



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΜΕ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
(MBA Total Quality Management)

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ
ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:
*Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ E-DETAILING***

Τσάκωνα Μαρία (ΔΟΠ:1432)

Επιβλέπον καθηγητής: Κουρεμένος Αθανάσιος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

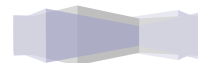
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΣΥΝΟΨΗ	5
ABSTRACT	6
Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο :ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ.....	8
Η κεντρική ιδέα του Μάρκετινγκ: τα Προϊόντα ικανοποιούν Ανάγκες.....	8
Διοίκηση Μάρκετινγκ.....	12
Σύγκριση Φαρμακευτικού και Καταναλωτικού προϊόντος	13
Φαρμακευτικό μαρκετινγκ.....	15
Ιδιαιτερότητες του κλάδου των φαρμακευτικών προϊόντων	17
Μίγμα μαρκετινγκ.....	20
Προϊόν.....	21
Τόπος.....	24
Τιμή.....	25
Πρώθηση.....	26
Διευρυμένο μίγμα μάρκετινγκ	29
Επικοινωνία	31
Συνταγογράφηση.....	32
Διαδικασία Απόφασης	34
Πυραμίδα Επιρροής.....	38
Μέθοδοι επικοινωνίας και Στρατηγική.....	39
Το προφίλ του ιατρικού επισκέπτη.....	43
Εναλλακτική πηγή ενημέρωσης: E-detailing.....	44
Ορισμός και Τύποιe-detailing.....	46
Κίνητρα και προθεση συμμετοχής των ιατρών στις υπηρεσίες e-detailing	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	50
Εισαγωγή στις υπηρεσίες.....	50
Χαρακτηριστικά υπηρεσίας.....	54
Ποιότητα υπηρεσιών.....	57
Μέτρηση ποιότητας υπηρεσιών.....	59
Περίληψη εργαλείου SERVQUAL	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	65
Σχεδιασμός έρευνας.....	65
Επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών – περιγραφή.....	65
Προσαρμογή του εργαλείου μέτρησης ποιότητας στο αντικείμενο του e-detailing.....	66
Ερωτήσεις Ελεύθερης Απάντησης.....	70

Δειγματοληψία.....	70
Επιλογή του πλαισίου δειγματοληψίας	70
Μέγεθος δείγματος.....	71
Μέθοδος διανομής ερωτηματολογίων και συλλογή των συμπληρωμένων.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
Στοιχεία δείγματος.....	72
Βαθμός ικανοποίησης στην ενημέρωση μέσω του Ιατρικού Επισκέπτη	81
Βαθμός επίγνωσης και εξοικείωσης με το e-detailing	84
Αξιολόγηση ποιότητας ενημέρωσης από το e-detailing	90
Αποτελέσματα Ιεράρχησης Διαστάσεων Ποιότητας	98
Αποτελέσματα ερωτήσεων ελεύθερης απάντησης.....	100
Συσχετίσεις.....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
Αντιλαμβανόμενη ποιότητα από E-detailing	109
Προτάσεις για βελτίωση.....	112
Το μέλλον του e-detailing: ενοποίηση με σύστημα Customer Relationship Management(CRM)	114
Καλές πρακτικές για Ιατρικούς Επισκέπτες.....	115
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	116
Βιβλιογραφικές Αναφορές	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	124



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς, τους φίλους και ιδιαίτερα την αδερφή μου, Σοφία, για την υποστήριξή τους κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας και καθ' όλης της διάρκειας του μεταπτυχιακού προγράμματος. Επίσης, να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κουρεμένο Αθανάσιο, για τις θεμελιώδεις καθοδηγήσεις και τις εύστοχες παρατηρήσεις του κατά την προσπάθειά μου αυτή.



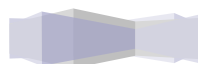
ΣΥΝΟΨΗ

Στον φαρμακευτικό κλάδο η διαδικασία της επικοινωνίας με τους δυνητικούς πελάτες για προώθηση των συνταγογραφούμενων προϊόντων παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, καθώς καταλυτικό ρόλο έχει ο ιατρός, ως ενδιάμεσος πελάτης που πρέπει να συνταγογραφήσει το προϊόν ώστε να το χρησιμοποιήσει ο τελικός πελάτης. Επίσης, σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον προκύπτει η ανάγκη για ανεύρεση νέων μεθόδων επικοινωνίας που να καθιστά της διαδικασία της ενημέρωσης ευκολότερη και να ενισχύει την δέσμευση του ιατρού με την εταιρεία. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία αυτής της προσπάθειας. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η περίπτωση μιας καινοτόμου υπηρεσίας ηλεκτρονικής ενημέρωσης, του e-detailing. Ζητήθηκε από ένα δείγμα ιατρών να αξιολογηθεί η ποιότητα που αντιλαμβάνονται κατά τη χρήση της υπηρεσίας αυτής. Βρέθηκε πως υπάρχουν αρκετά περιθώρια βελτίωσης για το e-detailing στην Ελλάδα και έγινε μια προσπάθεια προσδιορισμού των σημείων που θα μπορούσαν να βελτιωθούν.



ABSTRACT

In the pharmaceutical industry, the process of communication with potential customers in the aim of prescription drug promotion has some special features; physicians have a catalytic role as intermediate customer, to prescribe the product to the final customer. Furthermore, in a constantly evolving environment there is a constant need for new communication methods in order to make the learning process easier and enhance commitment at the same time. Service quality has a key role in the success of this effort. The subject of the present study was an innovative electronic information service, known as e-detailing. A sample of physicians was asked to evaluate the perceived quality of this service. As an outcome of the survey, there were found several places for improvement. Finally, there was made an attempt to define the points that could be improved.

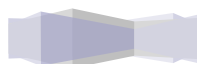


ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αντιπροσωπεύει την προσπάθεια εκπόνησης μιας έρευνας στον φαρμακευτικό κλάδο και πιο ειδικά στις δραστηριότητες Μάρκετινγκ στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης από τους ιατρούς ποιότητας των ηλεκτρονικών μεθόδων ενημέρωσης που ονομάζονται ως e-detailing.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι αφενός ο προσδιορισμός της ποιότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας του e-detailing αφετέρου η αξιολόγηση του e-detailing ως μέρος μιας ευρύτερης διαδικασίας ενημέρωσης των ιατρών μαζί με την παραδοσιακή ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών.

Στο πρώτο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βασικές αρχές του Μάρκετινγκ προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες του κλάδου. Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια προσπάθεια ερμηνείας της ποιότητας υπηρεσιών, καθώς και των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, δηλαδή η προετοιμασία πριν την έρευνα και η ανάλυση των δεδομένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας οργανωμένα σε πίνακες και διαγράμματα. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, ορισμένες προτάσεις προς βελτίωση και οι περιορισμοί της έρευνας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰:ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

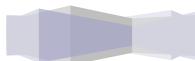
*“Marketing... is communication and communication is Marketing”
(Czinkota et. al., 2000, p.4)*

Η ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΙΔΕΑ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ: ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΝ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η σημερινή εποχή είναι συνυφασμένη με την κυριαρχία της τεχνολογίας, τον ψηφιακό κόσμο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, έχει δημιουργηθεί μια τρομερή ευκαιρία στο μάρκετινγκ να εξαπλωθεί ταχύτατα και να διεισδύσει στην καθημερινότητα όλων των ανθρώπων. Μέσα από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις εφημερίδες, τα περιοδικά ακόμη και από τη φήμη που μεταφέρεται από στόμα σε στόμα από κάποιον που έχει ικανοποιηθεί χρησιμοποιώντας ένα προϊόν. Ο κόσμος έρχεται σε επαφή με το μάρκετινγκ κατά την οδήγηση, ψωνίζοντας σε καταστήματα ακόμη και όταν τρέχει σε ένα πάρκο. Το Ίντερνετ, όπως είναι αναμενόμενο, έχει ανοίξει νέους ορίζοντες. Ο νέος κλάδος του Ψηφιακού Μάρκετινγκ χρησιμοποιεί ως μέσα τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τα κινητά, τους υπολογιστές χειρός και με τη δυνατότητα σύνδεσης στο Διαδίκτυο δεν υπάρχει κανένα όριο. Θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως το Μάρκετινγκ βρίσκεται παντού. (Dogramatzis, 2001;ch. 3)

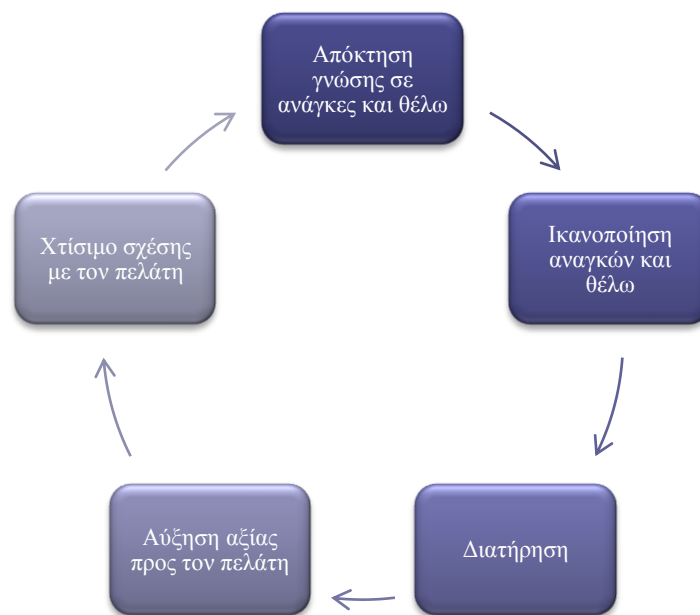
Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να δώσουμε έναν ορισμό για το Μάρκετινγκ που αποτελεί βασικό θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Καθώς δεν υπάρχει ένας και μόνο ορισμός εν ισχύ, θα παρατεθούν ορισμένοι, όπως διατυπώθηκαν από τους σημαντικότερους επιστήμονες του κλάδου.

- Σύμφωνα με την Ένωση Μάρκετινγκ της Αμερικής (1985): «το Μάρκετινγκ είναι η διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης της ιδέας, της τιμολόγησης, της προώθησης και της διανομής των ιδεών, των αγαθών και των υπηρεσιών, ώστε να πραγματοποιηθούν συναλλαγές που να ικανοποιούν τόσο τους ατομικούς όσο και τους επιχειρησιακούς στόχους».
- «Το Μάρκετινγκ είναι η διαδικασία διοίκησης που ευθύνεται για την πρόβλεψη και την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών αποφέροντας κέρδη για την επιχείρηση» (Jenner, 2000)



- «Το Μάρκετινγκ είναι μια διαδικασία επιχειρησιακή και κοινωνική, με την οποία τα μεμονωμένα άτομα αλλά και ομάδες ατόμων, αποκτούν αυτό που θέλουν μέσω δημιουργίας, προσφοράς και ανταλλαγής προϊόντων αξίας με άλλα» (KotlerandClarke, 1987)
- «στα μάτια των καταναλωτών το Μάρκετινγκ δημιουργεί την συνολική εικόνα της μορφής της επιχείρησης» (Drucker, 1993)

Επισκοπικά, μπορεί κανείς να διαπιστώσει πως στο κέντρο όλων των ορισμών μια αντίληψη/ιδέα βρίσκεται στο επίκεντρο – η *ικανοποίηση των αναγκών των πελατών*. Το σημείο αναφοράς του πολύπλευρου όρου Μάρκετινγκ είναι η αναγνώριση των αναγκών και των απαιτήσεων των πελατών, και κατ' επέκταση του σχεδιασμού ενός προϊόντος που να τις ικανοποιεί. Για την ακρίβεια, το Μάρκετινγκ έχει στόχο την ικανοποίηση των αναγκών, και τη διατήρηση αυτών γεγονός που οδηγεί σε μια μακροπρόθεσμη σχέση με τον πελάτη και προσελκύει ολοένα περισσότερους. (Σχήμα 1.1)

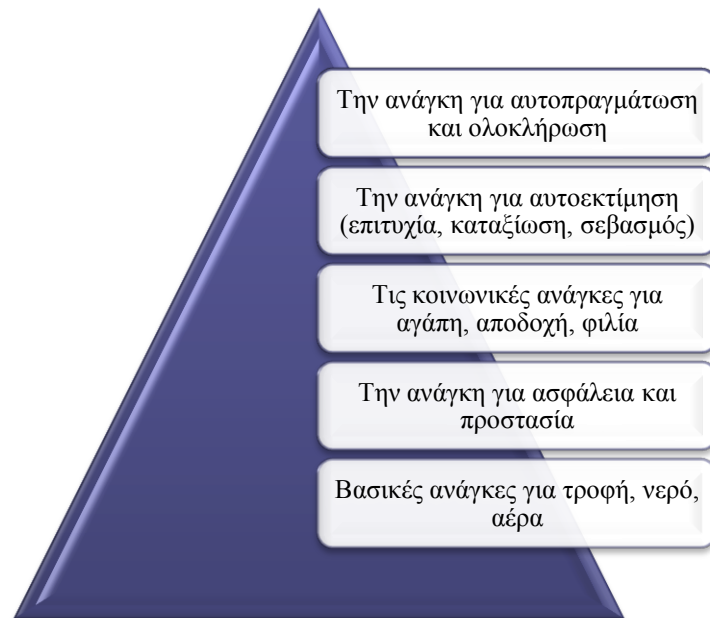


Σχήμα 1.1: Ο στόχος του Μάρκετινγκ (Dogramatzis, 2001;figure 3.1 page 45)

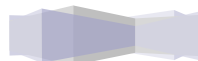
Είναι όμως εύκολο οι ανάγκες και τα θέλω των πελατών να χαρτογραφηθούν; Πρόκειται για πολύπλοκα συναισθήματα που φαίνονται δύσκολο να γίνουν αντιληπτά για κάθε καταναλωτή και άρα να βρεθούν τα προϊόντα που τα ικανοποιούν. Όμως, ο Μάσλοου(1954) με την πρωτοποριακή του εργασία κατηγοριοποίησε τις ανάγκες σε πέντε κατηγορίες (Σχήμα 1.2):

- Βασικές ανάγκες για τροφή, νερό, αέρα
- Την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία
- Τις κοινωνικές ανάγκες για αγάπη, αποδοχή, φιλία
- Την ανάγκη για αυτοεκτίμηση (επιτυχία, καταξίωση, σεβασμός)
- Τέλος, την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση και ολοκλήρωση

Στον χώρο του μάρκετινγκ έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα, καθώς έχει συνδράμει στην αναγνώριση, στον προσδιορισμό, στην κατηγοριοποίηση και την στόχευση της προσφοράς προϊόντων. Η συνδρομή αυτή, έφτασε τους ανθρώπους του Μάρκετινγκ πολύ κοντά στην δημιουργία προϊόντων σύμφωνα με τις ανάγκες των καταναλωτών.



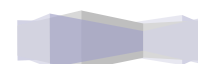
Σχήμα 1.2: Η ιεράρχηση των αναγκών κατά τον Μάσλοου (Maslow, 1954)



Επιπρόσθετα, μια ακόμη σχηματική αναπαράσταση της σχέσης των αναγκών και των θέλω των καταναλωτών και του Μάρκετινγκ παρουσιάζεται στο Σχήμα 1.3. Με την ικανοποίηση που λαμβάνει από ένα προϊόν κάθε καταναλωτής γίνεται αποδέκτης μιας προστιθέμενης αξίας, και είναι έτοιμος να πληρώσει κάποιο κόστος για να το αποκτήσει. Η χρηματική ανταλλαγή που μεσολαβεί μεταξύ των δύο καταστάσεων – του σχεδιασμού του προϊόντος και της αγοράς του- είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για το σχηματισμό της αγοράς αλλά δίνει ζωή και στην έννοια του Μάρκετινγκ. Καθώς υπάρχουν προϊόντα που ικανοποιούν τις ανάγκες σε διαφορετικό βαθμό, όπως επίσης υπάρχουν ανάγκες που ούτε οι ίδιοι οι καταναλωτές δε τις αντιλαμβάνονται, είναι επόμενο πως ο σχεδιασμός και η κυκλοφορία νέων προϊόντων δεν σταματά ποτέ.

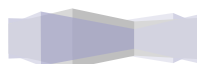


Σχήμα 1.3: Βασικές ιδέες του Μάρκετινγκ (Dogramatzis, 2001;figure 3.1 page 46)



Μετά την ανασκόπηση του όρου Μάρκετινγκ, αξίζει να αναφερθεί πως όλες οι επιμέρους δραστηριότητες που το συναποτελούν είναι απαραίτητο να συνδυαστούν αρμονικά, κάτω από ένα στρατηγικό πλαίσιο. Κάτω από τη σκέπη της Διοίκησης του Μάρκετινγκ μπαίνουν η ανάλυση, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και ο έλεγχος των προγραμμάτων που έχουν σχεδιαστεί ώστε να αποφέρουν τις επιθυμητές συναλλαγές, αγγίζοντας τους επιχειρησιακούς στόχους (Kotler, 1980). Η διαδικασία της διοίκησης του Μάρκετινγκ περιλαμβάνει έξι στάδια, τα οποία παρατίθενται ακολούθως (Σχήμα 1.4):

1. Την ανάλυση του περιβάλλοντος, του ανταγωνισμού και της επιχείρησης, ώστε να αναδειχθούν οι ευκαιρίες για ανάπτυξη και επιτυχία στην αγορά
2. Τη μελέτη αγοράς και την αναγνώριση διακριτών τμημάτων αυτής
3. Την εύρεση κατάλληλων στρατηγικών μάρκετινγκ που να έχουν σχεδιαστεί ειδικά για κάθε τμήμα της αγοράς
4. Αναλυτικό σε λεπτομέρεια σχεδιασμό των προγραμμάτων Μάρκετινγκ και των δραστηριοτήτων που θα πραγματοποιηθούν για την ολοκλήρωση των στρατηγικών στόχων
5. Οργάνωση και εφαρμογή του πλέγματος των δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν σύμφωνα με τα προγράμματα
6. Αξιολόγηση και έλεγχος όλων των επιμέρους δραστηριοτήτων





Σχήμα 1.4: Η διαδικασία της Διοίκησης Μάρκετινγκ (Dogramatzis, 2001;figure 3.4 page 46)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

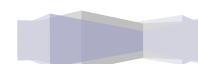
Η εφαρμογή των τεχνικών μάρκετινγκ στο χώρο των φαρμακευτικών προϊόντων παρουσιάζει ορισμένες ιδιομορφίες. Στην περίπτωση των φαρμακευτικών προϊόντων, που αποτελούν και το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, η βασική ιδιαιτερότητα έγκειται στο γεγονός ότι ο τελικός καταναλωτής που χρησιμοποιεί το προϊόν όχι μόνο δεν είναι αυτός που αποφασίζει για την αγορά του προϊόντος, αλλά ούτε είναι και ο αγοραστής του. Επίσης, στην περίπτωση του φαρμάκου έχει βασική θέση ο παράγοντας της υγείας, που σχετίζεται με την αντιμετώπιση βασικών αναγκών, την ασφάλεια και τη σωστή χρήση του (Dickon et.al., 2011). Τα επίπεδα των τιμών, ηθικοί και νομοθετικοί φραγμοί, το κόστος παραγωγής, η χρησιμότητα της έρευνας και ανάπτυξης είναι λίγοι μόνο από τους τομείς στους οποίους το φάρμακο διαφέρει άρδην από οποιοδήποτε άλλο προϊόν (Dogramatzis, 2001). Στον Πίνακα 1.1 οι διαφορές αυτές παρατίθενται συνοπτικά.



Πίνακας 1.1: Διαφορές μεταξύ της αγοράς φαρμάκου και καταναλωτικών προϊόντων

	Φαρμακευτικό προϊόν	Καταναλωτικό προϊόν
Ο καταναλωτής αποφασίζει την αγορά του προϊόντος	Δεν ισχύει	Ισχύει
Ο καταναλωτής πληρώνει το προϊόν άμεσα	Δεν ισχύει	Ισχύει
Σημασία Brand loyalty	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Σημασία ηθικής	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Βαθμός κυβερνητικής ρύθμισης	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Αξιοπιστία	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Πολυπλοκότητα έρευνας και ανάπτυξης	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Σημασία έρευνας και ανάπτυξης για τη ζωή του ανθρώπου	Ναι	Όχι
Κόστος έρευνας και ανάπτυξης	Υψηλότερη	Χαμηλότερη
Ευαισθησία τιμής	Χαμηλότερη	Υψηλότερη

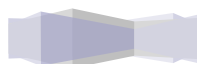
(πηγή: Dogramatzis, 2001, table 3.1, p47)

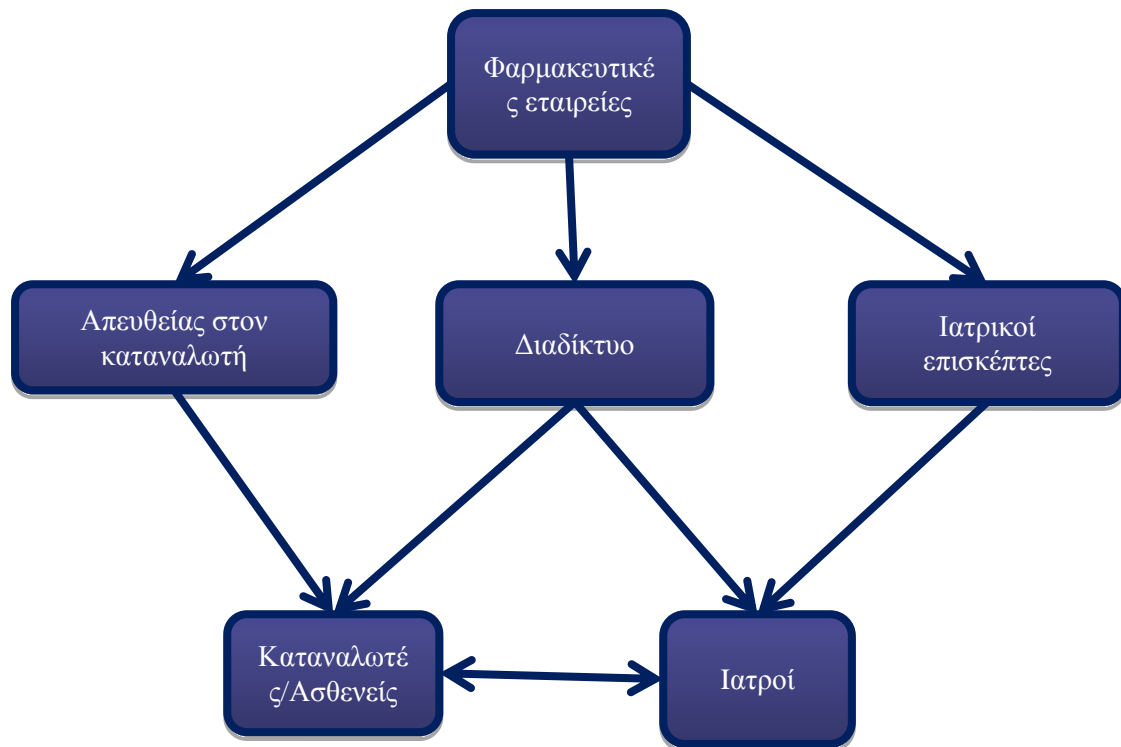


Σύμφωνα με τον Smith (1991; p.9), το Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ ορίζεται ως: «η διαδικασία με την οποία η φαρμακευτική φροντίδα μετουσιώνεται σε πράξη».

Ένας πιο περιεκτικός ορισμός προέρχεται από την Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ και είναι ο εξής: «το Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην επιλογή, κυκλοφορία, συνταγογράφηση και ορθή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση» (Κώδικας Δεοντολογίας Ελληνικής Εταιρίας Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ (ΕΕΦΑΜ))

Το Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ ασκείται από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς όλους τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, φαρμακοποιούς). Ο κύριος στόχος αυτής της επιχειρησιακής δραστηριότητας σχετίζεται με την σύναψη και διατήρηση σχέσεων συνεργασίας και αμοιβαίου οφέλους μεταξύ των δύο πλευρών, καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες τροφοδοτούν τους ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας με τα απαραίτητα μέσα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας όλων των ασθενειών. Είναι γεγονός πως παραπάνω έμφαση δίνεται στους ιατρούς και αυτό διότι οι ιατροί είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για τη συνταγογράφηση και τη χορήγηση φαρμάκων. Επιπρόσθετα, το Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ εξυπηρετεί τις ανάγκες των επαγγελματιών της υγείας σε τεκμηριωμένη επιστημονική ενημέρωση (Σχήμα 1.5).





Σχήμα 1.5: Η διαδικασία του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ (πηγή: Buckley, 2004)



ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Ένα μίγμα παραγόντων δυσχεραίνει την υλοποίηση των δράσεων του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ, και οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητες του κλάδου. Ο κλάδος των φαρμακευτικών προϊόντων είναι ιδιαίτερα επικοινωνιακός, καθώς η επιτυχία των προϊόντων βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εταιρειών και των ιατρών (Καζάζης, 2011).

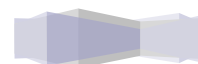
Κανονιστικό πλαίσιο

Αρχικά, πρέπει να υπογραμμιστεί πως η συνταγογράφηση, η διανομή αλλά και οι προωθητικές ενέργειες των φαρμακευτικών σκευασμάτων βρίσκονται μέσα σε αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο, με ένα σεβαστό αριθμό νόμων, κανονισμών και αποφάσεων εθνικών κυβερνήσεων και υπερεθνικών οργανισμών όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Εκτός από τις δράσεις του Μάρκετινγκ, κάτω από αυστηρή ρύθμιση βρίσκονται και άλλες θεμελιώδεις διαδικασίες των φαρμακευτικών εταιρειών, όπως η έρευνα και ανάπτυξη, η αδειοδότηση και η κυκλοφορία νέων φαρμάκων και άλλων φαρμακευτικών προϊόντων.

Προσδιορισμός ζήτησης

Δεύτερη δυσκολία συναντάται στον προσδιορισμό της ζήτησης των προϊόντων, καθώς εμφανίζονται οι εξής ιδιαιτερότητες:

- 1) Η ζήτηση είναι κατευθυνόμενη και όχι ελεύθερη, γεγονός που επιβεβαιώνεται απλά επειδή οι ιατροί είναι αυτοί που αποφασίζουν για τις θεραπείες που αρμόζουν σε κάθε ασθενή. Καθορίζουν έτσι οι έμμεσα τη ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις προϊόντων, στις οποίες οι ασθενείς αποφασίζουν από μόνοι τους την αγορά φαρμάκου όπως τα ήπια αναλγητικά. Ακόμη όμως και στη περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ ΣΥ.ΦΑ.) χρειάζεται η υπεύθυνη συμβουλή του ιατρού ή του φαρμακοποιού πριν την αγορά του προϊόντος.
- 2) Η ζήτηση είναι ανελαστική, αφού δεν επηρεάζεται από τις αυξομειώσεις στην τιμή των σκευασμάτων.
- 3) Η ζήτηση είναι παράγωγη, που σημαίνει ότι η ζήτηση για μια μερίδα σκευασμάτων δημιουργείται μέσα από τη ζήτηση άλλων φαρμάκων.
- 4) Τέλος η ζήτηση πολλές φορές παρατηρείται να είναι προκλητή.



Πρόβλεψη μελλοντικής ζήτησης

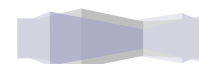
Στη συνέχεια, ένας βασικός ρόλος του μάρκετινγκ είναι η εκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης ενός νέου προϊόντος, ώστε να αξιολογηθεί η απόφαση για την έρευνα και παραγωγή του που θα διαρκέσει πάνω από δέκα χρόνια. Γενικά στον χώρο του μάρκετινγκ έχουν αναπτυχθεί αρκετές τεχνικές πρόβλεψης ζήτησης και οικονομετρικά μοντέλα ωστόσο πάντα πρόκειται για μια δύσκολη διαδικασία. Στον κλάδο των φαρμακευτικών εταιρειών εμφανίζεται στο σημείο αυτό μια τρίτη δυσκολία. Ο λόγος πίσω από τη δυσκολία έγκειται στην αδυναμία εφαρμογής των περισσότερων μεθόδων, εξαιτίας της φύσης των προϊόντων. Ο υποψήφιος καταναλωτής είναι και ασθενής κάποιας νόσου, δε μπορεί να γνωρίζει εκ των προτέρων αν θα νοσήσει στο μέλλον, οπότε δε μπορεί να γνωρίζει ούτε αν θα χρειαστεί το εν λόγω νέο προϊόν πόσο μάλλον αν ο ιατρός που θα τον αναλάβει θα του χορηγήσει το συγκεκριμένο της εταιρείας που εκπονεί την έρευνα μελλοντικής ζήτησης. Ενδεχομένως εμπλέκεται και στην απόφαση για την αγορά του νέου φαρμάκου και ο ασφαλιστικός φορέας που θα εγκρίνει ή όχι την κάλυψη μέρους του κόστους του φαρμάκου. Συμπερασματικά, ο μόνος επιστημονικός τρόπος πρόβλεψης της μελλοντικής ζήτησης είναι ο επιπολασμός της νόσου. Επιπολασμός είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στο γενικό πληθυσμό καθώς και τον ρυθμό μετάδοσης αυτής.

Επιπρόσθετα, μια ακόμη ιδιαιτερότητα που δυσκολεύει την πρόβλεψη της μελλοντικής ζήτησης είναι η μεγάλη διάρκεια έρευνας και ανάπτυξης, των κλινικών δοκιμών αλλά και της επίσημης έγκρισης ενός νέου φαρμάκου. Μέσα σε δέκα – δεκαπέντε χρόνια που χρειάζονται για να ολοκληρωθούν τα παραπάνω, είναι αδύνατο να προβλεφθεί η κατάσταση που θα υπάρχει τότε στην αγορά με τις κινήσεις των ανταγωνιστών, νέα φάρμακα που θα έχουν κυκλοφορήσει και άλλες ανατροπές στα δεδομένα της πρόβλεψης.

Ασφαλιστικοί φορείς

Οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των θεραπειών που χρειάζονται τα άτομα που είναι ασφαλισμένα σε αυτά, ασκώντας έτσι ένα ισχυρό παρεμβατικό ρόλο στην αγορά φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών προϊόντων. Προκειμένου να αποφευχθούν οι υπεραγορές και η υπερκατανάλωση σε φάρμακα, οι ασφαλιστικοί φορείς προσπαθούν συνεχώς να μειώσουν το κόστος της θεραπείας που καλύπτουν σε φαρμακευτικά προϊόντα.

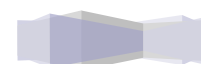
Οι διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά του μάρκετινγκ καταναλωτικών και φαρμακευτικών προϊόντων παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 1.2.



Πίνακας 1.2: Διαφορές φαρμακευτικών και καταναλωτικών προϊόντων στα βασικά χαρακτηριστικά του μάρκετινγκ

	Φαρμακευτικά προϊόντα	Καταναλωτικά προϊόντα
Πλαίσιο λειτουργίας:	Αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο	Ελεύθερη αγορά
Δομή αγοράς:	Ολιγοπωλιακή	Μονοπωλιακή ανταγωνιστική
Συμπεριφορά αγοραστών:	Ορθολογική και κατευθυνόμενη από τον ιατρό	Συχνά αυθόρμητη, υποκινούμενη από ψυχολογικά και κοινωνικά κίνητρα
Προϊόντα:	Απευθύνονται σε ειδικές κατηγορίες ατόμων Χαρακτηρίζονται από μακροχρόνια και αυστηρή διαδικασία ανάπτυξης Κυκλοφορούν με ειδική άδεια και ελέγχονται αυστηρά σε όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους	Απευθύνονται στο ευρύ κοινό Σχεδιάζονται, παράγονται και κυκλοφορούν ελεύθερα
Τιμή:	Στη διαμόρφωση της τιμής ασκούν παρεμβατικό ρόλο οι ασφαλιστικοί φορείς ή και οι κυβερνήσεις	Καθορίζεται ελεύθερα με γνώμονα τον ανταγωνισμό και το κέρδος
Διανομή:	Μέσα από ειδικά πιστοποιημένα σημεία πώλησης (φαρμακεία, φαρμακοαποθήκες) που λειτουργούν με ειδικό καθεστώς και υπόκεινται σε αυστηρούς ελέγχους	Ευρεία διανομή σε πολλά είδη καταστημάτων που λειτουργούν ελεύθερα
Προώθηση:	Απαγόρευση των διαφημίσεων που αφορούν συνταγογραφούμενα φάρμακα όταν αυτές απευθύνονται στο ευρύ κοινό. Υλοποίηση προωθητικών ενεργειών με στόχο ειδικές ομάδες ατόμων (ιατρούς, νοσηλευτές κ.ά.) Έμφαση στην προσωπική πώληση	Έντονη διαφημιστική παρουσία στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς Έντονες δραστηριότητες προώθησης πωλήσεων με πολλούς αποδέκτες (καταναλωτές, εμπόριο, δυνάμεις πωλήσεων)

(πηγή: Καζάκης, 2011, σελ. 42)



Ένα πολύτιμο εργαλείο στο χώρο του Μάρκετινγκ είναι το μίγμα μάρκετινγκ που διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Bordento 1964, και είναι πολύτιμο καθώς συνδράμει στη λήψη αποφάσεων. Η λογική του μίγματος μάρκετινγκ βρίσκεται στην οργάνωση των δράσεων του μάρκετινγκ γύρω από τέσσερις πυλώνες:

1^{ον} το προϊόν και τα χαρακτηριστικά που προσφέρει αυτό

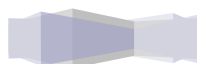
2^{ον} την τιμή του προϊόντος σε σχέση με την αξία που προσφέρει στον καταναλωτή

3^{ον} τη διανομή και τα σημεία πώλησης για τη διάθεση των προϊόντων στο κοινό

4^{ον} την προβολή και την προώθηση του προϊόντος ώστε να γνωστοποιηθεί στους καταναλωτές

Τα τέσσερα αυτά στοιχεία: Προϊόν (Product), Τιμή (Price), Τόπος (Place), Προώθηση (Promotion) έχουν πλέον μείνει γνωστά ως τα 4P του μάρκετινγκ (Πίνακας 1.3).

Για να εξασφαλιστεί η επιτυχία ενός νέου προϊόντος, θα πρέπει να έχουν μελετηθεί διεξοδικά τα τέσσερα αυτά στοιχεία και να έχει επιλεγθεί η στρατηγική που αρμόζει στη φύση του προϊόντος, δίνοντας βαρύτητα σε κάποια από τα τέσσερα στοιχεία. Μεταξύ των 4P υπάρχει μεγάλη αλληλεξάρτηση που σημαίνει ότι πρέπει να διαμορφώνεται ένα ισορροπημένο μίγμα που να εξισορροπούνται τα χαρακτηριστικά του προϊόντος με την τιμή που έχει αυτό στην αγορά, τη θέση που αυτό διατίθεται αναφορικά με τους καταναλωτές που στοχεύει και την μέθοδο προβολής που θα το γνωστοποιήσει σε αυτούς που το χρειάζονται (Borden, 1964).



Πίνακας 1.3: Βασικό Μείγμα Μάρκετινγκ Φαρμακευτικών Προϊόντων
 Βασικό μίγμα μάρκετινγκ φαρμακευτικών προϊόντων

Προϊόν	Πρέπει να προσφέρονται φαρμακευτικά σκευάσματα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις επιθυμίες των τελικών καταναλωτών ή χρηστών
Τιμή	Πρέπει να καθορίζονται ανταγωνιστικές τιμές που, αφενός, θα διευκολύνουν την ένταξη των σκευασμάτων στις λίστες φαρμάκων και τις προμήθειες των νοσοκομείων και, αφετέρου, να μπορούν και να είναι διατιθειμένοι να πληρώσουν οι τελικοί καταναλωτές ή χρήστες των προϊόντων όταν η παροχή συγκεκριμένων φαρμάκων δεν καλύπτεται από ασφαλιστικά ταμεία
Διανομή	Πρέπει να συνταγογραφούνται τα σκευάσματα από όσο το δυνατόν περισσότερους ιατρούς και η διάθεσή τους να γίνεται από σημεία εύκολα προσπελάσιμα που να εξυπηρετούν τους ασθενείς και λοιπούς χρήστες
Προώθηση	Πρέπει να γίνεται γρήγορη και αποτελεσματική ενημέρωση ιατρών για τις ιδιότητες των σκευασμάτων καθώς και των τελικών χρηστών, αν πρόκειται για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

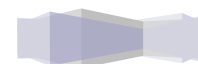
(πηγή: Καζάκης, 2011,σελ.147)

ΠΡΟΪΟΝ

Το σύνολο των προσφερόμενων χαρακτηριστικών που μεταφέρονται από μια επιχείρηση προς όλους τους εν δυνάμει πελάτες της, ανεξαρτήτως αν αυτά είναι απτά ή μη απτά, εσωκλείονται μέσα σε αυτό που ονομάζεται προϊόν. Αναλυτικότερα, το προϊόν μπορεί να είναι (α) κάτι απτό, όπως μια τσάντα ή ένα κινητό τηλέφωνο, (β) μια υπηρεσία, όπως το κομμωτήριο ή ένα ιατρείο, και τέλος, (γ) μια ιδέα, όπως η διαχείριση του περιβάλλοντος ή η πολιτική αμνηστία.

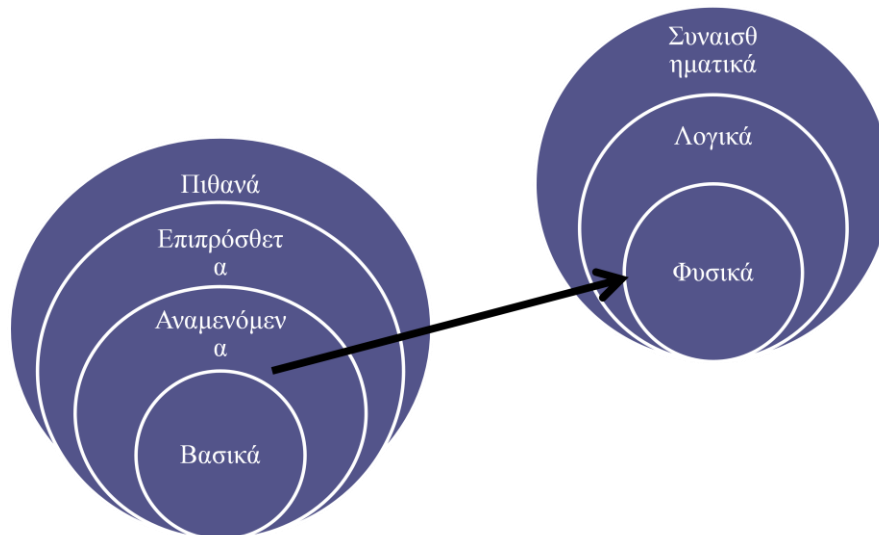
Στην προσπάθεια ερμηνείας της ευρείας έννοιας του προϊόντος, διατυπώθηκαν αρκετοί ορισμοί, δύο εκ των οποίων παρατίθενται ακολούθως:

- ο «οτιδήποτε μπορεί να προσφερθεί στην αγορά για να τραβήξει την προσοχή, να αποκτηθεί και να καταναλωθεί ικανοποιώντας μια ανάγκη ή ένα θέλω» (Kotler, 1991)



- ο «ένα αγαθό, μια υπηρεσία ή μια ιδέα που αποτελείται από ένα μίγμα απτών και μη απτών χαρακτηριστικών που ικανοποιεί τον καταναλωτή και διατίθεται αυτός να πληρώσει ένα χρηματικό ποσό για την απόκτησή του» (Zikmund and D'Amico, 1996)

Το σπουδαίο με την έννοια του προϊόντος είναι πως ακόμη και στην περίπτωση του απτού προϊόντος, υπάρχουν και μη απτά χαρακτηριστικά, πέρα από τα βασικά υλικά που το απαρτίζουν.



