά 66% από άνδρες και κατά 33,3% από γυναίκες. Επιπλέον, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.2 και 4.3, από τους συμμετέχοντες οι 105 (37,2%) ήταν φαρμακοποιοί και οι 177 (62,8%) ιατροί, εκ των οποίων οι 11 (3,9%) είχαν ηλικία μικρότερη των 35 χρόνων, οι 85 (30,1%) ήταν 35 με 45 χρόνων, οι 105 (37,2%) ήταν 46 με 55 χρόνων, οι 70 (24,8%) ήταν 56 με 65 χρόνων και οι 11 (3,9%) ήταν άνω των 65 χρόνων. Από τους φαρμακοποιούς που συμμετείχαν στην έρευνα οι 19 (18,10%) λειτουργούσαν το φαρμακείο τους για λιγότερο από δέκα έτη, οι 29 (27,62%) για δέκα με είκοσι έτη και οι 57 (54,29%) για πάνω από είκοσι έτη, όπως εμφανίζεται σχηματικά στο Διάγραμμα 4.4.



Διάγραμμα 4.1
Ποσοστιαία κατανομή του φύλου στο δείγμα

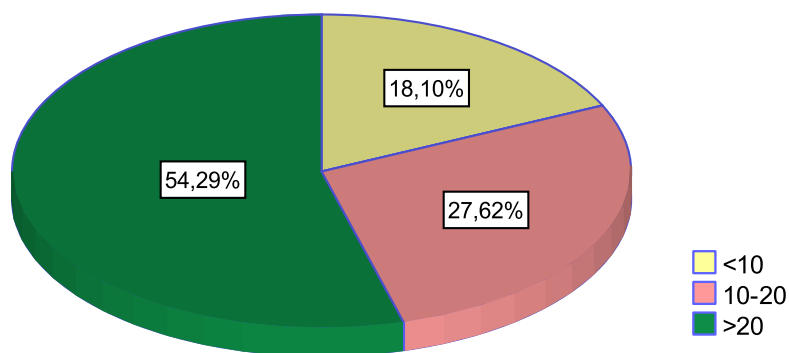


Διάγραμμα 4.2
Ποσοστιαία κατανομή των επαγγελματικών ομάδων του δείγματος



Διάγραμμα 4.3

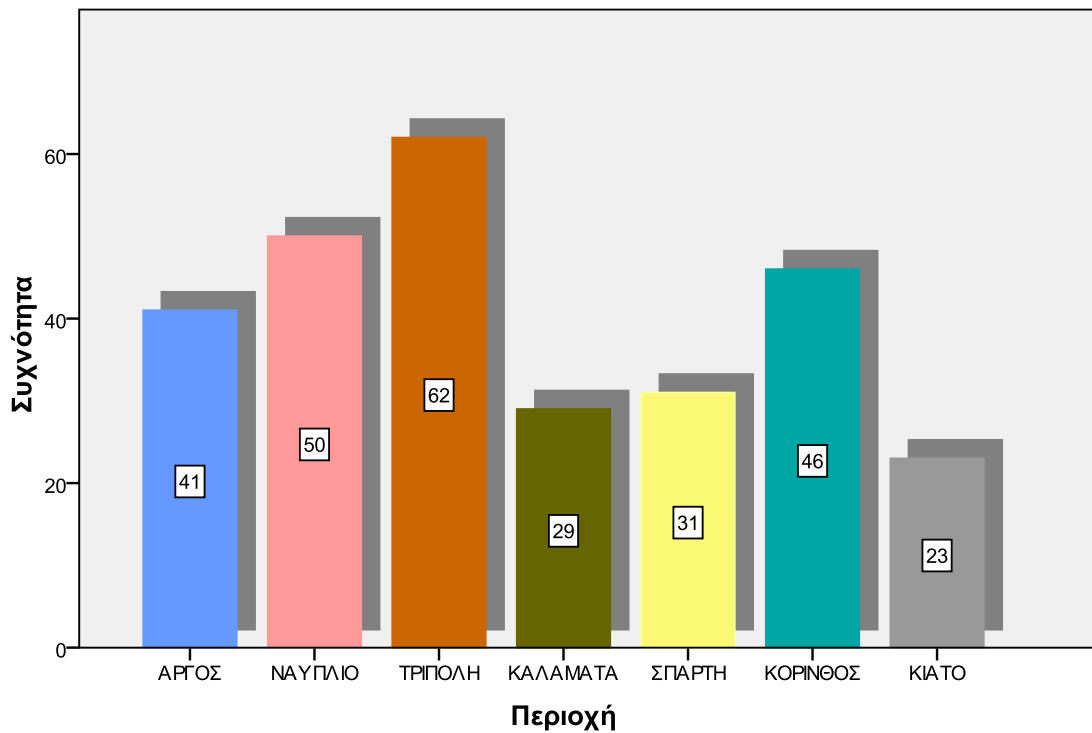
Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή ηλικίας στο δείγμα



Διάγραμμα 4.4

Ποσοστιαία κατανομή για τα έτη λειτουργίας φαρμακείου του δείγματος

Το 14,5% (41) των συμμετεχόντων ήταν από το Άργος, το 17,7% (50) από το Ναύπλιο, το 22% (62) από την Τρίπολη, το 10,3% (29) από την Καλαμάτα, το 11% (31) από τη Σπάρτη, το 16,3% (46) από την Κόρινθο και το 8,2% (23) από το Κιάτο, όπως παρουσιάζονται και στο Διάγραμμα 4.5.

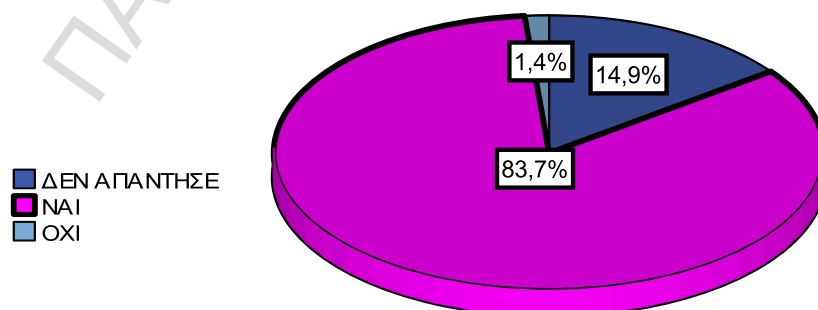


Διάγραμμα 4.5

Περιοχές προέλευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιλαμβάνουν:

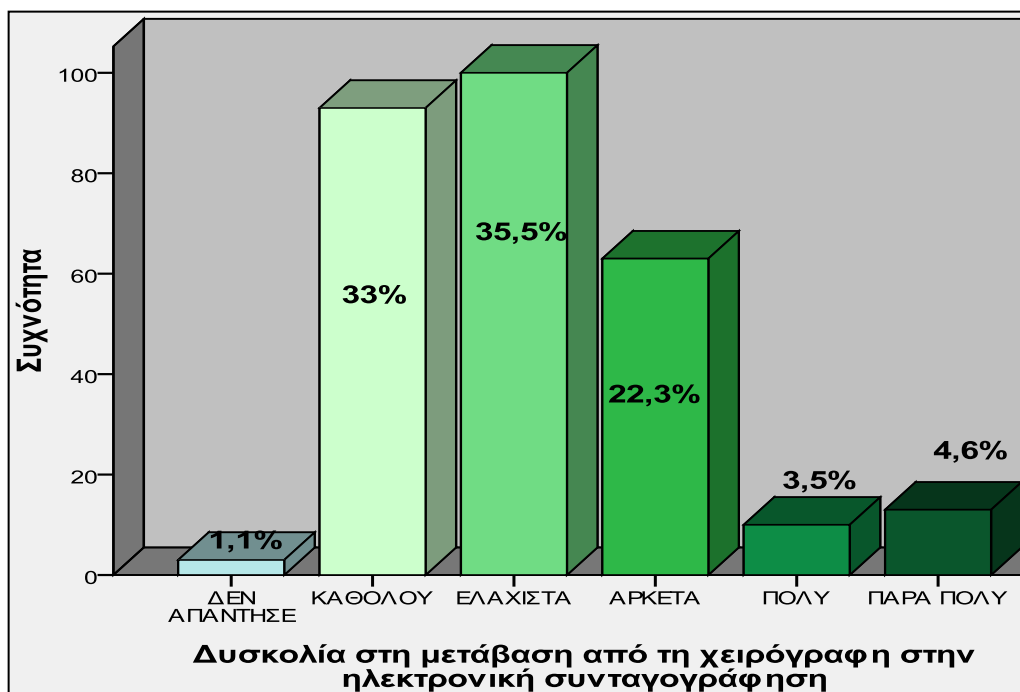
α) την εκτέλεση από τους φαρμακοποιούς και την συνταγογράφηση από τους ιατρούς ηλεκτρονικών συνταγών, όπου διαπιστώνεται ότι στο δείγμα της έρευνας οι 236 (83,7%) απάντησαν θετικά, οι 4 (1,4%) αρνητικά και οι 42 (14,9%) δεν απάντησαν, όπως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 4.6,



Διάγραμμα 4.6

Εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών από τους επαγγελματίες υγείας

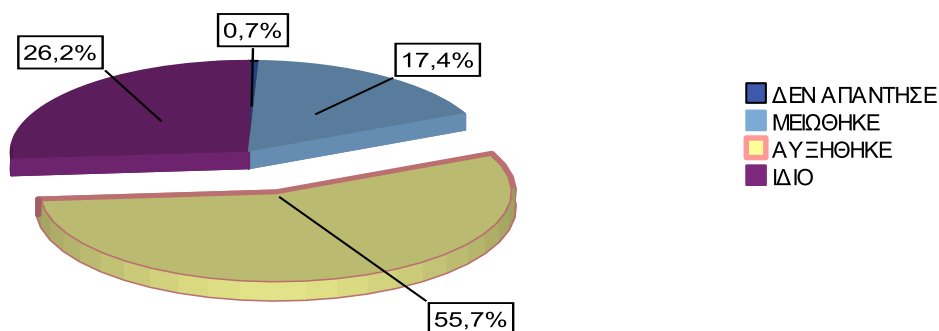
β) τη δυσκολία στη μετάβαση από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, όπου από τους συμμετέχοντες οι 93 (33%) δεν δυσκολεύτηκε καθόλου, οι 100 (35,5%) δυσκολεύτηκαν ελάχιστα, οι 63 (22,3%) αρκετά, οι 10 (3,5%) πολύ, οι 13 (4,6%) πάρα πολύ και οι 3 (1,1%) δεν απάντησαν, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.7,



Διάγραμμα 4.7

Δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

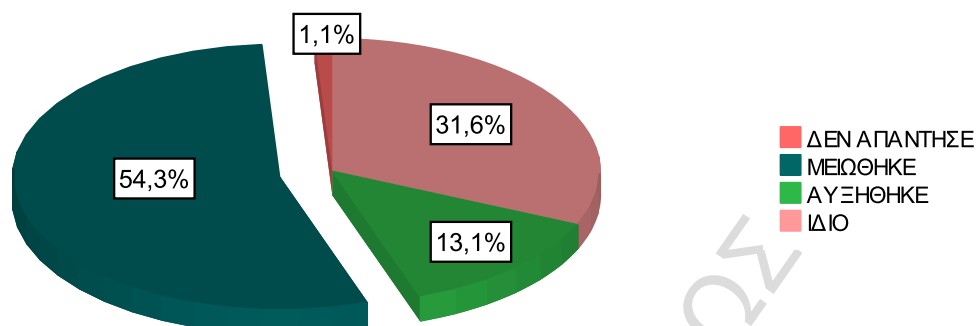
γ) την επίδραση στον χρόνο δουλειάς, όπου 49 (17,4%) συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο χρόνος δουλειάς τους μειώθηκε, 157 (55,7%) πιστεύουν ότι αυξήθηκε, 74 (26,2%) ότι παρέμεινε το ίδιο, ενώ 2 (0,7%) δεν απάντησαν, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.8,



Διάγραμμα 4.8

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς των επαγγελματιών υγείας

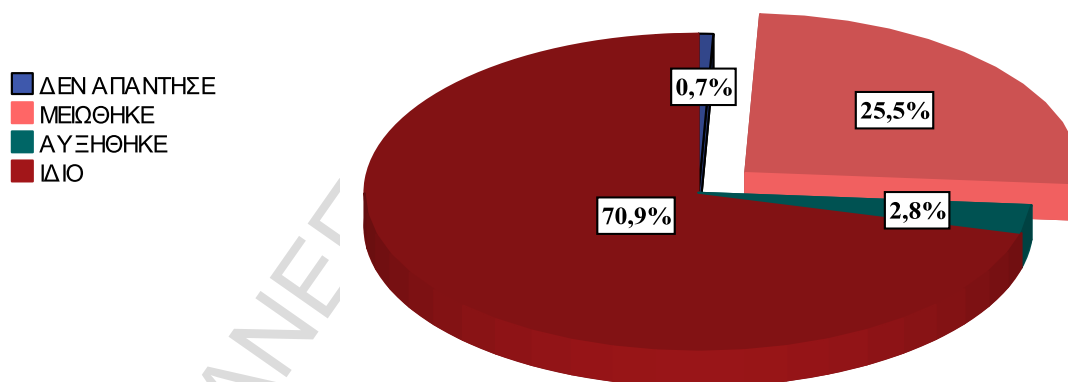
δ) την επίδραση στα λάθη των συνταγών, όπου 153 (54,3%) συμμετέχοντες πιστεύουν ότι τα λάθη μειώθηκαν, 37 (13,1%) πιστεύουν ότι αυξήθηκαν, 89 (31,6%) ότι παρέμειναν το ίδιο, ενώ 3 (1,1%) δεν απάντησαν, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.9,



Διάγραμμα 4.9

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη των συνταγών

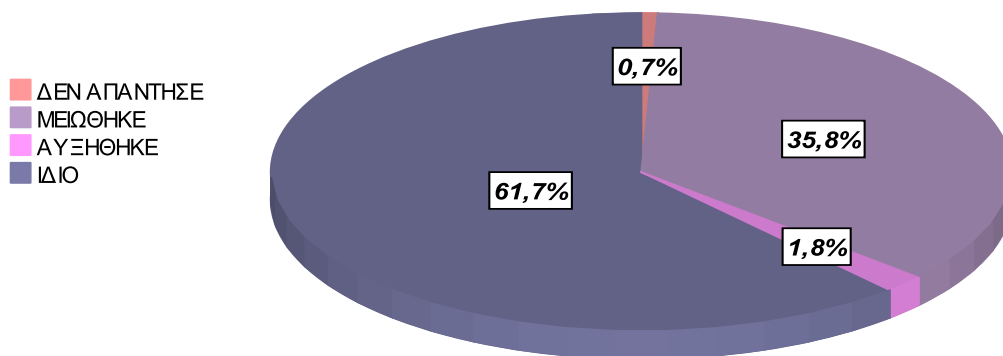
ε) την επίδραση στον αριθμό των συνταγών, όπου 72 (25,5%) συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο αριθμός των συνταγών μειώθηκε, 8 (2,8%) πιστεύουν ότι αυξήθηκε, 200 (70,9%) ότι παρέμεινε το ίδιο, ενώ 2 (0,7%) δεν απάντησαν, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4.10,



Διάγραμμα 4.10

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών

στ) την επίδραση στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπου 101 (35,8%) συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μειώθηκε, 5 (1,8%) πιστεύουν ότι αυξήθηκε, 174 (61,7%) ότι παρέμεινε το ίδιο, ενώ 2 (0,7%) δεν απάντησαν, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.11.



