

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας και
Κοινωνικής Πρόνοιας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Σαμαντά Ειρήνη

Η επίδραση των οργανωσιακών αλλαγών του Ελληνικού συστήματος υγείας στην ικανοποίηση των ασθενών: η περίπτωση των πασχόντων από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Θεοδωρέλου Ροδάνθη ΔΜΥ-4

Πειραιάς, 2017

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια Dr. Σαμαντά Ειρήνη, για το χρόνο και την κατανόηση της καθώς προσφέροντας τις γνώσεις της και τη συνεχή υποστήριξή της με καθοδήγησε στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου η οποία μου συμπαραστάθηκε όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, αλλά και σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Χειλά Παναγιώτη για τη βοήθεια του με τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περιεχόμενα.....	5
Περίληψη	7
Εισαγωγή	11
Η Σημαντικότητα της Έρευνας.....	13
Πεδίο Εφαρμογής της Έρευνας	15
Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	19
Σκοπός.....	19
Στόχοι.....	19
Α. Θεωρητικοί στόχοι.....	19
Β. Ερευνητικοί στόχοι	20
ΜΕΡΟΣ Ι : Θεωρητική Προσέγγιση.....	21
Α. Η Οργανωσιακή Αλλαγή	21
1. Η Έννοια και οι Τύποι της Οργανωσιακής Αλλαγή	21
2. Μοντέλα Οργανωσιακών Αλλαγών.....	22
3. Φορείς αλλαγών	24
4. Αιτίες αποτυχίας προγραμμάτων αλλαγών.....	25
5. Αντίσταση κατά της αλλαγής	25
6. Πολιτική Υγείας και Οργανωσιακή Αλλαγή	27
7. Ετοιμότητα και Ανάγκη για Οργανωσιακές Αλλαγές στον Τομέα της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	28
8. Παγκόσμια Οικονομική Κρίση και Οργανωσιακές Αλλαγές στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	30
Β. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	33
1. Το Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και οι Κυριότερες Οργανωσιακές Αλλαγές στη Φροντίδα Υγείας των Τελευταίων Ετών	33
2. Οργανωσιακές Αλλαγές στην Αγορά Φαρμάκου	35
3. Η Θεσμοθέτηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας «ΕΟΠΥΥ».....	39
4. Το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	42
5. Γενόσημα Φαρμακευτικά Σκευάσματα	45
6. Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Στάση των Ασθενών απέναντι στα Γενόσημα Φάρμακα	46

7. Δραστηκότητα και Ασφάλεια Γενόσημων Φαρμακευτικών Σκευασμάτων.....	47
8. Διαφορές Πρωτότυπων και Γενόσημων Φαρμακευτικών Σκευασμάτων.....	48
Γ. Η Έννοια της Ποιότητας και της Ικανοποίησης Ασθενούς	49
Γ. Η Έννοια της Ποιότητας και της Ικανοποίησης Ασθενούς	49
1. Ιστορική Αναδρομή	49
2. Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	49
3. Η Προσδοκία για Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	52
4. Η Έννοια της Ικανοποίησης- Ικανοποίηση ασθενούς	53
5. Μέτρηση Ικανοποίησης	54
6. Οργανωσιακές Αλλαγές του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενούς.....	57
7. Το Κόστος του Μη Ικανοποιημένου Ασθενή από την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	59
ΜΕΡΟΣ II: Μεθοδολογία της Έρευνας	61
1. Η Έννοια της Μεθοδολογίας της Έρευνας	61
2. Η Φιλοσοφία της Έρευνας.....	62
3. Ερευνητική Προσέγγιση	63
4. Ανάπτυξη ερωτηματολογίου.....	63
5. Ερευνητικοί Στόχοι.....	65
6. Το Δείγμα της Έρευνας.....	65
7. Ερευνητικές Υποθέσεις.....	66
8. Μέθοδος Ανάλυσης των Δεδομένων	66
ΜΕΡΟΣ III: Αποτελέσματα μέσω Στατιστική Ανάλυσης	67
1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	67
2. Περιγραφική Ανάλυση.....	71
Γράφημα 22	81
3. Συμπεράσματα της Περιγραφικής Ανάλυσης.....	83
4. Έλεγχος των Ερευνητικών Υποθέσεων	85
ΜΕΡΟΣ IV: Εξαγωγή Συμπερασμάτων	97
1. Συμπεράσματα	97
2. Πρακτική Εφαρμογή των αποτελεσμάτων- Προτάσεις.....	98
3. Περιορισμοί της έρευνας	101
Βιβλιογραφία	102
A. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	102
B. Ελληνική Βιβλιογραφία	114
Γ. Διαδικτυακές Πηγές.....	116
Παράρτημα: Το ερωτηματολόγιο	117

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης των γενομένων οργανωσιακών αλλαγών στις αντιλήψεις και στην ικανοποίηση χρονίως ασθενών που ανήκουν στην ευάλωτη κοινωνική ομάδα των πασχόντων από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου που είναι ενταγμένοι σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης.