Σχήμα 1.6: Βασικά και επιπρόσθετα χαρακτηριστικά των προϊόντων (Kotler, 1969)

- Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι αυτά από τα οποία αποτελείται το ίδιο το προϊόν
- Στη συνέχεια, υπάρχουν τα αναμενόμενα χαρακτηριστικά, αυτά δηλαδή που έχει στο μυαλό του ο καταναλωτής μόλις σκεφτεί ή ακούσει το συγκεκριμένο προϊόν.
- Τα επιπρόσθετα χαρακτηριστικά είναι αυτά που συνοδεύουν το προϊόν ή την υπηρεσία πέρα από τα βασικά χαρακτηριστικά. Τα επιπρόσθετα χαρακτηριστικά έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς καθιστούν το προϊόν περισσότερο εμπορεύσιμο, πιο ελκυστικό.

Επιπρόσθετα παρατηρείται η διάκριση των χαρακτηριστικών που μπορεί να έχει ένα προϊόν/υπηρεσία σε

- φυσικά, δηλαδή αυτά που μπορεί να έχουν υλική υπόσταση
- λογικά,
- συναισθηματικά .

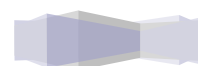


Ένα φαρμακευτικό προϊόν, ένα φάρμακο, είναι μια λέξη που αντιπροσωπεύει όλες τις χημικές ουσίες που επηρεάζουν την φυσιολογική διαδικασία της ζωής. Υπάρχει μάλιστα μια ολόκληρη επιστήμη, η Φαρμακολογία, που ασχολείται με την ιστορία, την προέλευση, τις φυσικές και χημικές ιδιότητες, τη σύσταση, τις φυσιολογικές και βιοχημικές επιδράσεις, τους μηχανισμούς δράσης, τη βιομεταφορά, την απορρόφηση και την έκκριση των χημικών ουσιών, καθώς επίσης και με τις θεραπευτικές και άλλες δράσεις των φαρμάκων. Στο ακόλουθο Σχήμα 1.7 παρουσιάζονται όλα τα συστατικά του «αποτυπώματος», της ταυτότητας κάθε φαρμάκου: η ονοματολογία του προϊόντος, η υποχρεωτική επιστημονική τεκμηρίωση των στοιχείων και η ετικέτα.



Σχήμα 1.7: Το αποτύπωμα ενός φαρμακευτικού προϊόντος (Dogramatzis, 2001, fig.3.9 p.52)

Τα χαρακτηριστικά και η αξία των φαρμακευτικών προϊόντων αλλάζουν ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Ραγδαίες είναι όμως και οι αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον των επιχειρήσεων, που τις επηρεάζουν σε μεγάλο ή σε μικρότερο βαθμό, όπως η καθιέρωση της πατέντας, οι αλλαγές στη συνταγογράφηση, τα κυβερνητικά μέτρα για μείωση των εξόδων στον χώρο της υγείας. Έτσι, κάθε προϊόν θα πρέπει να ανταγωνιστεί τα υπόλοιπα της κατηγορίας του αυξάνοντας τα επιπρόσθετα χαρακτηριστικά, δίνοντας όσο μεγαλύτερη αξία στον καταναλωτή σε σχέση με τον ανταγωνιστή του. Στον πίνακα 1.4 παρουσιάζονται ορισμένα χαρακτηριστικά βασικά και επιπρόσθετα που αντιστοιχούν σε φαρμακευτικά προϊόντα.



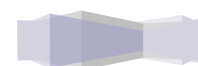
Πίνακας 1.4: Χαρακτηριστικά των φαρμακευτικών προϊόντων

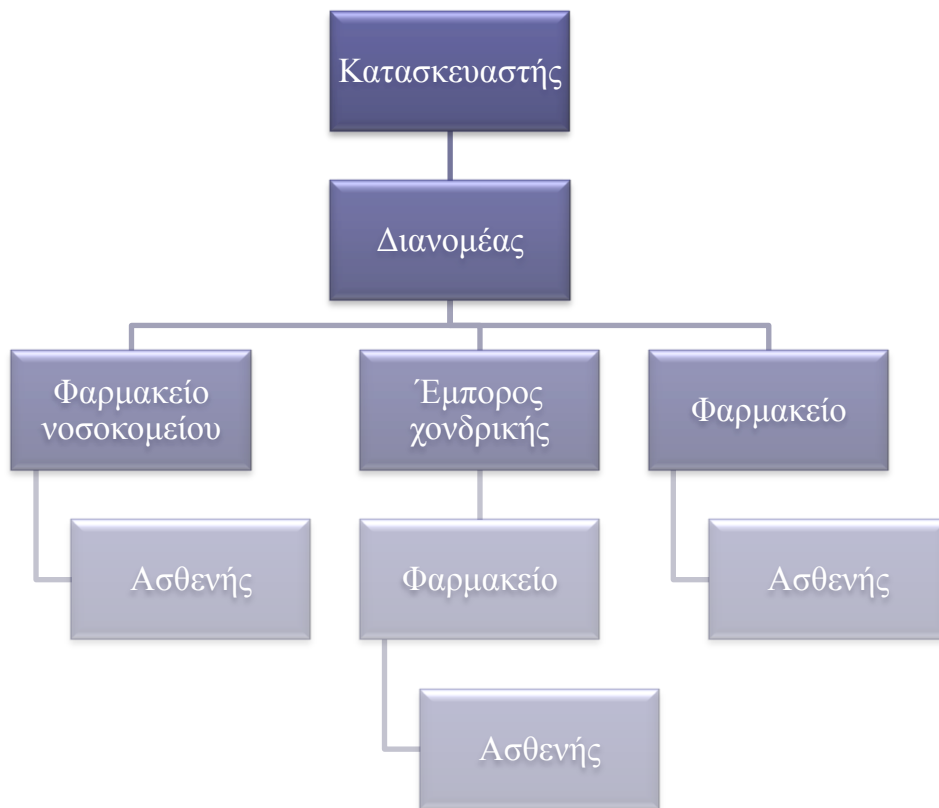
Βασικά χαρακτηριστικά	Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά
Αποτελεσματικότητα	Ευκολία στη χρήση
Ασφάλεια	Σταθερότητα στη θερμοκρασία σώματος
Ανοχή	Χρόνος ζωής
Γρήγορη δράση	Εκπαίδευση ασθενή
Ποιότητα	Πληροφορίες ιατρού
Κόστος	Υποστήριξη ασθενή κατά τη θεραπεία
	Ταχυδρομική παράδοση
	Ιστοσελίδα εταιρείας
	Αναγνωρισιμότητα Branding

(τροποποίηση από Dogramatzis, 2001, tab.3.3 p.53)

ΤΟΠΟΣ

Η διαδικασία της διανομής, η διαχείριση των καναλιών διανομής και η ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση πελατών περικλείονται μέσα στο στοιχείο του τόπου. Για να πετύχει ένα προϊόν, θα πρέπει να βρίσκεται στο σωστό σημείο, την σωστή στιγμή και στην κατάσταση που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η πώληση. Η διαδικασία της διανομής περιλαμβάνει τις δραστηριότητες της μεταφοράς, αποθήκευσης, της διαχείρισης των υλικών και της συσκευασίας. Προκειμένου να αποφευχθεί η αλλοίωση του φαρμάκου, θα πρέπει όλες αυτές οι διαδικασίες να πραγματοποιούνται με αποτελεσματικότητα και συνέπεια (Dogramatzis, 2001). Ένα τυπικό σύστημα διανομής φαρμάκων απεικονίζεται στο σχήμα 1.8.

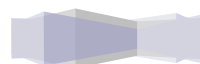




Σχήμα 1.8: Κανάλια διανομής φαρμακευτικών προϊόντων (Dogramatzis, 2001, fig.3.10, p.53)

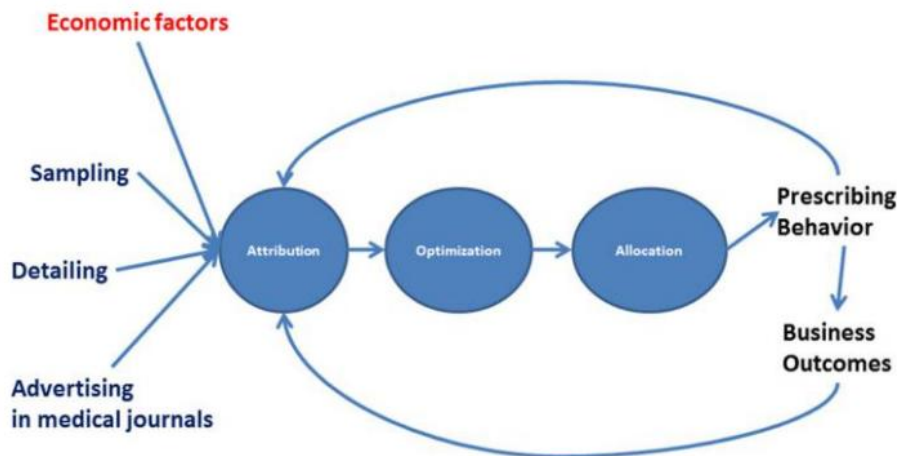
ΤΙΜΗ

Στο στοιχείο αυτό περιλαμβάνονται η στρατηγική τιμολόγησης, οι αναπροσαρμογές των τιμών και οι όροι πληρωμής. Στο σημείο αυτά εμπλέκονται πολλά άτομα και πολλές διαδικασίες αναλόγως την περίπτωση. Αυτό που είναι σε κάθε περίπτωση σταθερό, είναι η δικαιοσύνη που πρέπει να διέπει κάθε συναλλαγή σύμφωνα με τη σχέση οφέλους-πλεονεκτήματος. Για παράδειγμα, μια υπερβολικά αυξημένη τιμή θα ήταν άδικη για τον ασθενή, ο οποίος είναι διατιθέμενος να πληρώσει το φάρμακο σε μια τιμή που να αντιστοιχεί στην αξία που λαμβάνει από αυτό, στο μίγμα δηλαδή των προσφερόμενων χαρακτηριστικών, πάντα σε σύγκριση με τον ανταγωνισμό που υπάρχει στη δεδομένη στιγμή. Από την άλλη, δηλαδή από την πλευρά της εταιρείας, η τιμή αποτελεί το έσοδο της, άρα την πηγή του κέρδους. Έτσι, η κερδοφορία, η χρηματοοικονομική σταθερότητα και η μακροπρόθεσμη επιβίωση της εταιρείας εξαρτώνται από τον ορθολογικό καθορισμό της τιμής (Dogramatzis, 2001).



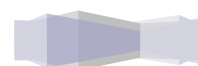
Μόλις έχουν οργανωθεί τα υπόλοιπα στοιχεία και είναι το προϊόν έτοιμο για να κυκλοφορήσει στην αγορά, έρχεται η στιγμή που το προϊόν πρέπει να γνωστοποιηθεί στους καταναλωτές, διαδικασία αρκετά περίπλοκη και εξίσου χρονοβόρα. Στο στοιχείο της προώθησης, περιλαμβάνεται η διαφήμιση, η προσωπική πώληση, οι δημόσιες σχέσεις. Το κάθε ένα από τα στοιχεία αυτά αναλύεται σε πολλές διαστάσεις και υποστοιχεία, που όλα μαζί συγκροτούν το μίγμα της προώθησης.

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε από τον Nichols (2013) προτείνεται ένα νέο πλαίσιο για το μίγμα προώθησης, περισσότερο πολύπλοκο που περιλαμβάνει και τη διαδικασία βελτιστοποίησης. Η νέα πρόταση αυτή, τροποποιήθηκε κατάλληλα από τον Haughton και την ομάδα του (2015) ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον κλάδο των φαρμακευτικών προϊόντων. Αναλυτικότερα, οικονομικοί παράγοντες, η ενημέρωση, τα δείγματα και η διαφημίσεις σε ιατρικά περιοδικά συνεισφέρουν με διαφορετικό τρόπο στην συμπεριφορά της συνταγογράφησης, ωστόσο, χρειάζεται διαρκής έλεγχος της κατανομής της συνεισφοράς κάθε παράγοντα, ώστε η διαδικασία της προώθησης να βελτιστοποιείται διαρκώς και να επιτυγχάνονται μέγιστα επιχειρηματικά κέρδη.



Source: Adapted from Nichols (2013)

Σχήμα 1.9: Νέο μίγμα προώθησης (πηγή: Haughton et al., 2015); τροποποίηση από Nichols (2013))



Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παρουσιάζονται συνοπτικά στον επόμενο πίνακα 1.5

Πίνακας 1.5: μεταβλητές μίγματος μάρκετινγκ για τα φαρμακευτικά προϊόντα

4P	Μεταβλητή	Περιγραφή
Προϊόν	Πλεονεκτήματα	Καλύτερη ποιότητα ζωής, μειωμένα συμπτώματα ασθένειας, μείωση διαμονής στο νοσοκομείο, ανεξαρτησία, ικανότητα εργασίας
	Χαρακτηριστικά	Ευκολία στη χρήση, γεύση, ασφαλή συσκευασία για παιδιά
	Ποιότητα	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανθεκτικότητα, δραστική ουσία, ανενεργή ουσία, συσκευασία
	Ασφάλεια	Προειδοποίηση για αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, αντενδείξεις, υπέρμετρη δόση, ύπαρξη αντιδότη, συμπτώματα από μακροχρόνια χρήση
	Εγγύηση	Συγκέντρωση δραστικής ουσίας, ημερομηνία λήξης, όροι επιστροφής
Τιμή	Επιθυμητή τιμολόγηση	Κατάσταση ανταγωνισμού, χτίσιμο εικόνας, ικανοποίηση αγοραστή, αύξηση όγκου πωλήσεων, ευαισθητοποίηση ασθενή, μεγιστοποίηση κέρδους
	Ζήτηση πελάτη	Αντίληψη για το φάρμακο, βαθμός υιοθέτησης, πρωτογενής και δευτερογενής ζήτηση, ελαστικότητα ζήτησης, κόστος, στάδιο κύκλου ζωής προϊόντος, δυνατότητες αγοράς
	Τιμολόγηση ανταγωνιστών	Επίπεδα τιμών, στόχοι και πολιτικές τιμολόγησης, εκπτώσεις, εμπόδια εισόδου στον χώρο
	Εκπτώσεις	Έκπτωση σε περίπτωση μεγάλου όγκου παραγγελίας ή πληρωμής με μετρητά, δωρεάν παράδοση, εκτεταμένη πίστωση, χαμηλότερο επιτόκιο, πολιτική πώλησης ή επιστροφής, συμφωνίες για συσκευασίες προϊόντων
Τόπος	Επιλογή καναλιού διανομής	Ταχύτητα παράδοσης, συχνότητα και συνοχή ανταλλαγής, διαθεσιμότητα αποθέματος, κατάσταση μεταφερόμενων προϊόντων, ακρίβεια τιμολογίου, εξυπηρέτηση πελατών
	Επιλογή δομής καναλιού	Ενοποίηση, αριθμός ενδιάμεσων αγοραστών, διανομέων, εμπόρων χονδρικής, φαρμακείων, αλυσίδες πώλησης, έξοδα διατήρησης δικτύου
	Εμπόδια συναλλαγής	Όριο εισαγωγών και αδειοδότηση, απαιτήσεις σε

		προδιαγραφές, εγχώριες επιδοτήσεις, φορολόγηση, επαναπατρισμός κέρδους, παράλληλες εισαγωγές, εμπάργκο
	Φυσική διανομή	Δυνατότητα με όλους τους τρόπους διανομής (πλοίο, τρένο, αεροπλάνο, φορτηγό) ενδιάμεσοι μεταφορείς, χρόνος, έξοδα, αξιοπιστία, έξοδα προσγείωσης, εντοπισμός φορτίου
Προώθηση	Επιλογή τρόπου προώθησης	Πληροφόρηση, πειθώ, υπενθύμιση, απόφαση συνταγογράφησης, στόχευση πελατών, προϊόντα χαρακτηριστικών, pushandpull
	Διαφήμιση	Ρυθμιστικό πλαίσιο, άμεσα και έμμεσα κανάλια, προϋπολογισμός, απόφαση για το μήνυμα της διαφήμισης, επιλογή μέσων προώθησης, αξιολόγηση
	Προσωπική πώληση	Δημιουργία φυλλαδίου, ανίχνευση αναγκών πελάτη, επικοινωνία με λεπτομέρεια για το προϊόν, διαχείριση πελατών, διαπραγμάτευση, διατήρηση σχέσεων
	Δημόσιες σχέσεις	Σχέσεις με τον τύπο, διοργάνωση γεγονότων, εκθέσεων, ομιλιών, φιλανθρωπικά γεγονότα, γραπτό και οπτικοακουστικό υλικό ενημέρωσης, σχεδιασμός

(πηγη: Dogramatzis, 2001, tab.3.5 p.57)

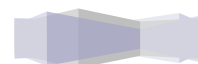


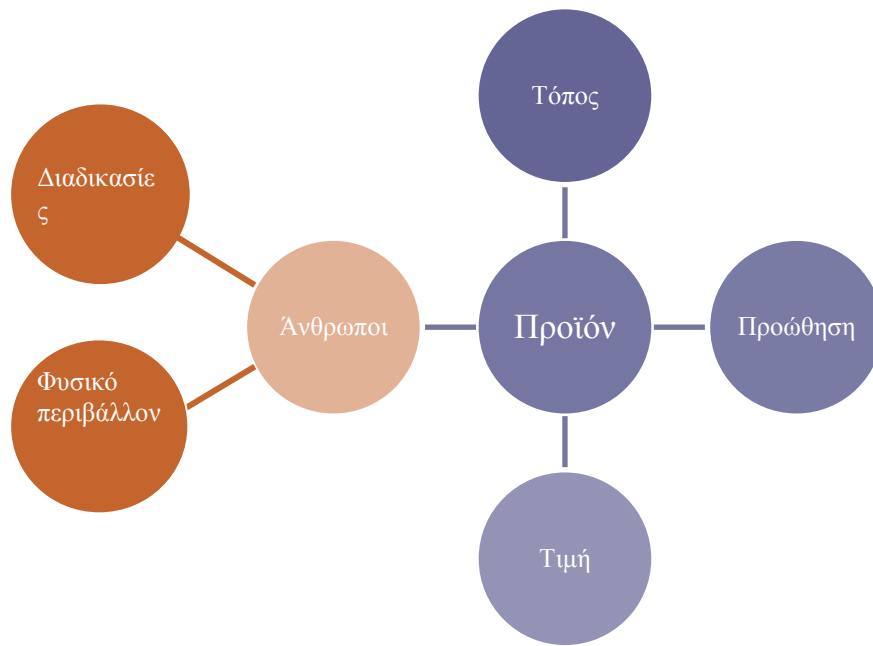
Όλες οι δραστηριότητες του μάρκετινγκ ειδικά όσον αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, στρέφονται γύρω από την επικοινωνία με τον ιατρό, την άρτια ενημέρωση αυτού, την διοργάνωση συνεδρίων και ημερίδων με σκοπό την ενημέρωση όχι μόνο του ιατρικού κοινού αλλά και την εκπαίδευση των ασθενών. Στο Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ λοιπόν, υπάρχουν αρκετές ιδιαιτερότητες και έντονος επικοινωνιακός χαρακτήρας, οπότε το μίγμα μάρκετινγκ διευρύνεται ώστε να συμπεριλάβει τρία επιπλέον στοιχεία (Σχήμα 1.10): τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον στο οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες (Booms&Bitner, 1981).

Άνθρωποι (People): ειδικά καταρτισμένα άτομα από το χώρο των επιστημών αναλαμβάνουν την διαρκή επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους ιατρούς, εξηγώντας κάθε λεπτομέρεια για το νέο σκεύασμα, παρέχοντας επιστημονικές πληροφορίες από νέες μελέτες και έρευνες. Οι ιατρικοί επισκέπτες όπως λέγονται, υφίστανται και οι ίδιοι διαρκή εκπαίδευση, καθώς οι πληροφορίες ανανεώνονται συνεχώς. Ο ρόλος τους αν και κατατάσσεται στις πωλήσεις, οι ιατρικοί επισκέπτες χαρακτηρίζονται ως «ιεραπόστολοι» (Avlonitis&Kouremenos, 1986).

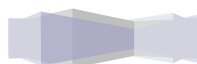
Διαδικασίες (Process): η επιτυχία του φαρμακευτικού προϊόντος εξαρτάται από τον βαθμό επιτυχίας στην υλοποίηση κάθε προγραμματισμένης διαδικασίας. Από την διεκπεραίωση των παραγγελιών για τα νοσοκομεία, μέχρι την διοργάνωση συνεδρίου για την ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας πάνω σε τελευταίες εξελίξεις, όλες οι διαδικασίες είναι αρκετά πολύπλοκες και πρέπει να χειρίζονται πάντα με την ίδια προσοχή.

Φυσικό περιβάλλον (Physicalevidence): κάθε προσφερόμενη υπηρεσία συνοδεύεται από απτά και άλλα πρόσθετα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την αντίληψη του αποδέκτη θετικά ή αρνητικά και τελικά τον βαθμό ικανοποίησης αυτού. Είτε στην περίπτωση ενός συνεδρίου είτε στην περίπτωση επίσκεψης στον ιστότοπο της εταιρείας για ενημέρωση, θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών, παρέχοντας φιλικό, άνετο και αξιόπιστο «χώρο» για ενημέρωση και δυνατότητα διαλόγου από τις δύο πλευρές (ιατρού και φαρμακευτικής εταιρείας).





Σχήμα1.10: Διευρυμένο μίγμα μάρκετινγκ (Booms&Bitner, 1981)

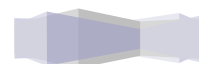


Παρά το γεγονός ότι, ο κλάδος των φαρμακευτικών βασίζεται κατ' εξοχήν στην καινοτομία της Έρευνας και Ανάπτυξης για τη δημιουργία περιζήτητων προϊόντων, αρκετά μεγαλύτερες είναι οι δαπάνες των εταιρειών του κλάδου στον τομέα του Μάρκετινγκ. Οι φαρμακευτικές εταιρείες επενδύουν τα μέγιστα στην ανίχνευση των αναγκών των πελατών τους, κομμάτι που εμπίπτει στις αρμοδιότητες του Μάρκετινγκ. Έπειτα, έρχεται η σειρά του τμήματος Έρευνας και Ανάπτυξης, για να δώσει φως στο τι μπορεί να πραγματοποιηθεί και με ποιο τρόπο, ικανοποιώντας τον ασθενή και ταυτόχρονα αποδίδοντας ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην ίδια την εταιρεία. Μετά την έγκρισή του, το φάρμακο είναι έτοιμο να διατεθεί στην αγορά και να ανταγωνιστεί τα υπόλοιπα προϊόντα. Πολύ πριν την πρώτη συνταγογράφηση όμως, ο ιατρός θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τις ευεργετικές δράσεις του νέου σκευάσματος, τη συνιστώμενη δόση, τη διάρκεια της θεραπείας, τα συμπτώματα από τη λήψη του φαρμάκου, όπως και το κόστος αυτού. Για όλα αυτά θα πρέπει να έχει φροντίσει με κατάλληλες δραστηριότητες το Μάρκετινγκ, ώστε ο ιατρός να προτιμήσει το σκεύασμα μιας εταιρείας έναντι κάποιου άλλου¹.

Το μοναδικό κλειδί που έχει διαπιστωθεί πως αρκεί για να επιτευχθεί η διείσδυση του νέου προϊόντος μιας φαρμακευτικής εταιρείας, ανεξαρτήτως γεωγραφικών ορίων ή άλλων εμποδίων είναι η επαρκής επικοινωνία. Οι φαρμακευτικές εταιρείες διαθέτουν αρκετά εργαλεία επικοινωνίας, τα οποία δε θα μπορούσαν να είναι ίδια με αυτά των υπόλοιπων καταναλωτικών αγαθών, λόγω του αυστηρού θεσμικού πλαισίου που ισχύει στο συγκεκριμένο κλάδο. Το σύνολο των μεθόδων επικοινωνίας αποτελεί το λεγόμενο ολοκληρωμένο σύστημα επικοινωνίας (Dogramatzis, 2001, chapter 16)..

Σκοπός της επικοινωνίας είναι πάντα η μετάδοση ενός γεγονότος, μιας ιδέας ή ενός συναισθήματος από έναν πομπό σε ένα δέκτη. Ο πομπός θα πρέπει να επιλέξει ένα μέσο (λόγια, χειρονομίες, αντικείμενα) με το οποίο θα κωδικοποιήσει το μήνυμα του ώστε να το «επικοινωνήσει» στον αποστολέα. Ο δέκτης με τη σειρά του θα πρέπει να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα ώστε να παραλάβει το νόημα που μεταφέρει αυτό. Το μήνυμα κωδικοποιείται άρτια, ανάλογα με την άνεση και τις ικανότητες του αποστολέα. Επίσης, πάντα λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά του αποδέκτη, καθώς το μήνυμα θα πρέπει να προσαρμοστεί έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό σε κάθε περίπτωση (Schramm, 1954).

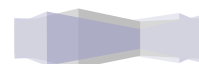
¹:<https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/02/11/big-pharmaceutical-companies-are-spending-far-more-on-marketing-than-research/>

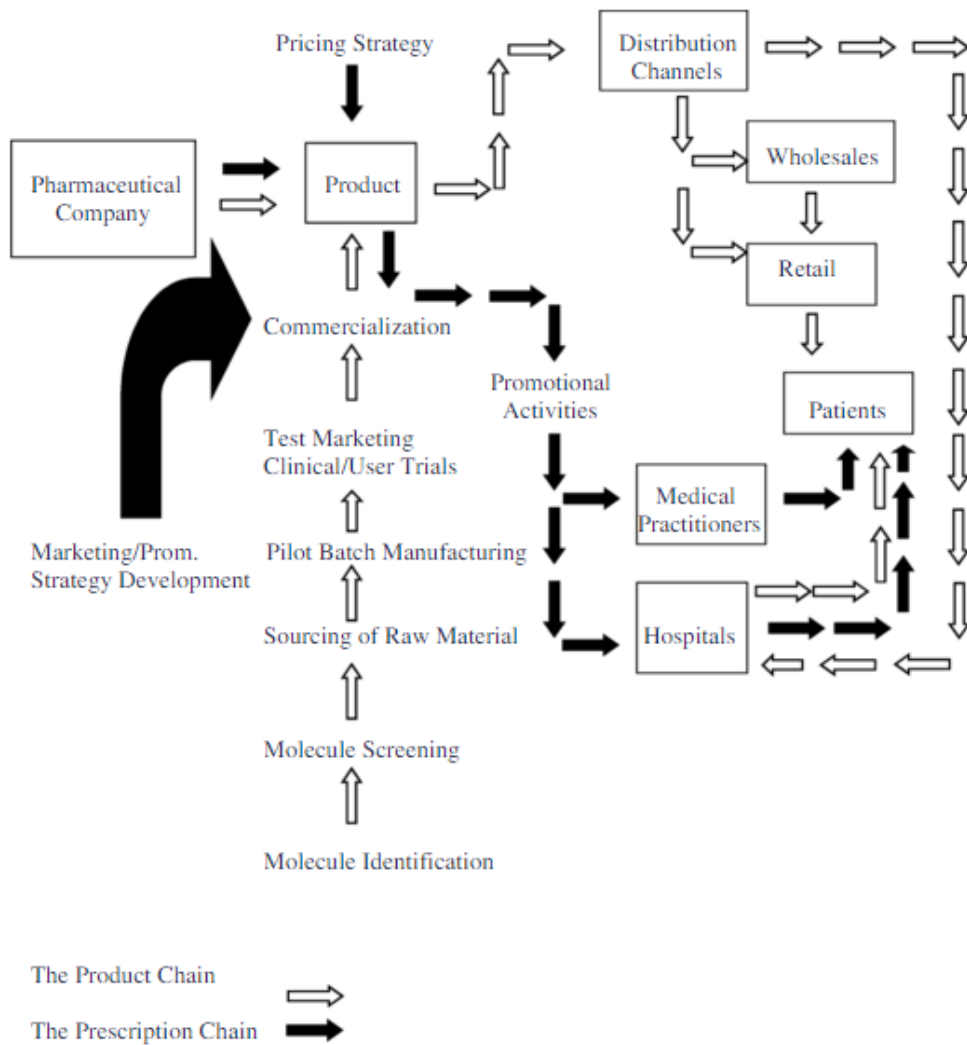


Για τις επιχειρήσεις, είναι θεμελιώδους σημασίας να βρίσκονται στην ιδανική κατάσταση, όπου το μήνυμα που προσπαθούν να στείλουν κάθε φορά στους πελάτες να είναι ακριβώς το ίδιο με αυτό που αντιλαμβάνονται οι δεύτεροι. Έτσι, τα άτομα που εργάζονται στο χώρο του Μάρκετινγκ αφιερώνουν αρκετό χρόνο στην ενδελεχή μελέτη των χαρακτηριστικών των πελατών, αλλά και στις προτιμήσεις που δείχνουν αυτοί όσον αφορά τους τρόπους επικοινωνίας (Dogramatzis, 2001, chapter 16).

Συνταγογράφηση

Στο σχήμα 1.11 απεικονίζονται δυο διαφορετικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται σχεδόν παράλληλα και είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την επιτυχία ενός νέου φαρμάκου. Με το λευκό βέλος παρουσιάζεται η αλυσίδα παραγωγής. Η αλυσίδα παραγωγής ξεκινά με την Έρευνα και Ανάπτυξη που έχει στόχο την ανακάλυψη/τον εντοπισμό των (modules) στοιχείων που θα αποτελέσουν τον πυρήνα του νέου φαρμάκου. Αφού τα στοιχεία αυτά ελεγχθούν ως προς την καταλληλότητα και την ικανότητα να πετύχουν τον στόχο, παρασκευάζεται μια πιλοτική παρτίδα ώστε να πραγματοποιηθούν οι κλινικές μελέτες. Αμέσως μετά την έγκριση του φαρμάκου, σειρά έχει η εμπορευματοποίηση. Η κοστολόγηση του φαρμάκου θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί πριν την έναρξη των διαδικασιών εμπορευματοποίησης. Αφού παραχθεί το νέο προϊόν και είναι έτοιμο για κυκλοφορία, μεγάλες ποσότητες συγκεντρώνονται στα κέντρα διανομής και μετά σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και φαρμακεία. Με κάθε συνταγογράφηση, ο ασθενής μπορεί να παραλάβει το σκεύασμα σε όποιο σημείο επιθυμεί. Έτσι κλείνει η διαδικασία της παραγωγής με το σκεύασμα να φτάνει στα χέρια του ασθενή (Ahmed, etal., 2014).



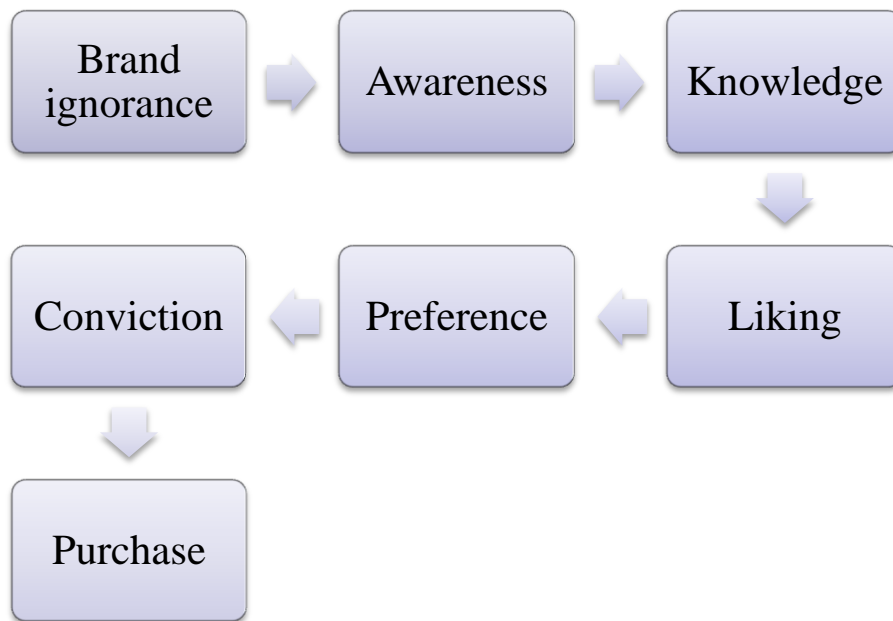


Σχήμα 1.11: Μοντέλο συνταγογράφησης φαρμακευτικών προϊόντων. Με τα άσπρα βέλη απεικονίζεται η αλυσίδα παραγωγής φαρμάκου, ενώ με τα μαύρα βέλη απεικονίζεται η διαδικασία της συνταγογράφησης (Ahmed, et al., 2014).

Η δεύτερη διαδικασία, της συνταγογράφησης, ξεκινά με την ενημέρωση του ιατρού σχετικά με το νέο φάρμακο από την ομάδα πωλήσεων. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει με δραστηριότητες ενημέρωσης μέσα σε κλινικές ή και έξω από αυτές σε συνέδρια και ημερίδες. Ο ιατρός, εάν πεισθεί για τη λειτουργία του φαρμάκου, το συνταγογραφεί και ο ασθενής το αγοράζει, κλείνοντας και τις δύο διαδικασίες που αναφέρθηκαν (Ahmed, et al., 2014).



Εστιάζοντας στο Μάρκετινγκ των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η κατάσταση είναι αρκετά πολύπλοκη, καθώς ο αποδέκτης των υπηρεσιών που σχετίζονται με την επικοινωνία είναι ο ιατρός και όχι ο ασθενής-τελικός χρήστης του φαρμάκου. Οι δυνατότητες που μπορεί να αξιοποιήσει μια εταιρεία για να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τον κάθε ιατρό, ανιχνεύονται μετά από χαρτογράφηση της διαδικασίας συνταγογράφησης που παρουσιάζεται ακολούθως στο σχήμα 1.12. (Lavidge & Steiner, 1961;Dogramatzis, 2001, chapter 16).



Σχήμα1.12: Η ιεραρχία των επιδράσεων της επικοινωνίας, στο διευρυμένο μοντέλο των Lavidge&Steiner (1961)

Όσο ένα νέο φάρμακο βρίσκεται υπό κατασκευή, είναι αναμενόμενο να μη γνωρίζουν για την ύπαρξη του οι ιατροί. Παράλληλα με τις διαδικασίες έγκρισης ξεκινά ο σχεδιασμός του μίγματος προώθησης, η επιλογή των μέσων προώθησης του νέου προϊόντος σε κάθε ομάδα ιατρών, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Υπάρχει μια μερίδα ιατρών που βρίσκονται σε διαρκή αναζήτηση νέου, περισσότερο αποτελεσματικού σκευάσματος, άρα μόλις ενημερωθεί για την προσπάθεια μιας εταιρείας, αναζητά

περισσότερη πληροφορία για το προϊόν. Έτσι, υπάρχουν παραδείγματος χάριν, μέθοδοι με τους οποίους οι ιατροί παρακολουθούν τα στάδια έγκρισης ή ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των κλινικών ερευνών.

Ακολουθούν τα βήματα που απαρτίζουν το μοντέλο της Ιεραρχίας των επιδράσεων της επικοινωνίας, σύμφωνα με τους Lavidge & Steiner (1961).

Στάδιο 1: Άγνοια σχετικά με το νέο σκεύασμα (Brand ignorance)

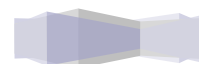
Το στάδιο το οποίο διακρίνεται από την άγνοια σχετικά με το νέο φάρμακο, συναντάται στην αρχή του κύκλου ζωής του προϊόντος. Ανάλογα με το μέγεθος της κατασκευάστριας εταιρείας, το μερίδιο που έχει ο ηγέτης της αγοράς, και την αποδοτικότητα του μάρκετινγκ που εφαρμόζεται, το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει από λίγες μόνο μέρες έως και χρόνια. Μια σεβαστή μερίδα ιατρών χαρακτηρίζονται από θετική στάση απέναντι στην καινοτομία και ενημερώνονται άμεσα για τα νέα φάρμακα που πρόκειται να κυκλοφορήσουν, ενώ ένα άλλο μερίδιο μπορεί να μένει στην φάση της άγνοιας για μεγάλο διάστημα και χαρακτηρίζεται από αρνητική στάση στις αλλαγές. Η διάρκεια της φάσης αυτής σχετίζεται επίσης με την περιοχή όπου ασκεί το επάγγελμα του ο ιατρός, καθώς στις απομακρυσμένες περιοχές, οι ιατροί μένουν περισσότερο στην άγνοια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Για να μειωθεί το πρόβλημα αυτό, χρησιμοποιούνται διαφορετικά κανάλια επικοινωνίας.

Στάδιο 2: Επίγνωση (Awareness)

Το επόμενο στάδιο, ορίζεται στο σημείο όπου η πληροφορία για την ύπαρξη του νέου φαρμάκου φτάνει στον ιατρό και ξεκινά η εκτενής πληροφόρηση περί αυτού. Ιατρικά συνέδρια, διαφημίσεις σε ιατρικά περιοδικά είναι μέσα τα οποία χρησιμοποιούνται για τη μετάβαση από το πρώτο στάδιο στο δεύτερο.

Στάδιο 3: Γνώση (Knowledge)

Ο ιατρός που έχει τη δυνατότητα να συνταγογραφήσει, έχει πλέον εντατικοποιήσει την ενημέρωσή του για το φάρμακο, ώστε να γνωρίζει τα πάντα γύρω από αυτό. Πέρα από την ενημέρωση μέσα από επιστημονικά άρθρα και αποτελέσματα ερευνών, στο στάδιο αυτό



χρειάζεται και η ανάγκη του ιατρού να επηρεαστεί από άλλους, όπως ο ιατρικός επισκέπτης και συνάδελφοι ίδιας ειδικότητας στην απόφαση για συνταγογράφηση του νέου φαρμάκου.