Διάγραμμα 4.11

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Η συσχέτιση των κυριότερων μεταβλητών για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το επάγγελμα των συμμετεχόντων, το φύλο και την ηλικία αυτών, είναι απαραίτητη ώστε να διερευνηθεί εάν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Αναλυτικότερα, ερευνήθηκε αν ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων εκτιμούνται διαφορετικά ορισμένες μεταβλητές που αφορούν την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ειδικότερα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης:

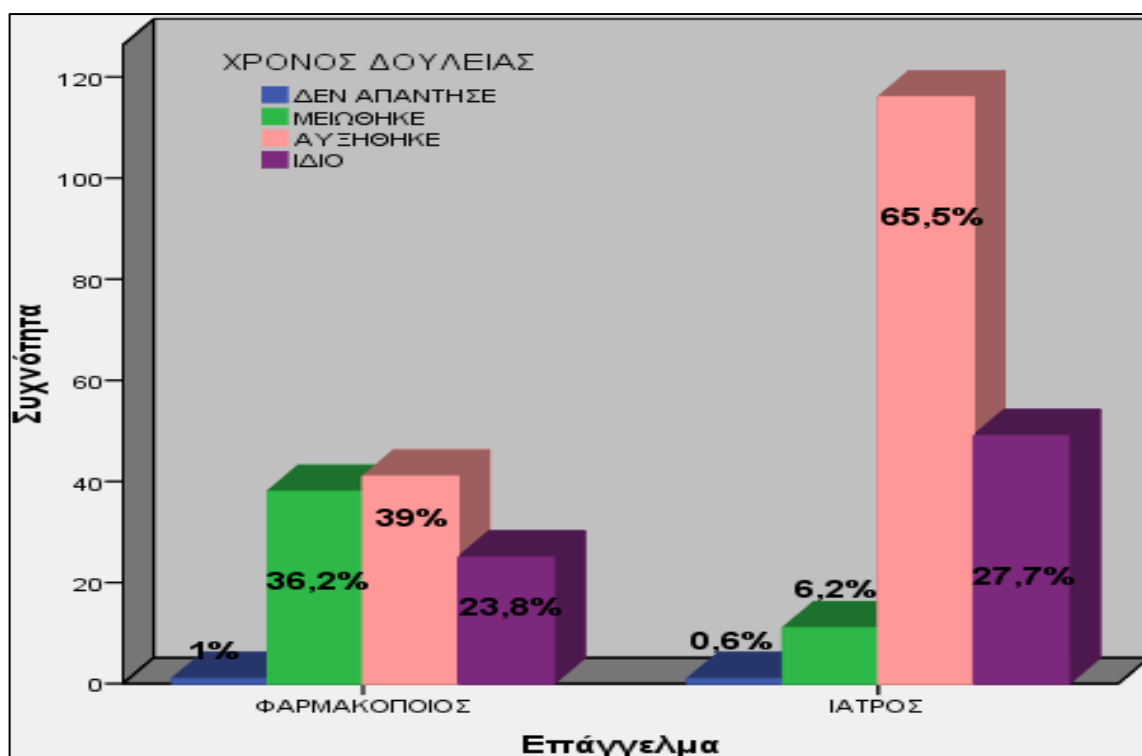
α) στον χρόνο δουλειάς, με το 65,5% των ιατρών να θεωρεί ότι αυξήθηκε ο χρόνος δουλειάς τους έναντι του 39% των φαρμακοποιών ($p < 0,001$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.2 και στο Διάγραμμα 4.12,

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Επίδραση του χρόνου δουλειάς των επαγγελματιών υγείας από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	ΜΕΙΩΘΗΚΕ	ΑΥΞΗΘΗΚΕ	ΙΔΙΟ	
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	1 1,0%	38 36,2%	41 39,0%	25 23,8%	105 100,0%
ΙΑΤΡΟΣ	1 ,6%	11 6,2%	116 65,5%	49 27,7%	177 100,0%

Pearson Chi-Square 0,000



Διάγραμμα 4.12

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς ανά επάγγελμα

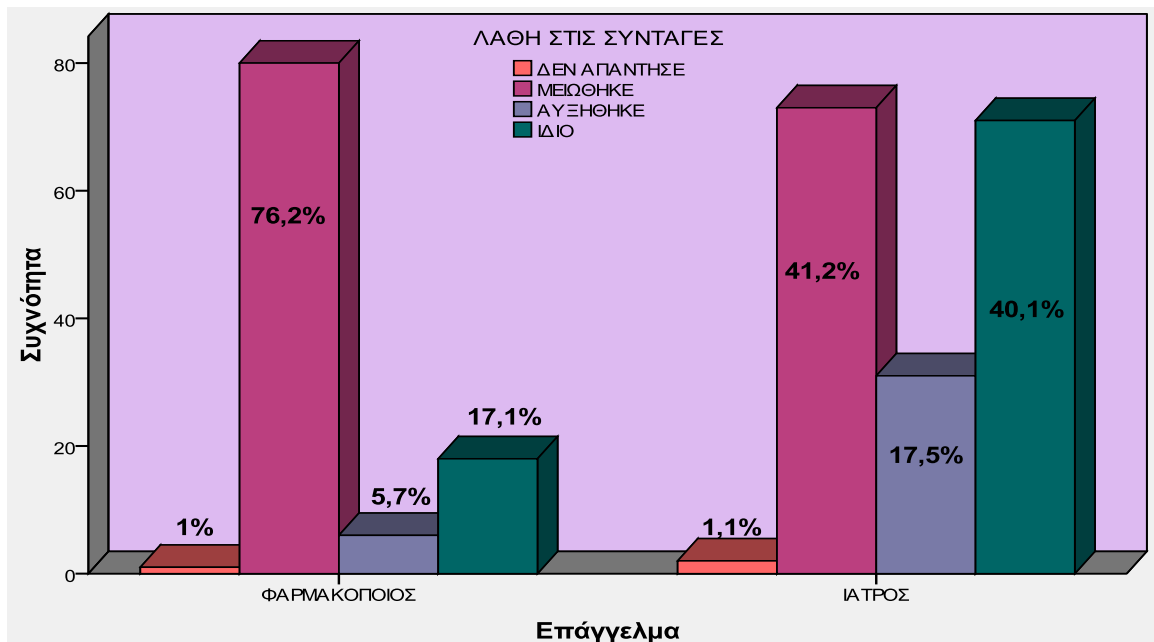
β) στα λάθη των συνταγών με το 76,2% των φαρμακοποιών να κρίνει ότι τα λάθη στις συνταγές μειώθηκαν έναντι του 41,2% των ιατρών ($p < 0,001$), όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 4.3 και στο Διάγραμμα 4.13.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Επίδραση στα λάθη στις συνταγές από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΛΑΘΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	ΜΕΙΩΘΗΚΕ	ΑΥΞΗΘΗΚΕ	ΙΔΙΟ	
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	1 1,0%	80 76,2%	6 5,7%	18 17,1%	105 100,0%
ΙΑΤΡΟΣ	2 1,1%	73 41,2%	31 17,5%	71 40,1%	177 100,0%

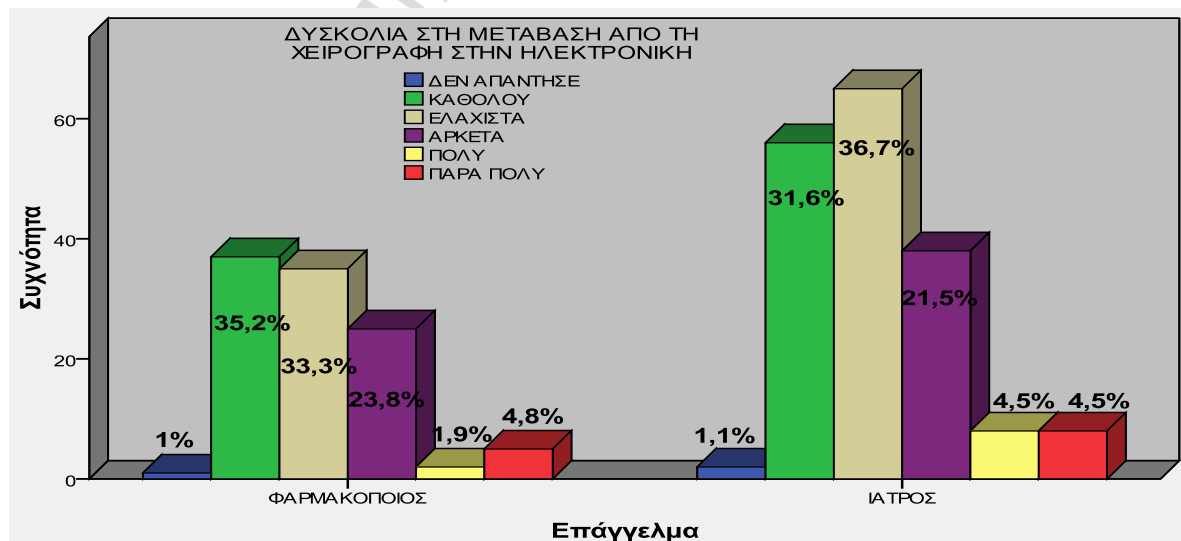
Pearson Chi-Square 0,000



Διάγραμμα 4.13

Κρίση για την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη στις συνταγές ανά επάγγελμα

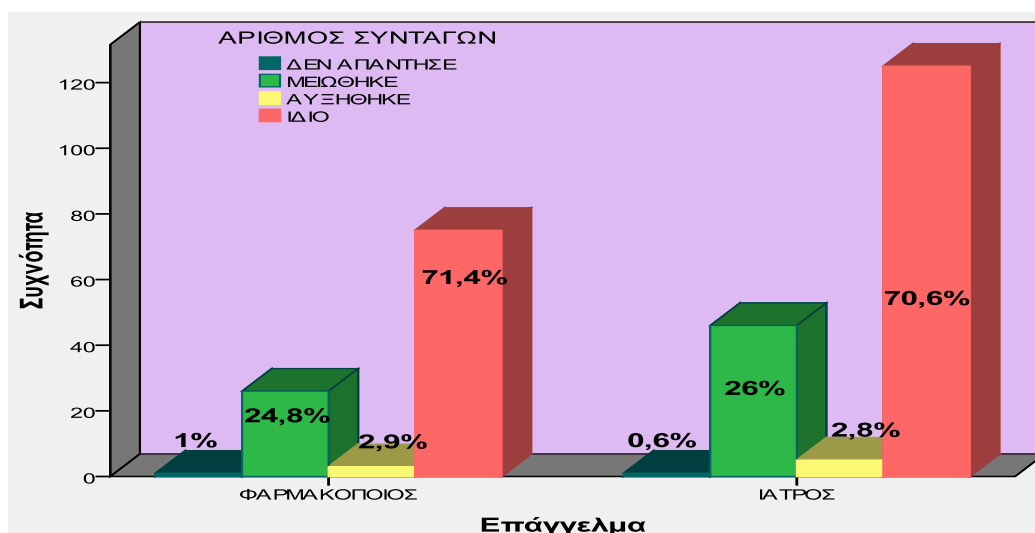
Αντίθετα, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά: i) στη μετάβαση από την χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση με το 68,5% των φαρμακοποιών και 68,3% των ιατρών να δυσκολεύτηκε καθόλου ή ελάχιστα στη μετάβαση ($p=0,858$), όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.14, και



Διάγραμμα 4.14

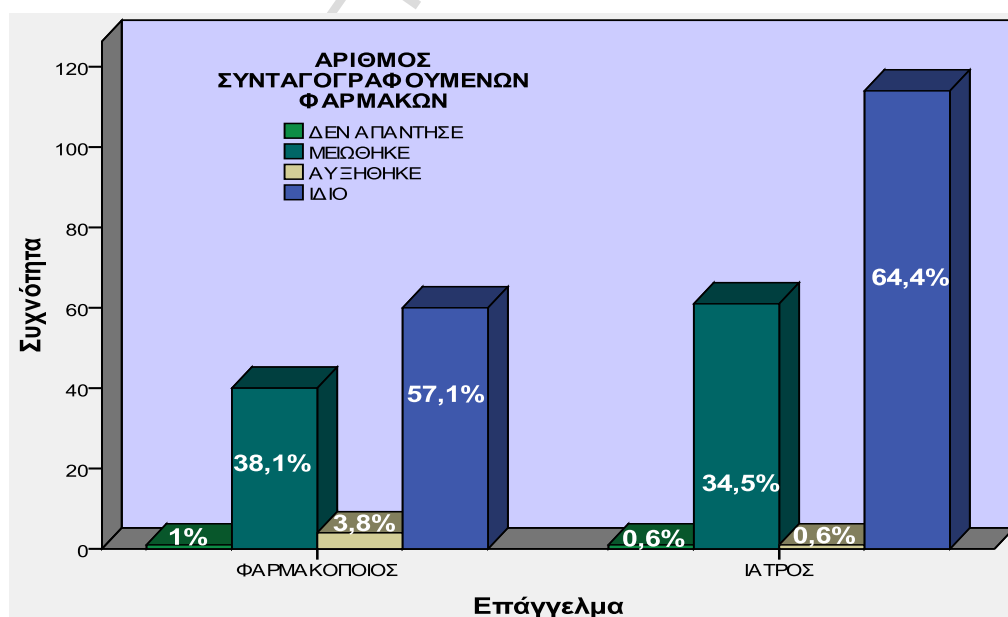
Δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ανάλογα με το επάγγελμα

ii) στον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αφού τόσο οι ιατροί όσο και οι φαρμακοποιοί κρίνουν ότι ο αριθμός των συνταγών, 70,6% και 71,4% αντίστοιχα ($p=0,980$), και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, 64,4% και 57,1% αντίστοιχα, ($p=0,182$) παρέμεινε σταθερός, όπως απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.15 και 4.16.



Διάγραμμα 4.15

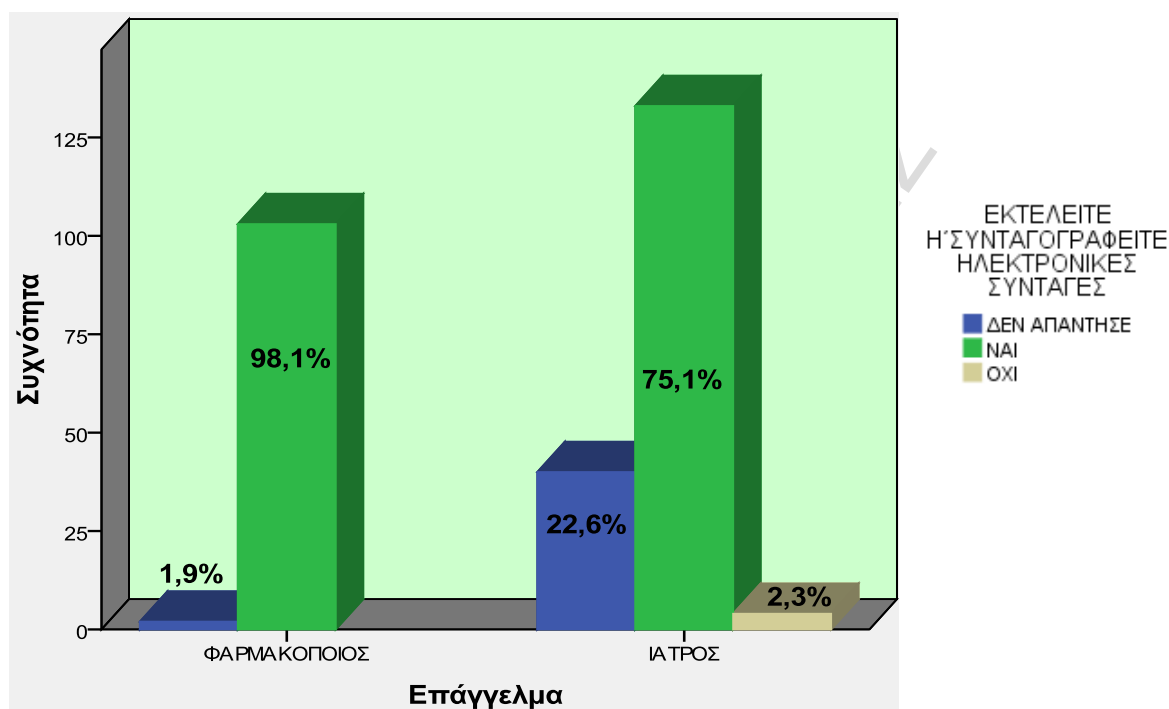
Κρίση για την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών ανά επάγγελμα



Διάγραμμα 4.16

Κρίση για την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά επάγγελμα

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.17 και στον Πίνακα 4.4, η εκτέλεση των ηλεκτρονικών συνταγών από τους φαρμακοποιούς είναι θετική στο 98,1% του δείγματος, ενώ η συνταγογράφησή τους από τους ιατρούς είναι θετική στο 75,1% του δείγματος ($p < 0,001$).