Σχεδιασμός: Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας διενεργήθηκε πρωτογενής ποσοτική έρευνα, βασιζόμενη στον θετικισμό, με διανομή ερωτηματολογίου.

Ευρήματα: Διαπιστώθηκε ότι δημογραφικοί παράγοντες του δείγματος όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης, και μάλιστα το μορφωτικό επίπεδο είχε θετική επίδραση στην ικανοποίηση ενώ η ηλικία αρνητική. Από την άλλη πλευρά παράμετροι του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως το κόστος και η συμπεριφορά του προσωπικού, συσχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, διαπιστώθηκε μια γενικευμένη έλλειψη ικανοποίησης από το σύστημα υγείας γενικά, αλλά και ειδικά από παραμέτρους όπως το κόστος και το προσωπικό.

Αξία: Κάθε μελέτη μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς καταγράφει την άποψη των καταναλωτών-ασθενών για την υπηρεσία υγείας που χρησιμοποιούν. Σε μια εποχή λιτότητας, είναι πολύ σημαντική η βελτίωση της σχέσης «κόστος αποτελεσματικότητα», ώστε να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που να παρέχουν ικανοποίηση στους ασθενείς. Άλλωστε είναι ευρέως παραδεκτό ότι ο ικανοποιημένος ασθενής έχει μικρότερο κόστος για το σύστημα. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των πασχόντων από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζει αυξητική τάση συνεχώς παρά την συνεχή πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.

Εισαγωγή

Η επιβίωση και η ανάπτυξη των σύγχρονων οργανισμών και επιχειρήσεων, σε όποιο κλάδο της οικονομίας και αν δραστηριοποιούνται, επιβάλλει συνεχείς αλλαγές σε κάθε τομέα που αφορά τη λειτουργία τους. Σύμφωνα με τους Nastase et al. (2012), το φαινόμενο της αλλαγής αποτελεί ένα γεγονός το οποίο είναι σταθερό και σίγουρο, σε ένα κόσμο που συνεχώς μεταβάλλεται. Κάθε οργανισμός, σε όποιο τομέα και αν δραστηριοποιείται, που επιθυμεί να επιβιώσει αλλά και να αναπτυχθεί στις παρούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες οφείλει να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα του εικοστού πρώτου αιώνα που επιβάλλει αδιάκοπα αλλαγές, υιοθετώντας νέες μορφές οργανωτικών δομών και διαδικασιών.

Στον τομέα της υγείας, οι δαπάνες αυξάνουν διαρκώς, και η επιβίωση των συστημάτων υγείας θεωρείται επισφαλής. Έντονοι προβληματισμοί απασχολούν τον πολιτικό και επιστημονικό κόσμο παγκοσμίως. Η γήρανση του πληθυσμού, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που συνεχώς αυξάνεται, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες νόσους που απαιτούν θεραπείες υψηλού κόστους και μεγάλης διάρκειας έχουν αποτέλεσμα την αύξηση των εξόδων στον τομέα της περίθαλψης. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στο περιβάλλον την οικονομικής κρίσης καθίσταται προβληματική, ενώ ταυτόχρονα απειλείται η βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας επιβαρύνεται λόγω της αυξημένης ζήτησης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στον οικονομικό τομέα τα τελευταία έτη. Τα αποτελέσματα των σοβαρών οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια είναι εμφανή σε όλους τους τομείς. Το σύστημα υγείας επιβαρύνεται από την οικονομική κρίση, όπως και κάθε πολίτης ξεχωριστά. Η μείωση της απασχόλησης και η απώλεια της ασφαλιστικής ικανότητας μέρους του πληθυσμού, η μείωση των εισοδημάτων, η αδυναμία μεγάλου μέρους του πληθυσμού να αντεπεξέλθει στα έξοδα για την υγεία οδηγούν τελικά στην αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω ενός φαύλου κύκλου που δημιουργείται και συντηρείται από τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας και φτώχειας. Η πολιτική που ασκείται για την ανασυγκρότηση της ελληνικής οικονομίας και της διαχείρισης του δημοσιονομικού χρέους στην παρούσα οικονομική συγκυρία επέβαλε με τρόπο επιτακτικό και απόλυτο ριζοσπαστικές αλλαγές σε κάθε τομέα της οικονομίας αλλά

ειδικά στον τομέα της υγείας με βασικό άξονα τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών. (Τσιάντου &Κυριόπουλος, 2010).