Στάδιο 4: Ενδιαφέρον (Liking)

Μετά την ενδελεχή και εις βάθος ενημέρωση για τα χαρακτηριστικά του προϊόντος, ο ιατρός πρέπει να πεισθεί για την υπεροχή του συγκεκριμένου φαρμάκου. Κατά συνέπεια, πραγματοποιείται σύγκριση του νέου με τις ήδη υπάρχουσες επιλογές, αναδεικνύοντας τα βελτιωμένα χαρακτηριστικά αυτού. Ανάμεσα στις αρμοδιότητες του μάρκετινγκ είναι η ανάδειξη των βασικών χαρακτηριστικών μέσα από την αξιολόγηση αυτή, ακολουθώντας ορισμένες βασικές στρατηγικές: (1) την έννοια της **δημιουργίας**, για παράδειγμα «το φάρμακο Α δημιουργεί νέες συνθήκες για τη θεραπεία της νόσου», (2) την έννοια της **ενίσχυσης**, για παράδειγμα «ο συνδυασμός της παρούσας θεραπείας με το νέο φάρμακο Α αυξάνει ριζικά την αποτελεσματικότητα της νόσου» και (3) την έννοια της **αλλαγής**, για παράδειγμα «δεν υπάρχει λόγος οι ασθενείς να υποφέρουν πλέον από παρενέργειες μιας θεραπείας, καθώς το νέο φάρμακο Α είναι το ίδιο αποτελεσματικό και πιο ασφαλές ταυτόχρονα».

Στο στάδιο αυτό, τα βασικά σημεία έχουν καθοριστεί ως εξής:

- Απαραίτητη η καλή γνώση της συμπεριφοράς του ιατρού
- Εστίαση σε πολλές και διαφορετικές συμπεριφορές
- Πρόβλεψη ανταγωνιστικών αντιδράσεων
- Εστίαση σε διαφορετικά τμήματα της αγοράς

Στάδιο 5: Προτίμηση (Preference)

Αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της υπεροχής, ο ιατρός εξετάζει σοβαρά πλέον το ενδεχόμενο της συνταγογράφησης του νέου φαρμάκου. Ακόμη, ωστόσο, υπάρχει μια απόσταση μεταξύ του σημείου της εκφρασμένης προτίμησης και της πραγματικής συνταγογράφησης. Η δυνατότητα αλλαγής της θεραπείας σε μια νέα, που να βασίζεται στο νέο φάρμακο είναι μια δύσκολη απόφαση για ένα γιατρό, γεγονός που πάντα απασχολεί σοβαρά τα στελέχη του μάρκετινγκ των φαρμακευτικών εταιρειών. Για να αυξηθεί λοιπόν η διορατικότητα σχετικά με τη συμπεριφορά και τις προτιμήσεις που αναμένονται από κάθε ιατρό, υπάρχουν διαθέσιμα προς μελέτη, αφενός συλλογές ερευνών για τις συνήθειες στη

συνταγογράφηση των ιατρών αφετέρου έρευνες από ασθενείς σε νοσοκομεία και σημεία πώλησης φαρμάκων.

Στάδιο 6: Πειθώ (Conviction)

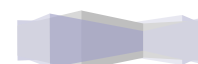
Στη φάση αυτή της πειθούς, οι ιατροί έχουν σαφή προτίμηση πάνω στο νέο φάρμακο και είναι έτοιμοι να προβούν σε συνταγογράφηση. Η κοινοποίηση αποτελεσμάτων από χρήση του φαρμάκου όπου διαφαίνεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή από τη νέα θεραπεία, η αναφορά στη συμπεριφορά συναδέλφων που επιλέγουν ήδη τη χορήγηση του νέου φαρμάκου, η ανάδειξη της οικονομικής ευκαιρίας για χορήγηση του φαρμάκου στη παρούσα φάση του κύκλου ζωής που έχει φιλική τιμή και η προτροπή για συμβάδιση με τον υπάρχον ανταγωνισμό, είναι μερικά εργαλεία επικοινωνίας του μάρκετινγκ που μπορούν να πείσουν τον ιατρό να κάνει το πραγματικό βήμα της συνταγογράφησης.

Στάδιο 7: Αγορά του φαρμάκου (Purchase)

Ένα βήμα πριν το τέλος, είναι θεμελιώδους σημασίας η πρώτη φορά που θα συνταγογραφηθεί επίσημα το συγκεκριμένο σκεύασμα έναντι των ανταγωνιστικών του. οι πωλητές μπορούν να συνοδεύσουν την πρώτη αυτή φορά με επιπρόσθετες υπηρεσίες όπως μια επιδότηση για την πρώτη φορά που επιλέγεται ή έκπτωση στην τιμή.

Στάδιο 8: Μετά την αγορά του φαρμάκου (Postpurchase)

Από τη στιγμή που η συνταγή έχει δοθεί στον ασθενή από τον υπεύθυνο ιατρό, οι marketers αναλαμβάνουν την παρακολούθηση των πωλήσεων, ενισχύοντας τα ποσοστά τους προσφέροντας εξυπηρέτηση πελατών κατόπιν αγοράς. Στο τμήμα αυτό περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως: ο έλεγχος των ποσοτήτων και των ημερομηνιών στις παραγγελίες, η ευχαρίστηση του ιατρού για την επιλογή του συγκεκριμένου σκευάσματος, η παροχή εκπαίδευσης στο προσωπικό, ο έλεγχος ικανοποίησης από το προϊόν, η διαχείριση παραπόνων και η παροχή συνεχούς εξυπηρέτησης πελατών.



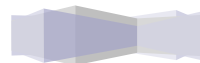
ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΕΠΙΡΡΟΗΣ

Η απόφαση για τη συνταγογράφηση ενός σκευάσματος βασίζεται σε μεγάλο ποσοστό στη δύναμη επιρροής που κατέχουν οι εμπειρογνώμονες στους διευθυντές νοσοκομειακών μονάδων ή τμημάτων αυτών και αυτοί με τη σειρά τους στους εξειδικευμένους ιατρούς οι οποίοι επηρεάζουν τελικά τους παθολόγους και οικογενειακούς ιατρούς. Αυτό το φαινόμενο διαδοχικής επιρροής ονομάζεται πυραμίδα επιρροής και παρατηρείται σχεδόν σε όλες τις ειδικότητες σε όλες τις χώρες (Σχήμα 1.13).



Σχήμα 1.13 Πυραμίδα επιρροής (Dogramatzis, 2001, fig.2.4, p.32)

Το φαινόμενο αυτό έχει σημαντική θέση στις διαδικασίες εφαρμογής του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ. Συγκεκριμένα, οι υπεύθυνοι του Μάρκετινγκ φαρμακευτικών εταιρειών συνεχώς προσπαθούν να βρουν μεθόδους ώστε να προσελκύσουν το ενδιαφέρον,



την αρέσκεια, την προτίμηση και τελικά να πετύχουν την πειθώ των ηγετών του κλάδου, οι οποίοι με τη σειρά τους θα ενθαρρύνουν τους υπόλοιπους ιατρούς μέσω ιατρικών συνεδρίων, συναντήσεων, συσκέψεων εντός της κλινικής ακόμη και σε ακαδημαϊκό επίπεδο στην εκπαίδευση των νέων ιατρών στην επιλογή του συγκεκριμένου σκεύασματος για συνταγογράφηση.

Έχει διαπιστωθεί πως ο βέλτιστος τρόπος για να πετύχουν το στόχο αυτό οι φαρμακευτικές εταιρείες είναι να θέσουν τον εμπειρογνώμονα ιατρό μέσα στη διαδικασία κλινικών μελετών από αρχικά στάδια, ενημερώνοντας τον συχνότατα για τις εξελίξεις και παρέχοντας του δείγματα από το σημείο που επιτρέπεται να γίνει αυτό.

Μια εναλλακτική μέθοδος που ακολουθείται εξίσου συχνά είναι η πρόσκληση του εμπειρογνώμονα ιατρού σε επιτροπή είτε συμβουλευτική είτε ομάδα σχεδιασμού των οδηγιών για τη θεραπεία της ασθένειας με το συγκεκριμένο σκεύασμα.

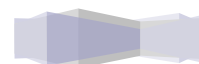
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Η διαδικασία της επικοινωνίας

Η επικοινωνία σημαίνει την διαδικασία ανταλλαγής ενός μηνύματος και η διάδοση ενός νοήματος από τον αποστολέα (**πομπός**) σε ένα παραλήπτη (**δέκτη**). Για να πετύχει η διάδοση της έννοιας θα πρέπει να το αντιληφθούν με τον ίδιο τρόπο και οι δύο πλευρές της επικοινωνίας. Ο πομπός χρησιμοποιεί όποια μέθοδο έχει διαθέσιμη (λόγια, εικόνες, χειρονομίες, ήχους) ώστε να κωδικοποιήσει την έννοια, το **μήνυμα**. Λάθος κωδικοποίηση του μηνύματος μπορεί να οδηγήσει σε λάθος ερμηνεία του δέκτη παραπλάνηση. Η διασφάλιση της αποστολής, της παραλαβής και της σωστής ερμηνείας του μηνύματος από τον δέκτη αποτελεί ευθύνη του πομπού (Σχήμα 1.14).

Μόλις το μήνυμα έχει κωδικοποιηθεί, ο πομπός επιλέγει το **μέσο** που θα χρησιμοποιηθεί για τη μετάδοση του μηνύματος (τηλέφωνο, τηλεόραση, έντυπο υλικό), καθώς και τη **συχνότητα** μετάδοσης του.

Έτσι, τα στελέχη του Μάρκετινγκ που επιθυμούν να επικοινωνήσουν τα πλεονεκτήματα των προϊόντων της εταιρείας τους στους γιατρούς, θα πρέπει να κατανοήσουν

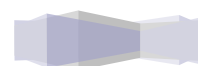


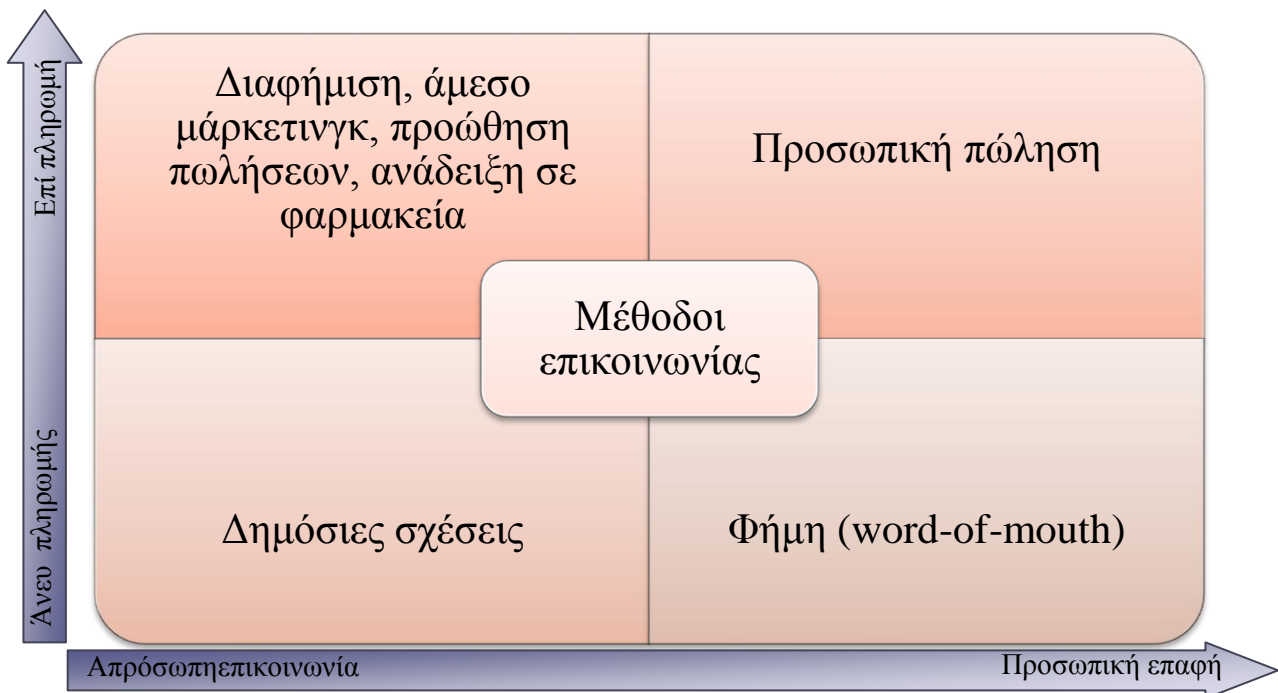
εις βάθος τα χαρακτηριστικά και τις προτιμήσεις στον τρόπο επικοινωνίας για τον καθένα ξεχωριστά.



Σχήμα 1.14: Στοιχεία που περιλαμβάνονται στην Στρατηγική επικοινωνίας (Dogramatzis, 2001, fig16.4, p.270)

Παρά το αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τον κλάδο των φαρμακευτικών, οι εταιρείες του κλάδου έχουν στη διάθεσή τους αρκετά κανάλια επικοινωνίας, από τα τελείως απρόσωπα στα περισσότερα προσωπικά και από αυτά που παρέχονται επί πληρωμής, μέχρι αυτά που παρέχονται άνευ πληρωμής. (Σχήμα 1.15)





Σχήμα 1.15: Μέθοδοι επικοινωνίας του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ, οργανωμένοι στους άξονες του βαθμού προσωπικής επαφής και του ποσοστού πληρωμής για την απόκτηση της υπηρεσίας (Dogmatzis, 2001,fig.)

Αναλυτικότερα, η **Διαφήμιση**, είναι ένα απρόσωπο, επί πληρωμή μέσο επικοινωνίας που σχετίζεται με τη μετάδοση ενός μηνύματος σχετικά με την εταιρεία και το προϊόν. Στα φαρμακευτικά προϊόντα η διαφήμιση έχει στόχο τον ιατρό, όχι τον τελικό αποδέκτη του φαρμάκου, τον ασθενή (push strategy). Υπάρχουν μέσα μαζικής διαφήμισης, όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, φυλλάδια και συνέδρια, αλλά και περισσότερο άμεσα μέσα διαφήμισης, όπως το τηλέφωνο, το email και οι ιστοσελίδες. Στις Η.Π.Α. επιτρέπεται από τη νομοθεσία μια δεύτερη προσέγγιση διαφήμισης, που έχει ως στόχο τον ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του αναμένεται να ζητήσει από τον ιατρό τη συνταγογράφηση του συγκεκριμένου φαρμάκου (pull strategy).

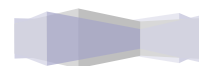
Στις **δημόσιες σχέσεις**, αξιολογείται η ανταπόκριση του κοινού απέναντι στο νέο φάρμακο και σχεδιάζονται δράσεις ώστε να αποκτηθεί η κατανόηση η αποδοχή του από το ευρύ κοινό στο οποίο απευθύνεται. Στις δημόσιες σχέσεις περιλαμβάνεται (α) η διαχείριση έντυπου υλικού, όπως οι ετήσιες αναφορές, τα εταιρικά περιοδικά και τα ενημερωτικά

φυλλάδια, (β) η σχέση με τον Τύπο για τη διάδοση περιπτώσεων που προϊόντα της εταιρείας έχουν συνδράμει στη βελτίωση του τρόπου ζωής και (γ) η διοργάνωση γεγονότων, όπως οι ετήσιες συναντήσεις των stakeholder, εκθέσεις, ομιλίες και φιλανθρωπικές εκστρατείες. Τέλος, στις δημόσιες σχέσεις εμπίπτει και η διαχείριση κρίσεων.

Στη συνέχεια, η **προώθηση πωλήσεων** προσθέτει αξία στο προϊόν και δίνει κίνητρα στους ιατρούς, για να προβούν στη συνταγογράφηση του συγκεκριμένου φαρμάκου. Ανάδειξη συγκεκριμένων προϊόντων στα σημεία πώλησης, εκπτωτικά κουπόνια, επιστροφή χρημάτων, κίνητρα για περισσότερες αγορές σε «πιστούς» καταναλωτές, διαγωνισμοί καταναλωτών με δώρα προϊόντα και δωρεάν διάθεση δειγμάτων επιλεγμένων προϊόντων είναι οι βασικές από τις δράσεις που περιλαμβάνονται στην προώθηση των πωλήσεων.

Τέλος, η **προσωπική πώληση** είναι η πιο ακριβοπληρωμένη μέθοδος επικοινωνίας με τον περισσότερο έντονο προσωπικό χαρακτήρα. Γενικά, σε όλους τους κλάδους και ειδικά στα φαρμακευτικά προϊόντα, διακρίνεται σε τέσσερις υποκατηγορίες: (1) στη πώληση λιανικής, που αφορά στη πώληση σε φαρμακεία και σε άλλα σημεία πώλησης μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, (2) στην πώληση πεδίου, όπου οι ιατρικοί επισκέπτες έρχονται σε επαφή με τους ιατρούς για λεπτομερή ενημέρωση στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, (3) το τηλεμάρκετινγκ, που χρησιμοποιείται περισσότερο στα καταναλωτικά προϊόντα και (4) η εκ των έσω πώληση, που περιλαμβάνει ιατρικούς επισκέπτες μόνιμα τοποθετημένους σε ιατρικά κέντρα, ώστε να φροντίζουν τις παραγγελίες του κέντρου. Η προσωπική πώληση αν και κάτω από αυστηρό έλεγχο, είναι μια επιτρεπόμενη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών που αναδεικνύεται ως η σημαντικότερη. Αυτό συμβαίνει για τους παρακάτω λόγους:

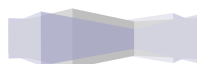
- Επιτρέπει τη βέλτιστη στόχευση των πελατών
- Επιτρέπει προσαρμογή του μηνύματος, δηλαδή των πληροφοριών για τα προϊόντα
- Δίνει τη δυνατότητα για μεγιστοποίηση του περιεχόμενου της ενημέρωσης
- Χαρακτηρίζεται από κοινή ροή πληροφοριών
- Επιτρέπει τη βέλτιστη αξιολόγηση των αναγκών και των αντιλήψεων των πελατών
- Διευρύνει τις δυνατότητες για έρευνα αγοράς
- Ανταγωνιστική συλλογή πληροφοριών



Κύρια δραστηριότητα του Ιατρικού Επισκέπτη είναι η ενημέρωση των ιατρών για τα καινούργια φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν, για τον τρόπο δράσης τους, την απαραίτητη δοσολογία, τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και τις παρενέργειες αυτών ή και τις αντενδείξεις με ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων. Ταυτόχρονα, αξιοποιούν το χρόνο εργασίας τους κατά τις επισκέψεις και στην υπενθύμιση της δοσολογίας και της δράσης και των παλαιότερων σκευασμάτων. Τα εργαλεία που διαθέτει από την εταιρεία είναι κυρίως διαφημιστικά έντυπα με όλα τα βασικά χαρακτηριστικά του προϊόντος, δείγματα των εν λόγω φαρμάκων και αποτελέσματα κλινικών μελετών (Andaleeb & Tallman, 1996).

Το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας ενός ιατρικού επισκέπτη είναι εκτός γραφείου, με εξωτερικές μετακινήσεις σε χώρους εργασίας των ιατρών. Η προσέγγιση αυτών γίνεται ατομικά, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις που γίνεται ομαδικά, σε συναθροίσεις ατόμων με την ίδια ειδικότητα. Ένα κρίσιμο σημείο έγκειται στη διάρκεια της ενημέρωσης, καθώς οι ιατρικοί επισκέπτες έχουν αρκετά περιορισμένο χρόνο για να μεταφέρουν το μήνυμά τους, λίγα μόνο λεπτά της ώρας. Το πελατολόγιο οργανώνεται γεωγραφικά, κατά περιοχή, ώστε με καθημερινά δρομολόγια να καλύπτονται όλοι οι ιατροί που έχουν επιλεγεί για ενημέρωση. Η εργασία εντός γραφείου είναι ελάχιστη και περιλαμβάνει την αρχική φάση της ενημέρωσης και της λήψης οδηγιών πριν την κυκλοφορία του φαρμάκου, και τον απολογισμό και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων κάθε κύκλου ενημέρωσης.

Ένας αποτελεσματικός ιατρικός επισκέπτης θα πρέπει να διαθέτει όλα τα χαρακτηριστικά ενός καλού πωλητή. Δυναμισμός, ευχάριστη προσωπικότητα, ευχέρεια στην επικοινωνία, καλοί τρόποι και πειθώ είναι τα βασικά χαρακτηριστικά. Λόγω της ιδιαίτερης φύσης των προϊόντων, όμως, είναι απαραίτητη η άρτια και τακτική εκπαίδευση πάνω σε ιατρικά θέματα και στην επίτευξη οικονομικών στόχων. Ο ιατρικός επισκέπτης θα πρέπει επίσης να είναι ενημερωμένος και για τις κινήσεις και τα φάρμακα των ανταγωνιστών. Κατά την ανάλυση των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων θα πρέπει να είναι σε θέση να αναδείξει τα προϊόντα της εταιρείας, δείχνοντας την υπεροχή τους έναντι των άλλων. Το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην ικανότητα δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης με τους πελάτες.



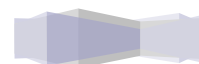
Σύμφωνα με τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων ο ιατρικός επισκέπτης συγκεντρώνει τις ακόλουθες ευθύνες:

- Προσφορά επιπλέον τεχνικών πληροφοριών για τα σκευάσματα που προωθούν
- Προσφορά συνδετικού κρίκου του ιατρικού τμήματος της εταιρείας για τις ερωτήσεις γιατρών και την μεταφορά της εμπειρίας τους από την χρήση φαρμάκων στην πράξη
- Προσφορά βιβλιογραφικών μελετών για τα φάρμακα της εταιρείας και άλλα σχετικά θέματα
- Οργάνωση ομιλιών, συμποσίων και συνεδρίων με προωθητικό και εκπαιδευτικό περιεχόμενο σε κλινικές, κέντρα υγείας και άλλες τοποθεσίες
- Προσφορά ευκολίας για εκπαίδευση γενικής ιατρικής
- Συμβουλή σε ιατρό για αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών
- Διερεύνηση δυνατοτήτων πραγματοποίησης κλινικών μελετών

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ: E-DETAILING

Σύμφωνα με δημοσιευμένη έρευνα, το 2002, οι δαπάνες του κλάδου της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έφτασαν τα 1,6 τρισεκατομμύρια δολάρια, που αποτελεί 15% του Α.Ε.Π. της χώρας (Levit et al., 2004). Μέσα στη δεκαετία 1990-2000 οι δαπάνες του φαρμακευτικού κλάδου αποτελούν ποσοστό της τάξης του 10% των εξόδων της υγείας. Έτσι, το μάρκετινγκ συνταγογραφούμενων φαρμάκων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την ευημερία των εταιρειών, καθώς μόνο το 2003 οι πωλήσεις από συνταγογραφούμενα φάρμακα έφτασαν τα 288 δισεκατομμύρια δολάρια (Santoro & Gorrie, 2005).

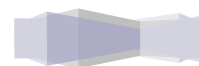
Οι επιχειρήσεις είναι ιδιαίτερα προσεκτικές σε ότι αφορά τις δραστηριότητες προώθησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, δίχως να παρουσιάζεται κάποια πτωτική τάση στα έξοδα προώθησης. Μάλιστα από το 2003 στο 2004 τα έξοδα προώθησης τετραπλασιάστηκαν. Στην ίδια έρευνα υπογραμμίζεται πως από τα 57,7 δις δολάρια που δαπανήθηκαν για προώθηση το 2004, το 27,7% (15,9 δις) οφείλεται σε έξοδα για δωρεάν δείγματα, ενώ το 35,5% (20,4 δις) (Gagnon&Lexchin, 2008).



Αποδέκτες της οικονομικής πίεσης που βιώνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες γίνονται οι ιατροί, καθώς είναι αυτοί που δύναται να συνταγογραφήσουν τα σκευάσματά τους και ταυτόχρονα το κράτος μικραίνει το ποσοστό χρηματοδότησης. Επίσης, εξαιτίας των περικοπών στον τομέα της υγείας, οι συμβεβλημένοι με τα ταμεία ιατροί δέχονται περισσότερες επισκέψεις ημερησίως, γεγονός που αφήνει λιγότερο χρόνο διαθέσιμο για τους ιατρικούς επισκέπτες (Gleason, 2001). Μάλιστα έχει παρατηρηθεί πως από το 1995 ο αριθμός των ιατρών έχει αυξηθεί κατά 15%, ενώ ταυτόχρονα ο αριθμός των ιατρικών επισκεπτών που προσλαμβάνονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες έχει αυξηθεί κατά 94%. Επιπρόσθετα, οι ιατροί που συνταγογραφούν σε μεγαλύτερες ποσότητες (λόγω μεγάλης επισκεψιμότητας) δέχονται 3-5 φορές περισσότερες επισκέψεις σε σύγκριση με την κατάσταση που επικρατούσε δέκα χρόνια πριν (Gleason, 2003). Σχετικά με τους ιατρούς που εργάζονται σε νοσοκομεία και κλινικές, μόνο οι οκτώ στις εκατό επισκέψεις καταφέρνουν να μιλήσουν ευθέως με τους ιατρούς. Γίνεται αντιληπτό πως ο ανταγωνισμός για τον χρόνο των ιατρών είναι έντονος (Elling et al., 2002).

Σε άλλη έρευνα βρέθηκε πως μόνο στο 7% των συναντήσεων η επικοινωνία διαρκεί πάνω από 2 λεπτά, ενώ το 43% των περιπτώσεων δεν φτάνει ποτέ στο γραφείο του γιατρού, επικοινωνώντας μόνο με τη γραμματεία (HealthStrategiesGroup, 1999). Κατά συνέπεια, φαίνεται πως παρά τη μεγάλη επένδυση των εταιρειών στην προώθηση μέσω του παραδοσιακού detailing, τα πραγματικά αποτελέσματα απέχουν από το επιθυμητό (Bates et al., 2002).

Έχει λοιπόν, ανακύψει η ανάγκη για εναλλακτικό κανάλι επικοινωνίας για την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων, που να είναι περισσότερο αποτελεσματικό. Ως αποτέλεσμα των προσπαθειών για λύση εμφανίστηκε το e-detailing, η ηλεκτρονική μέθοδος ενημέρωσης (Gleason, 2001). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την JupiterResearchExecutiveSurvey, φαίνεται η αλματώδης αύξηση στη χρήση του e-detailing από 4% σε 56% μέσα στο 2002 (JupiterResearch, 2003).



Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετοί ορισμοί για την υπηρεσία της ηλεκτρονικής ενημέρωσης. Σύμφωνα με τον Wilke το e-detailing είναι: «η χρήση του διαδικτύου ως το μέσο επικοινωνίας για ενημέρωση περί των φαρμακευτικών προϊόντων από προς τους ιατρούς» (Wilke, 2001, p.3).

Εν συνεχεία, ο Boehm παραθέτει τον εξής ορισμό: «το e-detailing είναι μια χορηγούμενη από τις εταιρείες φαρμακευτική ή ιατρική υπηρεσία, που βασίζεται σε διαδικτυακά προγράμματα για την πληροφόρηση των ιατρών σχετικά με φάρμακα και ασθένειες» (Boehm, 2005, p.5).

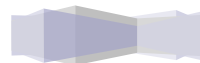
Τέλος, ο Bates έχει διατυπώσει τον παρακάτω ορισμό: «η χρήση ψηφιακής τεχνολογίας στη διαδικασία ενημέρωσης του ιατρού, που προσφέρει τη δυνατότητα πολλαπλών επιλογών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης τεχνολογιών, όπως το διαδίκτυο, συνδιάσκεψη μέσω βίντεο και συνδιάσκεψη μέσω τηλεφωνικού μενού (interactive voice conferencing)» (Bates, 2002, p.257)

Τα συστήματα e-detailing διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το βαθμό διαδραστικότητας τους (Alkhateeb&Douccette, 2008):

Static e-detailing: στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται απλές ιστοσελίδες των φαρμακευτικών εταιρειών, όπου παρέχονται on-line πληροφορίες για φαρμακευτικά σκευάσματα στους ενδιαφερόμενους ιατρούς. Ο βαθμός διαδραστικότητας είναι ελάχιστος.

Virtual (Interactive e-detailing): ο βαθμός διαδραστικότητας ανεβαίνει, καθώς ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να αναζητήσει τις πληροφορίες που τον ενδιαφέρουν, να υποβάλει ερωτήματα για τα οποία θα λάβει απαντήσεις on-line ή σε επόμενη ημέρα.

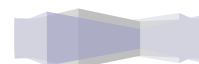
Video (live) e-detailing: αποτελεί τον περισσότερο διαδραστικό τύπο e-detailing, καθώς απαιτεί την ενεργή συμμετοχή του ιατρού σε τηλεδιάσκεψη με κάποιο στέλεχος φαρμακευτικής εταιρείας. Ο ιατρός επικοινωνεί σε πραγματικό χρόνο με τον εκπρόσωπο ιατρικής ενημέρωσης και η ενημέρωση ρέει ακριβώς όπως επιθυμεί ο ιατρός, σύμφωνα με τις απορίες και τα ενδιαφέροντά του. Δεν παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές από την προσωπική παρουσίαση (detailing) που πραγματοποιείται από τον ιατρικό επισκέπτη και βοηθά αρκετά την επικοινωνία με ιατρούς σε απομακρυσμένες περιοχές.



Το 90% των Αμερικανών ιατρών χρησιμοποιεί καθημερινά το internet για την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών, με τα τρία τέταρτα αυτών να ισχυρίζονται πως είναι απολύτως απαραίτητο για την διεκπεραίωση της δουλειάς τους (Manhattanresearch). Σε άλλη έρευνα, διαφαίνεται πως το 41% των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες περνά εφτά ώρες (κατά μέσο όρο) σε αναζητήσεις στο διαδίκτυο για διάφορους λόγους, ενώ 44% των ερωτηθέντων παραδέχεται πως αφιερώνει μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα στην αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο. Κάθε μορφή ενημέρωσης των ιατρών που σχετίζεται με το διαδίκτυο ονομάζεται e-detailing.

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2009, φαίνεται πως το 73% των ιατρών αντιλαμβάνεται μεγαλύτερη ποιότητα ενημέρωσης μέσα από τις δραστηριότητες με ηλεκτρονικά μέσα σε σχέση με την ενημέρωση με διαπροσωπική επαφή. Επίσης, το 51% των ερωτηθέντων δείχνει προτίμηση στο e-detailing σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους προώθησης. Όσον αφορά το χρόνο που αφιερώνουν οι ιατροί σε δραστηριότητες e-detailing, βρέθηκε πως το 69% των ιατρών προτιμούν βραδινές ώρες για την ενημέρωσή τους, μετά το κλείσιμο του ιατρείου. Ακόμη, η μέση διάρκεια ηλεκτρονικής ιατρικής ενημέρωσης προσδιορίστηκε στα 18 λεπτά, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό, αν αναλογιστεί κανείς πως η μέση διάρκεια ενημέρωσης από τους ιατρικούς επισκέπτες δεν ξεπερνά τα 2-3 λεπτά (Alkhateeb&Doucette, 2009).

Περνώντας στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δημοσιευμένων ερευνών, εμφανίζονται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά των ιατρών που δείχνουν τη πιο θετική στάση απέναντι στο e-detailing, και αυτά σχετίζονται με την ηλικία και την ειδικότητα. Αναλυτικότερα, στις δραστηριότητες του e-detailing συμμετέχουν ενεργά νεότεροι σε ηλικία ιατροί, κάτω των 45 ετών, με τους περισσότερους από αυτούς να εργάζονται σε απομακρυσμένες περιοχές. Δεύτερον, φαίνεται πως υπάρχουν ειδικότητες με μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσουν το e-detailing, όπως οι καρδιολόγοι και οι ενδοκρινολόγοι, ενώ χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζουν ειδικότητες όπως οι ορθοπεδικοί και οφθαλμίατροι (Verispan, 2006). Σε παρόμοια έρευνα, συχνότερη συμμετοχή εμφάνισαν ειδικότητες όπως οι οικογενειακοί ιατροί (38%), γυναικολόγοι (33%), ενώ τη χαμηλότερη συμμετοχή εμφάνισαν ειδικότητες όπως οι χειρουργοί (26%) και ραδιολόγοι (11%). Οι διαφορές μεταξύ των ειδικοτήτων εύκολα γίνονται κατανοητές, αφού σχετίζονται με το φάσμα σκευασμάτων που διαχειρίζονται από κάθε ειδικότητα για συνταγογραφία (Boehm, 2005, ForesterResearch).



ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ E-DETAILING

Όπως έχει διατυπωθεί σε παλιότερη έρευνα, από τον Alkhateeb και την ομάδα του, υπάρχουν συγκεκριμένα κίνητρα που ωθούν ολοένα και περισσότερους ιατρούς στην ηλεκτρονική ενημέρωση (Alkhateeb & Doucette, 2010).

Η ευκολία είναι το πρώτο κίνητρο, καθώς ο ιατρός μπορεί να επιλέξει τη χρονική στιγμή, τη διάρκεια και την πηγή την ενημέρωσης όπως επιθυμεί. Έτσι δεν επηρεάζεται η εργασία τους ούτε το ωράριο που έχουν ορίσει για τις επισκέψεις τους.

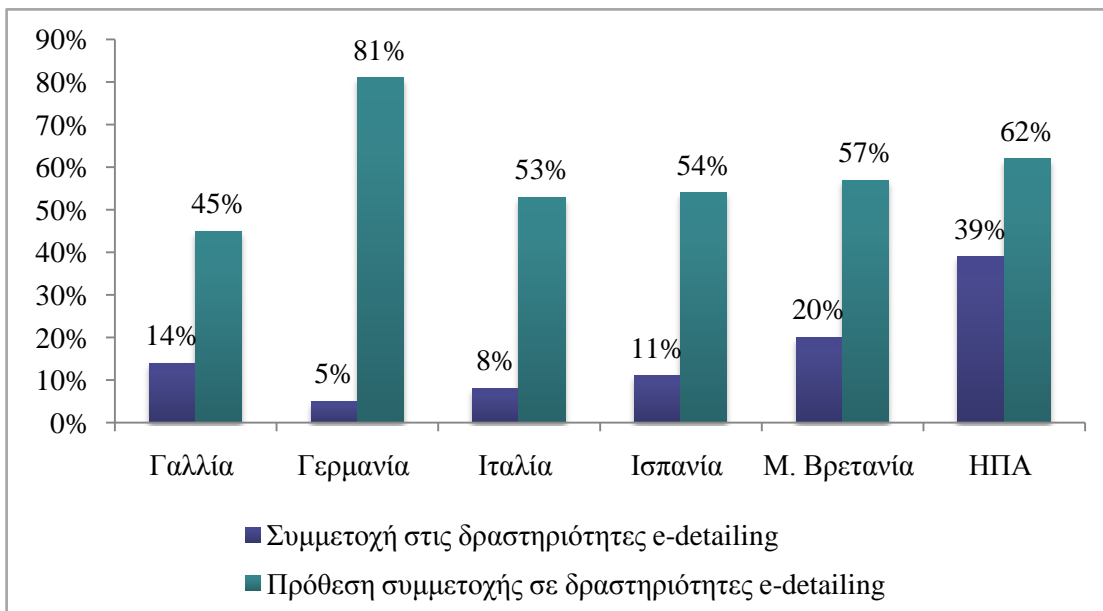
Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ενημέρωσης είναι ένα ακόμη κίνητρο, καθώς η ηλεκτρονική ενημέρωση θεωρείται ως περισσότερο αμερόληπτη πληροφόρηση, με μεγαλύτερο βαθμό αξιοπιστίας σε σχέση με την ενημέρωση μέσω των ιατρικών επισκεπτών.

Τέλος, η επιβράβευση είναι ένα ακόμη κίνητρο, καθώς υπάρχουν ιατροί που υποστηρίζουν πως οι πρόσθετες παροχές όπως η αποστολή δειγμάτων, συνδράμουν στην επιλογή του e-detailing.

Αν και υπάρχουν αρκετά κίνητρα, η υποστήριξη των ιατρών στο e-detailing είναι περιορισμένη. Η προσπάθεια για ενίσχυση του ηλεκτρονικού τρόπου ενημέρωσης δε σταματά όμως, καθώς η πρόθεση συμμετοχής στο μέλλον παρουσιάζεται σημαντικά υψηλή.

Στην Ευρώπη τα 2/3 που ερωτήθηκαν σε πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (σχήμα 1.16) επιλέγουν διαδικτυακούς τόπους για ενημέρωση σχετικά με επαγγελματικά ενδιαφέροντα. Επίσης, φαίνεται πως οι μισοί από τους ιατρούς που υιοθετούν το e-detailing για την ενημέρωσή τους, συστήνουν και στους ασθενείς τους συγκεκριμένους ιστοτόπους με αξιόπιστο ιατρικό περιεχόμενο (healthwebsites).





Σχήμα 1.16: Συμμετοχή και πρόθεση συμμετοχής ιατρών σε δραστηριότητες e-detailing σε Ευρώπη και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (τροποποίηση δεδομένων από Forrester research, 2005)

Η φάση του κύκλου ζωής του φαρμάκου και η τμηματοποίηση της αγοράς για κάθε σκεύασμα αποτελούν «κλειδιά» για την αποτελεσματικότητα του e-detailing. Αναλυτικότερα, υπάρχουν στάδια του κύκλου ζωής, όπως αυτό της ανάπτυξης, που θεωρείται το καταλληλότερο για την ανάπτυξη τέτοιων δραστηριοτήτων, καθώς υπάρχουν πολλές απορίες και ανάγκη για πληροφόρηση. Επιπλέον, οι δραστηριότητες e-detailing εμφανίζουν υψηλή απόδοση (Return On Investment) όταν θέτουν στόχο την ικανοποίηση ιατρών με μεγάλο συνταγογραφικό δυναμικό, με μικρή προτίμηση για το συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα. Όπως είναι αναμενόμενο, οι απομακρυσμένοι γεωγραφικά ιατροί, αλλά και οι ιδιαίτερα εξειδικευμένοι δηλώνουν θετικοί στην υιοθέτηση του ηλεκτρονικού τρόπου ενημέρωσης.

Η απόδοση μιας δραστηριότητας e-detailing εκφράζεται με τον λόγο των οριακών εσόδων που προκύπτουν από τη συνταγογράφηση του σκευάσματος ως αποτέλεσμα της δραστηριότητας e-detailing προς το συνολικό κόστος της δραστηριότητας (startup cost).

Το e-detailing επιδρά θετικά στην συνταγογράφηση των συγκεκριμένων σκευασμάτων. Μετά από σχετική έρευνα φαίνεται πως το 65% των ιατρών που είχαν συμμετάσχει σε δραστηριότητες e-detailing, δήλωσαν το 2005 πως αύξησαν τη συνταγογραφία των εν λόγω σκευασμάτων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ιατρών το 2003 ήταν 44% (Forrester Research, 2005).