Διάγραμμα 4.17

Εκτέλεση ή συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών ανάλογα το επάγγελμα

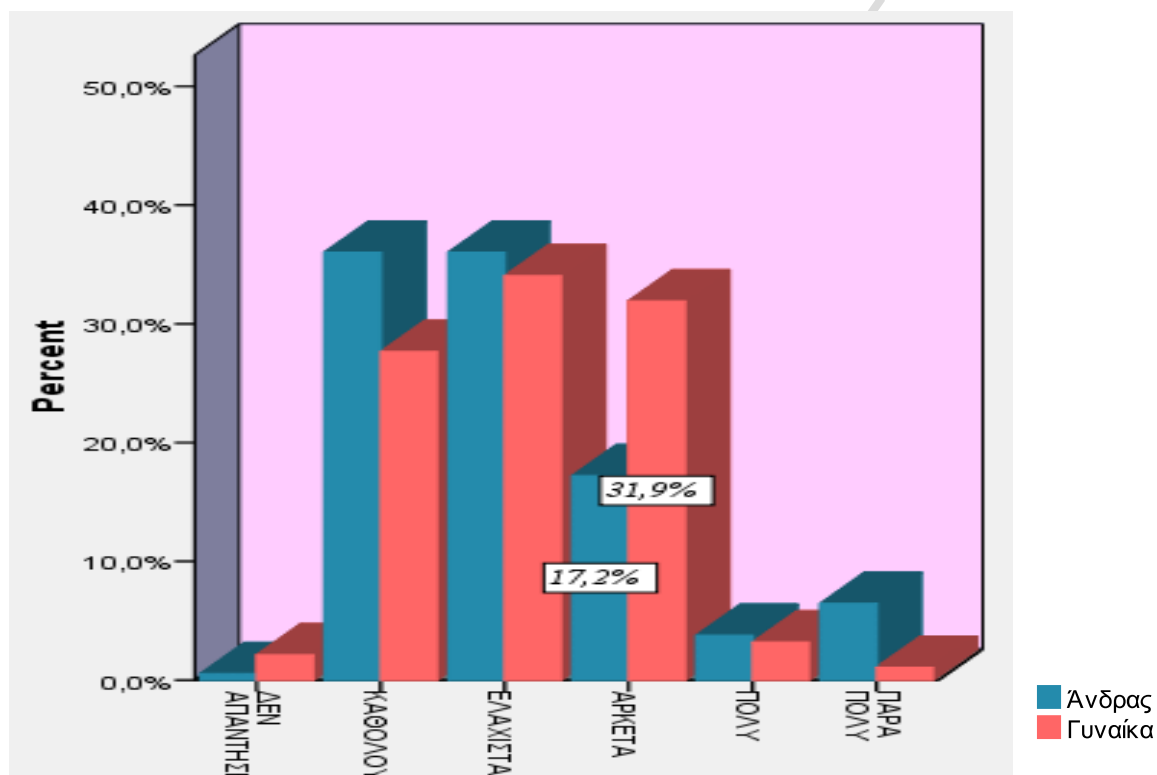
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4

Εκτέλεση και συνταγογράφηση ηλεκτρονικών συνταγών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΕΚΤΕΛΕΙΤΕ Η΄ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	2 1,9%	103 98,1%	0 ,0%	105 100,0%
ΙΑΤΡΟΣ	40 22,6%	133 75,1%	4 2,3%	177 100,0%

Pearson Chi-Square 0,000

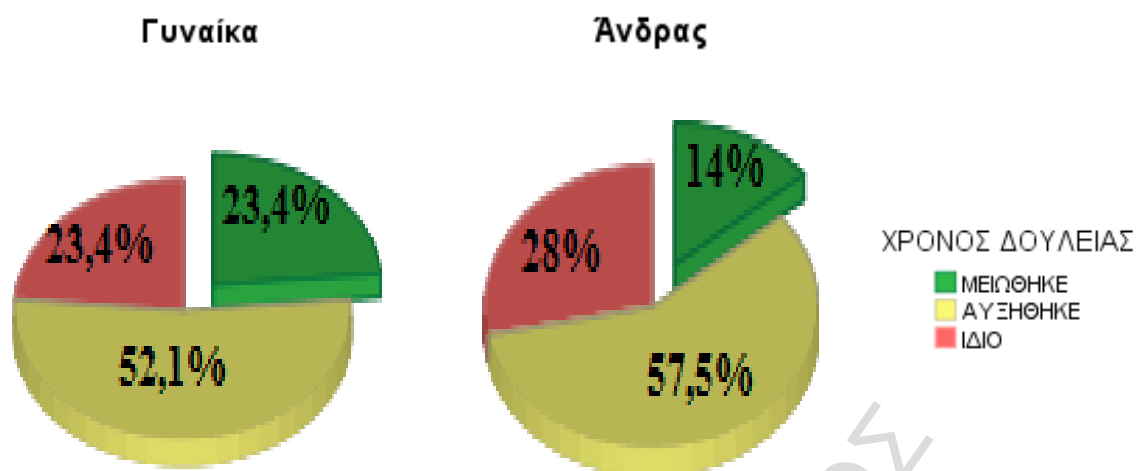
Η συσχέτιση του φύλου και της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν ανέδειξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Ειδικότερα, σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να δυσκολεύονται περισσότερο στη μετάβαση από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση αφού το 31,9% επέλεξε την απάντηση "Αρκετά" σε σχέση με το 17,2% των ανδρών, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.18.



Διάγραμμα 4.18

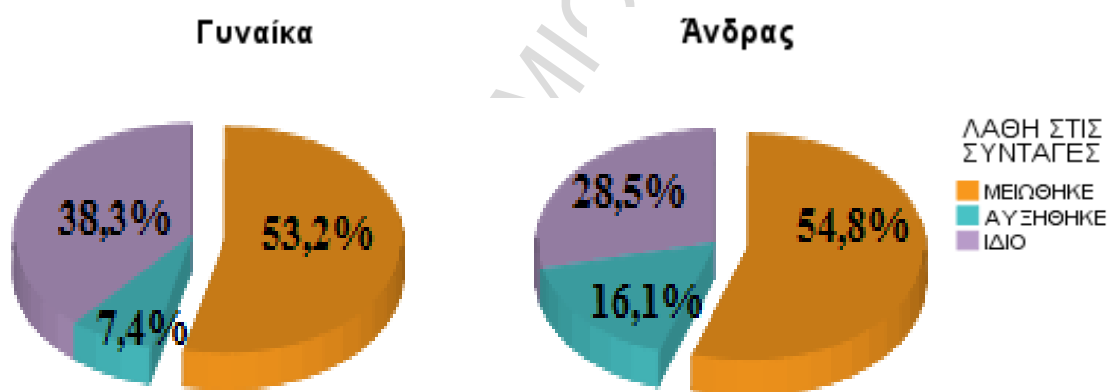
Η δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ανάλογα με το φύλο

Επιπλέον, οι γυναίκες θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (23,4%) σε σχέση με τους άνδρες (14%) ότι ο χρόνος δουλειάς τους μειώθηκε λόγω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ το ποσοστό για την αύξηση του χρόνου εργασίας είναι σχεδόν το ίδιο και για τα δύο φύλα (52,1% και 57,5% αντίστοιχα), όπως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 4.19. Σχετικά με τα λάθη στις συνταγές, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.20, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες σε ποσοστό 54,8% και 53,2% αντίστοιχα θεωρούν ότι μειώθηκαν, ενώ το 16,1% των ανδρών και το 7,4% των γυναικών θεωρούν ότι αυξήθηκαν.



Διάγραμμα 4.19

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς ανάλογα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας¹

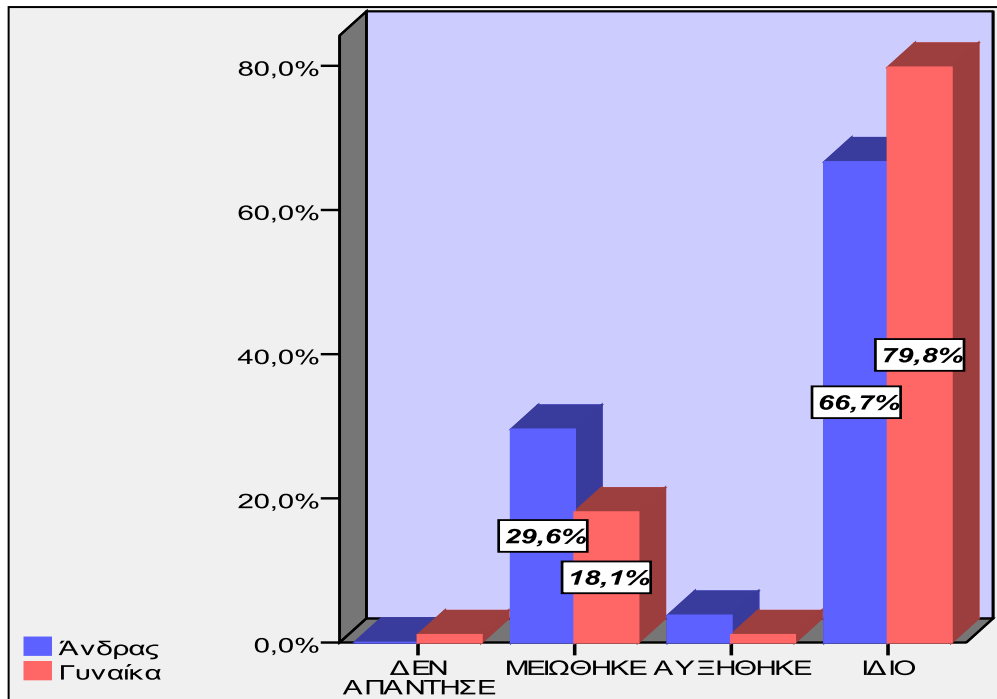


Διάγραμμα 4.20

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα λάθη των συνταγών σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας¹

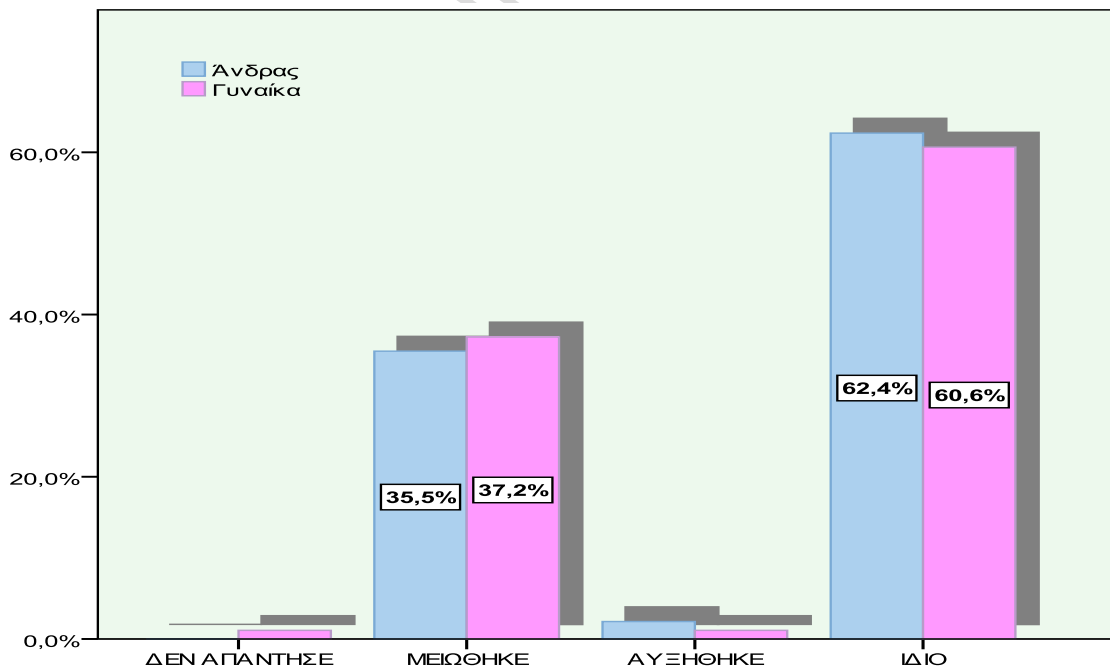
Ακόμη, ο αριθμός των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων κρίνουν και τα δύο φύλα σε μεγάλο ποσοστό ότι παρέμειναν το ίδιο (το 66,7% των ανδρών και 79,8% των γυναικών και το 62,4% των ανδρών και το 60,6% των γυναικών αντίστοιχα), όπως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.21 και 4.22.

¹ Δεν περιλαμβάνεται στο Διάγραμμα το ποσοστό που δεν απάντησε στην ερώτηση.



Διάγραμμα 4.21

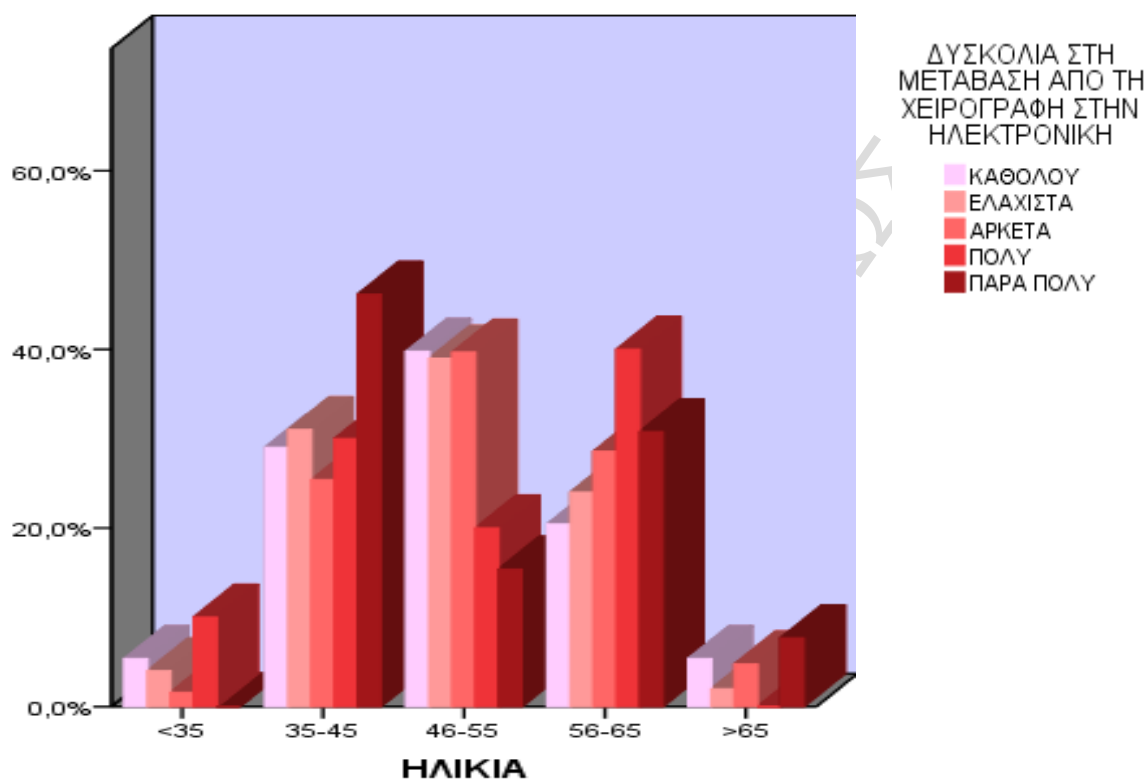
Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγών σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας



Διάγραμμα 4.22

Επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σύμφωνα με το φύλο των επαγγελματιών υγείας

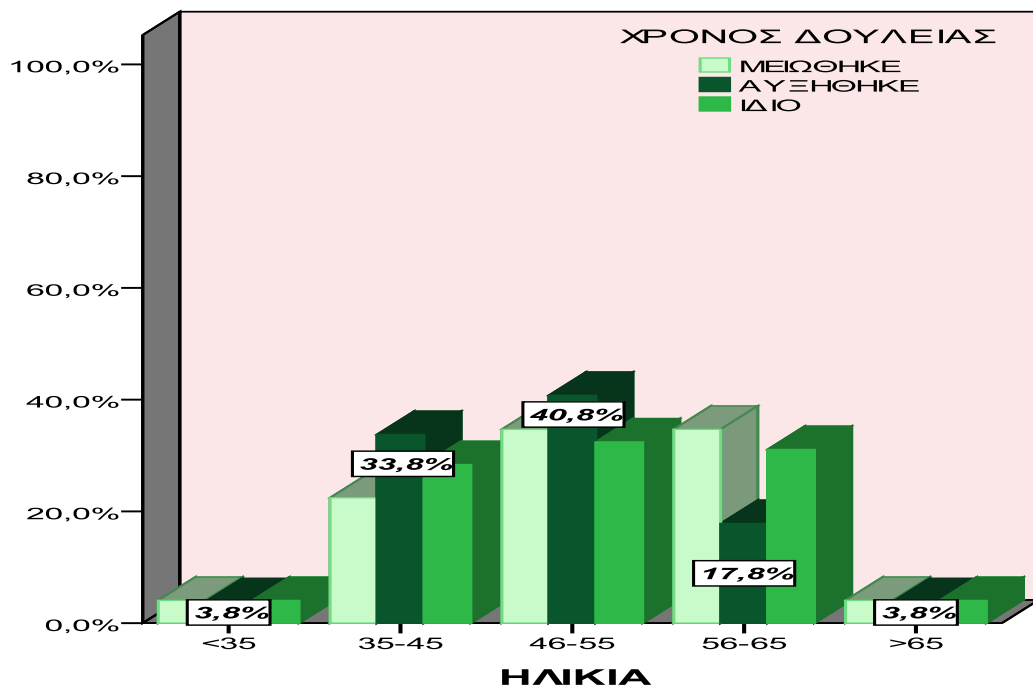
Σε σχέση με την ηλικία, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.23, η ηλικιακή ομάδα 35 - 45 φαίνεται να δυσκολεύεται περισσότερο στη μετάβαση από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αφού το 46,2% επέλεξε την απάντηση "Πάρα πολύ", ενώ η ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 λιγότερο με το 0,0% να επιλέγει την αντίστοιχη απάντηση.