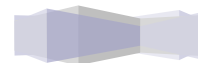
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

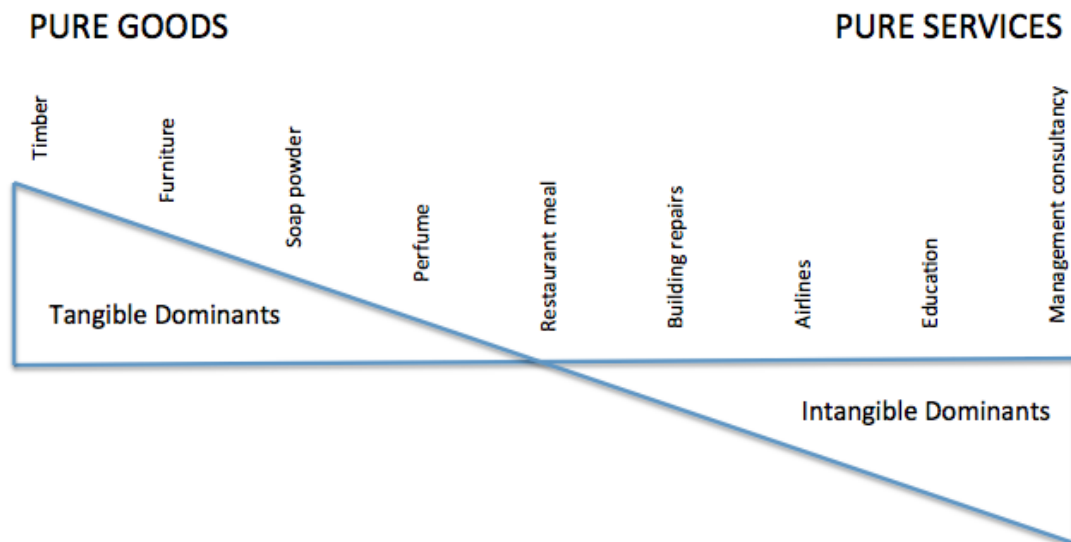
Παλαιότερα, υπήρχε η άποψη πως το μάρκετινγκ με τις δραστηριότητες και τις στρατηγικές του προορίζεται μόνο για υλικά αγαθά. Σήμερα, είναι γνωστό πως το μάρκετινγκ εφαρμόζεται και στην περίπτωση των υπηρεσιών, έστω με λίγο διαφοροποιημένες τακτικές. Μάλιστα, τα συστήματα παροχής υπηρεσιών βελτιώνονται συνεχώς, ακολουθώντας τους νέους ορίζοντες που ανοίγει η ανάπτυξη της τεχνολογίας (Rotfeld, 2001).

Οι υπηρεσίες σήμερα στηρίζουν το μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης οικονομίας. Θεωρούνται ως το στρατηγικό «όπλο» των επιχειρήσεων, καθώς έχει διαπιστωθεί πως η επιτυχία κρύβεται στον τρόπο που το προσωπικό της επιχείρησης θα πραγματοποιήσει την ικανοποίηση του πελάτη με ή χωρίς τη χρήση υλικού αγαθού, ενώ λιγότερη βαρύτητα δίνεται στο υλικό αγαθό ή στην εμπειρία αποδοχής της υπηρεσίας (Henkoff, 1994). Σύμφωνα με έρευνα των FinancialTimes (2001), ένα μεγάλο ποσοστό ύψους 67% επηρεάζεται από την ποιότητα υπηρεσιών πριν προβεί σε αγορά, πρώτα από κάθε άλλο παράγοντα. Έτσι, οι επιχειρήσεις έχουν στραφεί στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποσκοπώντας στην ενίσχυση και διατήρηση της σχέσης τους με τους καταναλωτές.

Στην ίδια έρευνα του Henkoff διαπιστώνεται πως, η αλλαγή στο προφίλ των καταναλωτών είναι το στοιχείο που έχει διαδραματίσει τον πιο σπουδαίο ίσως ρόλο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών. Οι καταναλωτές επιθυμούν πλέον τόσο το αγαθό όσο και οι υπηρεσίες να ανταπεξέρχονται στις προσδοκίες τους. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες αν και άργησαν να μπουν στο παιχνίδι, αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια πολύ γρήγορα και έφτασαν το 2002 (www.statistics.gr) στο 76% της Ελληνικής Οικονομίας.



Στη προσπάθεια απόδοσης ενός ορισμού για την υπηρεσία, χρησιμοποιήθηκαν τα λόγια αρκετών μελετητών του κλάδου, ξεκινώντας με τους Kotler και Armstrong (1991): «οι υπηρεσίες είναι οι δραστηριότητες ή τα πλεονεκτήματα που ο ένας αντισυμβαλλόμενος προσφέρει στον άλλο, και τα οποία είναι κατά βάση μη χειροπιαστά και καταλήγουν στην ιδιοκτησία κάποιου αντικειμένου. Η παραγωγή του μπορεί να είναι ή να μην είναι δεμένη με κάποιο από αγαθό». Μια άλλη ερμηνεία του ορισμού της υπηρεσίας προέρχεται από τον Sasser (1982): «οι υπηρεσίες είναι μη απτά προϊόντα που συνίσταται σε μια δραστηριότητα ή προσπάθεια που δε μπορεί κάποιος να έχει στην κατοχή της». Βέβαια, οι υπηρεσίες έχουν εγγενή χαρακτηριστικά, τα οποία ο Sasser και η ομάδα του προσπάθησαν να οργανώσουν, καταλήγοντας στο ότι οι υπηρεσίες και τα προϊόντα βρίσκονται συχνά σε συνδυασμό, δημιουργώντας ένα συνεχές (continuum). Το αποτέλεσμα αυτό απεικονίζεται στο σχήμα 2.1 Έπειτα από παρατήρηση του παρακάτω σχήματος, είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί διάκριση μεταξύ προϊόντων και υπηρεσιών. Τα προϊόντα είναι αυτά που έχουν υλική υπόσταση, ενώ τα



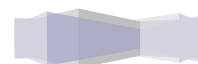
άλλα αναφέρονται συνήθως ως υπηρεσίες.

Σχήμα 2.1: Το συνεχές φάσμα προϊόντων – υπηρεσιών πηγή: Dibb et al, 1994 σελ. 664.

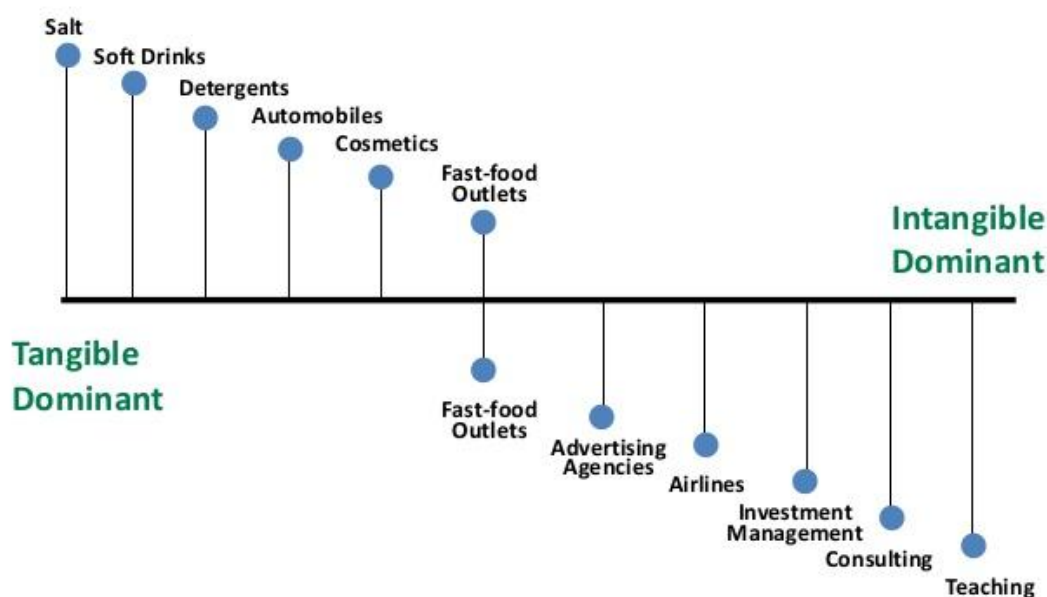


Οι υπηρεσίες διακρίνονται από την μη απτότητα τους και το αποτέλεσμα τους μπορεί να δοθεί μέσω μιας δραστηριότητας παρά μέσα από ένα απτό αντικείμενο (Lovelock, 1996). Για παράδειγμα, μια φαρμακευτική εταιρεία παρέχει ένα προϊόν όπως η ενημέρωση σε νέα φάρμακα ή οι αλληλεπιδράσεις ενός φαρμάκου με άλλα, που δεν είναι απτό.

Συμπληρωματική βιβλιογραφία μας βοηθά να αντιληφθούμε πως ο προηγούμενος ορισμός από τον Lovelock με τον άυλο χαρακτήρα δεν είναι απόλυτος, καθώς αρκετές φορές η υπηρεσία είναι κάτι απτό (Gummensson, 1994). Σαν παράδειγμα αναφέρεται η περίπτωση ενός κουρείου, που υπό μια έννοια ένα κούρεμα έχει υλικό χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες είναι επίσης χειροπιαστές και μπορούν να γίνουν αισθητές με την αφή. Έτσι λοιπόν διαπιστώνεται πως το σημαντικό δεν είναι εάν μια υπηρεσία έχει απτά στοιχεία ή όχι, αλλά σε τι ποσοστό υπάρχουν τα στοιχεία αυτά. Το σχήμα 2.2 βοηθά στην κατανόηση του γεγονότος, απεικονίζοντας το φάσμα απτότητας των υπηρεσιών, ξεκινώντας από αριστερά με τις υπηρεσίες που εμπεριέχουν αρκετά μεγάλο ποσοστό απτών στοιχείων κατά την προσφορά τους, ενώ δεξιά βρίσκονται οι πλέον άυλες υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση, που πραγματοποιούνται χωρίς να χρειάζεται κανένα απτό στοιχείο.



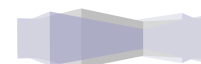
Tangibility Spectrum



Σχήμα 2.2: Το φάσμα των υπηρεσιών ανάλογα με το ποσοστό υλικών στοιχείων, με τις υπηρεσίες με έντονα απτά στοιχεία στα αριστερά και στα δεξιά έντονη την παρουσία μη απτών στοιχείων. Πηγή: G. Lynn Shostack, “Breaking Free from Product Marketing,” *Journal of Marketing* 41 (April 1977), pp. 73–80.

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τον Lovelock σε τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα με τη φύση του δέκτη της υπηρεσίας. Συγκεκριμένα, ανάλογα με την απτότητα των ενεργειών που απαιτούνται κατά την προσφορά της υπηρεσίας και την απτότητα του δέκτη, προκύπτουν ομάδες με όμοια χαρακτηριστικά που διαφέρουν στο χειρισμό του προγραμματισμού του μάρκετινγκ (Lovelock, 1996). Οι ομάδες προκύπτουν ως εξής:

1. Υπηρεσίες με απτές ενέργειες προς το σώμα των ανθρώπων (αερομεταφορά, κούρεμα, θεραπεία)
2. Υπηρεσίες με απτές ενέργειες σε προϊόντα και άλλες ιδιοκτησίες. Εδώ οι καταναλωτές δεν είναι παρόντες, αλλά τα προϊόντα που προορίζονται για αυτούς (μεταφορά φορτίων, επισκευή, ανακύκλωση).
3. Υπηρεσίες με μη απτές ενέργειες που απευθύνονται στο μυαλό των καταναλωτών (εκπαίδευση, σύμβουλοι επιχειρήσεων). Οι καταναλωτές για να αποδεχτούν την υπηρεσία πρέπει να είναι πνευματικά αφοσιωμένοι κατά την διενέργεια αυτής, ακόμη και αν δεν είναι φυσικά παρόντες.



4. Υπηρεσίες με μη απτές ενέργειες που κατευθύνονται σε μη απτές ιδιοκτησίες (ασφάλειες, τράπεζες επενδύσεων). Οι καταναλωτές δε συμμετέχουν καθόλου κατά τη διενέργεια της υπηρεσίας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

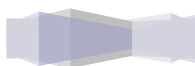
Παρακάτω θα γίνει σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά αυτά των υπηρεσιών που τις διακρίνουν από τα υλικά αγαθά. Σύμφωνα με τους Parasuraman και Zeithaml (1990), οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από αδιαιρετότητα, ετερογένεια, μη απτότητα και έλλειψη δυνατότητας αποθήκευσης, χαρακτηριστικά που δεν διαθέτουν τα καταναλωτικά αγαθά και άρα είναι μοναδικά για τις υπηρεσίες.

◆ Μη απτότητα

Αναλυτικότερα, η μη απτότητα απορρέει από το γεγονός ότι η κάθε υπηρεσία είναι μια παράσταση (performance) χωρίς δυνατότητα αντίληψης από τις φυσικές αισθήσεις. Πέραν του ότι δε μπορεί να γίνει αισθητή οπτικά, με την αφή, με την γεύση ή την οσμή, δεν είναι δυνατόν να υπάρχει κατοχή μιας υπηρεσίας. Ο καταναλωτής δε μπορεί να δοκιμάσει μια υπηρεσία πριν την αγορά της, και έτσι εμφανίζεται μια αβεβαιότητα. Η αβεβαιότητα αυτή γεφυρώνεται με το σχηματισμό μιας εικόνας γύρω από την υπηρεσία, βελτιώνοντας την αισθητική πρόσθετων στοιχείων που πλαισιώνουν την υπηρεσία, την επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων, τις συστάσεις από πελάτη που έχει μείνει ικανοποιημένος (word-of-mouth).

◆ Αδιαιρετότητα

Η «κατανάλωση» μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά κατανάλωση της ίδιας της διαδικασίας για την πραγματοποίησή της, με τον χρήστη να αντιλαμβάνεται τη διαδικασία παραγωγής ως μέρος της κατανάλωσης της υπηρεσίας και όχι το αποτέλεσμα αυτής, όπως συμβαίνει με τα υλικά προϊόντα. Ανάλογα με την επιχείρηση και τη μορφή της υπηρεσίας, ο καταναλωτής λαμβάνει ενεργό ρόλο στη διαδικασία αυτή, σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Υπάρχει δηλαδή, ένα αδιαίρετο μεταξύ παραγωγής μιας υπηρεσίας και κατανάλωσης αυτής, αφού η υπηρεσία καταναλώνεται παράλληλα με την παραγωγή της. Στο σημείο αυτό βρίσκεται η



σημαντικότερη διαφορά των υπηρεσιών με τα καταναλωτικά προϊόντα, αλλά και το κεντρικό σημείο του μάρκετινγκ υπηρεσιών. Στον αντίποδα, η παραγωγή προϊόντων, είναι μια επαναλαμβανόμενη και με συνεχή ροή διαδικασία, ενώ η κατανάλωση του αποτελέσματος της διαδικασίας (προϊόν) είναι μια εντελώς ξεχωριστή διαδικασία –τοπικά και χρονικά. Σαν αποτέλεσμα, στις υπηρεσίες υπάρχει δυσκολία στον έλεγχο και την τυποποίηση των διαδικασιών.

◆ Αδυναμία συντήρησης

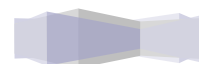
Άλλο ένα χαρακτηριστικό για τις υπηρεσίες είναι πως, σε αντίθεση με τα προϊόντα, δε μπορούν να αποθηκευτούν. Το χαρακτηριστικό αυτό εμφανίζεται ως άμεση απόρροια του χαρακτηριστικού της αδιαιρετότητας, καθώς η υπηρεσία δημιουργείται την ίδια στιγμή που καταναλώνεται.

◆ Ετερογένεια

Όπως έχει διατυπωθεί στις παραπάνω παραγράφους, η υπηρεσία είναι μια παράσταση που πραγματοποιείται κάθε φορά που θα ζητηθεί από έναν πελάτη. Υπεύθυνοι για την παράσταση αυτή είναι τα άτομα που απαρτίζουν το ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης. Αυτά τα καταρτισμένα άτομα αλληλεπιδρούν με κάθε καταναλωτή ξεχωριστά, παρέχοντας του την υπηρεσία με τον τρόπο που έχουν εκπαιδευτεί, έχοντας στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησής του πελάτη. Έτσι, όπως είναι αναμενόμενο, καθώς κάθε προσπάθεια επικοινωνίας είναι μοναδική, για να καλυφθούν ολοένα περισσότεροι πελάτες, χρειάζεται μια ετερογένεια, δηλαδή μια διαφοροποίηση ως προς τον τρόπο που προσφέρεται η υπηρεσία.

Επειδή όμως η μεταβλητότητα θα πρέπει να παραμένει μέσα σε κάποια όρια, για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών, ο Κότλερ πρότεινε τρεις τρόπους για τη μείωση αυτής της ετερογένειας, συγκεκριμένα (Kotler, 1997):

1. Σχεδιασμό και ανάλυση συστήματος παραπόνων και προτάσεων για βελτίωση
2. Καθιέρωση πολιτικής επιστροφής χρημάτων σε περίπτωση απογοήτευσης, ώστε να μειωθεί η αβεβαιότητα που νιώθει ο καταναλωτής
3. Καθιέρωση συστήματος εκπαίδευσης των υπαλλήλων, ώστε να συμμετέχουν στο σύνολο της επιχείρησης με τον πλέον κατάλληλο τρόπο



Τέλος, στον πίνακα 2.1 παρουσιάζονται τα προβλήματα που εμφανίζονται κατά την προσφορά υπηρεσιών.

Πίνακας 2.1: Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών και προβλήματα που παρατηρούνται.

Χαρακτηριστικό	Προβλήματα
Μη απτότητα	Δεν μπορεί να προστατευτεί από πατέντες Δε μπορεί να παρουσιαστεί πριν τη χρήση της Δυσκολία στονορισμότης
Αδιαιρετότητα	Ο καταναλωτής αναμειγνύεται με την παραγωγή Δύσκολο να γίνει συγκεντρωτική παραγωγή
Αδυναμία συντήρησης	Οι υπηρεσίες δε μπορούν να μπουν σε αποθήκες
Ετερογένεια	Δύσκολο να γίνει συστηματοποίηση της παραγωγής και έλεγχος ποιότητας

(Πηγή: Parasuraman, A., Zeithaml, V, “Problems and strategies in services marketing” Journal of marketing, Spring 1985, pp. 33-46)

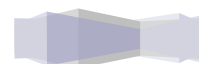


«Ποιότητα είναι το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που συμβάλλουν στην ικανότητα του να ικανοποιεί εκφρασμένες ή υπονοούμενες ανάγκες» (ISO 8402, 1986)

Ασχέτως αν μια υπηρεσία εμπεριέχει απτά στοιχεία ή όχι, αν απευθύνεται άμεσα στον καταναλωτή ή σε προϊόντα, σημασία έχει η αξία της υπηρεσίας και η ικανοποίηση του πελάτη. Η αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης αξιολόγησης του καταναλωτή και του κόστους προσφοράς από τις υπόλοιπες εναλλακτικές που έχει πριν αποφασίσει. Η ολική αξία του καταναλωτή είναι η οικονομική αξία που είναι διατεθειμένος να πληρώσει σε συνάρτηση με ένα συνδυασμό οικονομικών και ψυχολογικών ωφελειών που αναμένει να λάβει από την αποδοχή της υπηρεσίας (Kotler, 1997). Με άλλα λόγια, κάθε πελάτης, βρίσκεται απέναντι σε μια πληθώρα επιλογών, και καλείται με βάση προσωπικά κριτήρια – που είναι αναμενόμενο να διαφέρουν αρκετά ανάμεσα στα άτομα – να αποφασίσει ποια επιλογή καλύπτει τις ανάγκες του, απολαμβάνοντας μέγιστη αξία από την απόφασή του αυτή.

Μια φαρμακευτική εταιρεία, για παράδειγμα, οφείλει να προσφέρει υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση των ιατρών στα σκευάσματα που κυκλοφορεί, που να καλύπτει τους πελάτες της και αυτοί με τη σειρά τους να είναι ικανοποιημένοι. Όσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση τους, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες να μείνουν πιστοί στην εταιρεία αυτή (brandloyalty). Στην αντίθετη περίπτωση, θα αναζητήσουν μια εταιρεία που να καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες τους. Έτσι λοιπόν, οι εταιρείες πρέπει να διατηρούν την εικόνα της επιχείρησης και των προϊόντων/υπηρεσιών τους όσο πιο κοντά στην πραγματική κατάσταση, για να βελτιώνεται το επίπεδο ποιότητας που αντιλαμβάνονται οι πελάτες της (Fournier, 1999).

Στη συνέχεια, με τη βοήθεια του έργου του Parasuraman και της ομάδας του, φαίνεται πως μεταξύ της ποιότητας που αντιλαμβάνεται ότι λαμβάνει ο πελάτης και της ποιότητας που προσφέρει η επιχείρηση, υπάρχουν αρκετές διαφορές, που γίνονται αντιληπτές μέσα από τη θεωρία των χασμάτων (Parasuraman, 1985). Αναλυτικότερα, έχει διαπιστωθεί πως υπάρχει πιθανότητα ο πελάτης να λαμβάνει υψηλής ποιότητας υπηρεσία, αλλά να μην το αντιλαμβάνεται την ποιότητα, μιας και τα κριτήρια που έχει θέσει ο ίδιος ως σημαντικά, δεν πληρούνται. Άρα είναι θεμελιώδες για την επιτυχία μιας υπηρεσίας να γίνει αντιληπτό το γεγονός ότι δεν αρκεί να παρέχει μια επιχείρηση αυτό που θεωρεί η ίδια ως ποιοτική υπηρεσία, αλλά οφείλει να αφογκράζεται την αντίληψη του καταναλωτή.

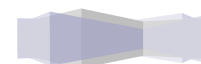


Οι πελάτες αξιολογούν με μεγάλη βαρύτητα τον τρόπο με τον οποίο τους παρέχεται η υπηρεσία (Parasuraman, etal. 1990). Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί πως αν το προσωπικό αποτύχει να προσφέρει αποτελεσματικά τις υπηρεσίες, τότε ο πελάτης θα το σκεφτεί διπλά, για να ξανά προτιμήσει την εταιρεία αυτή. Βέβαια, σε περίπτωση που η ποιότητα που αντιλαμβάνονται από την υπηρεσία είναι μεγαλύτερη ή ίση των προσδοκιών τους, τότε θα συνεχίσουν να την επιλέγουν.

Στην ίδια μελέτη, παρατίθενται οι παράγοντες της ποιότητας υπηρεσιών, ως εξής:

- ✓ Εμπιστοσύνη (Trust): η ικανότητα να γίνεται πάντα σωστά η διαδικασία παροχής της υπηρεσίας
- ✓ Ανταπόκρισιμότητα (Correspondence): η διάθεση του προσωπικού να ανταποκριθεί και να προσφέρει με ορθό τρόπο την υπηρεσία
- ✓ Ασφάλεια (Assurance): οι γνώσεις που κατέχει το προσωπικό και η ικανότητα του να μεταδώσει εμπιστοσύνη στους καταναλωτές
- ✓ Ενσυναίσθηση (Empathy): η αντίληψη της θέσης στην οποία βρίσκεται ο καταναλωτής και η θεώρηση της κατάστασης από την πλευρά του
- ✓ Απτότητα (Tangibility): η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, του υλικού, του προσωπικού και των μέσων επικοινωνίας της επιχείρησης

Όταν γίνεται λόγος για ποιότητα υπηρεσιών, ουσιαστικά πρόκειται για άθροιση επιμέρους χαρακτηριστικών, που περιλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις περιεχομένου, χρόνου και τύπων. Συγκεκριμένα, υπάρχουν τεχνικοί, λειτουργικοί και θεσμικοί συντελεστές. Η τεχνική ποιότητα (technicalquality) αφορά στα τεχνικά στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως τα μέσα με τα οποία αυτή επιτελείται, αισθητικά στοιχεία, την εμφάνιση και τον τρόπο ομιλίας του πωλητή. Η λειτουργική ποιότητα (interactivequality) αφορά στη διαδικασία παροχής της υπηρεσίας. Εδώ περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως οι σχέσεις μεταξύ υπαλλήλων και πελατών και η χρονική εξέλιξη της υπηρεσίας αυτής. Τέλος, η θεσμική ποιότητα (institutionalquality) αφορά στο όνομα της επιχείρησης (φήμη), στοιχείο που προσδίδει αξία στην επιχείρηση και αυξάνει την ασφάλεια των καταναλωτών (Groenroos, 1982).



Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη μεθόδων-εργαλείων για τη μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνών στο χώρο της ποιότητας υπηρεσιών (Ladhari, 2008). Το καθιερωμένο εργαλείο μέτρησης είναι το SERVQUAL του Parasuraman το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα, παρότι εγείρονται αμφισβητήσεις για την καθολική αξία του. Πιο συγκεκριμένα, έχουν καταγραφεί δυσκολίες στην εφαρμογή και ερμηνεία του κυρίως όσον αφορά το gap score (δηλαδή τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και τελικής αντίληψης ποιότητας), την ασάφεια του ορισμού της προσδοκίας του καταναλωτή, την έλλειψη ευελιξίας στην κλίμακα του εργαλείου με την πάροδο του χρόνου, και τις διαστάσεις μέτρησης ποιότητας (Butler, 1996).

Δεδομένης της τεράστιας σημασίας που έχει η μέτρηση για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών, η ανάγκη για αξιόπιστα και κατάλληλα εργαλεία μέτρησης αποτυπώνεται και στην βιβλιογραφία. Μέσα στα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχουν δημοσιευτεί πάνω από τριάντα εργαλεία μέτρησης ποιότητας, με διαστάσεις και στοιχεία προσδιορισμού της ποιότητας προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις κάθε κλάδου (Ladhari, 2008).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ SERVQUAL

Το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών SERVQUAL, δημιουργήθηκε από τον Parasuraman και την ομάδα του, σε εργασία που δημοσιεύτηκε το 1985 (Parasuraman et al., 1985). Αφού μελέτησε 12 focusgroup καταναλωτών, κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι καταναλωτές αξιολογούν την ποιότητα υπηρεσιών έπειτα από σύγκριση των προσδοκιών που είχαν πριν τη χρήση της υπηρεσίας, με την αντίληψη που σχημάτισαν για την ποιότητα της υπηρεσίας αυτής μετά την λήψη της. Τα κριτήρια με βάση τα οποία καταλήγει ο καταναλωτής οργανώνονται γύρω από δέκα διαστάσεις: (1) απτότητα, (2) αξιοπιστία, (3) ανταποκρισιμότητα, (4) επικοινωνία, (5) ασφάλεια, (6) πιστευτότητα, (7) ικανότητα παροχής της υπηρεσίας, (8) κατανόηση των αναγκών του πελάτη, (9) ευγένεια και (10) προσβασιμότητα. Οι διαστάσεις αυτές ομαδοποιήθηκαν σε μόλις πέντε ευρύτερες, για την ευχερέστερο χειρισμό του εργαλείου και διευκόλυνση του καταναλωτή που συμμετέχει στην έρευνα. Οι πέντε τελικές διαστάσεις είναι οι εξής:



1. Απτότητα
2. Αξιοπιστία
3. Ανταποκρισιμότητα
4. Ενσυναίσθηση
5. Ασφάλεια

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας σε κάθε διάσταση περιλαμβάνονται τέσσερα έως πέντε υπο-στοιχεία, με ολόκληρο το SERVQUAL να αποτελείται από είκοσι δύο υπο-στοιχεία. Για κάθε ένα από τα υπο-στοιχεία ζητείται προς συμπλήρωση η άποψη των καταναλωτών σχετικά με:

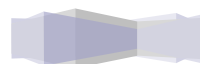
Τις προσδοκίες που είχαν για το επίπεδο ποιότητας που περίμεναν να συναντήσουν από την υπηρεσία πριν έρθουν σε επαφή μαζί της

Την τελική αντίληψη περί επιπέδου ποιότητας που εξέλαβαν κατά τη λήψη της υπηρεσίας οι καταναλωτές.

Στη διαδικασία της μέτρησης, αφού οι συμμετέχοντες έχουν εκδηλώσει το βαθμό συμφωνίας τους με τις προτάσεις κάθε υπο-στοιχείου με μια κλίμακα 1-7 (1: διαφωνώ απόλυτα, 7: συμφωνώ απόλυτα), υπολογίζεται η διαφορά μεταξύ προσδοκώμενης ποιότητας (E , expectation) και αντιλαμβανόμενης ποιότητας (P , perception). Έτσι προκύπτει το gap score ($G = E - P$), υψηλές τιμές για το οποίο δείχνουν χαμηλό επίπεδο κάλυψης απαιτήσεων και άρα χαμηλό επίπεδο ποιότητας.

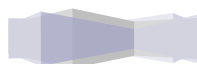
Το SERVQUAL έχει εφαρμοστεί σε επιχειρήσεις αρκετών διαφορετικών κλάδων: στον κλάδο της υγείας (Kilbourne et al., 2004), τον τραπεζικό (Zhou et al., 2002), της τηλεπικοινωνίας (Vander Wahl et al., 2002) και των πληροφοριακών συστημάτων (Jiang et al., 2009). Παρά την ευρεία εφαρμογή του μοντέλου, έχουν δημοσιευτεί θεωρητικές και εμπειρικές κριτικές που υπογραμμίζουν δυσκολίες στην εφαρμογή του και συνοψίζονται ακολούθως:

- Η λειτουργικότητα και η σύλληψη του gap score τίθενται υπό αμφισβήτηση. Ο VanDyke (1999) ισχυρίζεται πως η χρήση του gap score αποτελεί φτωχή επιλογή στην μέτρηση μιας ψυχολογικής διαδικασίας, καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν πως οι καταναλωτές προσδιορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών κατά αυτόν τον τρόπο, αφαιρώντας δηλαδή την αντιλαμβανόμενη ποιότητα από την προσδοκώμενη (Ekinci & Riley, 1998).



- Ο ορισμός των προσδοκιών έχει επίσης κριθεί, καθώς μπορεί να ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως (Teas, 1994). Συγκεκριμένα, η προσδοκία έχει καταγραφεί ως «θέλω», «επιθυμία», «αυτό που θα πρέπει να προσφέρεται», «το επίπεδο ποιότητας που οι καταναλωτές θέλουν να λαμβάνουν» ή και «ιδανικές προδιαγραφές». Το γεγονός αυτό καταδεικνύει πως και τα ίδια τα αποτελέσματα του εργαλείου επιδέχονται πολλών ερμηνειών.
- Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν πως διαφορετικές διαστάσεις είναι κατάλληλες για προσδοκίες, για αντιλήψεις και για gapscores. Έχουν γίνει οι προτάσεις: για μια διάσταση (Lam, 1997), δύο διαστάσεις (Gounaris, 2005), τρεις διαστάσεις (Najjar and Bishu, 2006).
- Υπάρχει ακόμη η άποψη πως σε άλλα εργαλεία που υπολογίζεται μόνο η αντιλαμβανόμενη ποιότητα μετά τη λήψη της υπηρεσίας, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα και πλησιέστερα στην συνολική αξιολόγηση της ποιότητας (McAlexander et al., 1994).
- Τέλος, έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση το αρχικό μοντέλο στο οποίο στηρίχθηκε το SERVQUAL για την υλοποίηση της έρευνας που οδήγησε σε αυτό. Η πλειοψηφία των ερευνητών έχει υποστηρίξει, σε δημοσιευμένες έρευνες, πως η ποιότητα υπηρεσιών είναι μια συνάθροιση διαφόρων διαστάσεων ποιότητας και για αυτό η ποιότητα υπηρεσιών είναι ένα πολύ-επίπεδο δόμημα (Wilkins et al., 2007).

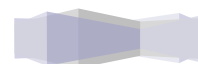
Κατά συνέπεια, μια απλή εφαρμογή των στοιχείων του SERVQUAL δεν υπόσχεται τα καλύτερα αποτελέσματα σε κάθε κλάδο υπηρεσιών. Η εφαρμογή εργαλείων μέτρησης εξειδικευμένα γύρω από ένα τύπο υπηρεσίας φαίνεται να είναι η πλέον αποτελεσματικότερη μέθοδος (Caro&Garcia, 2007). Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών, ο Ladhari (2008) συγκέντρωσε πληροφορίες για περίπου τριάντα εργαλεία μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών, σχεδιασμένα έτσι, ώστε να είναι τελείως προσαρμοσμένα στις ανάγκες συγκεκριμένων κλάδων υπηρεσιών. Μερικά από αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.2.



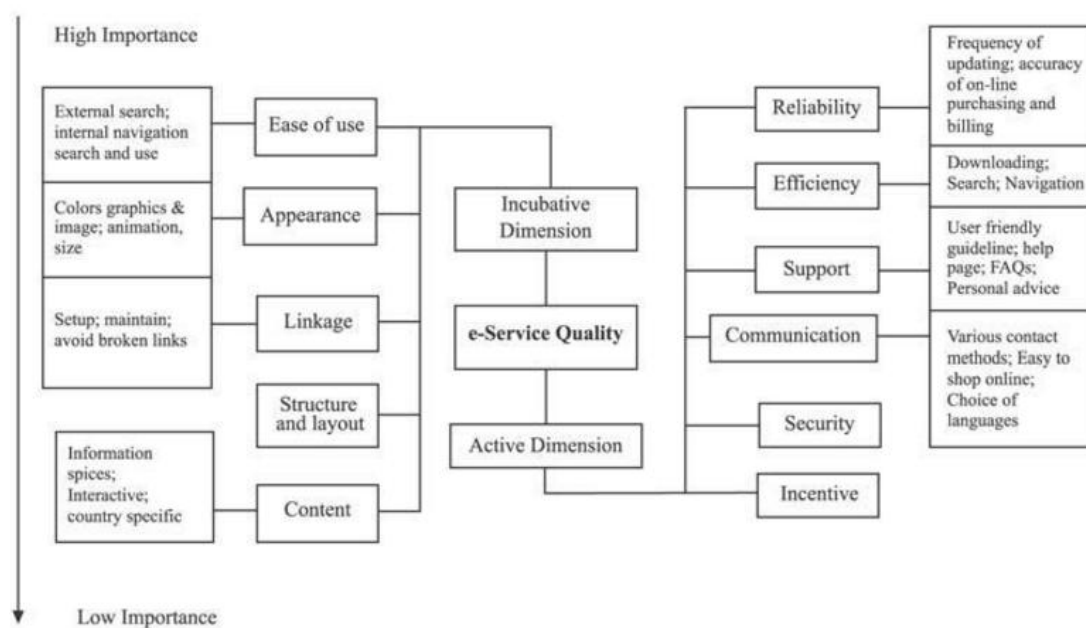
Πίνακας 2.2: εργαλεία μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών για συγκεκριμένους κλάδους
Μοντέλομέτρησης **Τύπος δεδομένων** **Διαστάσεις**

Hospital service quality (Sower et al., 2001)	Perception only scores	8 dimensions (75 items): Respect and caring (26), effectiveness and continuity (15), appropriateness (15), information (7), efficiency (5), effectiveness-meals (5), first impression (1), staff diversity (1)
Business to business service (Gounaris, 2005)	Perception only scores	4 dimensions (22 items): potential quality (6), hard process quality (5), soft process quality (6), output(5)
Electronic service quality (Parasuraman et al., 2005)	Perception only scores	4 dimensions (22 items): efficiency (8), system availability (4), fulfillment (7), privacy (3)
High education service (Markovic, 2006)	Expectation only scores	7 dimensions (26 items): reliability (6), students in scientific work (4), empathy (4), assurance (3), e-learning (3), responsiveness (3), tangibles (3)

Πηγή:(Ladhari, 2008)



Το ενδιαφέρον της παρούσας εργασίας εστιάζει λίγο ακόμη το ενδιαφέρον στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες, όπου εμφανίζονται μερικά ακόμη εργαλεία μέτρησης της ποιότητας. Αρχικά, σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2003, ο Santos παρουσίασε ένα μοντέλο μέτρησης της ποιότητας ηλεκτρονικών υπηρεσιών (e-service quality). Η ποιότητα υπηρεσιών είναι καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας για την ηλεκτρονική διαφήμιση (e-commerce) (Rust&Lenon, 2001). Το μοντέλο του Santos προτείνει πως οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν τόσο διαστάσεις αναπτυσσόμενες όσο και ενεργές, ώστε τελικά να αυξάνεται η επισκεψιμότητα της ιστοσελίδας και η διατήρηση των πελατών (εικόνα 2.3). Στις αναπτυσσόμενες διαστάσεις περιλαμβάνονται ο σωστός σχεδιασμός μιας ιστοσελίδας, το πώς η τεχνολογία χρησιμοποιείται για να παρέχει εύκολη πρόσβαση στους καταναλωτές, η κατανόηση και τα αξιοθέατα της ιστοσελίδας. Στις ενεργές διαστάσεις περιλαμβάνονται η καλή υποστήριξη η γρήγορη ταχύτητα και η επιμελής διατήρηση του ιστότοπου.



Σχήμα 2.3: το μοντέλο μέτρησης ποιότητας για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες (πηγή: Santos, 2003)

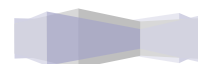
Μέρος των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που προσφέρουν οι επιχειρήσεις σε πελάτες ή δυνητικούς πελάτες τους είναι η εκπαίδευση/ενημέρωση πάνω σε ζητήματα που άπτονται του ενδιαφέροντος τους. Για την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας εκπαίδευσης εξ αποστάσεως μέσω διαδικτύου (web-learning) χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο μέτρησης από τους DeLone και

McLean. Το μοντέλο εμφανίστηκε στον τομέα των πληροφοριακών συστημάτων το 1992. Βασισμένο πάνω σε 180 δημοσιευμένες εργασίες, πρόκειται για ένα ευρέως αποδεκτό μοντέλο μέτρησης ποιότητας σε πληροφοριακά συστήματα (Rai, et.al., 2002).

Η ποιότητα ηλεκτρονικών υπηρεσιών θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην αξιολόγηση των πληροφοριακών συστημάτων (Pitt et.al., 1995). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τόσο διαστάσεις που έχουν σημασία από την πλευρά του συστήματος όσο και από τη σκοπιά του ανθρώπου (Li et. al., 1997).

Στα επόμενα χρόνια ακολούθησε μια αναθεώρηση του μοντέλου από τους DeLone και McLean (2003), με την προσθήκη της ποιότητας υπηρεσιών. Η αναθεωρημένη εκδοχή έγινε αποδεκτή ταχύτατα από τους ερευνητές. Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

1. Ποιότητα Συστήματος: σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο τα τεχνικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος μεταφέρουν στον δέκτη την ποιότητα πληροφοριών και υπηρεσιών που επιθυμεί (DeLone&McLean, 2003)
2. Ποιότητα Πληροφοριών: αντιπροσωπεύει την αντίληψη που σχηματίζουν οι χρήστες ενός συστήματος για την πληροφορία που λαμβάνουν.
3. Ποιότητα Υπηρεσιών: το κομμάτι αυτό σχεδιάστηκε μετά από συνεντεύξεις με executives διαφόρων επιχειρήσεων σε διαφορετικούς κλάδους και έχει σκοπό να βοηθήσει στη μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών σε ένα πληροφοριακό σύστημα (Parasuraman et.al., 1985; Watson et. al., 1998).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

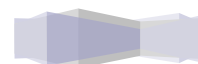
Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η μέθοδος συλλογής πρωτογενών στοιχείων, η οποία είναι γνωστή ως ποσοτική μέθοδος και βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο. Το γεγονός ότι σε όλες τις δημοσιευμένες έρευνες με παρόμοιο αντικείμενο, αυτή ήταν η μέθοδος που είχε χρησιμοποιηθεί συντέλεσε καθοριστικά στην απόφαση επιλογής αυτής της μεθόδου στην παρούσα έρευνα. Επίσης, η χρήση του ερωτηματολογίου προσφέρει πλεονεκτήματα που συνεισέφεραν και αυτά στην λήψη της απόφασης. Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του ερωτηματολογίου θεωρούνται τα εξής (Καραγεώργος, 2002):

- Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το φθηνότερο τρόπο συλλογής δεδομένων
- Τα υποκείμενα που απαντούν στο ερωτηματολόγιο έχουν το ίδιο πλαίσιο αναφοράς
- Η ανωνυμία δίνει ευχέρεια στους ερωτηθέντες να δώσουν ειλικρινείς απαντήσεις

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί μέθοδος γραπτής επικοινωνίας μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Για την μέτρηση του επιπέδου ποιότητας της υπηρεσίας του e-detailing που είναι υπό μελέτη στη παρούσα εργασία επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο που δημοσιεύτηκε από τον Chen και την ομάδα του (2009). Η επιλογή έγινε αφενός γιατί ο ερωτηματολόγιο του Chen κατασκευάστηκε για αξιολόγηση της ποιότητας μιας εκπαιδευτικής διαδικασίας ιατρικού προσωπικού αφετέρου γιατί η υπηρεσία αυτή προφέρεται ηλεκτρονικά, όπως το e-detailing (web-based learning system).



ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ E-DETAILING

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας χωρίζεται σε τέσσερα μέρη:

- α) γενικές ερωτήσεις αξιολόγησης επιπέδου ικανοποίησης από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών
- β) γενικές ερωτήσεις περί βαθμού επίγνωσης e-detailing
- γ) αξιολόγηση επιπέδου ποιότητας υπηρεσίας e-detailing
- δ) ερωτήσεις με στοιχεία του συμμετέχοντος τόσο επαγγελματικά όσο αναφορικά με τη χρήση internet.

Το μέρος του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας από το e-detailing δημιουργήθηκε με βάση την εργασία του Chen (Chen et al., 2009). Οι απαραίτητες τροποποιήσεις και η σύνθεση των υπόλοιπων μερών δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τις καθοδηγήσεις του επιβλέποντος καθηγητή.

Σκοπός του ερωτηματολογίου πέρα από τη δημιουργία ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας που αντιλαμβάνονται οι ιατροί από τη χρήση του e-detailing, ήταν η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου που να συνδέει την εμπειρία ενημέρωσης από τις δύο πηγές (ιατρικός επισκέπτης και e-detailing), καθώς θεωρείται πως ο ένας τρόπος συμπληρώνει τον άλλο (Alkateeb et al., 2009).

Στα πλαίσια αυτής της λογικής, στο **πρώτο μέρος** (ερωτήσεις **A**) έχουν τοποθετηθεί ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από την ενημέρωσή τους από τους ιατρικούς επισκέπτες. Ακολουθεί ο **δεύτερο μέρος** (ερωτήσεις **B**), όπου υπάρχουν ερωτήσεις περί βαθμού επίγνωσης πάνω στο αντικείμενο του e-detailing. Το **τρίτο μέρος** (ερωτήσεις **Γ**) περιλαμβάνει τα στοιχεία για τον προσδιορισμό του επιπέδου ποιότητας μέσω των διαστάσεων που έχουν επιλεγεί από τη βιβλιογραφία. Οι κύριες διαστάσεις είναι τρεις: (1) η ποιότητα του συστήματος, (2) η ποιότητα των πληροφοριών και (3) η ποιότητα των υπηρεσιών που συνοδεύουν την ενημέρωση (πίνακας 3.1). Στο υπόλοιπο του τρίτου μέρους έχουν προστεθεί ερωτήσεις ιεράρχησης των κύριων διαστάσεων που αναφέρθηκαν, όπως και οι διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών. Επίσης, υπάρχουν δύο ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν, κατά την κρίση τους, το ποιο δυνατό και το σημείο προς βελτίωση για το e-detailing. Σκοπός των ερωτήσεων ιεράρχησης και ελεύθερης απάντησης είναι να γίνει αντιληπτό το πλαίσιο της έρευνας.



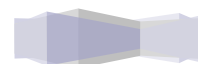
Μεταξύ του τρίτου και τέταρτου μέρους έχει τοποθετηθεί το δεύτερο μισό του πρώτου μέρους, όπου υπάρχουν ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης σχετικά με τα δυνατά σημεία και το σημείο προς βελτίωση της ενημέρωσης μέσω του e-detailing, όπως επίσης συμπληρωματικές ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών που αντιλαμβάνονται από τους ιατρικούς επισκέπτες.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Chen et al., 2009) η Ποιότητα Συστήματος προσδιορίζεται μέσω τεσσάρων δεικτών: (1) ευκολία στη χρήση, (2) διασύνδεση του χρήστη, (3) δυνατότητα επικοινωνίας στη μάθηση, (4) λειτουργία των υπερσυνδέσμων (σύνδεση με πηγές από άλλους ιστότοπους).

- ▲ Η *ευκολία στη χρήση* καθορίζει το βαθμό στον οποίο ο χρήστης βλέπει ως φιλικό το συγκεκριμένο ιστότοπο και μπορεί να πλοηγηθεί άνετα σε αυτόν.
- ▲ Η *διασύνδεση του χρήστη*
- ▲ Η *δυνατότητα επικοινωνίας* κατά τη μάθηση υποδηλώνει το βαθμό στον οποίο το σύστημα ενημέρωσης/εκπαίδευσης υποστηρίζει την επικοινωνία μεταξύ αυτών που το χρησιμοποιούν (ιατροί, ιατρικό προσωπικό).
- ▲ Η *λειτουργία των υπερσυνδέσμων* αφορά το βαθμό στον οποίο οι σύνδεσμοι λειτουργούν ανεμπόδιστα ως παραπομπές σε περισσότερες πηγές για αυτούς που επιθυμούν μεγαλύτερο βάθος στη γνώση τους σε ένα αντικείμενο.

Η Ποιότητα Πληροφοριών προσδιορίζεται με τρεις δείκτες: (1) περιεχόμενο δεδομένων, (2) διάταξη του ιστότοπου, (3) γνωστική απορρόφηση.

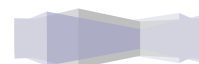
- ▲ Το *περιεχόμενο* αντιπροσωπεύει τον βαθμό στον οποίο ο χρήστης θεωρεί πως οι πληροφορίες που περιέχονται στον ιστότοπο καλύπτουν τις ανάγκες του για ενημέρωση.
- ▲ Η *διάταξη* του ιστότοπου καθορίζει και αυτή την ποιότητα πληροφοριών, καθώς σχετίζεται με το κατά πόσον η διάταξη αποδίδει το περιεχόμενο της σελίδας με σαφή και χρήσιμο τρόπο.
- ▲ Η *γνωστική απορρόφηση* αντιπροσωπεύει τον βαθμό στον οποίο θεωρεί ο χρήστης ότι είναι τέτοια η ποιότητα του ιστότοπου, ώστε να αφοσιώνεται βαθιά κατά την πλοήγησή του σε αυτόν.



Η Ποιότητα Υπηρεσιών που συνοδεύουν την διαδικασία της ενημέρωσης προσδιορίζεται από τέσσερις δείκτες: (1) αξιοπιστία, (2) ασφάλεια, (3) ανταποκρισιμότητα, (4) εξατομίκευση.

- ▲ Η *αξιοπιστία* αντιπροσωπεύει το ποσοστό εκπλήρωσης των υποσχέσεων από τη μεριά του προσωπικού.
- ▲ Η *ασφάλεια* σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επισκέπτης νιώθει πως βρίσκεται σε ιστότοπο απαλλαγμένο από κινδύνους και κακόβουλο λογισμικό.
- ▲ Η *ανταποκρισιμότητα* ασχολείται με την προθυμία και την ετοιμότητα των διαχειριστών για την παροχή των υπηρεσιών.
- ▲ Η *εξατομίκευση* προσδιορίζει τον βαθμό αυτονομίας που παρέχει το σύστημα σε κάθε επισκέπτη, ώστε να συνδυάζει τις πηγές και τα άρθρα που χρειάζεται.

Όλα τα στοιχεία των διαστάσεων μέτρησης τοποθετήθηκαν σε μέτρηση 5-σημείων από «Συμφωνώ απόλυτα» σε «Διαφωνώ απόλυτα». Οι βιβλιογραφικές πηγές κάθε δείκτη (διάστασης) παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.1.

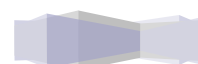


Πίνακας 3.1: Διαστάσεις μέτρησης ποιότητας e-detailing και δείκτες μέτρησης αυτών σύμφωνα με πηγές βιβλιογραφίας.

Διαστάσεις Ποιότητας	Δείκτης	Αριθμός ερώτησης (Chen, 2009)	Πηγή	Αριθμός ερώτησης παρούσας εργασίας
Ποιότητα Συστήματος	Ευκολία στη χρήση	Q1, Q2	Rai, etal., 2002	Γ.1.1., Γ.1.2.
	Διασύνδεση	Q3, Q4	Wang, 2003	Γ.1.3., Γ.1.4.
	Επικοινωνία στημάθηση	Q5, Q7	Wang, 2003	Γ.1.5., Γ.1.6.
	Λειτουργία υπερσυνδέσμων	Q9, Q10	Muyllle et al., 2004	Γ.1.7., Γ.1.8.
Ποιότητα Πληροφοριών	Περιεχόμενο	Q11, Q12, Q13, Q14	Wang, 2003	Γ.2.1., Γ.2.2., Γ.2.3., Γ.2.4.
	Διάταξη	Q15, Q16	Muyllleetal., 2004	Γ.2.7., Γ.2.8.
	Γνωστική απορρόφηση	Q17, Q18	Agarwal&Kaharma, 2000	Γ.2.5., Γ.2.6.
Ποιότητα Υπηρεσιών	Αξιοπιστία	Q19, Q20	Parasuraman, 1985	Γ.3.1., Γ.3.2.
	Ασφάλεια	Q21, Q22	Parasuraman, 1985	Γ.3.3., Γ.3.4.
	Ανταποκρισιμότητα	Q24, Q25	Parasuraman, 1985	Γ.3.5., Γ.3.6.
Συνολική Ικανοποίηση	Εξατομίκευση	Q26, Q27	Wang, 2003	Γ.3.7., Γ.3.8.
	Ικανοποίηση	Q29, Q30	Wang, 2003	Γ.4.1., Γ.4.2.
	Σύγκριση με ιατρικούς επισκέπτες και Αποτελεσματικότητας	-	Ventruraetal., 2012	Γ.4.3., Γ.4.4., Γ.4.5.

Το μοντέλο έχει διαμορφωθεί σύμφωνα με τις υποδείξεις του επιβλέποντος καθηγητή, ώστε να ταιριάζει στη φύση του εξεταζόμενου αντικειμένου. Μοιράστηκε σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων του νομού Κορινθίας κατ' ιδίαν στο χώρο εργασίας τους και συμπληρώθηκε είτε απευθείας είτε σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η έρευνα κράτησε ένα μήνα.

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα 1.



ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ

Αφού καταγράφηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ιατρούς, μετρήθηκε η συχνότητα εμφάνισης τους ανάμεσα στα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα συγκεντρώνονται σε πίνακες και απεικονίζονται σχηματικά σε ραβδοδιαγράμματα που παρατίθενται στο 4^ο μέρος της εργασίας. Αξίζει να σημειωθεί πως συμπληρώθηκε μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση.

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

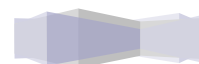
Σύμφωνα με τον Καραγεώργο (2002), η στατιστική έρευνα που πραγματοποιείται με δείγματα από τον συνολικό πληθυσμό ονομάζεται δειγματοληπτική έρευνα ή επισκόπηση. Σε έρευνες αυτού του τύπου είναι θεμελιώδους σημασίας ο ορισμός του πληθυσμού, ώστε έπειτα να καθοριστούν: τα υποκείμενα από τα οποία θα ληφθεί το δείγμα και τα υποκείμενα από τα οποία είναι δυνατό να γίνουν γενικεύσεις που να αφορούν τον πληθυσμό.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε στον νομό Κορινθίας, συγκεκριμένα στις πόλεις της Κορίνθου και του Κιάτου. Ως πηγή για τη λίστα με τα στοιχεία των ιατρών (όνομα, ειδικότητα, οδός, τηλέφωνο) επιλέχθηκε ο ιστότοπος του Ιατρικού Συλλόγου Κορίνθου (<http://iskorinthias.gr/>). Από τη λίστα αυτή επιλέχθηκαν σε πρώτο βήμα οι **ιατροί της Κορίνθου και του Κιάτου** –όλων των ειδικοτήτων. Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ξεκινά στις 20/12/2015 έως 30/01/2016.

Καθώς στη συνέχεια έγινε αντιληπτό ότι συγκεκριμένες ειδικότητες δεν έρχονται σε επαφή με την υπηρεσία (οφθαλμίατροι, ορθοπεδικοί, μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι) δεν συμπεριλήφθηκαν στην διανομή των ερωτηματολογίων

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του excel (Microsoft software) και οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη βοήθεια του RapidMinerStudio 6.0.002. Τα αποτελέσματα από την επεξεργασία των απαντήσεων παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 4.



ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

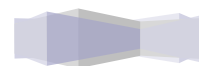
Μετά από κατάλληλη επεξεργασία της λίστας του Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, δεδομένου ότι αναμένεται μικρό ποσοστό συμμετοχής εξαιτίας του απαιτητικού ωραρίου εργασίας των ιατρών και της φύσης του επαγγέλματος, κρίθηκε σκόπιμο να εφαρμοστεί η **απογραφική προσέγγιση** στη διανομή των ερωτηματολογίων.

Να σημειωθεί πως από τα 109 άτομα που προέκυψαν από τη λίστα του Ιατρικού Συλλόγου, τα δέκα έχουν μετεγκατασταθεί και δεν ήταν εφικτό να εντοπιστούν. Άρα το μέγεθος του πληθυσμού ανέρχεται στα **99 άτομα**.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΩΝ

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε όλους τους ιατρούς στο χώρο του ιατρείου τους από τον ερευνητή μετά από σύντομη εισαγωγή στο πνεύμα της έρευνας (η εισαγωγή διήρκεσε ένα λεπτό). Μέσα σε διάστημα τεσσάρων έως πέντε ημερών έγινε δεύτερη επίσκεψη στα ιατρεία για την συλλογή. Σε αρκετές περιπτώσεις χρειάστηκε και τρίτη επίσκεψη, εξαιτίας του φόρτου εργασίας των ιατρών που είχαν και έπειτα από δική τους παρότρυνση.

Μέσα σε διάστημα 45 ημερών συλλέχθηκαν όλα τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από τους ιατρούς που ανταποκρίθηκαν. Ο αριθμός των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ανέρχεται τα 36, με το ποσοστό ανταπόκρισης να φτάνει το 36%.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρχικά, θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στους πίνακες 4.1 έως 4.6. Έπειτα ακολουθούν τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών και η σύγκριση τους με το e-detailing στους πίνακες 4.7 έως 4.9. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του δεύτερου μέρους με τον βαθμό επίγνωσης και εξοικείωσης με την υπηρεσία ηλεκτρονικής ενημέρωσης στους πίνακες 4.10 έως 4.12. Στο τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση της υπηρεσίας e-detailing στους πίνακες 4.13 έως 4.25. Οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών από όλα τα μέρη του ερωτηματολογίου παρατίθενται στον πίνακα 4.26.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται στα στοιχεία του δείγματος για το φύλο και την ηλικιακή κατανομή.

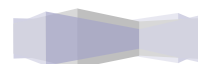
Πίνακας 4.1: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με το φύλο και την ηλικιακή κατανομή

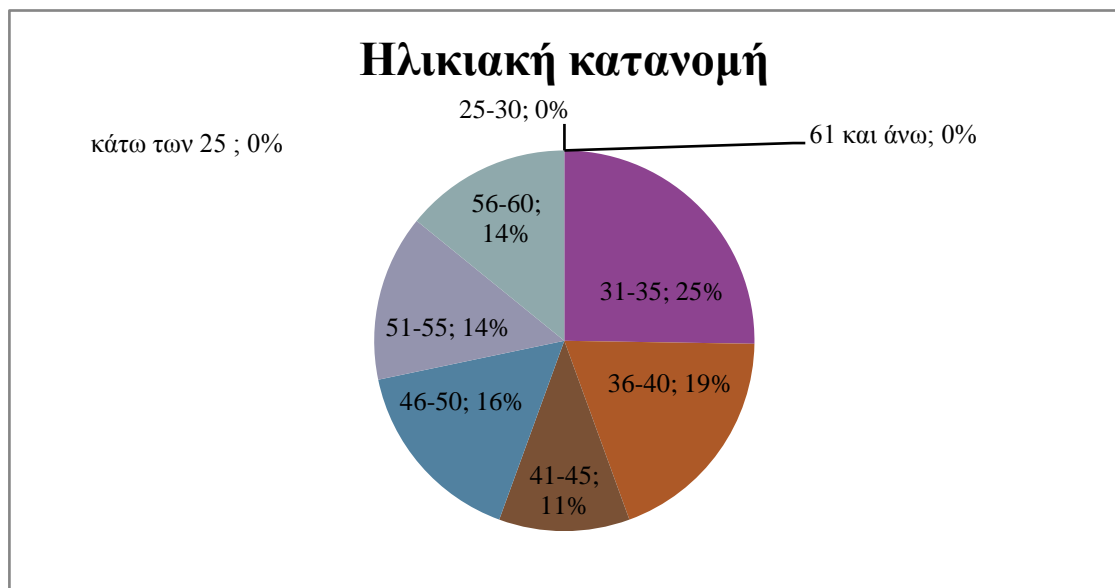
Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Πλήθος %
(8.1) Φύλο	Άνδρας	72%
	Γυναίκα	28%
(8.2) Ηλικιακή κατανομή	κάτω των 25	0%
	25-30	0%
	31-35	25%
	36-40	19%
	41-45	11%
	46-50	16%
	51-55	14%
	56-60	14%
	61 και άνω	0%

Ανάμεσα στους συμμετέχοντες, το 72% αυτών ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 28% γυναίκες, παρατηρείται μια ανισομερής κατανομή μεταξύ των δύο φύλων. Πρόθυμοι να συμμετάσχουν δήλωσαν ιατροί των ηλικιακών κατανομών αν των 31 ετών έως την ηλικία των 60, με ιδιαίτερη τη συμμετοχή των ιατρών μεταξύ 31-35 ετών (25%).

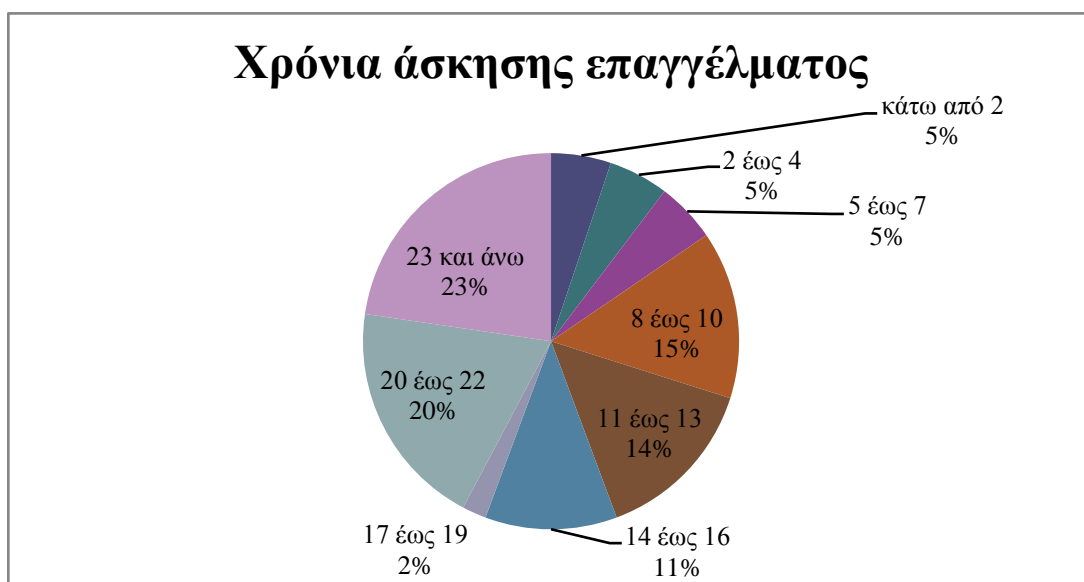
Πίνακας 4.2: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με τα χρόνια άσκησης επαγγέλματος

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Πλήθος %
(8.3) Χρόνια άσκησης επαγγέλματος	κάτω από 2	5%
	2 έως 4	5%
	5 έως 7	5%
	8 έως 10	14%
	11 έως 13	14%
	14 έως 16	11%
	17 έως 19	2%
	20 έως 22	19%
	23 και άνω	22%

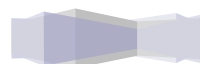




Διάγραμμα 4.1: αποτελέσματα ηλικιακής κατανομής συμμετεχόντων ιατρών



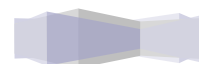
Διάγραμμα 4.2: αποτελέσματα για τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος των συμμετεχόντων ιατρών

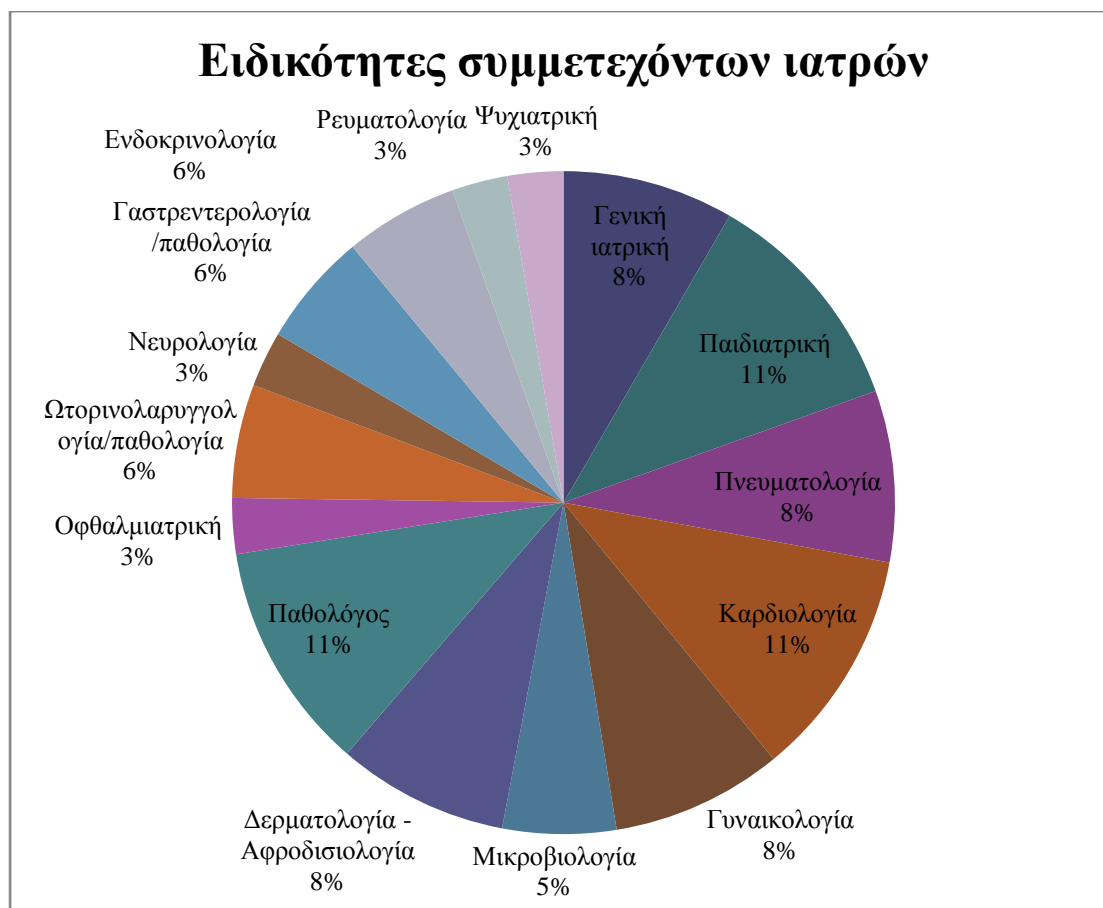


Πίνακας 4.3: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με την ειδικότητα που ασκούν

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Ποσοστό (πλήθος)
(8.4) Ειδικότητα	Γενική ιατρική	8,3% (3)
	Παιδιατρική	11,1% (4)
	Πνευματολογία	8,3% (3)
	Καρδιολογία	11,1% (4)
	Γυναικολογία	8,3% (3)
	Μικροβιολογία	5,5% (2)
	Δερματολογία -Αφροδισιολογία	8,3% (3)
	Παθολόγος	11,1% (4)
	Οφθαλμιατρική	2,7% (1)
	Ωτορινολαρυγγολογία/παθολογία	5,5% (2)
	Νευρολογία	2,7% (1)
	Γαστρεντερολογία/ Παθολογία	5,5% (2)
	Ενδοκρινολογία	5,5% (2)
	Ρευματολογία	2,7% (1)
	Ψυχιατρική	2,7% (1)

Κατά παρόμοιο τρόπο, μεγάλο εύρος εμφανίστηκε και στις ειδικότητες άσκησης των συμμετεχόντων ιατρών. Ορισμένες ειδικότητες όπως μικροβιολόγοι, οφθαλμίατροι, ορθοπαιδικοί και ακτινολόγοι δεν λαμβάνουν μέρος τη συνταγογράφηση φαρμάκων, δεν ενημερώνονται από ιατρικούς επισκέπτες για αυτά και έτσι δήλωσαν πως δεν έχει εφαρμογή στην περίπτωση τους το ερωτηματολόγιο.



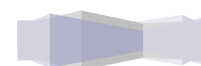


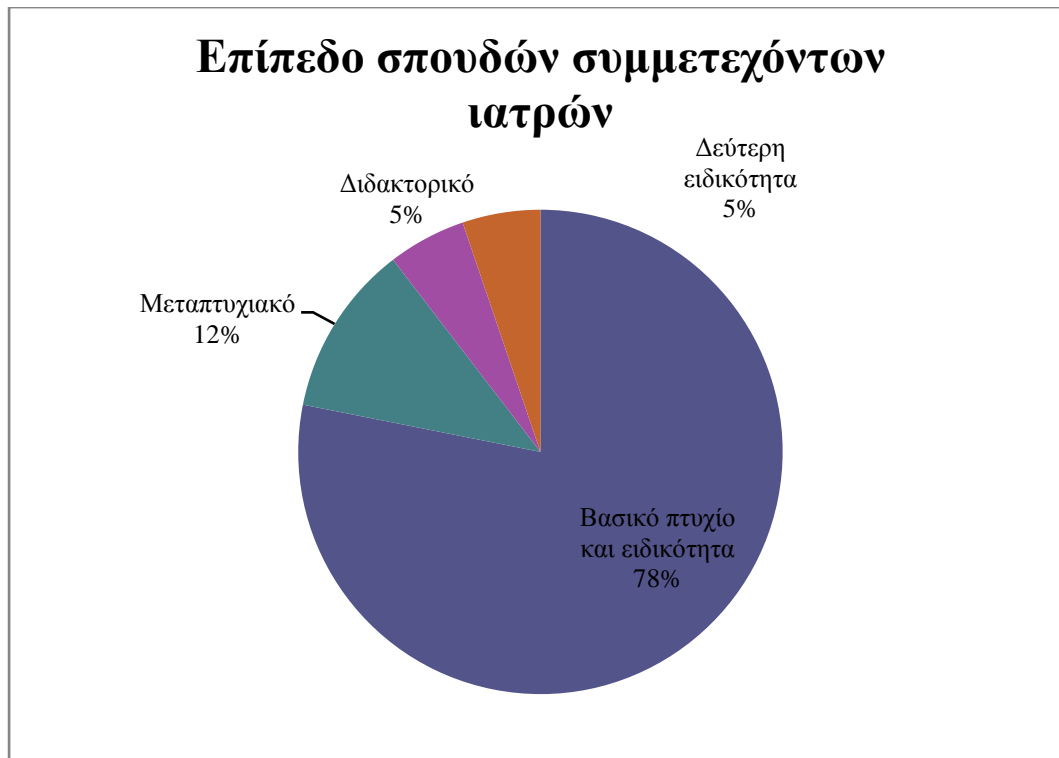
Διάγραμμα 4.3: αποτελέσματα σχετικά με τις ειδικότητες των συμμετεχόντων ιατρών

Πίνακας 4.4: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με το επίπεδο σπουδών

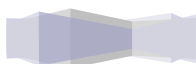
Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Πλήθος %
(8.5) Επίπεδο σπουδών	Βασικό πτυχίο και ειδικότητα	75%
	Μεταπτυχιακό	11%
	Διδακτορικό	5%
	Δεύτερη ειδικότητα	5%

Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο μερίδιο (75%) ασκεί το επάγγελμα του έχοντας αποκτήσει το βασικό πτυχίο και ειδικότητα, ενώ μόλις 11% δηλώνουν πως έχουν αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο, 5% έχουν και δεύτερη ειδικότητα, ενώ το υπόλοιπο 5% κατέχουν θέση διδάκτορα στην ιατρική κοινότητα.





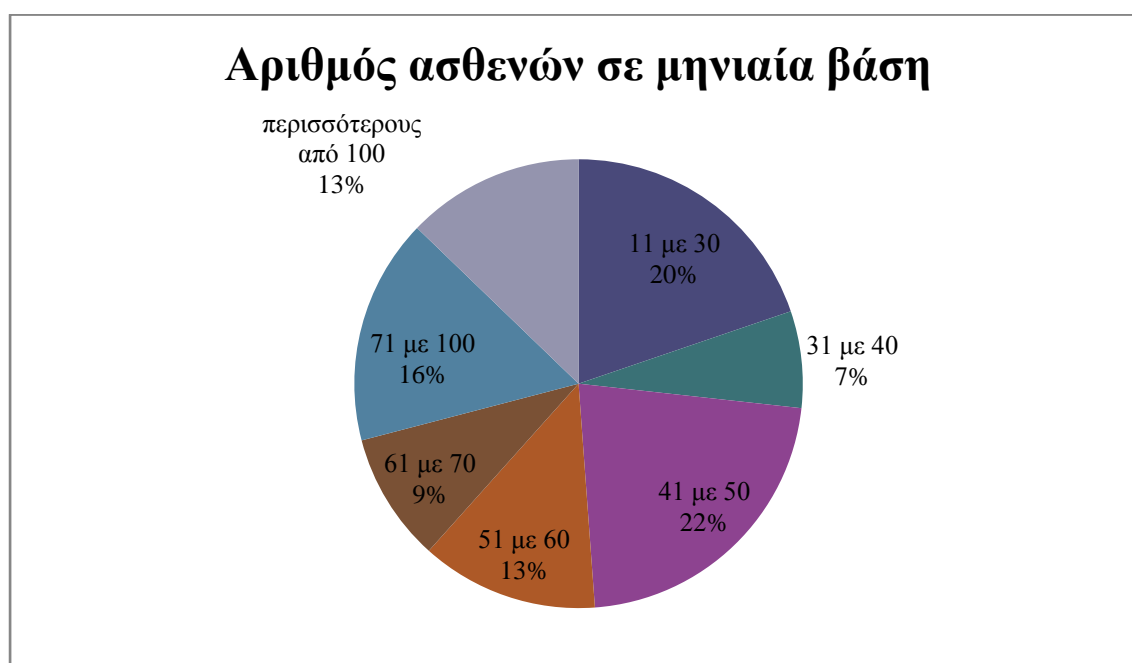
Διάγραμμα 4.4: αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων ιατρών



Πίνακας 4.5: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με τον αριθμό ασθενών που διαχειρίζονται σε μηνιαία βάση

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Πλήθος %
(8.6) Αριθμός ασθενών ανά μήνα	11 με 30	17%
	31 με 40	6%
	41 με 50	19%
	51 με 60	11%
	61 με 70	8%
	71 με 100	14%
	περισσότερους από 100	11%

Ο αριθμός των ασθενών που δέχεται κάθε ιατρός σε μηνιαία βάση παρουσιάζει επίσης μεγάλο εύρος, καθώς υπάρχουν ιατροί που δήλωσαν από 10 ασθενείς έως πάνω από 100 ασθενείς το μήνα. Συγκεκριμένα περίπου το 20% των συμμετεχόντων δέχεται 41 με 50 ασθενείς το μήνα, ενώ το 17% των υπόλοιπων δέχεται 11 με 30 ασθενείς. Το 14% των ερωτηθέντων δέχεται 71 με 100 ασθενείς ενώ άλλο ένα ποσοστό 11% πάνω από εκατό. Άρα, το 25% των συμμετεχόντων ανήκουν στους ιατρούς με υψηλή ένταση συνταγογράφησης που ασκούν και επιρροή στον κλάδο (opinion leaders, βλ. σχήμα 1.11)

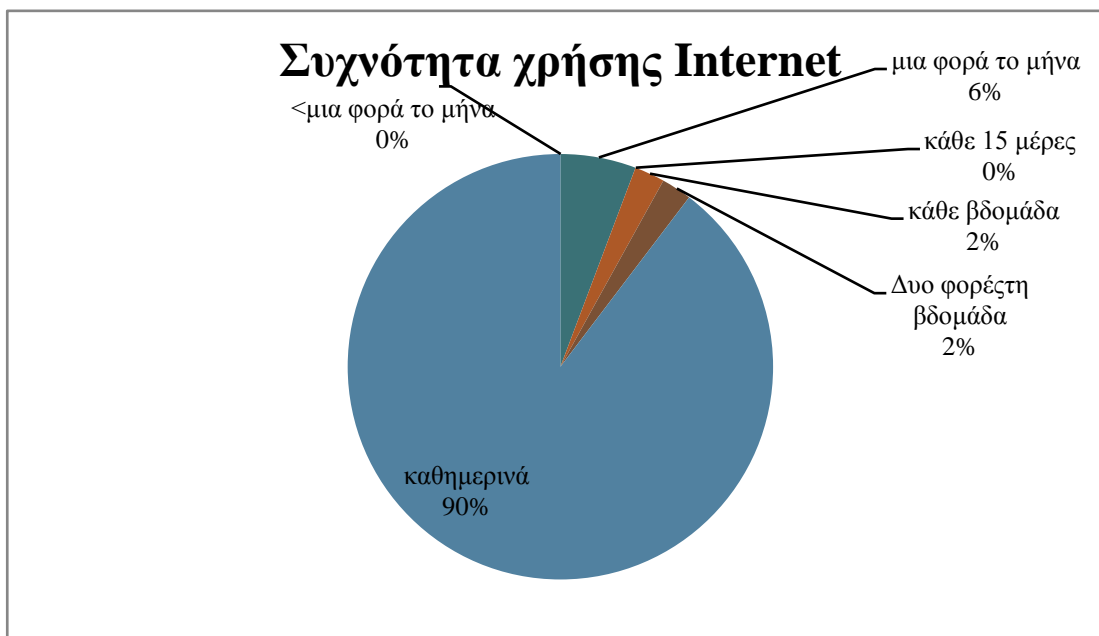


Διάγραμμα 4.5: αποτελέσματα σχετικά με τον αριθμό ασθενών που δέχονται οι συμμετέχοντες σε μηνιαία βάση

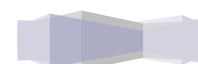
Πίνακας 4.6: Τα δημογραφικά αποτελέσματα των ιατρών σχετικά με την συχνότητα χρήσης Internet και χρόνια εμπειρίας στη χρήση του.

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	Πλήθος %
(8.7) Συχνότητα χρήσης Internet	< μια φορά το μήνα	0%
	μια φορά το μήνα	5%
	κάθε 15 μέρες	0%
	κάθε βδομάδα	2%
	Δυο φορές τη βδομάδα	2%
(8.8) Χρόνια εμπειρίας στη χρήση Internet	καθημερινά	78%
	< 4 χρόνια	5%
	4 έως 6	8%
	7 έως 9	25%
	9 έως 11	14%
	> από 11 χρόνια	42%

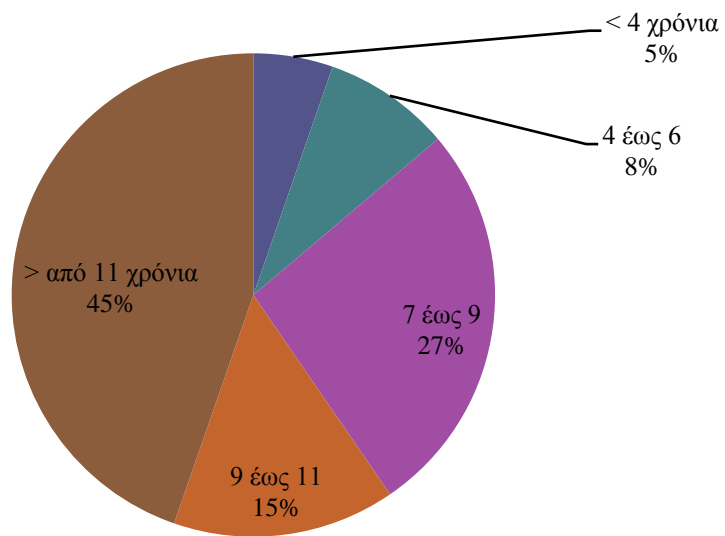
Τέλος, σχετικά με την υιοθέτηση του διαδικτύου, το 80% δηλώνει πως χρησιμοποιεί καθημερινά το διαδίκτυο για προσωπικούς λόγους, με το 42% αυτών να δηλώνουν πως έχουν περισσότερα από 11 χρόνια εμπειρία στην πλοήγηση στο διαδίκτυο.



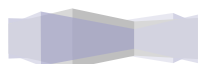
διάγραμμα 4.6: αποτελέσματα περί της συχνότητας χρήσης internet από τους συμμετέχοντες ιατρούς



Χρόνια εμπειρίας στη χρήση Internet



Διάγραμμα 4.7: αποτελέσματα σχετικά με τα χρόνια εμπειρίας στη χρήση Internet για τους συμμετέχοντες ιατρούς



**ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ**

→ Οι ιατροί δηλώνουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση μέσω των ιατρικών επισκεπτών.

Μετά την ανάλυση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης των ιατρών όλων των ειδικοτήτων από τους ιατρικούς επισκέπτες. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον πίνακα 4.7.