Διάγραμμα 4.23

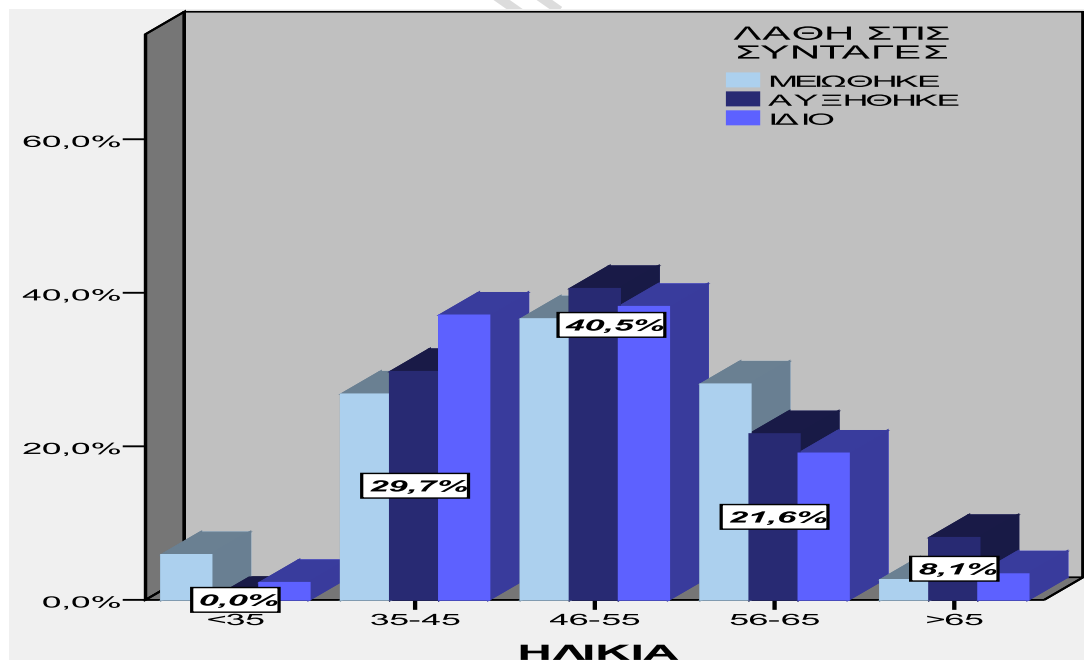
Σχέση ηλικίας των επαγγελματιών υγείας με τη δυσκολία μετάβασης από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Επιπλέον, η ηλικιακή ομάδα 46-55 των επαγγελματιών υγείας θεωρεί σε μεγαλύτερο ποσοστό (40,8%) σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες ότι ο χρόνος δουλειάς τους αυξήθηκε λόγω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.24. Σχετικά με τα λάθη στις συνταγές, το μεγαλύτερο ποσοστό (40,5%) για πιθανή αύξησή τους το συναντάμε στην ηλικιακή ομάδα 46-55, το μικρότερο (0,0%) στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35. Όσον αφορά τον αριθμό των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το μεγαλύτερο ποσοστό για πιθανή αύξησή τους το συναντάμε στην ηλικιακή ομάδα 35-45 (50%) και 56-65 (60%) αντίστοιχα και το μικρότερο στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 (0%).



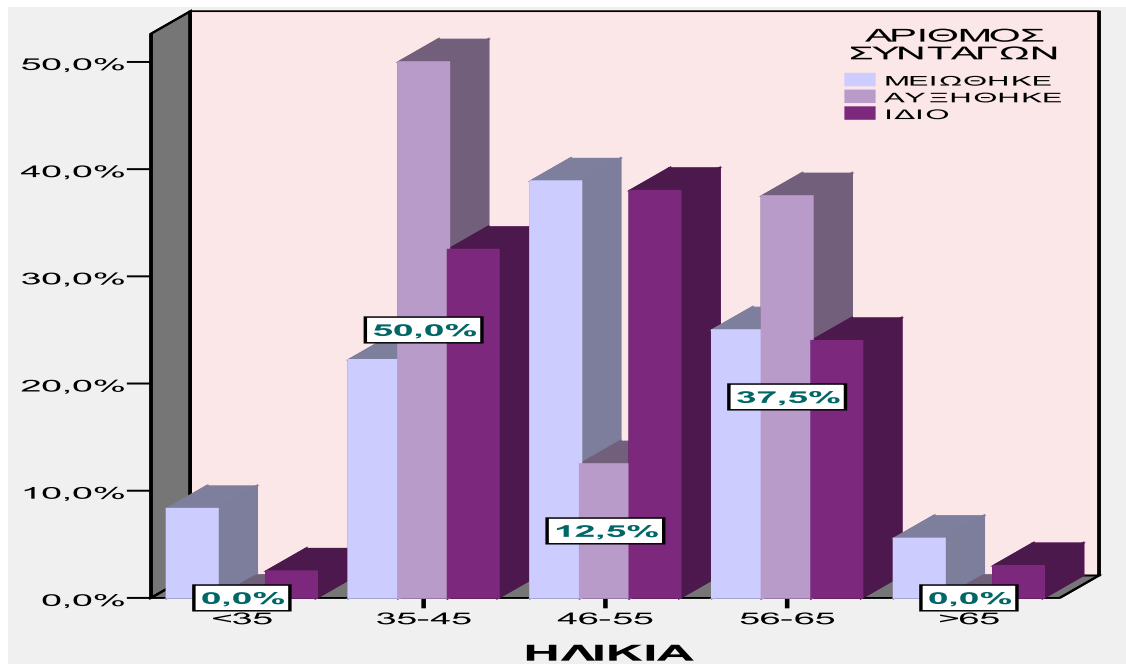
Διάγραμμα 4.24

Ποσοστιαία συσχέτιση της ηλικίας των επαγγελματιών με την επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον χρόνο δουλειάς τους



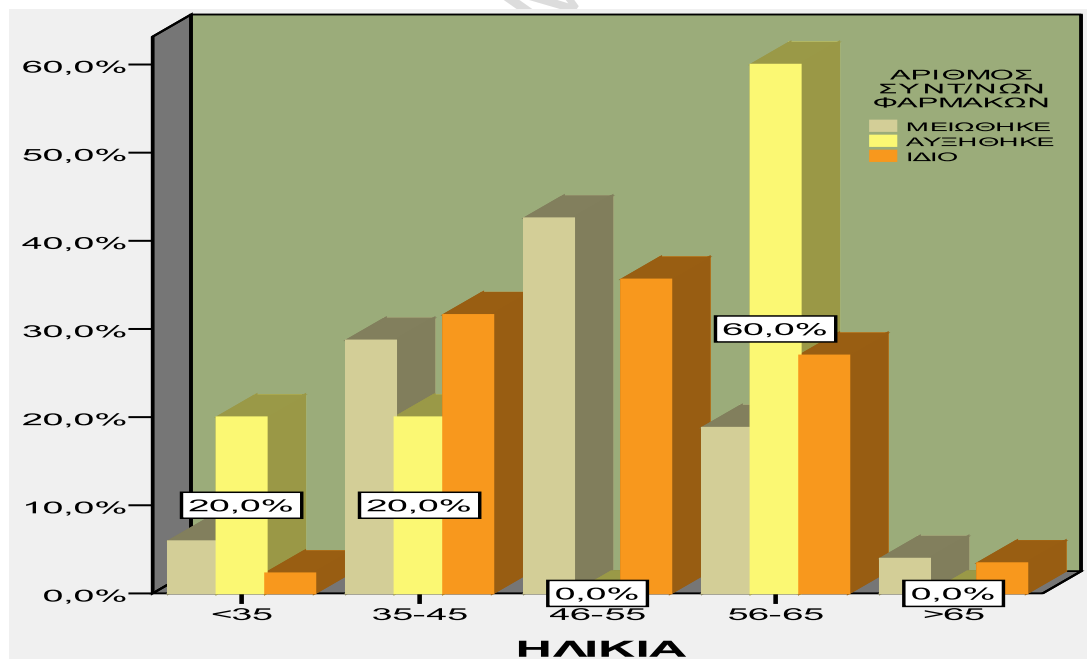
Διάγραμμα 4.25

Ποσοστιαία συσχέτιση των λαθών στις συνταγές με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας



Διάγραμμα 4.26

Ποσοστιαία συσχέτιση της μεταβολής του αριθμού των συνταγών από την εφαρμογή της Η.Σ. με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας



Διάγραμμα 4.27

Ποσοστιαία συσχέτιση της μεταβολής του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων από την εφαρμογή της Η.Σ. με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας

Η ανοικτού τύπου ερώτηση αφορούσε την καταγραφή προβλημάτων και την διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αρχικά αναλύθηκαν ως προς την ύπαρξη ή μη απάντησης και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις κύριες υποκατηγορίες παραπόνων και αναλόγων προτάσεων: α) για τη βάση δεδομένων του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, β) για την ταχύτητα και αξιοπιστία του συστήματος, γ) για τη δυνατότητα διόρθωσης των συνταγών από τους ιατρούς και αντίστοιχα ακύρωσής τους από τους φαρμακοποιούς και δ) για την αυτοματοποίηση και τον έλεγχο του συστήματος.

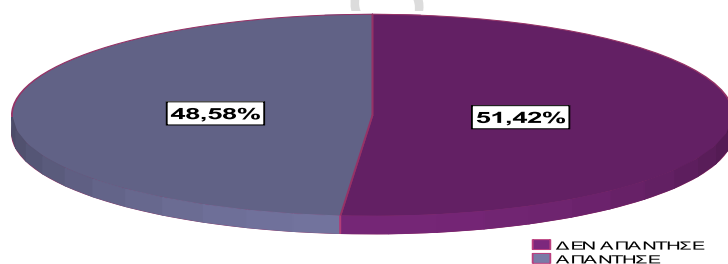
Αναλυτικότερα, στην πρώτη υποκατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις που αφορούσαν προβλήματα και ανάλογες σχετικές προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την ενημέρωση και την ανανέωση της βάσης δεδομένων του συστήματος. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ανέφεραν αναντιστοιχία ως προς την φαρμακοτεχνική μορφή, την ονομασία, την ποσότητα και την τιμή των φαρμάκων που υπήρχαν στο σύστημα με αυτά τα φάρμακα που πραγματικά κυκλοφορούσαν στην Ελλάδα. Επιπλέον, παράπονα εκφράστηκαν και για ορισμένες περιπτώσεις όπου το σύστημα έδινε λάθος κωδικούς για τα φάρμακα που κυκλοφορούσαν με αποτέλεσμα να μη δύναται να γίνει η σωστή εκτέλεση της συνταγής από τον φαρμακοποιό.

Η δεύτερη υποκατηγορία αφορά προβλήματα και ανάλογες σχετικές προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την ταχύτητα και την αξιοπιστία του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι περισσότερες αναφορές σχετίζονται με την αργή ταχύτητα του συστήματος, τη μη άρτια λειτουργία του σε ώρες αιχμής και την ξαφνική διακοπή της λειτουργίας του που πολλές φορές, όπως αναφέρεται από τους ιατρούς, οδηγούσε τη διαδικασία της συνταγογράφησης να είναι πιο χρονοβόρα από τη διαδικασία της εξέτασης των ασφαλισμένων. Στην τρίτη υποκατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις που αφορούσαν προβλήματα και ανάλογες σχετικές προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δυνατότητα διόρθωσης των συνταγών από τους ιατρούς, αφού τους επιτρέπεται μόνο η ακύρωσή τους, και αντίστροφα ακύρωσής τους από τους φαρμακοποιούς, αφού τους επιτρέπεται μόνο η διόρθωσή τους.

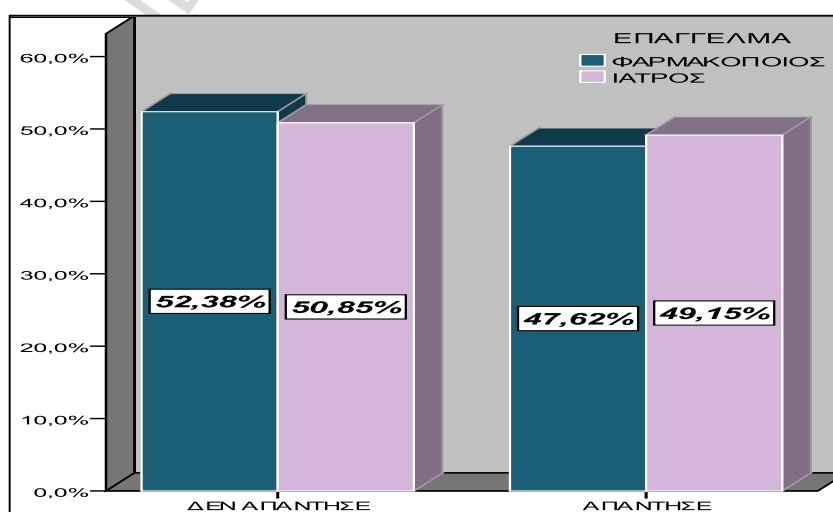
Τέλος, η τέταρτη υποκατηγορία αφορά προβλήματα και ανάλογες σχετικές προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο του συστήματος. Ειδικότερα, όσον αφορά την αυτοματοποίηση οι περισσότερες αναφορές

σχετίζονται με τη δυνατότητα συνταγογράφησης περισσότερων φαρμάκων ανά συνταγή ώστε να μη είναι αναγκαία η επανεγγραφή των στοιχείων του ασφαλισμένου, τη δυνατότητα συνταγογράφησης γαληνικών φαρμάκων (φαρμάκων που παρασκευάζονται στα φαρμακεία υπό τις οδηγίες του ιατρού), τη δυνατότητα επανάληψης της συνταγής από την ύπαρξη ηλεκτρονικού ιστορικού - φακέλου του ασθενούς, καθώς και τη μη αναγκαία εκτύπωση των συνταγών. Σχετικά με τον αυτοέλεγχο τα περισσότερα παράπονα αφορούσαν την μη ύπαρξη ελέγχου στην ποσότητα συνταγογράφησης φαρμάκων και στο ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων.

Συγκεντρωτικά, στην ανοικτού τύπου ερώτηση απάντησε το 48,58% των επαγγελματιών υγείας έναντι του 51,42% που δεν απάντησε, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4.28. Ειδικότερα, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.29, τους προβληματισμούς τους μοιράστηκαν το 49,15% των ιατρών και το 47,62% των φαρμακοποιών που συμμετείχαν στην έρευνα, με τις δύο κατηγορίες επαγγελματιών υγείας να μην διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς τη συμπλήρωση της ανοικτού τύπου ερώτησης.

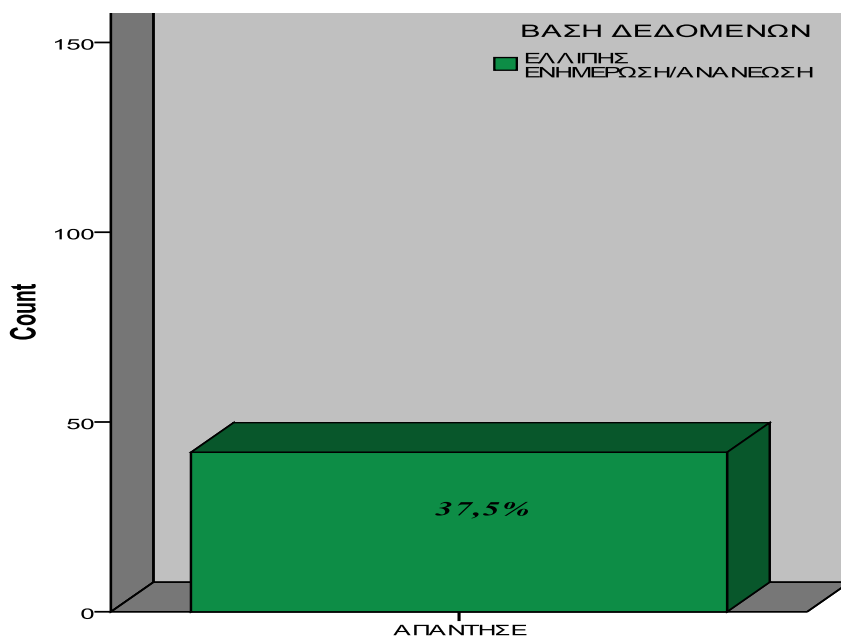


Διάγραμμα 4.28
Ποσοστιαία κατανομή απάντησης των επαγγελματιών υγείας στην ανοικτού τύπου ερώτηση



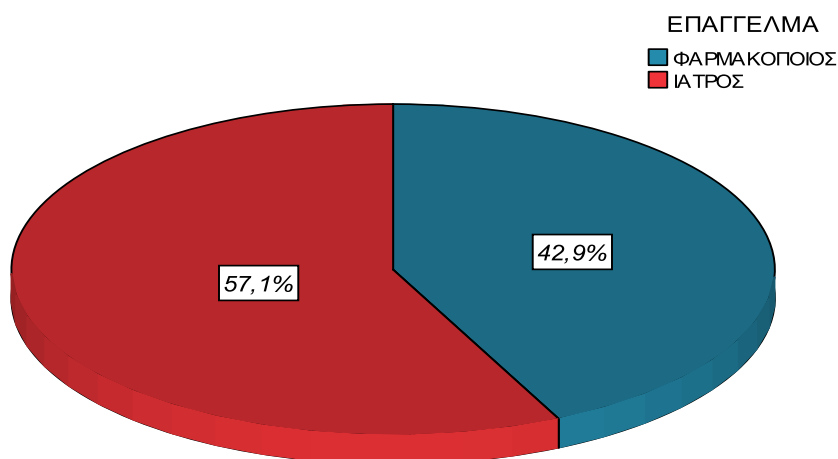
Διάγραμμα 4.29
Ποσοστιαία κατανομή απάντησης της ανοικτού τύπου ερώτησης ανά επάγγελμα

Από τα παράπονα που αναφέρθηκαν το 37,5% αφορούσε την πρώτη υποκατηγορία, τα προβλήματα με τη βάση δεδομένων, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.30. Για τη βάση δεδομένων περισσότερα παράπονα έκαναν οι ιατροί με ποσοστό 57,1% έναντι του 42,9% των φαρμακοποιών, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.31.



Διάγραμμα 4.30

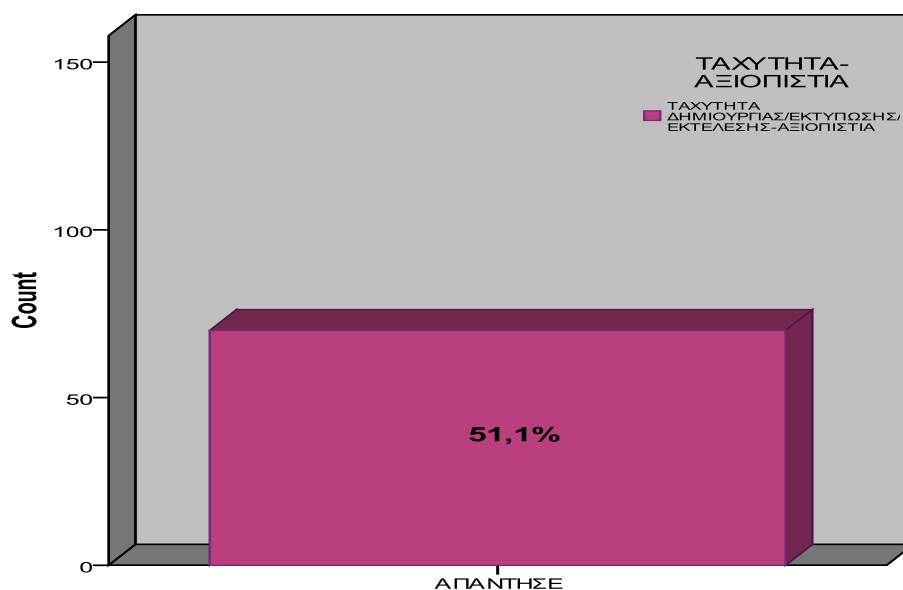
Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για τη βάση δεδομένων της ΗΣ



Διάγραμμα 4.31

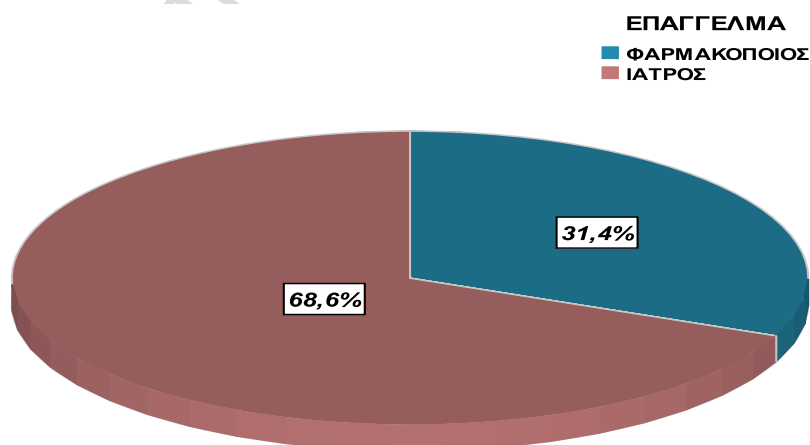
Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη βάση δεδομένων του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα

Αντίστοιχα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.32, το 51,1% των παραπόνων αφορούσε την ταχύτητα και αξιοπιστία του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συγκεντρώνοντας έτσι η δεύτερη υποκατηγορία το υψηλότερο ποσοστό παραπόνων. Για τη ταχύτητα και αξιοπιστία του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τα περισσότερα παράπονα έκαναν οι ιατροί με ποσοστό 68,6% έναντι του 31,4% των φαρμακοποιών, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.33.



Διάγραμμα 4.32

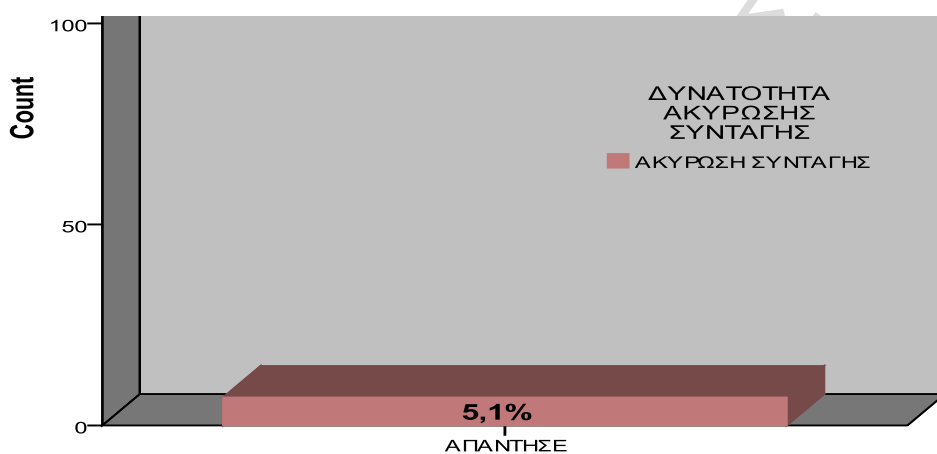
Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για τη ταχύτητα-αξιοπιστία της ΗΣ



Διάγραμμα 4.33

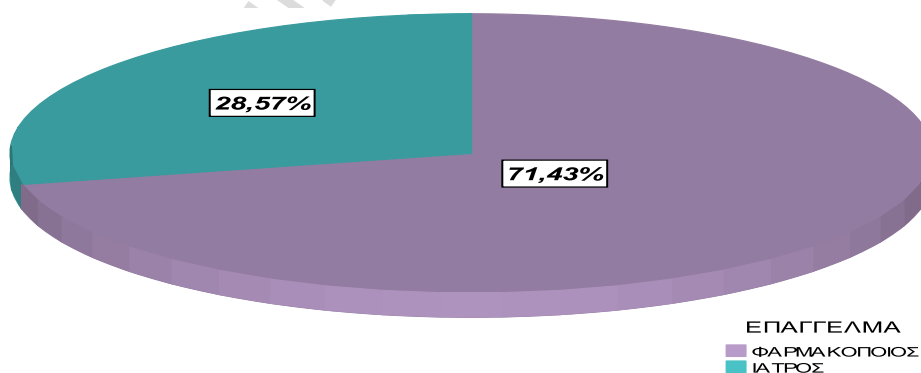
Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη ταχύτητα και αξιοπιστία του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα

Όπως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 4.34, το 5,1% των παραπόνων αφορούσε τη δυνατότητα διόρθωσης των συνταγών από τους ιατρούς, αφού τους επιτρέπεται μόνο η ακύρωσή τους, και αντίστροφα ακύρωσής τους από τους φαρμακοποιούς, αφού τους επιτρέπεται μόνο η διόρθωσή τους από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Για τη δυνατότητα ακύρωσης - διόρθωσης των ηλεκτρονικών συνταγών από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τα περισσότερα παράπονα έκαναν οι φαρμακοποιοί με ποσοστό 71,43% έναντι του 28,57% των ιατρών, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4.35.



Διάγραμμα 4.34

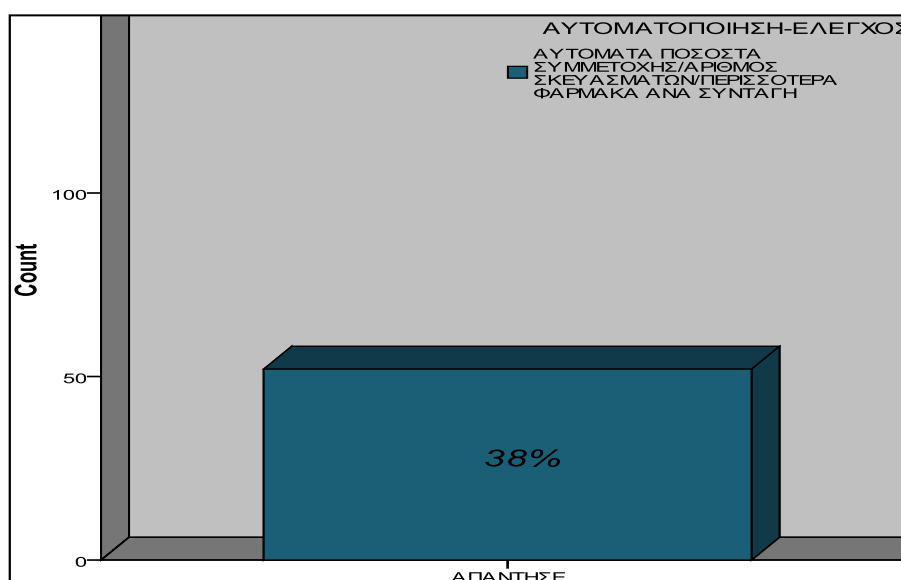
Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για την ακύρωση-διόρθωση των ηλεκτρονικών συνταγών



Διάγραμμα 4.35

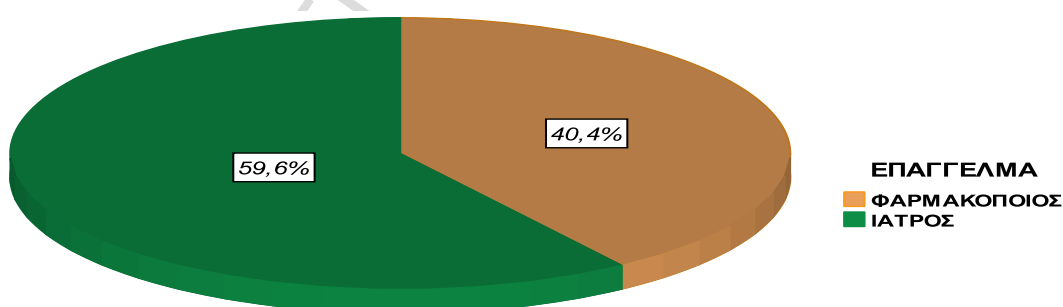
Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για τη δυνατότητα ακύρωσης-διόρθωσης των ηλεκτρονικών συνταγών ανά επάγγελμα

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.36, το 38% των παραπόνων αφορούσε την αυτοματοποίηση και τον έλεγχο του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Για την αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τα περισσότερα παράπονα έκαναν οι ιατροί με ποσοστό 59,6% έναντι του 40,4% των φαρμακοποιών, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.37.



Διάγραμμα 4.36

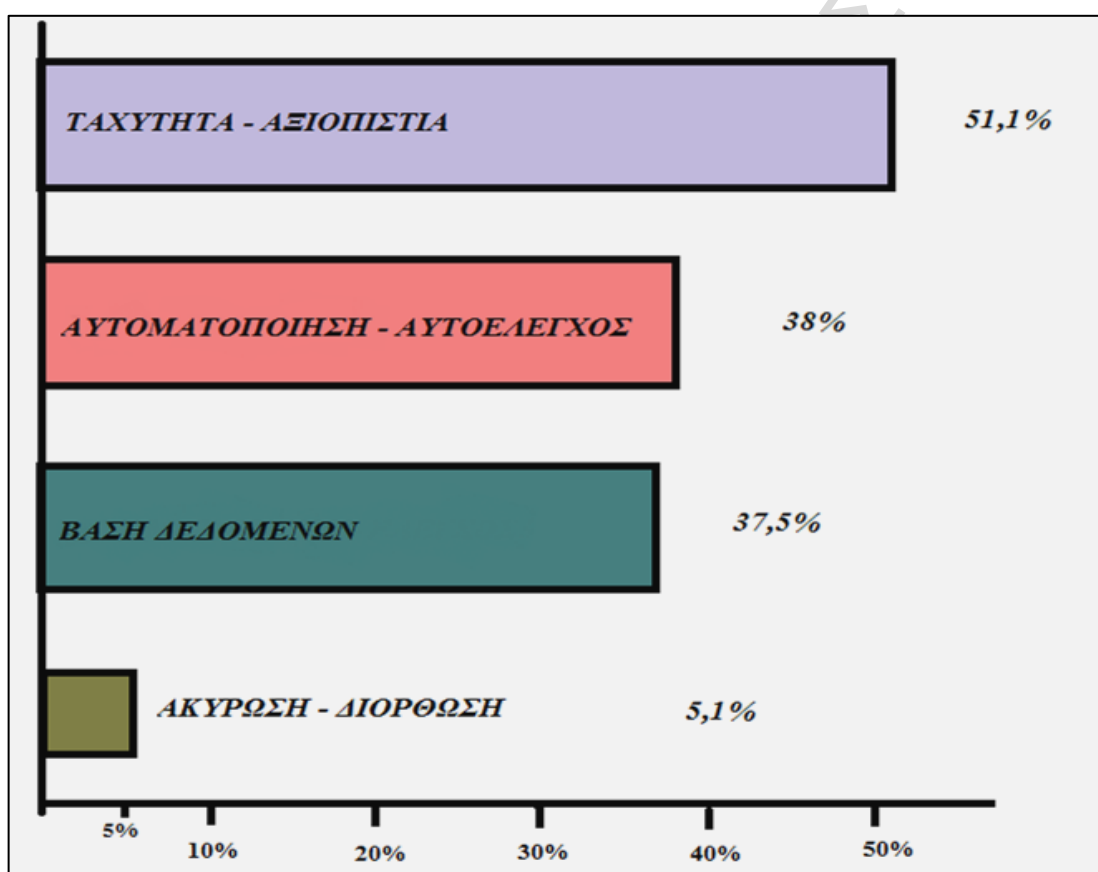
Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή παραπόνων για την αυτοματοποίηση - έλεγχο του συστήματος της ΗΣ



Διάγραμμα 4.37

Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για την αυτοματοποίηση - έλεγχο του συστήματος της ΗΣ ανά επάγγελμα

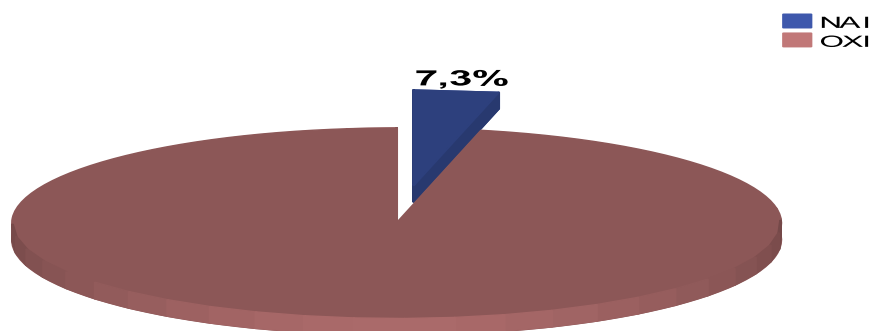
Συγκεντρωτικά, τα παράπονα που καταγράφηκαν για το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης κατά σειρά σημαντικότητας, όπως παρουσιάζονται και στο Διάγραμμα 4.38, είναι: α) για τη ταχύτητα και την αξιοπιστία σε ποσοστό 51,1%, β) για την αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο του συστήματος 38%, γ) για τη βάση δεδομένων σε ποσοστό 37,5% και δ) για τη δυνατότητα ακύρωσης-διόρθωσης των συνταγών 5,1%. Όπως διαφαίνεται, αρκετοί επαγγελματίες υγείας είχαν περισσότερα του ενός παράπονα για την εφαρμογή του συστήματος ΗΣ.