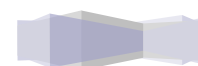
Πίνακας 4.7: Ικανοποίηση από την ενημέρωση Ιατρικών Επισκεπτών

<i>Ερώτηση</i>	Μ.Ο. απαντήσεων	<i>Τυπική απόκλιση</i>
A.1 Με τι συχνότητα διατηρείτε επικοινωνία με στους ιατρικούς επισκέπτες;	3,4	1,41
A.2 Τι διάρκεια έχουν οι επισκέψεις αυτές;	2,9	1,41
A.3 Γενικά, δηλώνεται θετικά προδιατεθειμένοι απέναντι στους ιατρικούς επισκέπτες;	3,7	0,71
A.6 Σε τι βαθμό δηλώνω ικανοποιημένος/η από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών;	4,11	0,71
A.7 Προτιμώ την ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες σε σχέση με το e-detailing, επειδή έχω εύκολη πρόσβαση σε δωρεάν δείγματα	3,125	1,41
A.8 Προτιμώ την ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες σε σχέση με το e-detailing, επειδή λαμβάνω περισσότερη πληροφόρηση	3,375	0,71

Κλίμακα: 5=συμφωνώ απόλυτα έως 1=διαφωνώ απόλυτα

Οι γιατροί σε μια γενική εικόνα δείχνουν ουδέτεροι αναφορικά με τη συχνότητα και τη διάρκεια των επισκέψεων με τους επαγγελματίες της ιατρικής ενημέρωσης. Δηλώνουν μάλιστα σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την ενημέρωση αυτή. Μάλιστα, το γεγονός ότι δείχνουν θετικά προδιατεθειμένοι απέναντι σε αυτού του τύπου ενημέρωση, μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως η ποιότητα ενημέρωσης ανταπεξέρχεται των προσδοκιών που έχουν εξ αρχής οι ιατροί.

Ουδέτερη στάση κράτησαν οι ιατροί όσον αφορά την επιθυμία για δωρεάν δείγματα κρίνοντας πως η παρουσία τους ή μη, δεν παρακωλύει το επίπεδο ενημέρωσης.

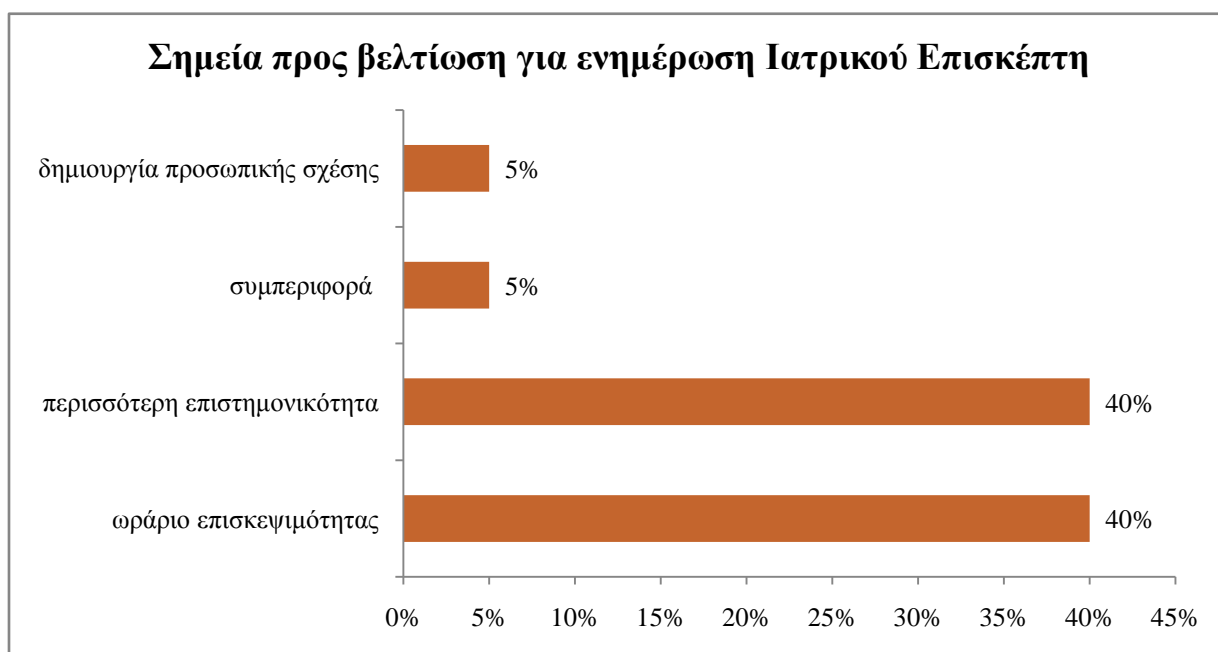


Στα πεδία ελεύθερης συμπλήρωσης οι ιατροί ερωτήθηκαν για τα σημεία προς βελτίωση στην ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών αλλά και για τα πλεονεκτήματα μέσα από αυτή. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 4.8 και 4.9 αντίστοιχα, καθώς και στα διαγράμματα 4.8 και 4.9. Ως σημεία προς βελτίωση αναφέρθηκαν: το ωράριο επισκεψιμότητας, η εμφάνιση περισσότερης επιστημονικότητας, η βελτίωση της συμπεριφοράς και η δημιουργία προσωπικής σχέσης. Το ωράριο επισκεψιμότητας εμφανίστηκε στο 40% των περιπτώσεων. Με την ίδια συχνότητα εμφανίστηκε η ανάγκη για περισσότερη επιστημονικότητα. Η βελτίωση της συμπεριφοράς και η δημιουργία προσωπικής σχέσης εμφανίστηκαν σε ποσοστό 5% η καθεμιά.

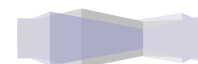
Πίνακας 4.8: Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης ερώτησης Α.4

Α.4. Ποια θεωρείτε τα σημεία προς βελτίωση στην ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες;

ωράριο επισκεψιμότητας	περισσότερη επιστημονικότητα	συμπεριφορά	δημιουργία προσωπικής σχέσης
40%	40%	5%	5%



Διάγραμμα 4.8: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση Α.4.

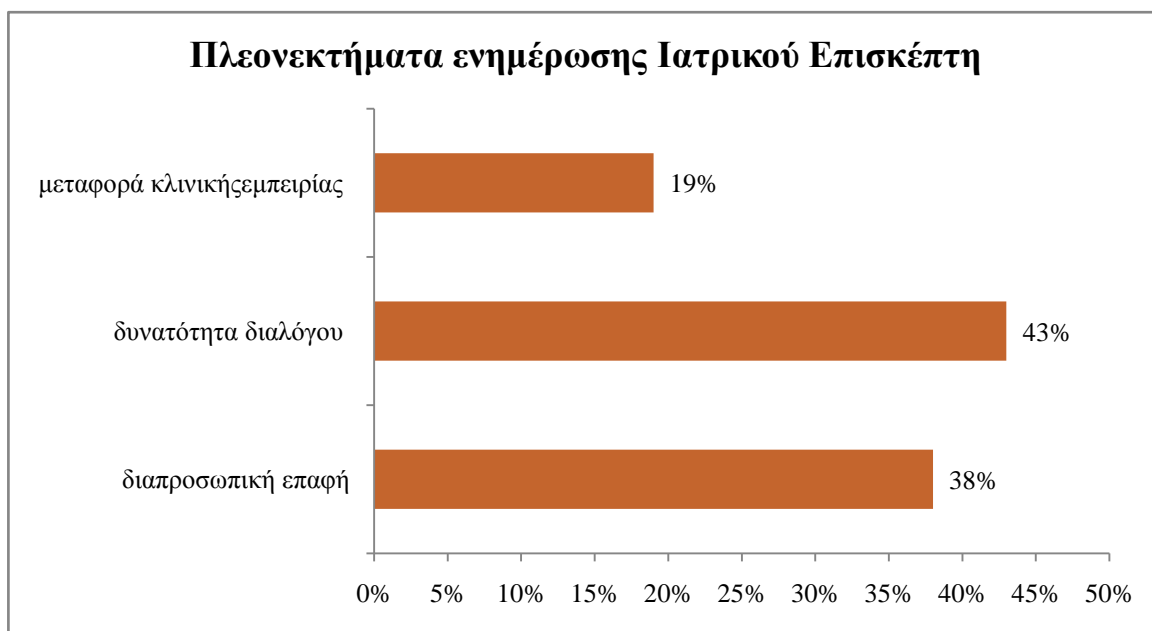


Ως πλεονεκτήματα του των ιατρικών επισκεπτών αναφέρθηκαν: η διαπροσωπική επαφή, η δυνατότητα διαλόγου και η μεταφορά κλινικής εμπειρίας. Αναλυτικότερα, η δυνατότητα διαλόγου εμφανίστηκε στο 43% των περιπτώσεων, η διαπροσωπική επαφή στο 38% και η μεταφορά κλινικής εμπειρίας στο 19%.

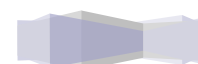
Πίνακας 4.9: Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης ερώτησης Α.5

Α.5. Ποιο θεωρείτε το μεγαλύτερο πλεονέκτημα στην ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες;

διαπροσωπική επαφή	δυνατότητα διαλόγου	μεταφορά κλινικής εμπειρίας
38%	43%	19%



Διάγραμμα 4.9: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση Α.5.



➔ **Οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλό βαθμό επίγνωσης της υπηρεσίας, αλλά ιδιαίτερα χαμηλό βαθμό εξοικείωσης με αυτήν.**

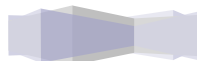
Πίνακας 4.10: Βαθμός επίγνωσης σχετικά με το e-detailing

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
(B.1) Έχετε ξανακούσει για τη δυνατότητα ενημέρωσης του e-detailing;	29	81%	7	19%
(B.2) Σας έχει προσφερθεί η δυνατότητα δοκιμής σε αυτή την υπηρεσία του e-detailing;	22	61%	14	39%
(B.4) Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με προτροπή του ιατρικού επισκέπτη;	13	36%	15	42%
(B.5) Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με δική μου επιλογή;	14	39%	13	36%

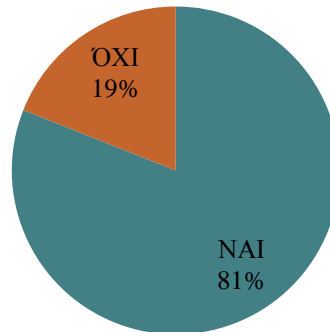
Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως υπάρχει μεγάλη επίγνωση του e-detailing ανάμεσα στους ιατρούς, καθώς το 81% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στην αντίστοιχη ερώτηση. Επίσης, διαφαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (61%) ήρθαν σε επαφή με την υπηρεσία μετά από δοκιμή. Δεν παρουσιάζεται διαφοροποίηση ως προς την πλευρά υποκίνησης, καθώς είναι παρόμοια τα ποσοστά περιπτώσεων που η επαφή με την υπηρεσία υποκινείται από τον ιατρικό επισκέπτη (36%) με αυτά των περιπτώσεων που η επαφή με την υπηρεσία υποκινείται από τον ίδιο τον ιατρό (39%).

Εν συνεχεία, γίνεται αντιληπτό πως παρότι υπάρχει επίγνωση στην υπηρεσία η συχνότητα χρήσης της από τους ιατρούς της επαρχίας, είναι σπάνια. Το 55% των ερωτηθέντων υποστηρίζουν αυτή τη στάση. Ταυτόχρονα, δηλώνουν ελάχιστο ως μέτριο βαθμό εξοικείωσης, στοιχεία που παρατίθενται στον πίνακα 4.10.

Τα αποτελέσματα του πίνακα 4.10 αποδίδονται σχηματικά στα διαγράμματα 4.10, 4.11, 4.12, 4.13.

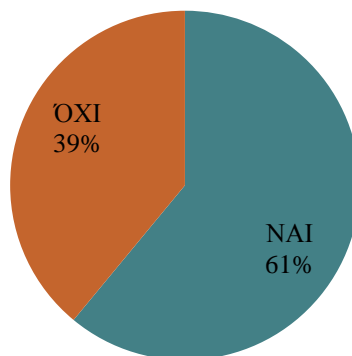


Έχετε ξανακούσει για τη δυνατότητα ενημέρωσης του e-detailing;

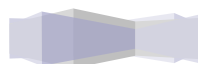


Διάγραμμα 4.10: αποτελέσματα ερώτησης Β.1: Έχετε ξανακούσει για τη δυνατότητα ενημέρωσης του e-detailing;

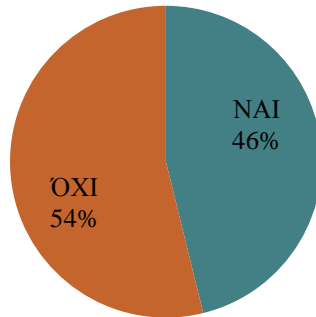
Σας έχει προσφερθεί η δυνατότητα δοκιμής σε αυτή την υπηρεσία του e-detailing;



Διάγραμμα 4.11: αποτελέσματα ερώτησης Β.2: Σας έχει προσφερθεί η δυνατότητα δοκιμής σε αυτή την υπηρεσία του e-detailing;

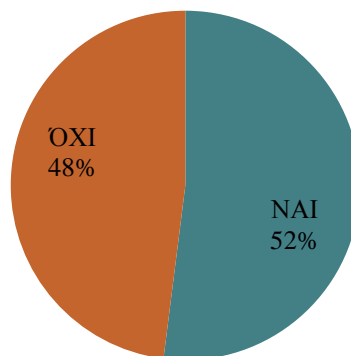


**Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing
πραγματοποιείται με προτροπή του ιατρικού
επισκέπτη;**



Διάγραμμα 4.12: αποτελέσματα B4: Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με προτροπή του ιατρικού επισκέπτη;

**Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing
πραγματοποιείται με δική μου επιλογή;**



Διάγραμμα 4.13: αποτελέσματα ερώτησης B.5: Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με δική μου επιλογή;



Πίνακας 4.11: Συχνότητα χρήσης και εξοικείωση με e-detailing

B.3 Τι συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας έχω;

Σπάνια	Μια φορά το μήνα	Κάθε βδομάδα	Καθημερινά
55%	4%	3%	8%

Πίνακας 4.12: βαθμός εξοικείωσης με το e-detailing

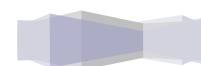
(B.6) Γενικά, θεωρώ πως έχω ένα βαθμό εξοικείωσης με το e-detailing...

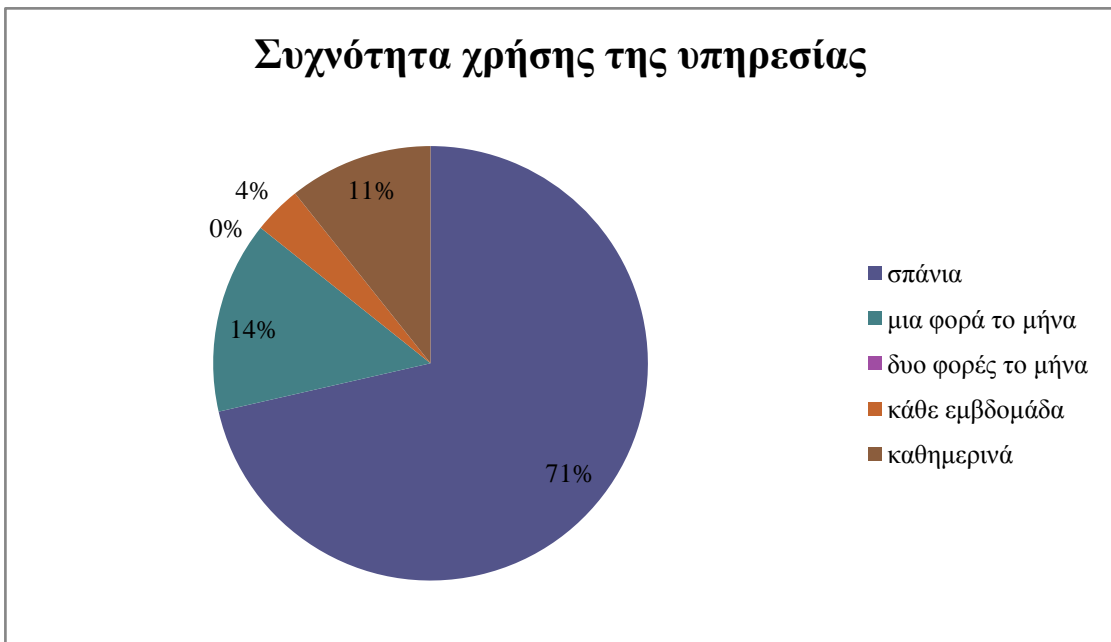
Ελάχιστο	Λίγο	Μέτριο	Καλό	Πολύ καλό
33%	16%	19%	0%	0%

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που ολοκληρώνουν το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου παρατίθενται στους πίνακες 4.11 και 4.12. Στο τελευταίο κομμάτι του δεύτερου μέρους περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας και με τον εκτιμώμενο βαθμό εξοικείωσης σε αυτήν. Αναφορικά με τη συχνότητα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ιατρών δηλώνει πως είναι σπάνια, μόλις 4% δηλώνει πως χρησιμοποιεί το e-detailing μια φορά το μήνα, 3% δύο φορές τη βδομάδα, ενώ το 8% το χρησιμοποιεί καθημερινά.

Ο βαθμός εξοικείωσης φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα χαμηλός, δεδομένου ότι το 33% των συμμετεχόντων είναι ελάχιστα εξοικειωμένοι, 16% λίγο, 19% σε μέτριο βαθμό, ενώ κανένας δεν ισχυρίστηκε ότι είναι εξοικειωμένος σε καλό βαθμό στη χρήση του e-detailing.

Τα δεδομένα των πινάκων 4.11 και 4.12 απεικονίζονται στα ακόλουθα διαγράμματα 4.14 και 4.15.

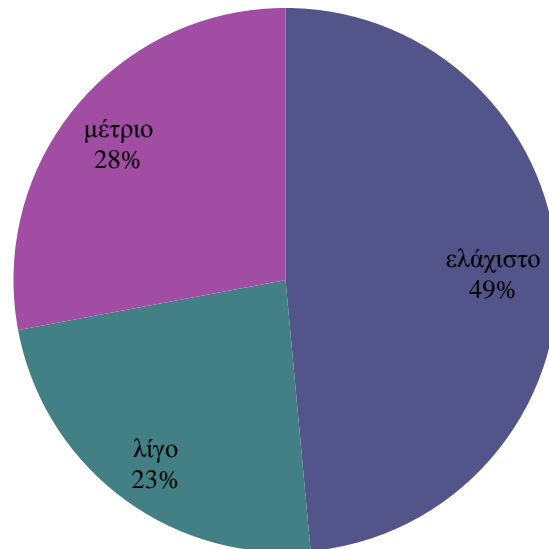




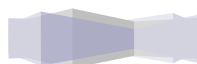
Διάγραμμα 4.14: Αποτελέσματα ερώτησης Β.3 Τι συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας έχω;



Βαθμός εξοικείωσης με το e-detailing



Διάγραμμα 4.15: Αποτελέσματα ερώτησης Β.6 Γενικά, θεωρώ πως έχω ένα βαθμό εξοικείωσης με το e-detailing....

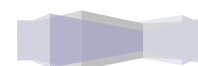


Στο επόμενο τμήμα της έρευνας το δείγμα κλήθηκε να μοιραστεί τις απόψεις πάνω σε μια σειρά χαρακτηριστικών της προσφερόμενης υπηρεσίας του e-detailing. Προκειμένου να αξιολογηθεί η συγκεκριμένη υπηρεσία και να μετρηθεί η ποιότητα που εκλαμβάνουν οι ιατροί χρησιμοποιώντας την, το οικοδόμημα της ποιότητας υποδομήθηκε σε τρεις πυλώνες: α) την ποιότητα του συστήματος, β) την ποιότητα των πληροφοριών που βρίσκονται στους διάφορους ιστότοπους και γ) την ποιότητα των υπηρεσιών που συνοδεύουν την διαδικασία της ενημέρωσης και σχετίζονται με την επίλυση διάφορων προβλημάτων που συνδέονται με αυτήν. Σε κάθε μια υποκατηγορία της συνολικά προσφερόμενης ποιότητας, με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας και εργαλείων/ερωτηματολογίων που παρατίθενται σε αυτήν, τοποθετήθηκαν οκτώ ερωτήματα. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα likert με 5 βήματα (5=συμφωνώ απόλυτα – 4=συμφωνώ – 3=ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ – 2=διαφωνώ – 1=διαφωνώ απόλυτα). Ακολούθησε επεξεργασία των απαντήσεων και έπειτα δημιουργήθηκαν οι πίνακες που παρατίθενται στη συνέχεια (Πίνακες 4.13 έως 4.17).

Πίνακας 4.13: Αξιολόγηση ποιότητας από τη χρήση του E-Detailing: Ποιότητα Συστήματος

Γ.1. Ποιότητα Συστήματος	M.O.	Τυπική απόκλιση
Γ.1.1. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι φιλικόι στο χρήστη	3,7	0,76
Γ.1.2. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι εύκολοι στη χρήση	3,8	0,79
Γ.1.3. Οι αναρτήσεις και η παρουσία των ιστόπων παραμένουν σταθερά	3,3	0,86
Γ.1.4. Το σύστημα ανταποκρίνεται γρήγορα στις δικές μου επιλογές («κλικ»)	3,8	0,74
Γ.1.5. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να συζητώ με άλλους ενδιαφερόμενους για κοινά θέματα	3,1	0,88
Γ.1.6. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να μοιράζομαι τις απορίες μου	3,1	0,80
Γ.1.7. Το σύστημα της ηλεκτρονικής ενημέρωσης μου προβάλλει επιπρόσθετους συνδέσμους για άλλους, χρήσιμους ιστότοπους	3,5	0,88
Γ.1.8. Οι σύνδεσμοί αυτοί λειτουργούν εύκολα	3,4	0,91

Στον πίνακα 4.13 φαίνεται πως ανάμεσα στους δείκτες που οδηγούν στον προσδιορισμό της ποιότητας συστήματος, τα στοιχεία Γ.1.1., Γ.1.2 και Γ.1.4. αξιολογούνται περισσότερο θετικά

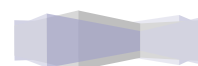


από τους ιατρούς, με μέσο όρο βαθμολογίας που ανέρχεται σε 3,7, 3,8 και 3,8 αντίστοιχα. Κανένας δείκτης δεν δείχνει αρνητική στάση των ιατρών απέναντι στην ποιότητα του συστήματος. Οι περισσότεροι δείκτες κυμαίνονται κοντά στο μέσο της κλίμακας.

Πίνακας 4.14: Αξιολόγηση ποιότητας από τη χρήση του E-Detailing: Ποιότητα Πληροφοριών

Γ.2. Ποιότητα Πληροφοριών	Μ.Ο. απαντήσεων	Τυπική απόκλιση
Γ.2.1. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει σύγχρονες πληροφορίες	4,1	0,76
Γ.2.2. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει επαρκείς πληροφορίες	3,8	0,80
Γ.2.3. Το περιεχόμενο των διαθέσιμων άρθρων/βίντεο είναι ευνόητο και ευανάγνωστο, χωρίς κρυμμένα στοιχεία	3,7	0,72
Γ.2.4. Η διάταξη του συστήματος είναι καλαίσθητη	3,6	0,57
Γ.2.5. Μου αρέσει η διάταξη του συστήματος	3,5	0,69
Γ.2.6. Βρίσκω την διάταξη του συστήματος ενοχλητική	3,6	0,63
Γ.2.7. Το σύστημα ενημέρωσης μου προκαλεί ευχαρίστηση	3,3	0,85
Γ.2.8. Ο χρόνος περνά γρήγορα όταν χρησιμοποιώ τους ιστότοπους για ενημέρωση	3,6	1,10

Στον πίνακα 4.14 φαίνεται πως ανάμεσα στους δείκτες που οδηγούν στον προσδιορισμό της ποιότητας πληροφοριών, τα στοιχεία Γ.2.1., Γ.2.2 και Γ.2.3 αξιολογούνται περισσότερο θετικά από τους ιατρούς, με μέσο όρο βαθμολογίας που ανέρχεται σε 4,1, 3,8 και 3,7 αντίστοιχα. Κανένας δείκτης δεν δείχνει αρνητική στάση των ιατρών απέναντι στην ποιότητα των πληροφοριών. Οι περισσότεροι δείκτες κυμαίνονται κοντά στο μέσο της κλίμακας.



Πίνακας 4.15: Αξιολόγηση ποιότητας από τη χρήση του E-Detailing: Ποιότητα Υπηρεσιών

Γ.3. Ποιότητα Υπηρεσιών	Μ.Ο. απαντήσεων	Τυπική απόκλιση
Γ.3.1. Το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος παρέχει τις υπηρεσίες του σωστά από την πρώτη φορά	3,3	0,71
Γ.3.2. Όταν αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα, το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος δείχνει πραγματική επιθυμία για βοήθεια	3,4	0,73
Γ.3.3. Το κέντρο εξυπηρέτησης είναι πάντα ευγενικό	3,5	0,64
Γ.3.4. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης εμπνέει εμπιστοσύνη στους χρήστες	3,4	0,63
Γ.3.5. Το κέντρο εξυπηρέτησης δεν είναι ποτέ τόσο απασχολημένο, ώστε να καθυστερήσει την επικοινωνία μαζί μου	3,1	0,65
Γ.3.6. Το κέντρο εξυπηρέτησης δίνει πάντα άμεσες απαντήσεις	3,3	0,59
Γ.3.7. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να πάρω όση περισσότερη πληροφόρηση επιθυμώ	3,3	0,71
Γ.3.8. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να επιλέξω ακριβώς για τι επιθυμώ να πληροφορηθώ	3,4	0,69

Στον πίνακα 4.15 φαίνεται πως ανάμεσα στους δείκτες που οδηγούν στον προσδιορισμό της ποιότητας υπηρεσιών, το στοιχείο Γ.3.3. αξιολογείται περισσότερο θετικά από τους ιατρούς, με μέσο όρο βαθμολογίας που ανέρχεται σε 3,5. Κανένας δείκτης δεν δείχνει αρνητική στάση των ιατρών απέναντι στην ποιότητα των υπηρεσιών. Οι περισσότεροι δείκτες κυμαίνονται κοντά στο μέσο της κλίμακας.

Πίνακας 4.16: Αξιολόγηση ποιότητας από τη χρήση του E-Detailing: Συνολική Ικανοποίηση

Γ.4. Συνολική Ικανοποίηση	Μ.Ο. απαντήσεων	Τυπική απόκλιση
Γ.4.1. Γενικά, είμαι ευχαριστημένος με το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	3,6	0,68
Γ.4.2. Γενικά, είμαι ικανοποιημένος από το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	3,6	0,63
Γ.4.3. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό από την ενημέρωση των Ιατρικών Επισκεπτών	2,8	1,24
Γ.4.4. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να ενημερωθώ για τις παρενέργειες των φαρμάκων και να κάνω συγκρίσεις μεταξύ φαρμάκων	3,1	1,15
Γ.4.5. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να διενεργήσω μεγαλύτερη και σε βάθος έρευνα για το φάρμακο	3,1	0,98

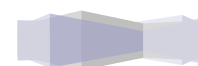
Στον πίνακα 4.16 φαίνεται πως ανάμεσα στους δείκτες που οδηγούν στον προσδιορισμό της συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων ιατρών από το e-detailing,

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.1 που βρίσκεται στο 3^ο κεφάλαιο, αυτό της Μεθοδολογίας, οι δείκτες ποιότητας οργανώνονται σε διαστάσεις, τα αποτελέσματα για κάθε διάσταση παρουσιάζονται στον πίνακα 4.17.

Πίνακας 4.17: Συνοπτική παρουσίαση αποτελέσματος αξιολόγησης ποιότητας E-Detailing

	Μ.Ο. διαστάσεων	Τυπική απόκλιση
Γ.1 Ποιότητα Συστήματος	3,5	0,28
Ευκολία στη χρήση	3,8	0,05
Διασύνδεση	3,6	0,33
Επικοινωνία στη μάθηση	3,1	0,03
Λειτουργία υπερσυνδέσμων	3,4	0,13
Γ.2 Ποιότητα Πληροφοριών	3,6	0,25
Περιεχόμενο	3,8	0,25
Διάταξη	3,5	0,10
Γνωστική απορρόφηση	3,4	0,20
Γ.3 Ποιότητα Υπηρεσιών	3,3	0,11
Αξιοπιστία	3,3	0,05
Ασφάλεια	3,4	0,08
Ανταποκρισιμότητα	3,2	0,08
Εξατομίκευση	3,4	0,10
Γ.4 Συνολική Ικανοποίηση	3,2	0,38
Ικανοποίηση	3,6	0,00
Σύγκριση με ιατρικούς επισκέπτες και Αποτελεσματικότητα	3,0	0,19

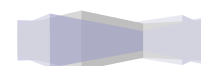
Επειδή τα δεδομένα παρουσίαζαν μια τάση προς το μέσο της κλίμακας, έγινε μια προσπάθεια συγκέντρωσης των αποτελεσμάτων που δεν περιλαμβάνουν καθόλου το «ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ» σαν απάντηση. Τα αποτελέσματα διεξήχθησαν εκ νέου, συγκεντρώθηκαν σε νέους πίνακες και παρουσιάζονται συγκεκριμένα στους ακόλουθους πίνακες 4.18 έως 4.21.



Πίνακας 4.18: Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα»: Ποιότητα συστήματος

Γ.1. Ποιότητα Συστήματος	Ποσοστό απαντήσεων «Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα» (>3)	Ποσοστό απαντήσεων «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα» (<3)
Γ.1.1. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι φιλικόι στο χρήστη	71%	4%
Γ.1.2. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι εύκολοι στη χρήση	82%	7%
Γ.1.3. Οι αναρτήσεις και η παρουσία των ιστόπων παραμένουν σταθερά	46%	14%
Γ.1.4. Το σύστημα ανταποκρίνεται γρήγορα στις δικές μου επιλογές («κλικ»)	86%	7%
Γ.1.5. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να συζητώ με άλλους ενδιαφερόμενους για κοινά θέματα	39%	25%
Γ.1.6. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να μοιράζομαι τις απορίες μου	36%	18%
Γ.1.7. Το σύστημα της ηλεκτρονικής ενημέρωσης μου προβάλλει επιπρόσθετους συνδέσμους για άλλους, χρήσιμους ιστότοπους	61%	11%
Γ.1.8. Οι σύνδεσμοί αυτοί λειτουργούν εύκολα	54%	18%

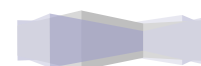
Στον πίνακα 4.18 φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολογεί θετικά τα στοιχεία Γ.1.1., Γ.1.2. και Γ.1.4. που προσδιορίζουν την ποιότητα του συστήματος. Μάλιστα, το 71% των ιατρών συμφωνούν πως οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι φιλικόι στο χρήστη (Γ.1.1.), το 82% συμφωνούν πως οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι εύκολοι στη χρήση (Γ.1.2.), ενώ το 86% συμφωνούν πως το σύστημα ανταποκρίνεται γρήγορα στις δικές τους επιλογές («κλικ») Γ.1.4.). Ένα μικρότερο ποσοστό, συγκεκριμένα 61% των ιατρών συμφωνούν πως το σύστημα της ηλεκτρονικής ενημέρωσης μου προβάλλει επιπρόσθετους συνδέσμους για άλλους, χρήσιμους ιστότοπους (Γ.1.7.), ενώ το 54% συμφωνεί πως οι σύνδεσμοι αυτοί λειτουργούν εύκολα. το μοναδικό στοιχείο που φαίνεται να κάνει τη διαφορά είναι το Γ.1.5., όπου το 25% διαφωνεί με ότι το δομή του συστήματος είναι τέτοια που βοηθά να συζητούν με άλλους ενδιαφερόμενους για κοινά θέματα.



Πίνακας 4.19: Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα»: Ποιότητα πληροφοριών

Γ.2 Ποιότητα πληροφοριών	Ποσοστό απαντήσεων «Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα» (>3)	Ποσοστό απαντήσεων «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα», (<3)
Γ.2.1. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει σύγχρονες πληροφορίες	86%	4%
Γ.2.2. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει επαρκείς πληροφορίες	68%	7%
Γ.2.3. Το περιεχόμενο των διαθέσιμων άρθρων/βίντεο είναι ευνόητο και ευανάγνωστο, χωρίς κρυμμένα στοιχεία	61%	4%
Γ.2.4. Η διάταξη του συστήματος είναι καλαίσθητη	54%	0%
Γ.2.5. Μου αρέσει η διάταξη του συστήματος	50%	7%
Γ.2.6. Βρίσκω την διάταξη του συστήματος ενοχλητική	4%	61%
Γ.2.7. Το σύστημα ενημέρωσης μου προκαλεί ευχαρίστηση	46%	21%
Γ.2.8. Ο χρόνος περνά γρήγορα όταν χρησιμοποιώ τους ιστότοπους για ενημέρωση	61%	14%

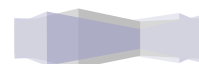
Στον πίνακα 4.19 φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολογεί θετικά τα στοιχεία Γ.2.1. και Γ.2.2. που προσδιορίζουν την ποιότητα των πληροφοριών. Μάλιστα, το 86% των ιατρών συμφωνούν πως το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει σύγχρονες πληροφορίες (Γ.2.1.), το 68% συμφωνούν πως το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει επαρκείς πληροφορίες (Γ.2.2.). Ένα μικρότερο ποσοστό, συγκεκριμένα 61% των ιατρών συμφωνούν πως το περιεχόμενο των διαθέσιμων άρθρων/βίντεο είναι ευνόητο και ευανάγνωστο, χωρίς κρυμμένα στοιχεία (Γ.2.3.), ενώ το 54% συμφωνεί πως η διάταξη του συστήματος είναι καλαίσθητη. Επίσης, το 61% διαφωνεί με το γεγονός ότι η διάταξη του συστήματος είναι ενοχλητική (Γ.2.6.).



Πίνακας 4.20: Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα»: Ποιότητα υπηρεσιών

Γ.3. Ποιότητα Υπηρεσιών	Ποσοστό απαντήσεων «Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα» (>3)	Ποσοστό απαντήσεων «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα», (<3)
Γ.3.1. Το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος παρέχει τις υπηρεσίες του σωστά από την πρώτη φορά	43%	14%
Γ.3.2. Όταν αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα, το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος δείχνει πραγματική επιθυμία για βοήθεια	43%	11%
Γ.3.3. Το κέντρο εξυπηρέτησης είναι πάντα ευγενικό	50%	4%
Γ.3.4. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης εμπνέει εμπιστοσύνη στους χρήστες	46%	7%
Γ.3.5. Το κέντρο εξυπηρέτησης δεν είναι ποτέ τόσο απασχολημένο, ώστε να καθυστερήσει την επικοινωνία μαζί μου	29%	14%
Γ.3.6. Το κέντρο εξυπηρέτησης δίνει πάντα άμεσες απαντήσεις	32%	7%
Γ.3.7. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να πάρω όση περισσότερη πληροφόρηση επιθυμώ	43%	14%
Γ.3.8. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να επιλέξω ακριβώς για τι επιθυμώ να πληροφορηθώ	46%	7%

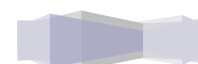
Στον πίνακα 4.20 φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολογεί θετικά τα στοιχεία Γ.3.3., Γ.3.4 και Γ.3.8. που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Μάλιστα, το 50% των ιατρών συμφωνούν πως το κέντρο εξυπηρέτησης είναι πάντα ευγενικό (Γ.3.3.), ενώ το 46% συμφωνούν ότι το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης εμπνέει εμπιστοσύνη στους χρήστες. Επίσης, 46% των ιατρών συμφωνούν στο ότι το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορούν να επιλέξουν ακριβώς για τι επιθυμούν να πληροφορηθούν.



Πίνακας 4.21: Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα»: Συνολική ικανοποίηση

Γ.4. Συνολική Ικανοποίηση	Ποσοστό απαντήσεων «Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα» (>3)	Ποσοστό απαντήσεων «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα», (<3)
Γ.4.1. Γενικά, είμαι ευχαριστημένος με το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	68%	7%
Γ.4.2. Γενικά, είμαι ικανοποιημένος από το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	64%	7%
Γ.4.3. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό από την ενημέρωση των Ιατρικών Επισκεπτών	29%	39%
Γ.4.4. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να ενημερωθώ για τις παρενέργειες των φαρμάκων και να κάνω συγκρίσεις μεταξύ φαρμάκων	36%	29%
Γ.4.5. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να διενεργήσω μεγαλύτερη και σε βάθος έρευνα για το φάρμακο	36%	25%

Στον πίνακα 4.21 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολογεί θετικά στα στοιχεία Γ.4.1. και Γ.4.2. που προσδιορίζουν την συνολική ικανοποίηση από το e-detailing. Συγκεκριμένα, το 68% συμφωνούν πως γενικά, είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης, και το 64% πως γενικά, είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης. Από την άλλη πλευρά, το 39% των ιατρών είναι αντίθετοι με το στοιχείο Γ.4.3., άρα διαφωνούν με το ότι γενικά, το e-detailing είναι πιο αποτελεσματικό από την ενημέρωση των Ιατρικών Επισκεπτών.



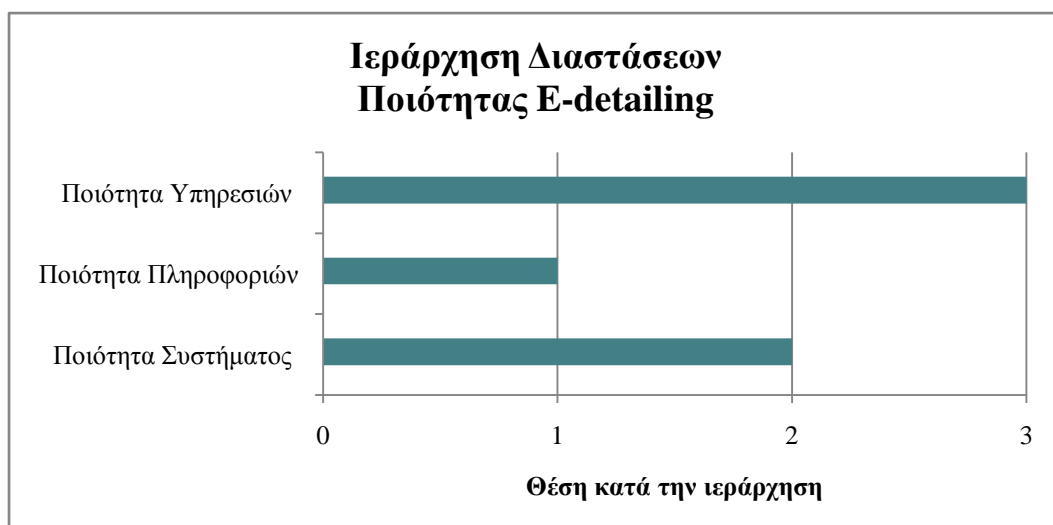
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ακολούθως, θεωρήθηκε χρήσιμο να δοθεί η δυνατότητα στους ιατρούς στα πλαίσια του ερωτηματολογίου να ιεραρχήσουν τους τρεις πυλώνες της ποιότητας ενημέρωσης, καθώς και τους τέσσερις πυλώνες της ποιότητας υπηρεσιών (ασφάλεια, αξιοπιστία, εξατομίκευση, ανταποκρισιμότητα). Τα αποτελέσματα μετά την κατάλληλη επεξεργασία απεικονίζονται στους πίνακες 4.22, 4.23, καθώς και στα διαγράμματα 4.16, 4.17.