Διάγραμμα 4.38

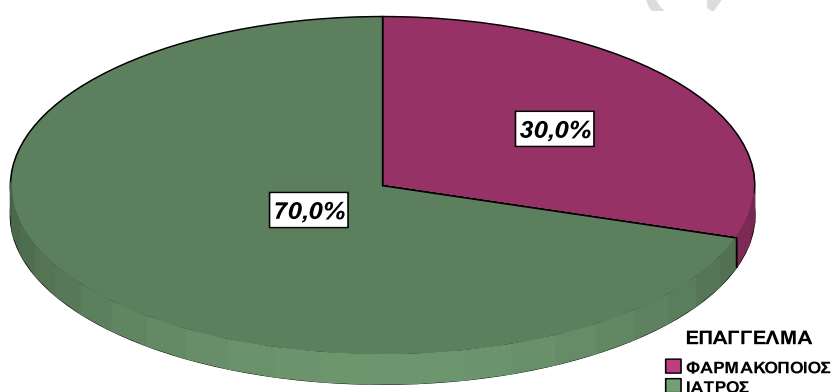
Ποσοστιαία κατανομή των παραπόνων για το σύστημα της ΗΣ

Στην ανοικτού τύπου ερώτηση υπήρχαν και ορισμένες θετικές κρίσεις των επαγγελματιών υγείας που αφορούσαν τη συνέχιση του προγράμματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και την ικανοποίησή τους από τη μέχρι πρότινος εφαρμογή του. Ειδικότερα, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.39, το 7,3 % των επαγγελματιών υγείας που απάντησαν έδωσε θετικές κρίσεις για το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Από τους επαγγελματίες υγείας που έδωσαν θετικές κρίσεις το 70% ήταν ιατροί και το 30% φαρμακοποιοί, όπως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.40.



Διάγραμμα 4.39

Ποσοστιαία κατανομή των θετικών κρίσεων για το σύστημα της ΗΣ



Διάγραμμα 4.40

Ποσοστιαία κατανομή των θετικών κρίσεων για το σύστημα της ΗΣ ανά επάγγελμα

Συμπερασματικά, όσον αφορά το επάγγελμα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η μετάβαση από τη χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογραφηση δεν δυσκόλεψε ουσιαστικά τους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που καταδεικνύει την εναρμόνισή τους με τα νέα συστήματα άσκησης της ιατρικής και κοινωνικής πολιτικής. Όμως, όπως φάνηκε από την έρευνα η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επέδρασε αρνητικά στον χρόνο δουλειάς κυρίως των ιατρών, εξαιτίας των πολλών προβλημάτων στην ταχύτητα-αξιοπιστία του συστήματος, στη βάση δεδομένων, καθώς και στην αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο αυτού. Επιπλέον, η χρήση της εφαρμογής της ΗΣ έγινε σε μεγαλύτερο βαθμό από τους φαρμακοποιούς συγκριτικά με τους ιατρούς, γεγονός που ίσως οφείλεται στην μεγαλύτερη εξοικείωσή τους με αντίστοιχα συστήματα του παρελθόντος. Σχετικά, ακόμη, με την θετική επίδραση της ΗΣ στον αριθμό των λαθών στη συνταγογραφία είναι ενθαρρυντικό το ότι πάνω από τα δύο τρίτα των φαρμακοποιών κρίνουν ότι μειώθηκαν, καθώς οι φαρμακοποιοί είναι οι κύριοι αποδέκτες των λαθών.

Όσον αφορά το φύλο, διαφαίνεται να υπάρχει μία μεγαλύτερη ευκολία των ανδρών κατά τη μετάβαση στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία ενδεχομένως να οφείλεται στην μεγαλύτερη εξοικείωση των ανδρών με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Τέλος, όσον αφορά την ηλικία τα αποτελέσματα της έρευνας εξέπληξαν καθώς δεν φάνηκε όπως αναμενόταν οι νεότερες ηλικίες να ανταποκρίνονται θετικότερα στο μέτρο. Εικάζεται, καθώς δεν προκύπτει από τα στοιχεία της μελέτης, ότι το γεγονός αυτό ίσως οφείλεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες στους επαγγελματίες υγείας έχουν καλύτερη οικονομική κατάσταση και άρα τη δυνατότητα ευκολότερης πρόσληψης βοηθητικού προσωπικού που τους αποδεσμεύει από την προσωπική χρήση του συστήματος.

4.3.2 Αποτελέσματα από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΕ

Στατιστικά στοιχεία συγκεντρώθηκαν από τον ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου για την φαρμακευτική δαπάνη το εξάμηνο διάστημα Νοέμβριο του 2009 με Απρίλιο του 2010, πριν την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, και το εξάμηνο διάστημα Νοέμβριο του 2010 με Απρίλιο του 2011, μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Τα στατιστικά στοιχεία περιλάμβαναν τον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το αρχικό κόστος των συνταγών, την εικοσιπέντε και δέκα της εκατό συμμετοχή των ασφαλισμένων στις συνταγές, καθώς και την συμμετοχή του οργανισμού. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση της μεταβολής των ανωτέρω στατιστικών στοιχείων πριν και μετά την εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας. Επιπλέον, συγκεντρώθηκε κατά προσέγγιση ανά περιοχή και το ποσοστό εκτέλεσης ηλεκτρονικών συνταγών όπου ήταν δυνατό.

Αναλυτικότερα, η μελέτη περιλαμβάνει αρχικά τη σύγκριση των στατιστικών στοιχείων μεταξύ των δύο εξάμηνων διαστημάτων ως έχουν και στη συνέχεια πραγματοποιείται σύγκριση για δύο νέες κατηγορίες, τον αριθμό των φαρμάκων ανά συνταγή και το κόστος αυτών ανά συνταγή, τόσο το αρχικό όσο και της συμμετοχής των πολιτών και του κράτους - ΟΑΕΕ. Επιπλέον, καταγράφονται οι συγκρίσεις των στατιστικών στοιχείων για τα εξεταζόμενα εξάμηνα διαστήματα ανά περιοχή και ανά αντίστοιχο μήνα, καθώς και ελέγχεται η μεταβολή του κόστους ανά συνταγή για τις περιοχές που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης πριν και μετά την υλοποίηση του συστήματος.

Ειδικότερα, το εξάμηνο διάστημα 11/2009 με 04/2010 ο μέσος όρος των συνταγών ήταν 1.619,15 με τυπική απόκλιση 1.012,68 και σύνολο συνταγών 97.149, ενώ ο μέσος όρος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ήταν 5.015,41 με τυπική απόκλιση 3.176,35 και σύνολο συνταγογραφούμενων φαρμάκων 300.925, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.5. Αντίστοιχα, το εξάμηνο διάστημα 11/2010 με 04/2011 ο μέσος όρος των συνταγών ήταν 1.547,66 με τυπική απόκλιση 963,80 και σύνολο συνταγών 92.860, ενώ ο μέσος όρος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ήταν 4.212,81 με τυπική απόκλιση 2.562,39 και σύνολο συνταγογραφούμενων φαρμάκων 252.769 όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 4.6. Από τα ανωτέρω στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι ο μέσος όρος και το σύνολο των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μετά από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μειώθηκε κατά 4,4% και 16% αντίστοιχα, γεγονός που υποδεικνύει τη μείωση όγκου συνταγογράφησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων το διάστημα 11/2009-04/2010

11/2009-04/2010	Min	Max	Sum	Mean	Std. Dev/ion
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ	175,00	4083,00	97149,00	1619,15	1012,68215
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤ/ΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	573,00	12262,00	300925,00	5015,41	3176,35496

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων το διάστημα 11/2010-04/2011

11/2010-04/2011	Min	Max	Sum	Mean	Std. Dev/ion
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ	161,00	3324,00	92860,00	1547,66	963,80369
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤ/ΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	426,00	9996,00	252769,00	4212,81	2562,39551

Το εξάμηνο διάστημα 11/2009 με 04/2010 ο μέσος όρος του αρχικού κόστους των συνταγών ήταν 126.527,64 ευρώ με τυπική απόκλιση 83.091,25 και σύνολο 7.591.658,47 ευρώ, ενώ ο μέσος όρος της συμμετοχής κατά 25% των ασφαλισμένων ήταν 12.047,53 ευρώ με τυπική απόκλιση 7.879,94 και σύνολο 722.852,30 ευρώ, ο μέσος όρος συμμετοχής κατά 10% των ασφαλισμένων ήταν 2.868,60 με τυπική απόκλιση 2.103,07 και σύνολο 172.116,34 ευρώ και ο μέσος όρος της συμμετοχής του ΟΑΕΕ ήταν 111.528,15 ευρώ με τυπική απόκλιση 73.426,34 και σύνολο 6.691.689,52 ευρώ, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.7. Αντίστοιχα, το εξάμηνο διάστημα 11/2010 με 04/2011 ο μέσος όρος του αρχικού κόστους των συνταγών ήταν 99.407,12 ευρώ με τυπική απόκλιση 66.356,06 και σύνολο 5.964.427,74 ευρώ, ενώ ο μέσος όρος της συμμετοχής κατά 25% των ασφαλισμένων ήταν 9.865,40 ευρώ με τυπική απόκλιση 6.308,61 και σύνολο 591.924,27 ευρώ, ο μέσος όρος συμμετοχής κατά 10% των ασφαλισμένων ήταν 2.123,94 ευρώ με τυπική απόκλιση 1.464,36 και σύνολο 127.436,79 ευρώ και ο μέσος όρος της συμμετοχής του ΟΑΕΕ ήταν 87.417,79 ευρώ με τυπική απόκλιση 58.774,30 και σύνολο 5.245.067,68 ευρώ, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.8. Από τα ανωτέρω στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι ο μέσος όρος και το σύνολο του αρχικού κόστους των συνταγών, της 25% και 10% συμμετοχής των ασφαλισμένων, καθώς και της συμμετοχής του ΟΑΕΕ μειώθηκε κατά 21,4%, 18,1%, 25,9% και 21,6% αντίστοιχα. Επιπλέον, η συνολική συμμετοχή των ασφαλισμένων, που αφορά το 10% και 25% μαζί, μειώθηκε κατά 19,6%. Επομένως, παρατηρείται ότι μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπάρχει όφελος τόσο στην δαπάνη του κράτους όσο και των ασφαλισμένων για τα φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το αρχικό κόστος των συνταγών και τη συμμετοχή ασφαλισμένων και ΟΑΕΕ το διάστημα 11/2009-04/2010

11/09-04/10	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
ΑΡΧΙΚΟ ΠΟΣΟ	14153,37	313072,99	7591658,47	126527,6412	83091,25659
25% ΣΥΜΜ.	1236,98	32583,09	722852,30	12047,5383	7879,94626
10% ΣΥΜΜ.	305,04	8584,28	172116,34	2868,6057	2103,07646
0% ΣΥΜΜ.	4136,04	117238,27	2959082,95	49318,0492	32927,77407
ΟΑΕΕ	12190,81	273922,44	6691689,52	111528,1587	73426,34427

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το αρχικό κόστος των συνταγών και τη συμμετοχή ασφαλισμένων και ΟΑΕΕ το διάστημα 11/2010-04/2011

11/10-04/11	Min	Max	Sum	Mean	Std. Dev/ion
ΑΡΧΙΚΟ ΠΟΣΟ	9265,13	230943,38	5964427,74	99407,1290	66356,06738
25% ΣΥΜΜ.	899,61	22264,69	591924,27	9865,4045	6308,61971
10% ΣΥΜΜ.	219,84	6247,59	127436,79	2123,9465	1464,36920
0% ΣΥΜΜ.	2161,35	112544,02	2259164,29	37652,7382	28437,41902
ΟΑΕΕ	7905,69	207247,36	5245067,68	87417,7947	58774,30918

Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι νέες μεταβλητές: φάρμακα ανά συνταγή και κόστος ανά συνταγή. Ειδικότερα, το εξάμηνο διάστημα 11/2009 με 04/2010 ο μέσος όρος των φαρμάκων ανά συνταγή ήταν 3,10 με τυπική απόκλιση 0,19, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.9. Αντίστοιχα, το εξάμηνο διάστημα 11/2010 με 04/2011 ο μέσος όρος των φαρμάκων ανά συνταγή ήταν 2,79 με τυπική απόκλιση 0,25, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 4.10. Από τα ανωτέρω στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανά συνταγή μειώθηκαν κατά 10% μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, γεγονός που επιβεβαιώνει και την σύγκριση των αρχικών στατιστικών στοιχείων για μείωση του όγκου συνταγογράφησης φαρμάκων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2009-04/2010

11/2009-04/2010	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	2,79	3,67	3,1040	,19874	,039

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2010-04/2011

11/2010-04/2011	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Dev/tion
ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	2,35	3,75	167,45	2,7908	,25225

Το εξάμηνο διάστημα 11/2009 με 04/2010 ο μέσος όρος του αρχικού κόστους των φαρμάκων ανά συνταγή είναι 77,12 ευρώ με τυπική απόκλιση 13,26, ο μέσος όρος της 25% συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά συνταγή είναι 7,47 ευρώ με τυπική απόκλιση 0,96, ο μέσος όρος της 10% συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά συνταγή είναι 1,72 ευρώ με τυπική απόκλιση 0,41 και ο μέσος όρος της συμμετοχής του ΟΑΕΕ ανά συνταγή είναι 67,86 ευρώ με τυπική απόκλιση 12,86, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.11.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το κόστος των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2009-04/2010

11/2009-04/2010	Minimum	Maximum	Sum	Mean
ΑΡΧΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	56,88	123,33	4627,75	77,1291
25% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	3,23	10,65	448,36	7,4726
10% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	,99	2,72	103,24	1,7206
0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	10,83	70,57	1784,88	29,7479
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΟΑΕΕ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	48,02	113,77	4071,89	67,8648

Αντίστοιχα, το εξάμηνο διάστημα 11/2010 με 04/2011 ο μέσος όρος του αρχικού κόστους των φαρμάκων ανά συνταγή είναι 62,42 ευρώ με τυπική απόκλιση 8,57, ο μέσος όρος της 25% συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά συνταγή είναι 6,35 ευρώ με τυπική

απόκλιση 0,54, ο μέσος όρος της 10% συμμετοχής των ασφαλισμένων ανά συνταγή είναι 1,35 ευρώ με τυπική απόκλιση 0,27 και ο μέσος όρος της συμμετοχής του ΟΑΕΕ ανά συνταγή είναι 54,71 ευρώ με τυπική απόκλιση 8,41, όπως εμφανίζεται στον Πίνακα 4.12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το κόστος των φαρμάκων ανά συνταγή το διάστημα 11/2010-04/2011

11/2010-04/2011	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Dev/tion
ΑΡΧΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	49,71	86,18	3745,56	62,4261	8,57472
25% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	5,28	8,12	381,52	6,3587	,54538
10% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	,84	1,98	81,30	1,3550	,27190
0% ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	2,76	42,65	1357,82	22,6303	7,74912
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΟΑΕΕ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ	41,68	77,94	3282,74	54,7124	8,41305

Από τα ανωτέρω στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι το αρχικό κόστος ανά συνταγή, η συμμετοχή των ασφαλισμένων ανά συνταγή και η συμμετοχή του ΟΑΕΕ ανά συνταγή μειώθηκαν κατά 19,06%, 16,09% και 19,38% αντίστοιχα μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, γεγονός που επιβεβαιώνει και την σύγκριση των αρχικών στατιστικών στοιχείων για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τόσο για το κράτος όσο και για τους ασφαλισμένους.

Στον Πίνακα 4.13 παρουσιάζεται η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης ανά περιοχή και ειδικότερα η μεταβολή του συνόλου του αριθμού των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, της συμμετοχής των ασφαλισμένων και του ΟΑΕΕ. Όπως φαίνεται η μεγαλύτερη μείωση των συνταγών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καθώς και του φαρμακευτικού κόστους παρατηρείται στην Πύλο (23,49%, 27,54% και 43,11% αντίστοιχα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.13

Ανά περιοχή μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	18135	52937	1467750,27	1290096,68	177653,59
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	17397	44513	1212985,98	1078042,42	134944,06
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	4,0694789	15,91326	17,35746845	16,43708284	24,04090455
ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	3969	11951	259592,43	222463,17	37129,26
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	3805	11264	220378,44	192579,2	27799,24
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	4,1320232	5,748473	15,10598364	13,43322133	25,12848357
ΠΥΛΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	1928	5895	138434,98	119716,45	18718,53
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	1475	4271	78749,34	66896,79	11852,55
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	23,495851	27,54877	43,11456541	44,12063672	36,68012392
ΛΑΚΩΝΙΑ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	10929	33076	768028,92	667228,8	100800,12
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	11473	30283	700207,12	607892,77	92314,75
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	-4,977583	8,444189	8,830631013	8,892906002	8,418015772
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	18055	60948	1613955,12	1428266,41	185688,71
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	16790	47536	1231061,72	1086613,43	144448,29
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	7,0063694	22,00564	23,72391867	23,92081601	22,20943858
ΚΙΑΤΟ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	8551	25877	622514,65	548034,87	69479,78
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	7733	22133	468757,64	411093,78	57663,86
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	9,5661326	14,46845	24,69934001	24,98766	17,00627146
ΑΡΓΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	9151	27903	702871,69	623920,76	78950,93
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	8889	23846	546324,78	481710,4	64614,38
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	2,8630751	14,53966	22,27247337	22,79301622	18,1588108
ΝΑΥΠΛΙΟ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	6885	21796	712635,4	648335,42	64299,98
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	6591	17975	493903,56	442183,27	51720,29
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	4,2701525	17,53074	30,6933728	31,79714445	19,56406518
ΚΡΑΝΙΔΙ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	2939	9732	207162,09	180123,63	27038,15
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	2827	8755	163733,85	141268,61	22465,24
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	3,81082	10,03905	20,96341082	21,57130633	16,91280653
ΤΡΙΠΟΛΗ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 11/09-4/10	16607	50810	1098712,92	963503,33	135209,59
ΣΥΝΟΛΟ 11/10-4/11	15880	42193	848325,31	736787,01	111538,4
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	4,3776721	16,95926	22,78917499	23,53041375	17,50703482

Στον Πίνακα 4.14 απεικονίζεται η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης ανά μήνα και ειδικότερα η μεταβολή του συνόλου του αριθμού των συνταγών και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, της συμμετοχής των ασφαλισμένων και του ΟΑΕΕ. Όπως φαίνεται η μεγαλύτερη μείωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων παρατηρείται τον Απρίλιο (23,91%), ενώ η μείωση του φαρμακευτικού κόστους για όλους τους μήνες κυμαίνεται στο 20%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14

Ανά μήνα μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2009	15813	49007	1207513,36	1067760,29	139752,76
ΣΥΝΟΛΟ 2010	15054	42363	963007,32	849635,26	113372,06
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	4,799848226	13,55725	20,24872338	20,428277	18,87669338
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2009	19227	60594	1475139,7	1296852,91	178286,77
ΣΥΝΟΛΟ 2010	17895	50707	1178926,86	1038888,59	140038,27
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	6,927757841	16,3168	20,0803246	19,8915635	21,45335854
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2010	14180	45504	1177137,89	1040611,91	136526
ΣΥΝΟΛΟ 2011	13977	38328	887525,18	779954,2	107570,98
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	1,431593794	15,77004	24,6031253	25,0485034	21,20842916
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2010	15034	45098	1135331,74	998359,19	131972,55
ΣΥΝΟΛΟ 2011	14591	38468	916816,6	801121,3	115695,3
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	2,94665425	14,70132	19,24680975	19,7562052	12,33381487
ΜΑΡΤΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2010	16884	50729	1333107,09	1176276,86	156830,23
ΣΥΝΟΛΟ 2011	16534	44865	1054905,85	927198,2	127707,65
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	2,072968491	11,55946	20,86863404	21,175173	18,5694939
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	ΑΡ. ΣΥΝΤ.	ΑΡ.ΦΑΡΜ.	ΑΡΧΙΚΟ	ΟΑΕΕ	ΣΥΜΜ.ΑΣΦΑΛ.
ΣΥΝΟΛΟ 2010	16011	49993	1263428,69	1111828,36	151600,33
ΣΥΝΟΛΟ 2011	14809	38038	963245,93	848270,13	114976,8
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	7,507338705	23,91335	23,75937498	23,7049386	24,15794873

Στον Πίνακα 4.15 εμφανίζεται για τους μήνες Φεβρουάριο έως Απρίλιο 2011 το ποσοστό εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανά περιοχή. Όπως φαίνεται το μήνα Φεβρουάριο η εφαρμογή άγγιξε το 37,3%, το Μάρτιο το 56,5% και τον Απρίλιο το 61,1%. Οι περιοχές με την μεγαλύτερη εφαρμογή της ΗΣ είναι το Κιάτο και το Άργος με 84,5% και 80% αντίστοιχα. Για το λόγο αυτό, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.16, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μόνο σε αυτές τις περιοχές τον μήνα Απρίλιο για τη μεταβολή του κόστους ανά συνταγή, ώστε να διαπιστωθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η επίδραση της ΗΣ στο φαρμακευτικό κόστος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.15

Ποσοστό εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανά περιοχή

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2011	ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΕΣ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ
ΚΡΑΝΙΔΙ	97,7064	2,2936
ΠΥΛΟΣ	95,4064	4,5936
ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑ	63,4188	36,581
ΝΑΥΠΛΙΟ	63,1229	36,877
ΑΡΓΟΣ	45,9494	54,051
ΑΡΚΑΔΙΑ	54,264	45,736
ΚΟΡΙΝΘΙΑ	56,3193	43,681
ΜΕΣΣΗΝΙΑ	50,5174	49,483
ΛΑΚΩΝΙΑ	37,2596	62,74
ΣΥΝΟΛΟ	62,6627	37,337
ΜΑΡΤΙΟΣ 2011	ΧΕΙΡ/ΦΕΣ	ΗΛ/ΚΕΣ
ΠΥΛΟΣ	95,122	4,878
ΝΑΥΠΛΙΟ	43,2273	56,773
ΑΡΓΟΣ	37,2332	62,767
ΚΙΑΤΟ	19,4584	80,542
ΜΕΣΣΗΝΙΑ	36,1397	63,86
ΛΑΚΩΝΙΑ	29,4479	70,552
ΣΥΝΟΛΟ	43,4381	56,562
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2011	ΧΕΙΡ/ΦΕΣ	ΗΛ/ΚΕΣ
ΚΡΑΝΙΔΙ	94,9045	5,0955
ΠΥΛΟΣ	77,1654	22,835
ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑ	22,5564	77,444
ΝΑΥΠΛΙΟ	31,4149	68,585
ΑΡΓΟΣ	19,9291	80,071
ΑΡΚΑΔΙΑ	52,504	47,496
ΚΙΑΤΟ	15,4725	84,528
ΚΟΡΙΝΘΙΑ	25,6563	74,344
ΜΕΣΣΗΝΙΑ	24,9057	75,094
ΛΑΚΩΝΙΑ	23,7418	76,258
ΣΥΝΟΛΟ	38,8251	61,175

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.16

Σύγκριση των περιοχών με τη μεγαλύτερη εφαρμογή της ΗΣ για την ανά συνταγή μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης

ΠΩΛΗ - ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΡΧΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΥΝΤΑΓΗ
4/10 ΚΙΑΤΟ	70,5605136
4/11 ΚΙΑΤΟ	64,0725873
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	9,194839951
4/10 ΑΡΓΟΣ	75,68978093
4/11 ΑΡΓΟΣ	61,94390592
% ΜΕΤΑΒΟΛΗ	18,16080697

Από τα ανωτέρω στατιστικά στοιχεία διαφαίνεται ότι ο μέσος όρος μείωσης του φαρμακευτικού κόστους ανά συνταγή των περιοχών με τη μεγαλύτερη εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι 13,67%, ποσοστό χαμηλότερο κατά 5,4% από το μέσο όρο μείωσης του φαρμακευτικού κόστους ανά συνταγή όλων των περιοχών και για όλους τους εξεταζόμενους μήνες.

Τέλος, είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι τον Απρίλιο του 2010 έγινε ανατιμολόγηση 6.383 φαρμακευτικών σκευασμάτων που επέφεραν συνολική μείωση της ετήσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά 14,5%. Σε σύγκριση με το 21,4% της μείωσης του φαρμακευτικού κόστους που προέκυψε από την παρούσα μελέτη (σύγκριση Πίνακα 4.7 με Πίνακα 4.8), διαφαίνεται ότι πιθανόν ένα 6,9% της μείωσης οφείλεται στην μείωση του όγκου κατανάλωσης φαρμάκων που επήλθε μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ωστόσο, η ανωτέρω υπόθεση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

4.4 Ανακεφαλαίωση

Στο παρών κεφάλαιο, περιγράφηκε και αναλύθηκε η μελέτη που αφορά την επεξεργασία στοιχείων τα οποία προήλθαν από δύο διαφορετικές πηγές. Η πρώτη σχετίζεται με τη συλλογή δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου που απευθύνθηκε σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με την κρίση τους για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν από τον ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου και σχετίζονται με την φαρμακευτική δαπάνη.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου συμμετείχαν 105 φαρμακοποιοί και 177 ιατροί. Τα κυριότερα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι: α) 68,5% των φαρμακοποιών και 68,3% των ιατρών δυσκολεύτηκε καθόλου ή ελάχιστα στη μετάβαση από την χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, β) 65,5% των ιατρών θεωρεί ότι αυξήθηκε ο χρόνος δουλειάς τους έναντι του 39% των φαρμακοποιών ($p<0,001$), γ) 76,2% των φαρμακοποιών κρίνει ότι τα λάθη στις συνταγές μειώθηκαν έναντι του 41,2% των ιατρών ($p<0,001$), δ) η εκτέλεση των ηλεκτρονικών συνταγών από τους φαρμακοποιούς είναι θετική στο 98,1% του δείγματος, ενώ η συνταγογράφησή τους από τους ιατρούς είναι θετική στο 75,1% του δείγματος ($p<0,001$), ε) τόσο οι ιατροί όσο και οι φαρμακοποιοί κρίνουν ότι ο αριθμός των συνταγών (70,6% και 71,4% αντίστοιχα) και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (64,4% και 57,1% αντίστοιχα) παρέμεινε σταθερός και στ) δεν παρατηρήθηκε καμμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις σχετικά με το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων. Επιπλέον, στο ερωτηματολόγιο αναφέρθηκαν παράπονα και έγιναν σχετικές προτάσεις βελτίωσης για: α) τη ταχύτητα και την αξιοπιστία (51,1%), β) την αυτοματοποίηση και τον αυτοέλεγχο του συστήματος (38%), γ) τη βάση δεδομένων (37,5%) και δ) τη δυνατότητα ακύρωσης - διόρθωσης των συνταγών (5,1%).

Στην μελέτη των στατιστικών στοιχείων του ΟΑΕΕ της Περιφέρειας Πελοποννήσου που συλλέχθηκαν από τα δέκα υπαγόμενα τμήματά του (το Άργος, το Ναύπλιο, το Κρανίδι, την Τρίπολη, την Κορινθία, το Κιάτο, την Καλαμάτα, την Πύλο, την Κυπαρισσία και την Λακωνία) για τα εξάμηνα διαστήματα πριν και μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξήλθαν τα εξής αποτελέσματα: α) επήλθε μείωση

κατά 4,4% και 16% αντίστοιχα για τις συνταγές και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, β) επήλθε μείωση του αρχικού κόστους των συνταγών, της συμμετοχής των ασφαλισμένων, καθώς και της συμμετοχής του ΟΑΕΕ κατά 21,4%, 19,6% και 21,6% αντίστοιχα, γ) τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανά συνταγή μειώθηκαν κατά 10%, δ) το αρχικό κόστος ανά συνταγή, η συμμετοχή των ασφαλισμένων ανά συνταγή και η συμμετοχή του ΟΑΕΕ ανά συνταγή μειώθηκαν κατά 19,06%, 16,09% και 19,38% αντίστοιχα και ε) πιθανόν ένα 6,9% της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης οφείλεται στην μείωση του όγκου κατανάλωσης φαρμάκων που επήλθε μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Εν κατακλείδι, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, παρ' ότι βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο, φαίνεται ότι έχει θετικές επιδράσεις στο σύστημα υγείας τόσο με τη μείωση των λαθών στις συνταγές όσο και με τη μείωση του φαρμακευτικού κόστους. Η πλήρης αποτελεσματικότητα του μέτρου απαιτεί την καταγραφή των λαθών και των παραλείψεων του συστήματος ώστε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογραφίας να ευοδώσει τα μέγιστα τόσο για την προαγωγή της υγείας των πολιτών όσο και για τον εξορθολογισμό της ολοένα αυξανόμενης φαρμακευτικής δαπάνης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό μέτρο για τη βελτίωση της ποιότητας υγείας των πολιτών το οποίο όμως απαιτεί τη συνεχή επαγρύπνηση όλων των αρμόδιων φορέων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΈΡΕΥΝΑΣ

1. Φύλο:

- άρρεν θήλυ

2. Ηλικία:

- κάτω των 35 35 – 45 46 – 55 56 – 65 άνω των 65

3. Επάγγελμα:

- φαρμακοποιός ιατρός

4. Αν είστε φαρμακοποιός, πόσα έτη λειτουργεί το φαρμακείο σας:

- κάτω από 10 10 – 20 πάνω από 20

5. Δυσκολευτήκατε με την μετάβαση από την χειρόγραφη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση :

- 1 2 3 4 5

(1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (6,7,8,9)

- ο χρόνος δουλειάς σας :

- μειώθηκε αυξήθηκε παρέμεινε το ίδιο

- τα λάθη στις συνταγές :

- μειώθηκαν αυξήθηκαν παρέμειναν το ίδιο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1) Επίδραση του χρόνου δουλειάς των επαγγελματιών υγείας από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα

			ΧΡΟΝΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ				Total
			ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	ΜΕΙΩΘΗ ΚΕ	ΑΥΞΗΘΗ ΚΕ	ΙΔΙΟ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΑΡΜΑΚΟ ΠΟΙΟΣ	Count	1	38	41	25	105
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,0%	36,2%	39,0%	23,8%	100,0%
		% within ΧΡΟΝΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	50,0%	77,6%	26,1%	33,8%	37,2%
		% of Total	,4%	13,5%	14,5%	8,9%	37,2%
ΙΑΤΡΟΣ		Count	1	11	116	49	177
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,6%	6,2%	65,5%	27,7%	100,0%
		% within ΧΡΟΝΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	50,0%	22,4%	73,9%	66,2%	62,8%
		% of Total	,4%	3,9%	41,1%	17,4%	62,8%
Total		Count	2	49	157	74	282
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,7%	17,4%	55,7%	26,2%	100,0%
		% within ΧΡΟΝΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	,7%	17,4%	55,7%	26,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,903	3	,000
Likelihood Ratio	42,411	3	,000
Linear-by-Linear Association	17,153	1	,000
N of Valid Cases	282		

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	105	1,86	,790	,077	1,70	2,01	0	3
ΙΑΤΡΟΣ	177	2,20	,567	,043	2,12	2,29	0	3
Total	282	2,07	,679	,040	1,99	2,15	0	3

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,901	1	7,901	18,203	,000
Within Groups	121,535	280	,434		
Total	129,436	281			

2) Επίδραση στα λάθη στις συνταγές από την υλοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεχωριστά για κάθε επάγγελμα

		ΛΑΘΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ				Total
		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤ.	ΜΕΙΩΘΗΚΕ	ΑΥΞΗΘΗΚΕ	ΙΔΙΟ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	Count	1	80	6	18	105
	% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,0%	76,2%	5,7%	17,1%	100,0%
	% within ΛΑΘΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	33,3%	52,3%	16,2%	20,2%	37,2%
	% of Total	,4%	28,4%	2,1%	6,4%	37,2%
ΙΑΤΡΟΣ	Count	2	73	31	71	177
	% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,1%	41,2%	17,5%	40,1%	100,0%
	% within ΛΑΘΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	66,7%	47,7%	83,8%	79,8%	62,8%
	% of Total	,7%	25,9%	11,0%	25,2%	62,8%
Total	Count	3	153	37	89	282
	% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,1%	54,3%	13,1%	31,6%	100,0%
	% within ΛΑΘΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	1,1%	54,3%	13,1%	31,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,867	3	,000
Likelihood Ratio	34,322	3	,000
Linear-by-Linear Association	25,932	1	,000
N of Valid Cases	282		