Πίνακας 4.22: Ιεράρχηση διαστάσεων ποιότητας για την υπηρεσία E-Detailing

Διάσταση Ποιότητας E-Detailing	Ποσοστό για πρώτη θέση ιεραρχίας	Ποσοστό για δεύτερη θέση ιεραρχίας	Ποσοστό για τρίτη θέση ιεραρχίας
Ποιότητα Συστήματος	14%	39%	46%
Ποιότητα Πληροφοριών	71%	25%	4%
Ποιότητα Υπηρεσιών	14%	36%	50%

Όπως φαίνεται, το 14% των ερωτηθέντων κρίνει την Ποιότητα Συστήματος την σημαντικότερη από τις τρεις διαστάσεις, το 39% την τοποθετεί στη δεύτερη θέση, ενώ το 46% στην τρίτη θέση. Η Ποιότητα Πληροφοριών κατά 71% ιεραρχείται στην πρώτη θέση, ενώ ένα ποσοστό της τάξης 25% τοποθετείται στην δεύτερη θέση και μόλις ένα 4% την τοποθετεί στην τρίτη θέση. Τέλος, η Ποιότητα Υπηρεσιών κατά 14% ιεραρχείται στην πρώτη θέση, κατά 36% στην δεύτερη, ενώ το 50% την ιεραρχεί ως τρίτη σε βαρύτητα διάσταση.

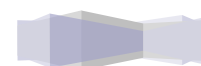


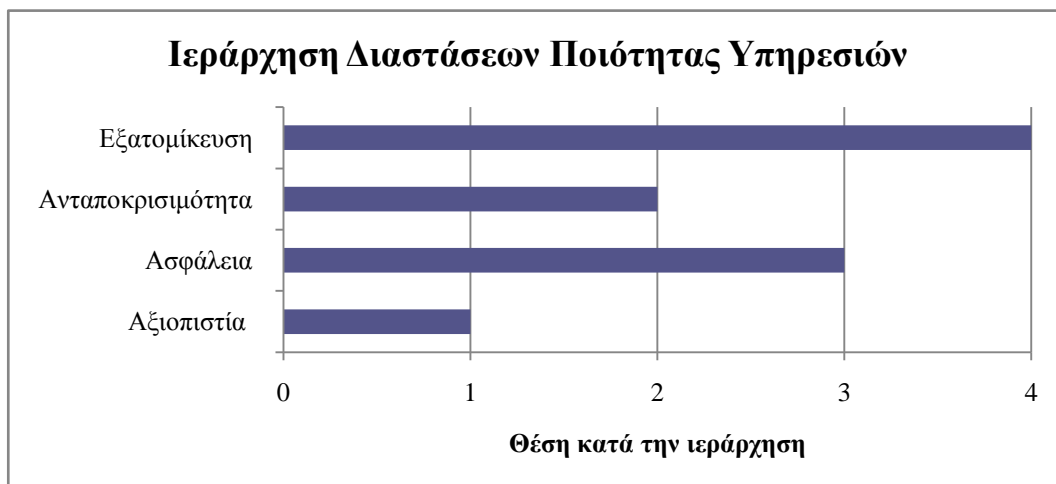
Διάγραμμα 4.16: Αποτελέσματα ιεράρχησης διαστάσεων της συνολικά παρεχόμενης ποιότητας ενημέρωσης μέσω e-detailing

Πίνακας 4.23: Ιεράρχηση διαστάσεων ποιότητας υπηρεσιών που συνοδεύουν την υπηρεσία του E-Detailing

Διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών	Ποσοστό για πρώτη θέση ιεραρχίας	Ποσοστό για δεύτερη θέση ιεραρχίας	Ποσοστό για τρίτη θέση ιεραρχίας	Ποσοστό για τέταρτη θέση ιεραρχίας
Αξιοπιστία	79%	11%	4%	7%
Ασφάλεια	11%	32%	32%	25%
Ανταποκρισιμότητα	7%	36%	11%	18%
Εξατομίκευση	7%	18%	25%	50%

Κατά 79% οι ιατροί αξιολογούν ως σημαντικότερη διάσταση της ποιότητας υπηρεσιών την Αξιοπιστία, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 11% τη θεωρεί ως δεύτερη, το 4% ως τρίτη και το 7% ως τέταρτη. Όσον αφορά την Ασφάλεια, το 11% την τοποθετεί στην πρώτη θέση, το 32% στη δεύτερη, ενώ άλλο ένα 32% την τοποθετεί στην τρίτη θέση. Το υπόλοιπο 25% τοποθετεί την ασφάλεια στην τέταρτη θέση. Περνώντας στην Ανταποκρισιμότητα ως διάσταση ποιότητας υπηρεσιών, φαίνεται πως μόνο ένα ποσοστό 7% των ερωτηθέντων την τοποθετεί στην πρώτη θέση ενώ το 36% στην δεύτερη. Επίσης, το 11% των ερωτηθέντων τοποθετεί την ανταποκρισιμότητα στην Τρίτη θέση και το υπόλοιπο 18% στην τέταρτη. Τέλος, η Εξατομίκευση τοποθετείται από το 7% στην πρώτη θέση, από το 18% στην δεύτερη και από το 25% στην τρίτη θέση. Το 50% όμως την τοποθετεί στην τέταρτη θέση.





Διάγραμμα 4.17: Αποτελέσματα ιεράρχησης διαστάσεων της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών που συνοδεύει την ενημέρωση μέσω e-detailing

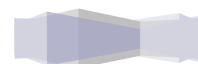
Κατά την ενημέρωση τους μέσω e-detailing, στην πρώτη θέση τοποθετούν οι ιατροί την ποιότητα των πληροφοριών. Μετά ακολουθεί στη δεύτερη θέση η ποιότητα του συστήματος με τελευταία να έρχεται η ποιότητα των υπηρεσιών.

Αντίστοιχα, όσον αφορά τις υπηρεσίες που συνοδεύουν την διαδικασία της ενημέρωσης και ολοκληρώνουν τον κύκλο αυτής, οι συμμετέχοντες τοποθετούν στην πρώτη θέση σημαντικότητας την Αξιοπιστία και αμέσως μετά την Ανταποκρισιμότητα. Στην τρίτη θέση προκύπτει η Ασφάλεια, ενώ τελευταία μένει η Εξατομίκευση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ

Το επόμενο σκέλος της έρευνας περιλαμβάνει ερωτήσεις ελεύθερης συμπλήρωσης αφενός σχετικά με τα δυνατά σημεία των δύο τρόπων ενημέρωσης (e-detailing και ιατρικού επισκέπτη) αφετέρου σχετικά με τα σημεία προς βελτίωση αυτών. Είναι αρκετά ενδιαφέρον ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζουν επαναληψιμότητα, δίνοντας τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα από τις ερωτήσεις ελεύθερης απάντησης σχετικά με τα πλεονεκτήματα αλλά και τα αδύναμα σημεία της ενημέρωσης μέσω e-detailing (Πίνακας 4.24 και 4.25 αντίστοιχα). Ως πλεονεκτήματα του e-detailing αναφέρθηκαν: η άμεση και επί τόπου πρόσβαση σε πληροφορίες, το εύρος των πληροφοριών, το χαμηλό κόστος, η ασφάλεια και η ύπαρξη ιστότοπων υψηλού κύρους για ενημέρωση. Η άμεση πρόσβαση εμφανίστηκε

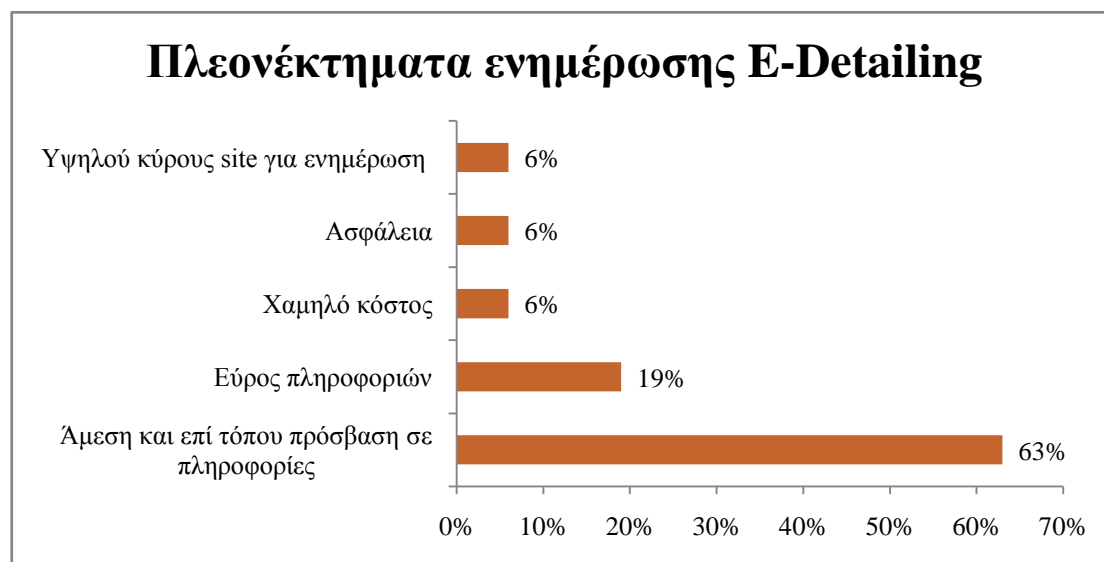


στο 63% των περιπτώσεων, το εύρος πληροφοριών στο 19%, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις στο 6% η καθεμιά.

Πίνακας 4.24: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση Γ.6

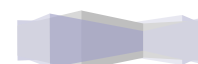
Γ.6. Ποιό θεωρείτε το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της δυνατότητας ενημέρωσης μέσω του διαδικτύου;

Άμεση και επί τόπου πρόσβαση σε πληροφορίες	Εύρος πληροφοριών	Χαμηλό κόστος	Ασφάλεια	Υψηλού κύρους site για ενημέρωση
63%	19%	6%	6%	6%



Διάγραμμα 4.18: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απαντήσεων ερώτησης Γ.6

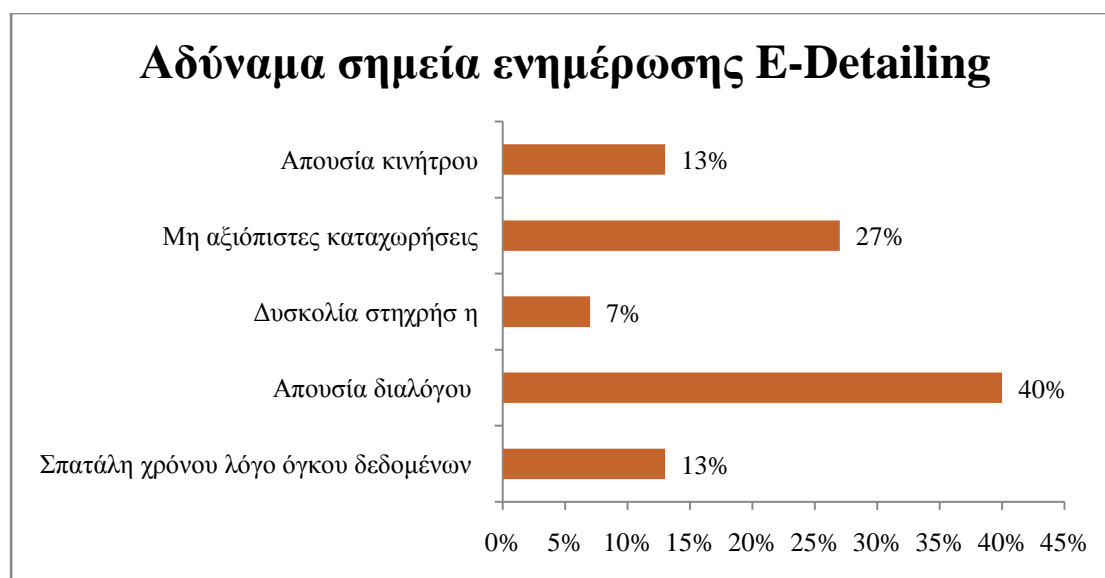
Ως αδύναμα σημεία αναφέρθηκαν τα εξής: σπατάλη χρόνου λόγω μεγάλου όγκου δεδομένων, απουσία διαλόγου, δυσκολία στη χρήση, ύπαρξη μη αξιόπιστων καταχωρήσεων και η απουσία κινήτρου. Πρώτο σημείο που αναφέρθηκε στο 40% των περιπτώσεων ήταν η απουσία διαλόγου. Ακολουθεί η ύπαρξη μη αξιόπιστων καταχωρήσεων σε ποσοστό 27%, η σπατάλη χρόνου λόγω όγκου δεδομένων στο 13%, στην ίδια συχνότητα εμφανίστηκε η απουσία κινήτρου, ενώ η δυσκολία στη χρήση τονίστηκε από το 7%. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.25 και στο διάγραμμα 4.19.



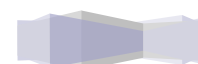
Πίνακας 4.25: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απαντήσεων στην ερώτηση Γ.7

Γ.7. Ποιό θεωρείτε το πιο αδύναμο σημείο της δυνατότητας ενημέρωσης μέσω του διαδικτύου;

Σπατάλη χρόνου λόγω όγκου δεδομένων	Απουσία διαλόγου	Δυσκολία στη χρήση	Μη αξιόπιστες καταχωρήσεις	Απουσία κινήτρου
13%	40%	7%	27%	13%



Διάγραμμα 4.19: απαντήσεις και συχνότητα εμφάνισης απάντησης στην ερώτηση Γ.7



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Σαν επιστέγασμα της ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις που συνδράμουν στην κατανόηση του βαθμού σύνδεσης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Σκοπός της ανάλυσης συσχέτισης είναι η εξερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα συσχετίσεων (Πίνακας 4.26) δίνουν πληροφορίες στον ερευνητή σχετικά με την κατεύθυνση και την ένταση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών.

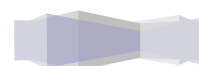
Η μέτρηση του βαθμού εξάρτησης παρουσιάζεται μέσω αριθμών, οι οποίοι λέγονται συντελεστές συσχέτισης, αποδίδοντας την ένταση της εξάρτησης της μιας μεταβλητής από την άλλη. Επίσης, οι συντελεστές συσχέτισης πληροφορούν για την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών, αν δηλαδή αυτή είναι θετική, αρνητική ή και ουδέτερη. Οι τιμές των συντελεστών κυμαίνονται πάντα στο διάστημα [-1 , +1]. Αν η τιμή του συντελεστή είναι μεταξύ -1 και 0, τότε η συσχέτιση είναι αρνητική, ενώ αν είναι μεταξύ 0 και +1 είναι θετική. Αν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι ίση με το μηδέν 0, τότε δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών (Σιώμοκος & Βασιλικοπούλου, 2005).

Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson, ο οποίος δείχνει τη γραμμική συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.

Πίνακας 4.26: Αποτελέσματα συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών του ερωτηματολογίου

Attributes	Π.Συστ.	Π. Πληρ.	Π. Υπ.	Σ.Ι.ε-det.	Σ.Ι.Ι.Ε.	Ηλικία	Επισκέψεις	Β. εξοικείωσης	Συχνότητα Χρ.
Π.Συστ.	1	0.678	0.381	0.044	-0.308	-0.407	-0.105	0.225	0.311
Π. Πληρ.	0.678	1	0.565	0.349	-0.545	-0.169	0.095	0.098	0.266
Π. Υπ.	0.381	0.565	1	0.556	-0.262	-0.106	0.271	-0.204	0.145
Σ.Ι.ε-det.	0.044	0.349	0.556	1	-0.042	-0.024	0.234	-0.225	0.102
Σ.Ι.Ι.Ε.	-0.308	-0.545	-0.262	-0.042	1	0.169	0.056	-0.023	-0.193
Ηλικία	-0.407	-0.169	-0.106	-0.024	0.169	1	0.064	-0.141	-0.242
Επισκέψεις	-0.105	0.095	0.271	0.234	0.056	0.064	1	0.147	0.125
Β. εξοικείωσης	0.225	0.098	-0.204	-0.225	-0.023	-0.141	0.147	1	0.610
Συχνότητα Χρ.	0.311	0.266	0.145	0.102	-0.193	-0.242	0.125	0.610	1

Επεξηγήσεις συντομέσεων: Π.Συστ. = Ποιότητα Συστήματος, Π.Πληρ.=Ποιότητα Πληροφοριών, Π.Υπ. =Ποιότητα Υπηρεσιών, Σ.Ι.ε-det.=Συνολική ικανοποίηση από e-detailing, Σ.Ι.Ι.Ε.=Συνολική ικανοποίηση από ιατρικούς επισκέπτες



Ερώτημα 1^ο: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων (ηλικίας και αριθμού επισκεπτών μηνιαίως) και της συνολικής ικανοποίησης από e-detailing;

- Ηλικία ιατρού & βαθμός εξοικείωσης με e-detailing

Επίσης αδύναμη και αρνητική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της ηλικίας και αυτή τη φορά του βαθμού εξοικείωσης με το e-detailing, καθώς $Pearson = -0.141$. Δηλαδή, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί, συνήθως δεν παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εξοικείωσης στις υπηρεσίες e-detailing.

- Αριθμός επισκεπτών μηνιαίως & βαθμός εξοικείωσης με e-detailing

Θετική αλλά αδύναμη συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ βαθμού εξοικείωσης και αριθμού των επισκεπτών που δέχεται ο ιατρός σε μηνιαία βάση, καθώς $Pearson = 0,147$. Δηλαδή, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό επισκεπτών σε μηνιαία βάση, συνήθως παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εξοικείωσης στις υπηρεσίες e-detailing.

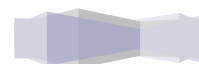
- Ηλικία ιατρού & συνολική ικανοποίηση από e-detailing

Μια αδύναμη αλλά αρνητική σχέση συσχέτισης εμφανίζεται μεταξύ των δύο μεταβλητών της ηλικίας και της συνολικής ικανοποίησης από την ηλεκτρονική ενημέρωση, καθώς $Pearson = -0.024$. Δηλαδή, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί, συνήθως δεν παρουσιάζουν υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες e-detailing.

- Αριθμός επισκεπτών μηνιαίως & συνολική ικανοποίηση από e-detailing

Θετική μέτριας έντασης συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ των μεταβλητών της συνολικής ικανοποίησης από την ηλεκτρονική ενημέρωση και του αριθμού των επισκεπτών που δέχεται ο ιατρός σε μηνιαία βάση, καθώς $Pearson = 0,234$. Δηλαδή, οι γιατροί με μεγαλύτερο αριθμό επισκεπτών σε μηνιαία βάση, συνήθως παρουσιάζουν υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες e-detailing.

Άρα, απαντώντας στο πρώτο ερώτημα, φαίνεται πως η ηλικία συνδέεται με τον βαθμό εξοικείωσης και την συνολική ικανοποίηση από το e-detailing, μάλιστα εμφανίζεται αρνητική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Από την άλλη, ο αριθμός επισκεπτών ανά μήνα, συνδέεται θετικά με τις μεταβλητές του βαθμού εξοικείωσης και της συνολικής ικανοποίησης από το e-detailing.



Ερώτημα 2^ο: υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της εξοικείωσης χρήσης, της συχνότητας και της συνολικής ικανοποίησης από το e-detailing;

- Βαθμός εξοικείωσης & συχνότητας χρήσης

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών της «συχνότητας χρήσης» και του «βαθμού εξοικείωσης» στο e-detailing καθώς $Pearson=0,610$. Δηλαδή, οι ιατροί με μεγάλη συχνότητα χρήσης του e-detailing, παρουσιάζουν και αυξημένο βαθμό εξοικείωσης μαζί του.

- Συχνότητας χρήσης & συνολική ικανοποίηση

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών του «βαθμού εξοικείωσης» με το e-detailing και της «συνολικής ικανοποίησης» από αυτό, καθώς $Pearson=0,102$. Οι ιατροί που παρουσιάζουν αυξημένη συνολική ικανοποίηση από την χρήση της υπηρεσίας e-detailing, φαίνεται συνήθως πως έχουν αυξημένη συχνότητα χρήσης της.

Άρα, απαντώντας στο δεύτερο ερώτημα, η εξοικείωση συνδέεται θετικά με την συχνότητα χρήσης και η συχνότητα χρήσης με τη σειρά της συνδέεται με την συνολική ικανοποίηση που αντιλαμβάνονται οι ιατροί από το e-detailing.

Ερώτημα 3ο: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας της υπηρεσίας e-detailing;

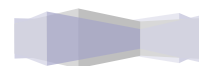
- Συνολική ικανοποίηση & ποιότητα υπηρεσιών

Παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών της «συνολικής ικανοποίησης» από το e-detailing και από την «ποιότητα υπηρεσιών» που συνοδεύουν αυτήν την διαδικασία ενημέρωσης, καθώς $Pearson=0,556$. Δηλαδή, οι ιατροί που παρουσιάζουν αυξημένη συνολική ικανοποίηση από την χρήση της υπηρεσίας e-detailing, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν ως υψηλή την ποιότητα υπηρεσιών.

- Ποιότητα υπηρεσιών & ποιότητα πληροφοριών

Παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της «ποιότητας υπηρεσιών» και της «ποιότητας πληροφοριών», καθώς $Pearson=0,565$. Δηλαδή, οι ιατροί που αξιολογούν ως υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν ως υψηλή την ποιότητα πληροφοριών.

- Ποιότητα υπηρεσιών & ποιότητα συστήματος



Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της «ποιότητας πληροφοριών» και της «ποιότητας συστήματος», καθώς $Pearson=0,381$. Δηλαδή, οι ιατροί που αξιολογούν ως υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν ως υψηλή την ποιότητα του συστήματος.

- Ποιότητα πληροφοριών & ποιότητα συστήματος

Παρατηρείται μια θετική συσχέτιση και κατά την εξέταση των μεταβλητών της «ποιότητας υπηρεσιών» και της «ποιότητας συστήματος», καθώς $Pearson=0,678$. Δηλαδή, οι ιατροί που αξιολογούν ως υψηλή ποιότητα των πληροφοριών, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν ως υψηλή την ποιότητα του συστήματος.

Άρα, απαντώντας στο τρίτο ερώτημα, φαίνεται πως η ποιότητα υπηρεσιών συνδέεται θετικά με την συνολική ικανοποίηση από το e-detailing. Επίσης, η ποιότητα υπηρεσιών συνδέεται θετικά με τις άλλες δύο διαστάσεις της ποιότητας πληροφοριών και της ποιότητας του συστήματος. Τέλος, μεγάλη θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της ποιότητας πληροφοριών και της ποιότητας του συστήματος.

Ερώτημα 4^ο: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ενημέρωσης ιατρικών επισκεπτών και e-detailing;

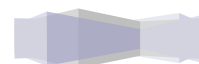
- Βαθμός ικανοποίησης από ενημέρωση ιατρικών επισκεπτών & συνολικής ικανοποίησης από ενημέρωση μέσω e-detailing

Παρατηρείται αρνητική η συσχέτιση των δύο μεταβλητών της «συνολικής ικανοποίησης από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών» και της «συνολικής ικανοποίησης από ενημέρωση μέσω e-detailing», καθώς $Pearson= -0,042$. Δηλαδή, οι ιατροί που αντιλαμβάνονται ως υψηλής ποιότητας την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν αρνητικά την ενημέρωση από το e-detailing.

- Βαθμός ικανοποίησης από ενημέρωση ιατρικών επισκεπτών & συχνότητα χρήσης e-detailing

Παρατηρείται αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών της «συνολικής ικανοποίησης από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών» και της «συχνότητας χρήσης e-detailing», καθώς $Pearson= -0,193$. Δηλαδή, οι ιατροί που αντιλαμβάνονται ως υψηλής ποιότητας την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών, φαίνεται συνήθως πως αξιολογούν αρνητικά την ενημέρωση από το e-detailing.

Άρα, απαντώντας στο τέταρτο ερώτημα, φαίνεται πως οι ιατροί που λαμβάνουν υψηλή ικανοποίηση από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών αξιολογούν αρνητικά την συνολική ικανοποίηση από e-detailing και παρουσιάζουν χαμηλή συχνότητα χρήσης του.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι αναμενόμενο να μεταβάλλονται οι ανάγκες της νέας γενιάς ιατρών. Σε δημοσιευμένη έρευνα της Manhattan Research(2005) έχουν μελετηθεί οι προτιμήσεις τους αναφορικά με όλα τα καινοτόμα ψηφιακά συστήματα επικοινωνίας που συνθέτουν το μίγμα της επικοινωνίας των φαρμακευτικών εταιρειών με τους ιατρούς που είναι και αυτοί που θα πάρουν την απόφαση για τη συνταγογράφηση – συνεπώς και την πώληση - ενός σκευάσματος. Συγκεκριμένα, στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν το e-Detailing, eCME (electronic continuing medical education), Rx info online (για τη συνταγογράφηση), και ο προσωπικός ψηφιακός βοηθός (PDA; Personal digital assistance).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα λοιπόν, έχει προκύψει η ανάγκη για ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στις ήδη υπάρχουσες, οι οποίες νέες τεχνολογίες ονομάζονται και «λύσεις νέας γενιάς». Μάλιστα, πέραν της εκδηλωμένης ανάγκης από την πλευρά των ιατρών, φαίνεται πως οι νέες τεχνολογίες είναι περισσότερο αποδοτικές σε θέματα κόστους δίνοντας ταυτόχρονα μετρήσιμα αποτελέσματα στους μάντζερ των τμημάτων μάρκετινγκ (Mack, 2003).

Κατά ένα μέσο όρο, το προφίλ του ιατρού «νέας γενιάς» περιγράφεται ως εξής: ηλικιακά βρίσκεται στην ηλικία των 47 ετών, έχει πρόσβαση στο internet από το γραφείο του και χρησιμοποιεί αρκετά τις νέες τεχνολογίες. Το 43% των συμμετεχόντων έχει ενσωματώσει στην καθημερινότητά του πλήρως τις νέες αυτές τεχνολογίες. Στα πλαίσια της ίδιας έρευνας φανερώθηκε η επιθυμητή κατάσταση του μίγματος επικοινωνίας εταιριών και ιατρών σε σύγκριση με την παρούσα κατάσταση. Φαίνεται πως οι ιατροί που ανήκουν στη νέα γενιά, επιθυμούν στο μέλλον λιγότερη ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες και περισσότερη ενημέρωση από e-Detailing στο νέο μίγμα επικοινωνίας. Η μελέτη και η κατανόηση της διαφοράς μεταξύ παρούσας και επιθυμητής κατάστασης μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενημέρωσης των ιατρών, αυξάνοντας την ικανοποίησή τους και της δέσμευσής τους απέναντι σε μια εταιρεία (Mack, 2003).

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια εντοπισμού του επιπέδου ποιότητας που αναγνωρίζουν οι ιατροί από τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες ενημέρωσης που ονομάζονται ως e-Detailing. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή κατανομή 31 έως 35 και 36 έως 40 ετών, άρα μπορεί να θεωρηθεί πως έχει αποτυπωθεί η εκτίμηση ενός μεριδίου ιατρών που ανήκουν στη νέα γενιά. Στην Ελλάδα όμως η εικόνα είναι αρκετά διαφορετική, σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Το 90% των ιατρών χρησιμοποιούν

καθημερινά internet για τις διάφορες ανάγκες τους με το 45% να έχει πάνω από έντεκα χρόνια εμπειρία στην πλοήγηση σε αυτό, δεν έχουν όμως μεγάλη επαφή με τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες ενημέρωσης περί των φαρμακευτικών προϊόντων. Συγκεκριμένα, το 81% των ιατρών δηλώνουν πως γνωρίζουν μεν για την ηλεκτρονική υπηρεσία με το 62% αυτών να έχει έρθει σε επαφή με τους ιστότοπους μετά από δοκιμή. Παρά ταύτα, ιδιαίτερα χαμηλά προσδιορίζεται η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών αυτών, με το 71% των συμμετεχόντων να δηλώνουν σπάνια χρήση και το 25% μια με δύο φορές το μήνα.

Ένας λόγος που να εξηγεί το φαινόμενο αυτό είναι ενδεχομένως η απουσία προτροπής. Το 48% των ιατρών που χρησιμοποιούν το e-detailing, δηλώνουν πως η χρήση της υπηρεσίας πραγματοποιείται με δική τους προτροπή, ενώ το 39% δηλώνει πως η χρήση πραγματοποιείται έπειτα από προτροπή του ιατρικού επισκέπτη. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτήσεων ελεύθερης απάντησης, η απουσία διαλόγου, η εμφάνιση μη αξιόπιστων καταχωρήσεων, η απουσία κινήτρου, ο όγκος δεδομένων που παρακωλύει τη διαδικασία ενημέρωσης και η δυσκολίες που υπάρχουν στη χρήση είναι παράγοντες που δρουν συνεργατικά με την απουσία προτροπής και συνδράμουν στην έλλειψη υποστήριξης των ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Έτσι προκύπτει χαμηλός βαθμός εξοικείωσης με την υπό μελέτη υπηρεσία.

Η σχέση μεταξύ συχνότητας χρήσης και βαθμού εξοικείωσης επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, όπου φάνηκε η θετική σχέση συσχέτισης που τις συνδέει. Επίσης, αποδείχτηκε πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ιατροί δεν προτιμούν την ενημέρωση από το e-detailing, καθώς η συσχέτιση μεταξύ του βαθμού εξοικείωσης και της ηλικίας των συμμετεχόντων υπολογίστηκε αρνητική. Η μεταβλητή της ηλικίας έχει την ίδια επίδραση και στην συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας. Στον αντίποδα της μεταβλητής «Ηλικία» βρίσκεται η μεταβλητή «Αριθμός επισκέψεων ανά μήνα», που παρουσιάζει θετική συσχέτιση τόσο με την εξοικείωση όσο και με την συχνότητα χρήσης του e-detailing. Τέλος, οι ιατροί που χρησιμοποιούν συχνά το e-detailing δείχνουν υψηλή ικανοποίηση από την ενημέρωση αυτή, ενώ αντιστρόφως ανάλογη είναι η γνώμη τους για την ικανοποίηση από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών (Πίνακας 4.26).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το e-detailing δεν υποκαθιστά σε καμία περίπτωση την διαπροσωπική ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες, παρά είναι χρήσιμο εργαλείο για αμφότερες πλευρές - ιατρού και ιατρικού επισκέπτη (Boehm, 2003). Είναι χρήσιμο για τους ιατρούς καθώς προσφέρει τη δυνατότητα αναζήτησης σε χρόνο μετά το τέλος της ημέρας, στο βάθος που είναι επιθυμητό, όπως και η αποστολή ενός αιτήματος για επεξεργασία με μια απορία ή ένα αίτημα για πρόσθετη ενημέρωση. Όλα αυτά τα στοιχεία μεταφέρονται στον αντίστοιχο ιατρικό επισκέπτη, ο οποίος μπορεί να πετύχει δεύτερη επίσκεψη και συνομιλία

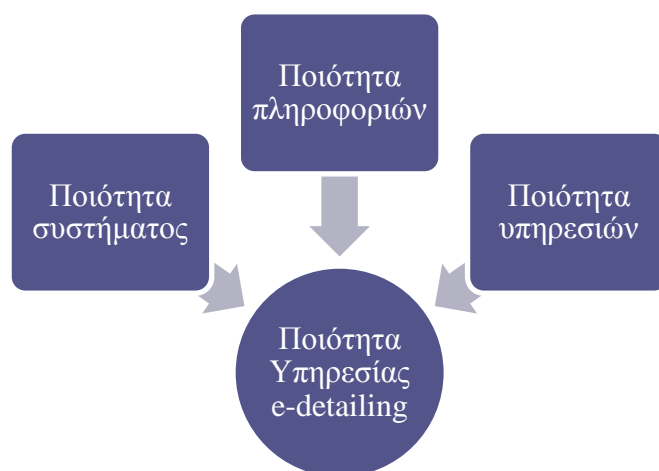
με κάθε ιατρό, μεταφέροντας στοχευμένη και άκρως επιστημονική πληροφόρηση, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε πελάτη/ιατρού (IBM research, 2005). Μέσα από αρμονική χρήση των δύο μεθόδων ενημέρωσης, ενδεχομένως γεφυρωθεί ένα αδύναμο σημείο του έργου των ιατρικών επισκεπτών, αυτό της έλλειψης επιστημονικότητας που υπογραμμίζουν οι ιατροί.

Στην παρούσα έρευνα τονίζεται η προτίμηση των ιατρών για ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες και όχι από το e-detailing. Γενικά εμφανίζεται υψηλός βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα ενημέρωσης των ιατρικών επισκεπτών, οι ιατροί είναι θετικά προδιαθετημένοι απέναντί τους και σύμφωνα με τα αποτελέσματα παραμένουν ουδέτεροι όσον αφορά τη συχνότητα και τη διάρκεια των επισκέψεων.

Γενικά φαίνεται πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ιατροί προτιμούν την ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες, ενώ οι ιατροί με μεγάλο πλήθος επισκεπτών ανά μήνα προτιμούν την ενημέρωση από το e-detailing. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την εργασία του Alkhateeb (Alkhateeb et al., 2008).

ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΟ E-DETAILING

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας μιας ηλεκτρονικής υπηρεσίας ενημέρωσης όπως θεωρείται το e-detailing επιλέχθηκε ένα μοντέλο που θεωρεί την ποιότητα υπηρεσιών ως αποτέλεσμα τριών παραγόντων: 1) την ποιότητα συστήματος ολόκληρου του ιστότοπου, 2) την ποιότητα των πληροφοριών που περιλαμβάνονται σε κάθε ιστότοπο και 3) την ποιότητα υπηρεσιών που συνοδεύουν την ενημέρωση, επιλύοντας κάθε απορία ή πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί κατά την πλοήγηση (Chen et al., 2009).



Σχήμα 5.1: Μοντέλο μέτρησης ποιότητας για την υπηρεσία του e-detailing. (Chen et al., 2009).

Αναφορικά με την ποιότητα συστήματος, οι ιατροί αντιλαμβάνονται μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση από τη διάσταση αυτή. Υψηλή ποιότητα αντιλαμβάνονται όσον αφορά τις πληροφορίες που βρίσκονται στις ιστοσελίδες ενημέρωσης, ενώ μέτρια είναι η ποιότητα που αντιλαμβάνονται από τις υπηρεσίες που συνοδεύουν την διαδικασία ενημέρωσής τους. Γενικά, θεωρούν πως γίνονται αποδέκτες μιας υπηρεσίας με μέτρια προς χαμηλή προσφερόμενη ποιότητα (Πίνακας 4.12).

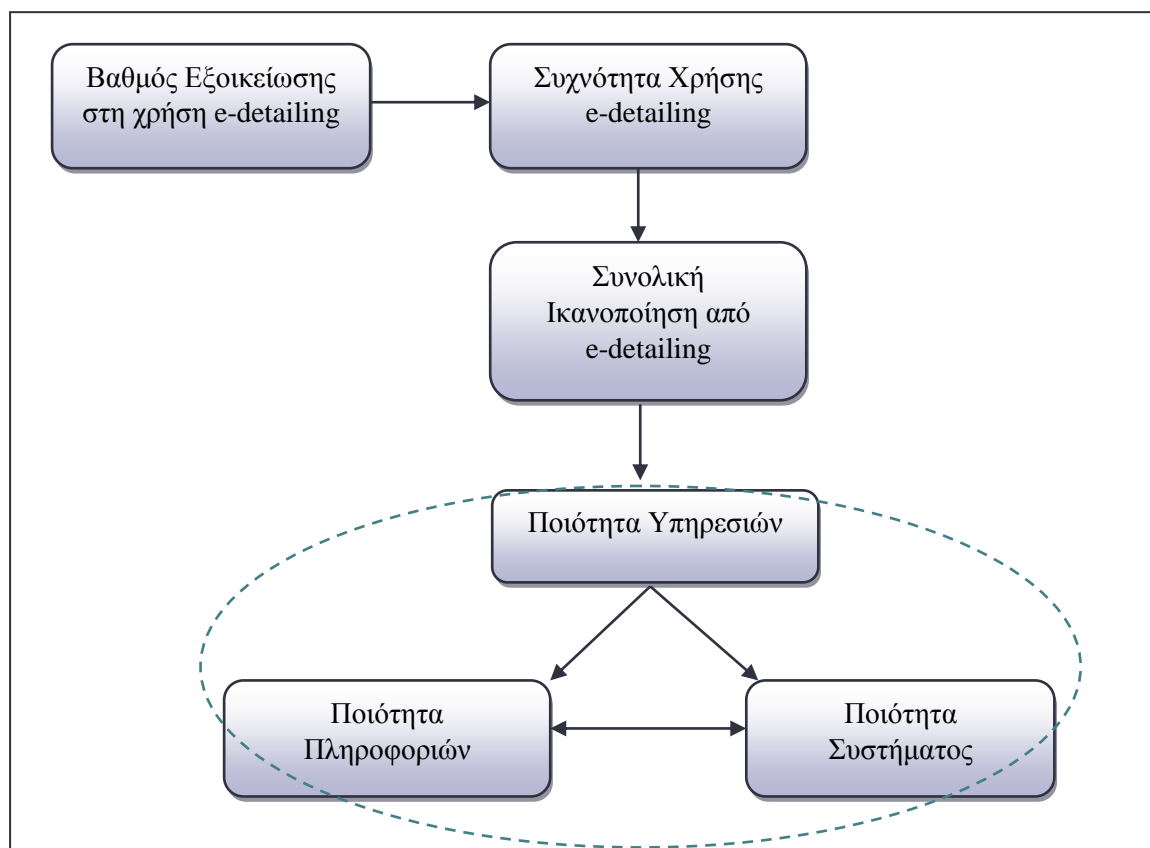
Λαμβάνοντας υπόψη πως η διάσταση της ποιότητας πληροφοριών αξιολογείται ως η σημαντικότερη από τις τρεις διαστάσεις της συνολικής ποιότητας (Διάγραμμα 4.17), και σε συνδυασμό με τα δεδομένα του Πίνακα 4.12, η ποιότητα που αντιλαμβάνονται οι ιατροί είναι υψηλή, εντοπίζεται ένα δυνατό σημείο του e-detailing. Το ίδιο συμβαίνει, επίσης, με την ποιότητα του συστήματος, η οποία σαν διάσταση καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση στην ιεραρχία που καθόρισαν οι ιατροί και για την οποία γίνεται αντιληπτή σχετικά υψηλή προσφερόμενη ποιότητα. Το σημείο προς βελτίωση είναι αυτό της ποιότητας υπηρεσιών, το οποίο καταλαμβάνει την τρίτη θέση της ιεραρχίας, αλλά η αντιλαμβανόμενη προσφερόμενη ποιότητα βρίσκεται σε μέτριο επίπεδο.

Περαιτέρω ανάλυση έχει γίνει και στους δείκτες που προσδιορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών που συνοδεύουν την ενημέρωση. Οι ιατροί έχουν ιεραρχήσει ως πρώτη διάσταση την αξιοπιστία, μετά την ανταποκρισιμότητα, την ασφάλεια και τέλος την εξατομίκευση. (Διάγραμμα 4.18). Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι μέτρια και στις τέσσερις διαστάσεις, γεγονός που καταδεικνύει πως υπάρχει περιθώριο για βελτίωση σε κάθε μια από αυτές.