Descriptives

	N	Mean	Std. Dev.	Std. Error	95% Conf. Int. for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	105	1,39	,778	,076	1,24	1,54	0	3
ΙΑΤΡΟΣ	177	1,97	,929	,070	1,83	2,10	0	3
Total	282	1,75	,918	,055	1,64	1,86	0	3

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,901	1	7,901	18,203	,000
Within Groups	121,535	280	,434		
Total	129,436	281			

3) Εκτέλεση (φαρμακοποιοί) και συνταγογράφηση (ιατροί) ηλεκτρονικών συνταγών

			ΕΚΤΕΛΕΙΤΕ Η΄ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ			Total
			ΔΕΝ ΑΠΑΝΤ.	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΦΑΡΜΑΚΟ ΠΟΙΟΣ	Count	2	103	0	105
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,9%	98,1%	,0%	100,0%
		% within ΕΚΤΕΛΕΙΤΕ Η΄ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	4,8%	43,6%	,0%	37,2%
		% of Total	,7%	36,5%	,0%	37,2%
ΙΑΤΡΟΣ		Count	40	133	4	177
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	22,6%	75,1%	2,3%	100,0%
		% within ΕΚΤΕΛΕΙΤΕ Η΄ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	95,2%	56,4%	100,0%	62,8%
		% of Total	14,2%	47,2%	1,4%	62,8%
Total		Count	42	236	4	282
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	14,9%	83,7%	1,4%	100,0%
		% within ΕΚΤΕΛΕΙΤΕ Η΄ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	14,9%	83,7%	1,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,472	2	,000
Likelihood Ratio	32,924	2	,000
Linear-by-Linear Association	15,394	1	,000
N of Valid Cases	282		

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Conf. Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	105	,98	,137	,013	,95	1,01	0	1
ΙΑΤΡΟΣ	177	,80	,457	,034	,73	,86	0	2
Total	282	,87	,381	,023	,82	,91	0	2

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,240	1	2,240	16,229	,000
Within Groups	38,640	280	,138		
Total	40,879	281			

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Δουλκερή, Τ., (2005), "Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα", Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Μαρσέλος Μ., Μάλαμας Μ., (2004), Ιατρική Φαρμακολογία Ι, Εκδ. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα
- Μαρσέλος Μ. Επιμέλεια, (2001), Grahame-Smith, D.G., Aronson, J.K., "Κλινική Φαρμακολογία και Φαρμακοθεραπεία", Εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα
- Προβόπουλος, Γ., (2007), "Η Κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση: το πρόβλημα του ΙΚΑ", Εκδ. Επίκαιρα θέματα, Αθήνα
- Ρουπακιώτης, Χ., (2005), "Η κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης", Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα
- Σίσκου Ο., (2006), "Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα", Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ., (2008), "Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο", Εκδ. Αρχαία Ελλ. Ιατρικής, 25(5):663-672, Αθήνα
- Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ., (2008), "Ο μίτος της δαπάνης υγείας", Εκδ. Αρχαία Ελλ. Ιατρικής, 25(1):13-15, Αθήνα
- Σολωμός, Γ., (2006), "Κοινωνική Ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα", Εκδόσεις Λιβάνης, Αθήνα
- Στεργίου, Α., Σακελλαρόπουλος, Θ., (2010), Η ασφαλιστική μεταρρύθμιση, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

- Αγγελοπούλου, Μ. Δ., "Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης στο ελληνικό δίκαιο"
- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α., (2009), "Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα"

- Ασημακόπουλος, Δ., (2006), ΓΣΕΒΕΕ, Ημερίδα "Ασφαλιστικό – Ενοποίηση Ταμείων ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ) - Π.Δ. 258/2005",
- Αυγερινού, Σ.Μ., "Ηλεκτρονικό Επιχειρείν και Στρατηγικό Μάνατζμεντ"
- Βασιλόπουλος, Γ.Μ., (2011), "Στην υπηρεσία του ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών"
- Βίτσου, Ε., (2009), "Διαχρονική Ανάλυση Μεταβολής των Τιμών Φαρμάκων κατά την περίοδο 1998 – 2008"
- Βίτσου, Ε., "Οι εξελίξεις της Φαρμακευτικής Πολιτικής στην Ελλάδα υπό το πρίσμα της φαρμακευτικής βιομηχανίας"
- Βοζίκης, Α., (2010), "Βασικές Αρχές Χρηματοοικονομικής Διοίκησης Φαρμακείων"
- Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2008), Σχέδιο Νόμου "Διοικητική και Οργανωτική Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και Λοιπές Ασφαλιστικές Διατάξεις"
- Γερμανού, Κ., (2006), "Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση: Οι προεκτάσεις της στη σύγχρονη Κοινωνία της Πληροφορίας"
- Γιαλιτάκη, Μ., - Αθητάκη, Κ., (2011), "Η κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα : Ιστορία και Προοπτικές"
- Γιαννούλης, Γ., (2010), "Διερεύνηση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού των γυναικών του Ν. Λακωνίας"
- Γρηγορίου, Θ., "Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα μετά το Ν. 3655/2008, Η περίπτωση του Ο.Α.Ε.Ε."
- Δαγκαλίδης, Α., (2011), Κλαδική Μελέτη 15, Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων
- Δάλλα, Χ., Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη, Ζ., Κόκρας, Ν., (2010), "Γενικές Αρχές Συνταγογράφησης Φαρμάκων"
- Δόλγερας, Α., (2011), Δαπάνη υγείας: ένα διπλό πρόβλημα
- Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, (2011)
- Επαγγελματικό Επιμελητήριο Θεσ/νίκης, Ομάδα τεκμηρίωσης, (2008), Θέσεις και προτάσεις για το ασφαλιστικό των ελευθέρων επαγγελματιών
- Εισηγήση του Αντιπροέδρου της ΓΣΕΒΕΕ κ. Γ. Καββαθά στο Θεματικό Συνέδριο για το ασφαλιστικό των ελευθέρων επαγγελματιών "Η συμβολή στον Κοινωνικό Διάλογο των

Επιμελητηρίων για το μέλλον του Ασφαλιστικού Συστήματος και ειδικότερα του ΟΑΕΕ", (2010)

- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (2005)
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (1999)
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αρ. Φύλλου 183-3, (Σεπτεμβρίου 2008)
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αρ. Φύλλου 189, (4 Νοεμβρίου 2010), Ν. 3892
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Ν.3863/2010
- Εφημερίδα "Ιατρικός Τύπος", (14/05/2010), "Τα οφέλη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης"
- Εφημερίδα "Καθημερινή" (06/02/2011) – Τζανετάκη, Δ., "Ηλεκτρονική συνταγογράφηση"
- Εφημερίδα "Κέρδος" (01/09/2011) – Σφυρόερας, Β.
- Εφημερίδα "Το Βήμα" (07/08/2011) – Φυντανίδου, Ε.
- Εφημερίδα "Το Βήμα", (12/12/2011)
- Ζησιοπούλου, Μ., (2010), Οικονομικά της υγείας και επιπτώσεις στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης
- Θεμιστοκλέους, Μ., "Δαπάνες Υγείας – Φαρμακευτική Δαπάνη"
- Κολίτση, Ζ., (17/11/2011), "Πλαίσιο Ανάπτυξης και Υλοποίησης διασυνοριακών υπηρεσιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο eSOS"
- Κορδοπάτης Π., (2005), "Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών"
- Κουσουλάκου, Χ., Βίτσου, Ε., (2008), "Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2008", IOBE, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Κουσουλάκου, Χ., (2006), "Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα", IOBE, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Κούτρας, Μ. Γ., "Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση ως Αφετηρία του eHealth στη χώρα"
- Κυριόπουλος, Γ., (2011), "Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση"
- Λαζαρίδου, Δ., "Η οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της νότιας Ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειές τους"

- Λάμπρου, Ρ., (2011), "Ανάπτυξη Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και Παροχή σχετικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών"
- Λιόνης, Χ., Σουλιώτης, Κ., "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας"
- Λοπατατζίδης, Α., "Μέτρα Αναδιοργάνωσης & Εξορθολογισμού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας"
- Μάργιος, Β., (6/3/2010), "Χρηματοδότηση ΟΑΕΕ και αναλογιστικές προσεγγίσεις για το μέλλον του συστήματος"
- Μανιαδάκης, Ν., (2010), "Οικονομική Κρίση, Σύστημα Υγείας & Δικαιώματα Παιδιού"
- Μακαρώνης, Ν., Μπικρίνα, Α., Παπαγεωργίου, Ρ., Σωτηρίου, Α., "Ανισότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας"
- Μακαρώνης, Ν., "Προσέγγιση του αγαθού της Υγείας με όρους αγοράς"
- Μπόνιας, Γ.Σ., (2011), "Η συμπεριφορά των ιατρών κατά τη συνταγογράφηση και παράγοντες που τους επηρεάζουν"
- Μπόλλας, Γ., (2009), "Ηλεκτρονική υγεία: υφιστάμενη κατάσταση και μελλοντικές εξελίξεις"
- Μελέτη για τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στον τομέα υγείας και πρόνοιας, (2007)
- Οικονόμου, Χ., (2010), "Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Ορισμένες συγκρίσεις και διαπιστώσεις"
- ΟΑΕΕ, (2008), "Αναλογιστική Μελέτη για τον Κλάδο Σύνταξης του ΟΑΕΕ"
- Πάγκαλος, Γ., (2011), "Η Διεθνής Εμπειρία στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και η Δυνατότητα Αξιοποίησης στην Ελλάδα"
- Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Π., "Η χρηματοδότηση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος"
- Παπαδόπουλος, Ι., (2011), "Το φαρμακείο στην Εποχή του internet"
- Πασχάλη, Κ., (2009)
- Περιοδικό Ασφαλισμένος, Τεύχος 39, (Μάιος-Ιούνιος 2006)
- Πολυνείκης, Α., "Εθνικό Σύστημα Υγείας"
- Πρακτικά του θεματικού συνεδρίου για το ασφαλιστικό των ελεύθερων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) "Η Συμβολή στον Κοινωνικό Διάλογο των Επιμελητηρίων για το μέλλον του Ασφαλιστικού Συστήματος και ειδικότερα του ΟΑΕΕ", (2010)
- Σαλάτας, Η., (2008), "Ασφαλιστικά ταμεία και διαχείριση κινδύνου: Η περίπτωση των macro markets"

- Στουρνάρας, Ι., (2011), "Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου"
- Σφυρόερας, Β., (2011), "Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση"
- Σφυρόερας, Β., (2011), "Εθνικές Υποδομές για τη Διαλειτουργικότητα"
- Σχέδιο Νόμου: Ηλεκτρονική Καταχώριση και Εκτέλεση Συνταγών
- Τήνιος, Π., "Συστήματα κοινωνικής προστασίας"
- Τοκατλίδου, Σ., (2010), "Ανάλυση του Κλάδου της ηλεκτρονικής υγείας και Τρόποι μέτρησης παραγωγικότητας στο συγκεκριμένο κλάδο"
- Τούντας, Γ.Κ., (2007), "Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και υγεία"
- Τούντας Γ. et.al., (2006), "Έρευνα για την Υγεία: Hellas Health I", Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας
- Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης "Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008 - 2012", (2008), Γ.Γ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
- Χατζέλλη, Μ.Τ., (2011), "Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, Πλεονεκτήματα & Ευρωπαϊκή Εμπειρία", Περιοδικό Pharmacy Management, Τεύχος Ιανουαρίου - Μαρτίου 2011

ΞΕΝΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

- British Computer Society, (2009), "Physicians attitudes towards eprescribing a comparative web survey in Austria and Sweden"
- Danish Medicine Agency, (June 2009)
- Denmark & eHealth - The Danish model, (2011)
- E-Prescribing and Medication Management webinar, (2009), Agency for Healthcare and Research Quality(AHRQL)
- Electronic Transfer of Prescriptions (ETP), (2008), Implementation Pack to Support eAMS
- Electronic prescribing financial model - New Mexico Medical Review Association
- E-Health Impact. Apoteket and Stockholm County Council, eRecept, an eprescribing application
- Elsevier, (2009), Research in Social and Administrative Pharmacy, Problem prescription in Sweden necessitating contact with the prescriber before dispensing.
- Frost & Sullivan, "E-prescribing"
- Gartner case study: "Denmark's Achievements with Healthcare Information Exchange"

- Mossialos, Allin & Davaki, (2005), Health Econ. Vol. 14, 151–168,
- National Strategy for Digitization of the Danish Healthcare Service
- OECD Health Data, (2009)
- Randolph A. Miller, MD, Reed M. Gardner, PhD, Kevin B. Johnson, MD, MS, and George Hripcsak, MD, MS, "Clinical Decision Support and Electronic Prescribing Systems: A Time for Responsible Thought and Action"
- Springer-Verlag 2010, "Pharmacology and Prescription Pharmacists views on integrated electronic prescribing systems: associations between usefulness, pharmacological safety, and barriers to technology use"
- Thomson, S., Mossialos, E., (2004) "Influencing demand for drugs through cost sharing in Mossialos E, Mrazek M, Walley T (ed.)Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality", Open university Press
- WHO, (2009), "World Health Statistics 2009"

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- europa.eu
- www.aueb.gr
- www.nbg.gr
- www.nat.gr
- www.ika.gr
- www.oga.gr
- www.oaee.gr
- www.opad.gr
- www.hdika.gr
- www.pfs.gr
- www.kiato.gr
- www.messinia.net.gr
- www.pylos.gr
- www.kyparissia.gr
- www.nafplio.gr
- www.argos.gr

- www.messinia-guide.gr
- <http://farmakopoioi.blogspot.com>
- <http://www.tanea.gr>
- <http://www.tovima.gr>
- <http://nosfar.blogspot.com>
- <http://www.gge.gr/37/index.asp>
- <http://www.anatolh.com>
- <http://www.protothema.gr>
- <http://kartesios.com>
- <http://www.perifereia-peloponnisou.gr>
- <http://www.peloponnisos.gr>
- www.isathens.gr
- www.e-syntagografisi.gr
- www.iatrikionline.gr
- www.pharmamanage.gr
- www.medcom.dk
- <http://ehealthstrategies.eu>
- www.epsos.eu
- <http://europa.eu>
- www.calliope-network.eu
- <http://stats.oecd.org/>
- www.oecd.org/health/healthdata
- www.solonas.gr
- www.greeklaws.com
- www.greeklaws.com/pubs/uploads/91.pdf
- BeStrong.org.gr, 29/03/2010
- http://noegov.blogspot.com/2010/07/blog-post_04.html
- www.elead.gr/epistolh1.htm
- www.somtechnik.gr/Pravo/Misthoi.htm#4.10.1
- www.pharmateam.blogspot.gr
- www.mystigma.com – Μ. Κούτρας, νευρολόγος
- www.isrodou.gr – Ιατρικός Σύλλογος Ρόδου

- www.iatrikostypos.gr - Κυριακή 13/11/11
- www.fsa.grwww.healthview.gr
- www.digitalgreece2020.gr
- www.frost.com, *e prescription, impending acceptance in Europe*
- www.dmka.dk, *Fast sheet from the Danish Medicines Agency, June 2009*
- nemertes.lis.upatras.gr/dspace/bitstream/.../1/Nimertis_Savvopoulou.pdf
- nemertes.lis.upatras.gr/.../ΠΤΥΧΙΑΚΗ%20ΕΡΓΑΣΙΑ%20ΜΒΑ%20salatas.p
- http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=17, Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα
- www.healthcongress.gr - 6ο Πανελλήνιο συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας
- www.pharmacy.upatras.gr, (Οικονομικά της υγείας)
- www.moh.gov.cy (Εθνικό Σύστημα Υγείας, Dr. Α. Πολυνείκης)
- <http://www.sni.gr/eblog/mia-skepse-gia-allage/elektronike-suntagographese-mia-ellenike-pragmatikoteta.html>
- <http://www.ama-assn.org/amednews/2011/01/24/edsa0124.htm>
- www.eprescriptionservices.com/tag/health/
- http://klimaka-socialservice.blogspot.com/2010/08/blog-post_30.html
- <http://el.wikipedia.org>
- http://blog.fitness-town.org/2008/07/blog-post_15.html
- <http://www.pharmaceutical-technology.com/features/feature75279/>
- <http://www.virbac.gr/p-virbacgrpubgr/pdf/1EisagogiN.pdf>
- www.pharmacy.upatras.gr, Οικονομικά της υγείας, Ανάκτηση Δεκέμβριος 2011
- <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+care>, Ανάκτηση Δεκέμβριος 2011
- www.gsevee.gr/media/gsevee/omilies/rabanis_imerida_asfalistiko.doc (ΓΣΕΒΕΕ, Ημερίδα για το ασφαλιστικό, 2007)
- www.ggka.gr/asfalistikokefl.htm, (ΓΓΚΑ, Έννοια και εξέλιξη του ασφαλιστικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα, 2011)