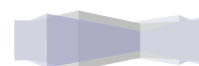
Πολύτιμες πληροφορίες αντλήθηκαν από τις συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων που καθορίζουν την συνολική ποιότητα του e-detailing (Πίνακας 4.26). Αναλυτικότερα, η συνολική ικανοποίηση από τη χρήση του e-detailing σχετίζεται θετικά με την ποιότητα υπηρεσιών και αυτή με τη σειρά της με τις άλλες δύο συνιστώσες της συνολικής ποιότητας e-detailing, που είναι η ποιότητα πληροφοριών και η ποιότητα συστήματος. Μάλιστα, μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στις δύο συνιστώσες, την ποιότητα πληροφοριών και την ποιότητα συστήματος. Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με αυτά που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα και αφορούν τη συσχέτιση του βαθμού εξοικείωσης και της συχνότητας χρήσης με τη συνολική ικανοποίηση από το e-detailing, παρουσιάζονται σε μια προσπάθεια διαγραμματική απεικόνισης της σχέσης που εμφανίζεται (Σχήμα 5.2) .

Ανακεφαλαιώνοντας, η ποιότητα του e-detailing σύμφωνα με τη γνώμη των ιατρών είναι μέτρια προς υψηλή, με την ποιότητα πληροφοριών και την ποιότητα συστήματος να

ικανοποιούν τους ιατρούς, και λίγο λιγότερο η ποιότητα υπηρεσιών που παρουσιάζει περιθώρια βελτίωσης. Δεδομένου ότι οι διαστάσεις αυτές που συναποτελούν την συνολική ποιότητα της υπό μελέτη υπηρεσίας, παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση από αυτήν αλλά και με τη συχνότητα χρήσης και τον βαθμό εξοικείωσης, οι δύο τελευταίοι παράμετροι ενδεχομένως χρήζουν βελτίωσης.



Σχήμα 5.2: Μοντέλο προσδιορισμού συνολικής ποιότητας e-detailing που περιλαμβάνει τις βασικότερες μεταβλητές που την καθορίζουν. Συγκεκριμένα περιλαμβάνεται ο βαθμός εξοικείωσης και η συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας, καθώς αυτές συνδράμουν στην συνολική ικανοποίηση από το e-detailing, όπως με τη σειρά της η τελευταία επηρεάζει την ποιότητα υπηρεσιών που συνοδεύουν την ενημέρωση, μαζί με την ποιότητα πληροφοριών και ποιότητα συστήματος. Εντός του κύκλου περιλαμβάνονται οι τρεις διαστάσεις της συνολικής ποιότητας e-detailing.



Το e-detailing έχει εμφανιστεί σαν λύση για τις φαρμακευτικές εταιρείες για την προώθηση των σκευασμάτων τους και τη δέσμευση των ιατρών που διαθέτουν ολοένα και λιγότερο χρόνο για τους ιατρικούς επισκέπτες. Θεωρείται μια πρακτική που ανοίγει το δρόμο για νέα εποχή ιατρικής ενημέρωσης και επικοινωνίας ιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών.

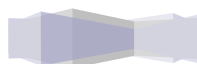
Σύμφωνα με στελέχη επιχειρήσεων, το e-detailing αν εφαρμοστεί σωστά (Hauben, 2003):

- Μεταφέρει προωθητικά μηνύματα με πλούσιο περιεχόμενο,
- Βοηθά στην πρόσβαση των ιατρών στο δυναμικό των πωλήσεων μέσω της δυνατότητας αποστολής αιτημάτων στους ιατρικούς επισκέπτες και αποστολής παραγγελιών για δείγματα,
- Είναι δυνατή η ταυτόχρονη προσέγγιση μεγάλου αριθμού ιατρών με παρόμοια ενδιαφέροντα,
- Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στην ομάδα μάρκετινγκ για τις απορίες των ιατρών,
- Έχει υψηλή απόδοση και χαμηλό κόστος,
- Ενισχύει τη σχέση με τους πελάτες (ιατρούς), καθώς τους παρέχει αυτό που χρειάζονται στη συγκεκριμένη στιγμή, στο χώρο που το χρειάζονται με άνεση και στοχευμένο περιεχόμενο.

Σύμφωνα με έρευνα της Manhattan Research (2005), η συμμετοχή των ιατρών στο e-detailing αναμένεται να αυξηθεί μέσα στα επόμενα χρόνια. Σε άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε από την IBM (2005), επόμενος στόχος των φαρμακευτικών εταιρειών θα πρέπει να είναι η ανακάλυψη μεθόδων ώστε να υποκινείται διαρκώς το ενδιαφέρον των ιατρών κατά την πλοήγησή τους στις διάφορες ιστοσελίδες ή εφαρμογές κατά την ενημέρωσή του. Η πληροφορία που περιέχεται στα ηλεκτρονικά μέσα θα πρέπει πάντα να είναι σύγχρονη, να υπάρχουν τρόποι ανάδειξης νέων πληροφοριών που ενδεχομένως ενδιαφέρουν τον κάθε ιατρό-επισκέπτη και άπτονται των αναζητήσεων του.

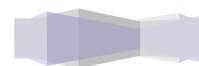
Επίσης, μια άλλη ιδέα για τη βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας του e-detailing είναι να βρεθεί για κάθε ομάδα ιατρών με παρόμοια χαρακτηριστικά, ένα κατάλληλο μίγμα μεθόδων επικοινωνίας με τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Επιπρόσθετα, η δυνατότητα διαλόγου με συναδέλφους αλλά και ιατρικούς επισκέπτες θα διευρύνει τους ορίζοντες του e-detailing, καθώς οι ιατροί γενικά τοποθετούν τη δυνατότητα

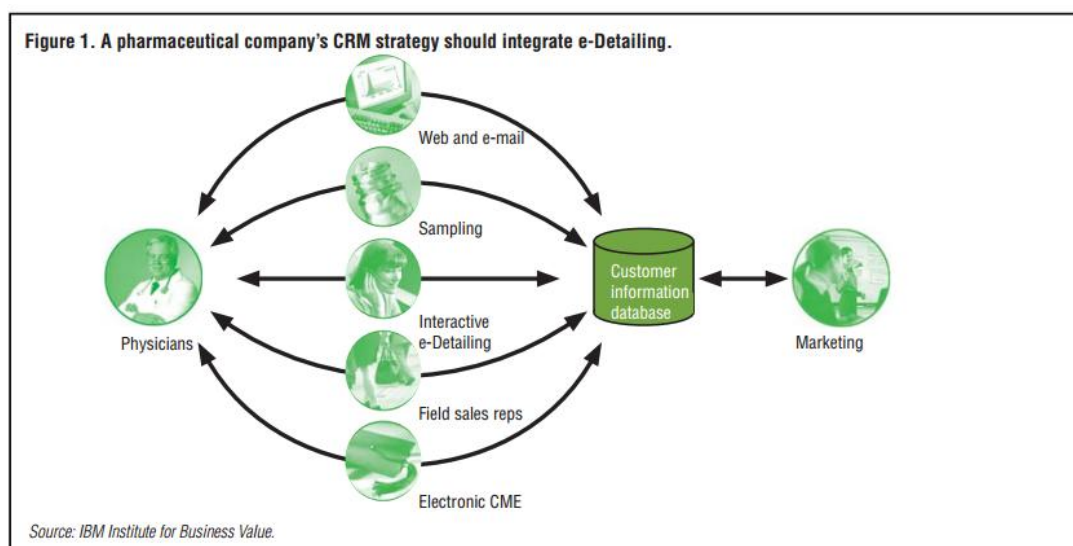


διαλόγου σε ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα της παραδοσιακής ενημέρωσης και την απουσία του ως αδύναμο σημείο της ηλεκτρονικής ενημέρωσης.

Σε κάθε περίπτωση θεμελιώδους σημασίας έχει η διάδοση ειδήσεων και άρθρων με άκρως επιστημονικό χαρακτήρα, καθώς έτσι αντιλαμβάνονται οι ιατροί πως η ενημέρωσή τους δίνει προστιθέμενη αξία στην ενημέρωση και την άσκηση του επαγγέλματός τους. Υπάρχει μια σημαντική μερίδα ιατρών που αμφισβητεί την προστιθέμενη αξία από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών, καθώς δεν δέχονται τον προσχεδιασμένο λόγο τους ως άρτια επιστημονική ενημέρωση. Οι ιατροί δε σέβονται τους ιατρικούς επισκέπτες που δεν δείχνουν αντικειμενικότητα και αναδεικνύουν ένα σκεύασμα μειώνοντας τα σκευάσματα των ανταγωνιστών. Στο σημείο αυτό το e-detailing μπορεί να συνδράμει στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ιατρών προς τις εταιρείες, με την παράθεση ειδήσεων από πολλαπλά κανάλια επικοινωνίας, όπως δεδομένα από ιατρικά περιοδικά, συνέδρια, κλινικές μελέτες. Με άλλα λόγια με την ενοποιημένη πληροφόρηση μόνο από αξιόπιστες πηγές ο ιατρός μέσα σε λίγο χρόνο θα μπορεί να σχηματίσει μια σφαιρική εικόνα για κάθε σκεύασμα, νιώθοντας αξιοπιστία και ασφάλεια για τις γνώσεις που απέκτησε (Wang, 2005;IBM research).



Μέσω του e-detailing μπορεί να επιτευχθεί μια αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ εταιρειών και ιατρών: αφενός οι ιατροί μπορούν να ενημερωθούν κατά τον βέλτιστο τρόπο που επιθυμούν αφετέρου οι εταιρείες μπορούν να λάβουν πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με όλες τις ανάγκες των ιατρών για πληροφόρηση. Οι πληροφορίες αυτές μοιράζονται σε όλα τα κανάλια επικοινωνίας του μάρκετινγκ καθώς οι δραστηριότητες που σχεδιάζονται πρέπει να λαμβάνουν κάθε λεπτομέρεια υπόψη, με σκοπό τη βέλτιστη εξυπηρέτηση των αναγκών των ιατρών (Wang, 2005;IBM research).



Σχήμα 5.3: Η στρατηγική διαχείρισης πελατών των φαρμακευτικών εταιρειών θα πρέπει να περιλαμβάνει το e-detailing
(πηγή:<https://www-935.ibm.com/services/us/imc/pdf/g510-3242-effective-e-detailing.pdf>)

Μετά την ενσωμάτωση των δεδομένων του e-detailing στο CRM, το επόμενο βήμα είναι η κατανόηση των αναγκών για κάθε κομμάτι (segment) των ιατρών. Αναλόγως με την ηλικία, την ειδικότητα, το πλήθος επισκεπτών, την τοποθεσία άσκησης του επαγγέλματος, τη συχνότητα συνταγογράφησης, την ευκολία με την οποία αλλάζει συνήθειες συνταγογράφησης, πρέπει η εταιρεία να διαλέγει διαφορετική μέθοδο προσέγγισης για ενημέρωση και δέσμευση των ιατρών (Σχήμα 5.3). Επίσης, ανάλογα με την διατήρηση και την πρόοδο κάθε τμήματος της αγοράς, μπορεί να επιλεγεί η καλύτερη στρατηγική προώθησης ώστε κάθε τμήμα να πετύχει μέγιστη απόδοση.

“The sales representative is still the most effective promotional resource we have”

-Hauben, 2005

Σε δημοσιευμένη έρευνα εταιρείας μάρκετινγκ με παγκόσμια εμβέλεια δράσης (GSW – HealthExperienceProject) αποκαλύφθηκαν έντεκα τάσεις στο χώρο της υγείας που αναμένεται να αλλάξουν τα δεδομένα στις πωλήσεις των φαρμακευτικών. Επίσης, αποκαλύφθηκαν ορισμένες καλές πρακτικές τις οποίες κληθούν να ενστερνιστούν οι ιατρικοί επισκέπτες στα επόμενα χρόνια, προκειμένου να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στις αλλαγές και να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον.

1) Πολύπλευρη δέσμευση

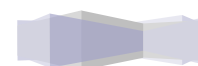
Οι πιο σημαντικές πληροφορίες χάνονται μέσα σε ένα μεγάλης έκτασης κείμενο. Έτσι, θα πρέπει να κοινοποιούνται εν συντομία σε ξεχωριστά εμφανή σημεία, ώστε να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του ιατρού που επισκέπτεται τον ιστότοπο. Επίσης, φαίνεται ότι η διαδικασία της μάθησης είναι πιο αποτελεσματική όταν είναι διαδραστική, άρα θα πρέπει να υπάρχει πλαίσιο συζήτησης στην οποία να συμμετέχουν οι ιατροί που επιθυμούν να λάβουν παρόμοιες πληροφορίες από ένα ιστότοπο.

2) Επανασύνδεση Μάρκετινγκ και Πωλήσεων

Έχει έρθει η εποχή που οι πωλήσεις θα συνδεθούν ολοκληρωτικά με το Σύστημα Διαχείρισης Πελατών (CRM), δίνοντας τη δυνατότητα στους ιατρικούς επισκέπτες για υπενθύμιση των περασμένων συζητήσεων με κάθε ιατρό. Επίσης είναι δυνατόν: α) να ειδοποιείται ο ιατρικός επισκέπτης όταν ένας συγκεκριμένος ιατρός επισκέπτεται τον ιστότοπο για να ενημερωθεί για σκευάσματα της εταιρείας, καθώς έτσι θα μπορεί να κάνει τις κατάλληλες προτάσεις για νέα αναζήτηση. β) να ειδοποιείται ο ιατρικός επισκέπτης όταν μια νέα είδηση ή ένα γεγονός που ενδιαφέρει συγκεκριμένους ιατρούς είναι διαθέσιμη και να μπορεί να τους ενημερώνει με ένα «κλικ». γ) να ειδοποιείται ο ιατρικός επισκέπτης για τα άρθρα που είχαν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στους ιατρούς.

3) Σχεδιασμός ενιαίας πλατφόρμας για όλα τα ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης

Ο ιατρός έτσι θα χειρίζεται με ευκολία και ταχύτητα τις νέες ειδήσεις και θα μπορεί να φτάσει στο βάθος που επιθυμεί. Ο ιατρικός επισκέπτης θα είναι κατάλληλα προετοιμασμένος για περαιτέρω στοιχεία.



4) Βελτίωση επικοινωνίας με νέο-ειδικευόμενους ιατρούς

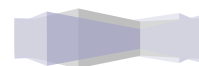
Οι ιατρικοί επισκέπτες δεν θα πρέπει πλέον να λαμβάνουν υπόψη τους μόνο τους έμπειρους ιατρούς με την υψηλή συνταγογράφηση (opinion leaders) αλλά και τους νέο – ειδικευόμενους, χτίζοντας σταθερές σχέσεις επικοινωνίας για το μέλλον.

5) Ευέλικτο μοντέλο επικοινωνίας

Το νέο μίγμα επικοινωνίας ιατρών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων περιλαμβάνει: την διαπροσωπική ενημέρωση από τους ιατρικούς επισκέπτες, την εικονική ενημέρωση από βίντεο, την υποκινούμενη από τον ιατρό ενημέρωση μέσα από σειρά άρθρων και ειδήσεων. Όμως, ο ιατρικός επισκέπτης είναι που διαχειρίζεται τα κανάλια επικοινωνίας έτσι, ώστε ο κάθε ιατρός να ενημερώνεται κατά τον τρόπο που επιθυμεί, τροποποιώντας το μίγμα ενημέρωσης ανά περίπτωση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Λόγω του γεωγραφικού και χρονικού περιορισμού στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, υπάρχουν ορισμένες ιδέες που δεν υλοποιήθηκαν και αποτελούν προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Θα ήταν χρήσιμο να συμπεριληφθούν περισσότερες γυναίκες στην έρευνα, καθώς και μεγαλύτερος πληθυσμός ιατρών στις ειδικότητες που συνταγογραφούν μεγάλο εύρος φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως παθολόγοι, γυναικολόγοι ή παιδίατροι. Μια έρευνα με εξάπλωση σε περισσότερες περιοχές της Ελλάδας θα έδινε σαφέστερη εικόνα σχετικά με την αξιολόγηση και την αποδοχή του e-detailing. Επίσης, θα ήταν ενδιαφέρουσα η μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ιατρών ίδιου κλάδου όσον αφορά την υιοθέτηση και τη στάση τους απέναντι στο e-detailing. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι ιατροί που εργάζονται σε κλινικές ή συστεγαζόμενα ιατρεία έχουν λιγότερες ανάγκες για ενημέρωση μέσω e-detailing (Alkhateeb et al., 2008).



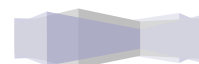
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

BIBΛΙΑ

- Καζάζης Ν. 2011. Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ. Θεωρίες, Πρακτική, Δεοντολογία. Εκδόσεις Σταμούλη. Αθήνα.
- Dogramatzis D. 2001. Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide / Edition 1 .CRC Press, October 2001, ISBN-13: 978-1574911183
- Καραγεώργος Δ. 2002. Μεθοδολογία Έρευνας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
- Σιώμκος Γ., Βασιλικοπούλου Α., 2005. Εφαρμογή μεθόδων ανάλυσης στην έρευνα αγοράς, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

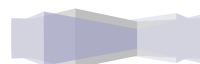
- Ahmed R.R., Parmar V., Ahmad N., Warraich U.A., Khoso I., (2014).The communication Mix in Pharmaceutical Marketing. The Pharm Innovation Journal 2014; 3(5):46-53
- Alkhateeb F.M., Doucette W.R., (2008),"Electronic detailing (e-detailing) of pharmaceuticals to physicians: a review", International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, Vol. 2 Iss 3 pp.235-245<http://dx.doi.org/10.1108/17506120810903999>
- Alkhateeb, F.M., Doucette, W.R.(2009). Influences on Physicians' Adoption of Electronic Detailing. Informatics for Health and Social Care., 34(1):39-52.
- Alkhateeb F.M., Khanfar N.M., Loudon D. (2010), Physicians' Adoption of Pharmaceutical E-Detailing: Application of Rogers' Innovation-Diffusion Model. Services Marketing Quarterly 31(1):116-132 DOI: 10.1080/15332960903408575
- Andaleeb S.S. & Tallman R.F. 1996. Relations of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: An exploratory study. Health Marketing Quarterly, 13 (4),79-89.
- American Marketing Association. (1985). Marketing news March 1:1
- Avlonitis, G.J., Boyle, K.A., Kouremenos, A.G. 1986. Matching Salesman to the Selling Job. Industrial Marketing Management, 15;45-54.



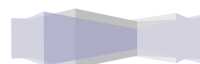
- Bates, A., Bailey, E. and Rajyaguru, I. (2002), "Navigating the e-detailing maze", *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2 No. 3, pp. 255-62.
- Boehm, E. (2005). The Forrester wave TM: e-Detailing, Q4 2005. Retrieved January 24, 2013 from <http://www.forrester.com/Research/Document/Excerpt/0,7211,36322,00.html>
- Booms, B., H., and Bitner, M., J., 1981. Marketing strategies and organization structures for Service firms, in Donnelly, J., H., and George, W., R., (eds). *Marketing of Services*. Chicago: American Marketing Association
- Borden, N.H. 1964. The concept of the marketing mix. *Journal of advertising research*. June: 2-7
- Buckley, J. 2004. Pharmaceutical Marketing – Time for Change. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*. Vol. 9, No. 2.
- Buttle, F. (1996), "SERVQUAL: review, critique, research agenda", *European Journal of Marketing*, Vol. 30 No. 1, pp. 8-32.
- Caro, L.M. and Garcia, J.A.M. (2007), "Measuring perceived service quality in urgent transportservice", *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 14 No. 1, pp. 60-72.
- Chen, C., Chang, R., Hung, M. et al. *J Med Syst* (2009) 33: 317. doi:10.1007/s10916-008-9193-1.
- DeLone, W. H., and McLean, E. R., The DeLone and McLean model of information system success: a ten-year update. *J. Manage. Inf. Syst.* 19(4):9–30, 2003.
- Dibb, Simkin, Pride and Ferrell(1994), *Marketing, concepts and strategies*, Houghton Mifflin, p.600
- Dickov, V. T., Kuzman, B. M. 2011. The Promotion of Pharmaceutical Products .*Materia Socio Medica*, 23 (1), 48-59. Drucker, P.F. 1993. *Management: Tasks, responsibilities, practices*. New York: Harperbusiness
- Ekinci, Y. and Riley, M. (1998), "A critique of the issues and theoretical assumptions in servicequality measurement in the lodging industry: time to move the goal-posts", *HospitalityManagement*, Vol. 17 No. 4, pp. 349-62.
- Elling, M.E., Fogle, H.J., McKhann, C.S. and Simon, C. (2002), "Making more of pharma's saleforce", *The McKinsey Quarterly*, Vol. 3, pp. 86-95.



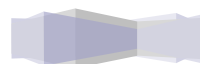
- Fournier, S & Glenmick, D(1999). “Rediscovering satisfaction”, Journal of Marketing, pp.5-23.
- Gleason, M. (2001), “Internet detailing opens the doctor’s door”, Medical Marketing and Media, Vol. 36 No. 1, pp. 80-6.
- Gleason, M. (2003), “Growing market share through more effective physician access”, HyGro Consulting Group, Chicago.
- Gounaris, S. (2005), “Measuring service quality in b2b services: an evaluation of the SERVQUAL scale vis-a-vis the INDSERV scale”, Journal of Services Marketing, Vol. 19 Nos 6/7, pp. 421-35.
- Groenroos C. (1982), “ Strategic Management and Marketing Sector,” Marketing Science Institute, Cambridge, MA.
- Gummesson, E., (1994) Service management: an evaluation and the future, International Journal of Service Industry Management.
- Haughton D., Hua g., Jin D., Lin J., Wei Q., Zhang C., (2015), "Optimization of the promotion mix in the healthcare industry", International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, Vol. 9 Iss 4 pp. 289 - 305
- Health Strategies Group (1999), “Access to high prescribers: the world of doorknob details”, Health Strategies Group, Chicago, IL.
- Henkoff R, 1994, Service is everybody’s business, Fortune, June 27
- IMS Health (2004), “IMS focus report on e-detailing”, available at: www.imshealth.com (accessed October 12, 2006).
- Jupiter Research (2003), Online Detailing: Understanding Physician’s Behavior, Jupiter Research Executive Survey, New York, NY.
- Jenner, S. 2000. An overview of marketing careers. Maidenhead, UK: the Chattered Institute of Marketing.
- Jiang, J.J., Klein, G. and Crampton, S.M. (2000), “A note on SERVQUAL reliability and validity in information system service quality measurement”, Decision Sciences, Vol. 31 No. 3, pp. 725-44.
- Kilbourne, W.E., Duffy, J.A., Duffy, M. and Giarchi, G. (2004), “The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality”, Journal of Services Marketing, Vol. 18 Nos 6/7, pp. 524-33.



- Kotler P., (1997), *Marketing Management: analysis, planning, control and implementation*, Prentice Hallm New Jersey.
- Kotler, P, Armstrong,G (1991) “Strategic marketing” Prentice – Hall, σελ 315-316
- Kotler, P. & Sidney J. Levy. (1969). Broadening the Concept of Marketing. *Journal of Marketing*, January 1969, Vol. 33, Issue 1, pp.10-15.
- Kotler, P. (1980). *Marketing management: Analysis, planning and control*. 4th edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Kotler, P. (1991). *Marketing management: Analysis, planning and control*. 7th edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Kotler, P., & Clarke, R. N. (1987). *Marketing for health care organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ladhari R., (2008), "Alternative measures of service quality: a review", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 18 Iss 1 pp. 65 – 86
- Lam, S.S.K. (1997), “SERVQUAL: a tool for measuring patients opinions of hospital servicequality in Hong Kong”, *Total Quality Management*, Vol. 8 No. 4, pp. 145-52.
- Lavidge, R. J., & Steiner G. A. "A Model for Predictive Measurements of Advertising Effectiveness." *Journal of Marketing* 25, 4 (1961): 59-62.
- Li, E. Y., Perceived importance of information system success factors: a meta analysis of group differences. *Inf. Manage.* 32(1):15–28, 1997. doi:10.1016/S0378-7206(97)00005-0
- Lovelock, C. (1996), «*Services Marketing*» Prentice – Hall, N.J.
- Manhattan Research (2005), “Electronic detailing at a glance”, available at: www.manhattanresearch.com/edetailing.aspx (accessed October 11, 2006).
- Markovic, S. (2006), “Expected service quality measurement in tourism higher education”, *NaseGospodarstvo*, Vol. 52 Nos 1/2, pp. 86-95.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. London: Harper and Low
- McAlexander, J.H., Kaldenberg, D.O. and Koenig, H.F. (1994), “Service quality measurement:examination of dental practices sheds more light on the relationships



- between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a health care setting”, *Journal of HealthCare Marketing*, Vol. 14 No. 3, pp. 34-40.
- Najjar, L. and Bishu, R.R. (2006), “Service quality: a case study of a bank”, *Quality Management Journal*, Vol. 13 No. 3, pp. 35-44.
- Nichols, W. (2013), *Advertising Analytics 2.0.*, Harvard Business Review, Vol. 91 No. 3, pp. 60-68.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. (1985), “Problems and strategies in services marketing”, *Journal of marketing*, Spring pp. 33-46.
- Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990 “Delivering quality service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York: The Free Press.
- Pitt, L., Watson, R., and Kavan, C., Service quality: a measure of information systems effectiveness. *MIS Q.* 19(2):173–187, 1995. doi:10.2307/249687
- Rai, A., Lang, S. S., and Welker, R. B., Assessing the validity of IS success models: an empirical test and theoretical analysis. *Inf. Syst. Res.* 13(1):50–69, 2002. doi:10.1287/isre.13.1.50.96
- Reuters Business Insight Health Care (2003), “Physician – targeted internet promotion: online solutions to declining productivity in the sales process”, Reuters Business Insight HealthCare, London.
- Rotfeld, Herbert Jack. 2001. *Adventures in Misplaced Marketing*. Westport, CT: Quorum Books
- Rotfeld, Herbert Jack. 2001. *Adventures in Misplaced Marketing*. Westport, CT: Quorum Books
- Rust, R.T. and Lemon, K.N. 2001. E-service and the consumer. *International Journal of Electronic Commerce*. Vol. 5 No. 3, Spring pp.85-101.
- Santos J., (2003), "E-service quality: a model of virtual service quality dimensions", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 13 Iss 3 pp. 233 - 246
- Sasser, W.E., Olsen, R.P., Wyckoff, D.D., 1982, *Management of Service Operations*, Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Schram, W. 1954. How communication works. In the process and effects of mass communication. W. Schram, ed. Urbana, Ill.: The University of Illinois Press



- Smith, M.C., 1991. *Pharmaceutical Marketing: strategy and cases*. New York: Pharmaceutical products press.
- Sower, V., Duffy, J.A., Kilbourne, W., Kohers, G. and Jones, P. (2001), “The dimensions of servicequality for hospitals: development and use of the KQCAH scale”, *Health Care ManagementReview*, Vol. 26 No. 2, pp. 47-58.
- Teas, R.K. (1994), “Expectations as a comparison standard in measuring service quality: anassessment of a reassessment”, *Journal of Marketing*, Vol. 58 No. 1, pp. 132-9.
- Van der Wal, R.W.E., Pampallis, A. and Bond, C. (2002), “Service quality in a cellulartelecommunications company: a South African experience”, *Managing Service Quality*, Vol. 12 No. 5, pp. 323-35.
- Van Dyke, T.P., Prybutok, V.R. and Kappelman, L.A. (1999), “Cautions on the use of theSERVQUAL measure to assess the quality of information systems services”, *DecisionSciences*, Vol. 30 No. 3, pp. 877-91.
- Ventura, K., Baybars, M., Dedeoglou, A.O. 2012. A new debate for Turkish Physicians: E-Detailing. *Health Marketing Quarterly*, 29:362–377. DOI: 10.1080/07359683.2012.732879
- Verispan (2006), “Verispan’s e-promotion annual study in 2006”, Yardley, PA.
- Watson, R. T., Pitt, L. F., and Kavan, C. B., *Measuring information systems service quality: lessons from two longitudinal case studies*. 1998. *MIS Q.* 22(1):61–79.,doi:10.2307/249678
- Wilke, A. (2001), “E-detailing: what physicians are saying”, paper presented at E-Sales and Marketing in Pharma conference, Amesterdam.
- Wilkins, H., Merrilees, B. and Herington, C. (2007), “Toward an understanding of total servicequality in hotels”, *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 26 No. 4,pp. 840-53.
- Zeithaml, V.A., 2000, "Service quality, profitability, and the economic worth ofcustomers: what we know and what we need to learn", *Journal of the Academyof Marketing Science*, 28, 1, 67-85.
- Zhou, L., Zhang, Y. and Xu, J. (2002), “A critical assessment of SERVQUAL’s applicability in thebanking context of China, Asia Pacific”, in Hunt, K. (Ed.), *Advances in*



Consumer Research, Vol. 5, Association for Consumer Research, Valdosta, GA, pp. 14-21.

Zikmund, W.G., and M. D'Amico, eds. 1996. Marketing, 5th ed. St. Paul, Minn.: West Publishing Company

Zitter, M., Lyon, S. 1999. The case for integrated promotional programs. Pharmaceutical executive 19: 86-92.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://www.eefam.gr/assets/files/books/Code_of_Ethics_EEFAM.pdf

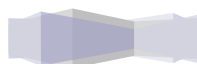
<http://content.marketingsherpa.com/heap/pharma/1.pdf>

Mack, 2003: <http://www.news.pharma-mkting.com/pmn28-article01.pdf>

Hauben, 2003: <http://www.news.pharma-mkting.com/pmn29-article02.pdf>

IBM research: <https://www-935.ibm.com/services/us/imc/pdf/g510-3242-effective-e-detailing.pdf>

Sales representatives' Best practices: <http://healthexperienceproject.com/exclusive-trends-report-sales-rep-2015/>





Τα παρακάτω ερωτήματα αναφέρονται στην δυνατότητα ενημέρωσης των Ιατρών μέσω του διαδικτύου. Ο συγκεκριμένος τρόπος ενημέρωσης αναφέρεται ως “e-detailing”. Οι φαρμακευτικές εταιρείες (γενικά, δίχως να εξετάζεται κάποια συγκεκριμένη περίπτωση) διαθέτουν ειδικούς ιστότοπους με πληροφορίες για όλα τα προϊόντα τους. Οι Ιατροί, ανεξαρτήτως ειδικότητας ή εμπειρίας έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν αν θα ενημερωθούν μέσα από τους ιστότοπους αυτούς και σε τι βαθμό.

{Ο Ιατρικός Επισκέπτης ως πηγή ενημέρωσης}

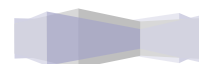
	Ελάχιστα	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Αρκετά
A.1. Με τι συχνότητα διατηρείτε επικοινωνία με στους ιατρικούς επισκέπτες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2. Τι διάρκεια έχουν οι επισκέψεις αυτές;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3. Γενικά, δηλώνεται θετικά προδιατεθειμένοι απέναντι στους ιατρικούς επισκέπτες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

{Γενική εικόνα επίγνωσης ηλεκτρονικής πηγής ενημέρωσης}

B.1. Έχετε ξανακούσει για τη δυνατότητα ενημέρωσης του e-detailing;	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	
B.2. Σας έχει προσφερθεί η δυνατότητα δοκιμής σε αυτή την υπηρεσία του e-detailing;	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	
B.3. Τι συχνότητα χρήσης της υπηρεσίας έχω;	Σπάνια <input type="checkbox"/>	Μια φορά το μήνα <input type="checkbox"/>	Δύο φορές τη βδομάδα <input type="checkbox"/>	Κάθε βδομάδα <input type="checkbox"/>	Καθημερινά <input type="checkbox"/>
B.4. Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με προτροπή του ιατρικού επισκέπτη;	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	
B.5. Η επαφή με την υπηρεσία του e-detailing πραγματοποιείται με δική μου επιλογή	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	
B.6. Γενικά, θεωρώ πως έχω ένα βαθμό εξοικείωσης με το e-detailing...	Ελάχιστα <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Μέτριο <input type="checkbox"/>	Μεγάλο <input type="checkbox"/>	Πολύ μεγάλο <input type="checkbox"/>

Στη συνέχεια θα θέλαμε την άποψη σας πάνω σε μια σειρά χαρακτηριστικών της προσφερόμενης υπηρεσίας που ονομάζεται ως e-detailing.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Γ.1. Ποιότητα Συστήματος					
Γ.1.1. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι φιλικόι στο χρήστη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.2. Οι διαθέσιμοι ιστότοποι για ενημέρωση είναι εύκολοι στη χρήση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.3. Οι αναρτήσεις και η παρουσία των ιστότοπων παραμένουν σταθερά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.4. Το σύστημα ανταποκρίνεται γρήγορα στις δικές μου επιλογές («κλικ»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.5. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να συζητώ με άλλους ενδιαφερόμενους για κοινά θέματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.6. Η δομή του συστήματος είναι τέτοια που με βοηθά να μοιράζομαι τις απορίες μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.7. Το σύστημα της ηλεκτρονικής ενημέρωσης μου προβάλλει επιπρόσθετους συνδέσμους για άλλους, χρήσιμους ιστότοπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.1.8. Οι σύνδεσμοί αυτοί λειτουργούν εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2. Ποιότητα Πληροφοριών					
Γ.2.1. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει σύγχρονες πληροφορίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.2. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης παρέχει επαρκείς πληροφορίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.3. Το περιεχόμενο των διαθέσιμων άρθρων/βίντεο είναι ευνόητο και ευανάγνωστο, χωρίς κρυμμένα στοιχεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.4. Η διάταξη του συστήματος είναι καλαίσθητη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.5. Μου αρέσει η διάταξη του συστήματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.6. Βρίσκω την διάταξη του συστήματος ενοχλητική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.7. Το σύστημα ενημέρωσης μου προκαλεί ευχαρίστηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.2.8. Ο χρόνος περνά γρήγορα όταν χρησιμοποιώ τους ιστότοπους για	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

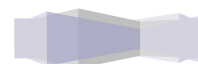


Γ.3. Ποιότητα Υπηρεσιών

Γ.3.1. Το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος παρέχει τις υπηρεσίες του σωστά από την πρώτη φορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.2. Όταν αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα, το κέντρο εξυπηρέτησης του συστήματος δείχνει πραγματική επιθυμία για βοήθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.3. Το κέντρο εξυπηρέτησης είναι πάντα ευγενικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.4. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης εμπνέει εμπιστοσύνη στους χρήστες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Γ.3.5. Το κέντρο εξυπηρέτησης δεν είναι ποτέ τόσο απασχολημένο, ώστε να καθυστερήσει την επικοινωνία μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.6. Το κέντρο εξυπηρέτησης δίνει πάντα άμεσες απαντήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.7. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να πάρω όση περισσότερη πληροφόρηση επιθυμώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.3.8. Το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε να μπορώ να επιλέξω ακριβώς για τι επιθυμώ να πληροφορηθώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ.4. Συνολική Ικανοποίηση

Γ.4.1. Γενικά, είμαι ευχαριστημένος με το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.4.2. Γενικά, είμαι ικανοποιημένος από το σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.4.3. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό από την ενημέρωση των Ιατρικών Επισκεπτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.4.4. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να ενημερωθώ για τις παρενέργειες των φαρμάκων και να κάνω συγκρίσεις μεταξύ φαρμάκων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ.4.5. Γενικά, θεωρώ το e-detailing πιο αποτελεσματικό καθώς μπορώ να διενεργήσω μεγαλύτερη και σε βάθος έρευνα για το φάρμακο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Γ.5. Ιεράρχηση Διαστάσεων Ποιότητας

Γ.5.1. Παρακαλώ βάλτε σε σειρά από το 1 έως το 3 ανάλογα με το πόσο σημαντικό στοιχείο πιστεύετε ότι είναι το κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά της συνολικά παρεχόμενης ποιότητας σε ένα σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης

5.1.1. Ποιότητα συστήματος 5.1.2. Ποιότητα πληροφοριών 5.1.3. Ποιότητα υπηρεσιών

Γ.5.2. Παρακαλώ βάλτε σε σειρά από το 1 έως το 4 ανάλογα με το πόσο σημαντικό στοιχείο πιστεύετε ότι είναι το κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά συγκεκριμένα της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών σε ένα σύστημα ηλεκτρονικής ενημέρωσης

5.2.1. Αξιοπιστία 5.2.2. Ασφάλεια 5.2.3. Ανταποκρισιμότητα 5.2.4. Εξατομίκευση

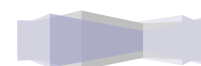
Γ.6. Ποιό θεωρείτε το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της δυνατότητας ενημέρωσης μέσω του διαδικτύου;

Γ.7. Ποιό θεωρείτε το πιο αδύναμο σημείο της δυνατότητας ενημέρωσης μέσω του διαδικτύου;

	Ελάχιστα	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Αρκετά
A.1. Σε τι βαθμό δηλώνω ικανοποιημένος/η από την ενημέρωση των ιατρικών επισκεπτών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2. Προτιμώ την ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες σε σχέση με το e-detailing, επειδή έχω εύκολη πρόσβαση σε δωρεάν δείγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3. Προτιμώ την ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες σε σχέση με το e-detailing, επειδή λαμβάνω περισσότερη πληροφόρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.4. Ποια θεωρείται τα σημεία προς βελτίωση στην ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες;

A.5. Ποιο θεωρείται το μεγαλύτερο πλεονέκτημα στην ενημέρωση από τους Ιατρικούς Επισκέπτες;



Δ. Πείτε μας λίγα λόγια για εσάς

8.1 φύλο 1) άνδρας 2) γυναίκα

8.2 σε ποιά ηλικιακή κατανομή βρίσκεστε;

1) 25-30 3) 36-40 5) 46-50 7) 56-60
2) 31-35 4) 41- 45 6) 51-55 8) 61 και άνω

8.3 πόσα χρόνια εξασκείτε την ειδικότητά σας από την ημέρα που αποκτήσατε το πτυχίο σας;

1) κάτω από 2 3) 5-7 5) 11-13 7) 17-19 9) 23 και άνω
2) 2-4 4) 8-10 6) 14-16 8) 20-22

8.4 ποιά είναι η ειδικότητά σας;

8.5 πόσους ασθενείς παρακολουθείτε κατά προσέγγιση την εβδομάδα;

1) 11-30 3) 41-50 5) 61-70 7) 100 και άνω
2) 31-40 4) 51-60 6) 71-100

8.6 Μέχρι που φτάσατε τις σπουδές σας;

1) βασικό πτυχίο και ειδικότητα 2) μεταπτυχιακές σπουδές (Master) 3) διδακτορικό 4) άλλη ειδικότητα

8.7 Συχνότητα χρήσης Internet

1) < από μια φορά το μήνα 2) μια φορά το μήνα 3) κάθε δεκαπέντε μέρες
4) κάθε βδομάδα 5) δύο φορές τη βδομάδα 6) καθημερινά

8.8 Χρόνια εμπειρίας στη χρήση Internet

1) < από 4 χρόνια 2) 4-6 χρόνια 3) 7-8 χρόνια 4) 9-11 χρόνια 5) > 11 χρόνια