Η δυνατότητα παροχής ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στις συνθήκες μείωσης των διαθέσιμων πόρων που υπάρχουν αποτελεί μείζον πρόβλημα πολλών κυβερνήσεων ανά την υφήλιο. Επομένως, η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στις παρούσες συνθήκες απαιτεί ριζικές οργανωσιακές αλλαγές στον τομέα της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ώστε να παρέχονται σε ένα επίπεδο που να κρίνεται ικανοποιητικό από τους ίδιους τους ασθενείς. Η εστίαση της προσοχής στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που κυρίως πλήττονται, δηλαδή στους χρόνιους πάσχοντες, στους ηλικιωμένους και στους οικονομικά αδύνατους αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Η ανεύρεση και η εφαρμογή νέων τρόπων χρηματοδότησης, ο έλεγχος των δαπανών και η αποτελεσματικότερη οργάνωση των συστημάτων υγείας θα πρέπει να είναι ο κύριος άξονας σε κάθε πρόγραμμα πολιτικής υγείας. Τελικά, φαίνεται ότι η οικονομική κρίση δημιουργεί μια ευκαιρία σύνδεσης των εννοιών της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών με οικονομικές παραμέτρους.

Η Σημαντικότητα της Έρευνας

Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού συνεπάγεται ότι ο κάθε ένας πολίτης μπορεί να βιώσει αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας όταν τις έχει ανάγκη χωρίς να αντιμετωπίζει εμπόδια οικονομικής φύσης (<http://www.who.int/whr/2010> ημερομηνία προσπέλασης 12/12/2016). Ο παραπάνω ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συνεπάγεται σύμφωνα με τους Thomson et al.(2016) ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εξασφάλιση επαρκούς ποιότητας ώστε να είναι αποτελεσματικές και οικονομική προστασία. Τα επιτεύγματα των περασμένων ετών στον τομέα των κοινωνικών παροχών και ειδικά στο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας που να ικανοποιούν τους ασθενείς φαίνονται να είναι σε κίνδυνο. Στα χρόνια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, οι πολίτες, και ιδίως οι ευπαθείς ομάδες έχουν να αντιμετωπίσουν εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και η ανάγκη για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας τελικά δεν ικανοποιείται σύμφωνα με μελέτες της Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>, ημερομηνία πρόσβασης 12/12/2016). Το βασικό πρόβλημα από την αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ και το βασικό επιχείρημα υπέρ των πολιτικών συγκράτησης του κόστους αφορά στις επιπτώσεις της στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Όπως αναφέρουν οι Thomson et al. (2009), η βιωσιμότητα των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με το επίπεδο και το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας

Ως επακόλουθο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα αντιμετώπισε και αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στον τομέα της οικονομίας. Οι πολιτικές που στόχευαν στη μείωση των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας έκαναν απαραίτητη την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων με βασικούς πυλώνες τη μείωση των τιμών των φαρμάκων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και την επικράτηση της χρήσης γενοσήμων.

Αναλύοντας τις σύγχρονες τάσεις στη χώρα μας, γίνεται κρίσιμη η αναγνώριση των συσχετισμών μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με το σύστημα υγείας, και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς ώστε να γίνει δυνατή η σύνδεση της κατάστασης των πολιτών-ασθενών με τις αλλαγές (ή την απουσία αλλαγών) στο σύστημα υγείας και στις πολιτικές πέρα από το σύστημα υγείας (Thomson et al., 2016).

Η μελέτη και η ανάλυση των οργανωσιακών αλλαγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως αλλαγές στις δαπάνες για την υγεία, αλλαγές στην κάλυψη και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και οι ανάγκες για παροχή φροντίδας υγείας που δεν ικανοποιούνται, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη το ρόλο παραγόντων εκτός του συστήματος υγείας που επηρεάζουν την ικανότητα των ανθρώπων να πληρώσουν από την τσέπη τους, συμπεριλαμβανομένων των μεταβολών στα ποσοστά απασχόλησης και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας αποκτούν μεγάλο ενδιαφέρον. Αυτό το είδος της ανάλυσης καθιστά δυνατή την αναγνώριση πολιτικών και υπηρεσιών υγείας που συνδέονται με οικονομικές δυσκολίες για διαφορετικές ομάδες ανθρώπων, και δίνει στους φορείς οργανωσιακών αλλαγών μια καλή ιδέα για το πού να στρέψουν την προσοχή τους.

Η ορθή και αποδοτική επένδυση στο σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας μπορεί να αποφέρει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Ωστόσο, η αξιολόγηση της επίδοσης ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας κρίνεται απαραίτητη ώστε να εξασφαλίζεται η αποδοτική χρήση των επενδυόμενων πόρων και η τεκμηρίωση της βιωσιμότητας του. (Karampli et.al, 2014) Οι υπεύθυνοι φορείς αλλαγής αποφάσισαν και εφάρμοσαν μια σειρά από οργανωσιακές αλλαγές στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ωστόσο αμφισβήτηση υπάρχει σχετικά με το ελήφθησαν υπόψη τα αποτελέσματα και ο αντίκτυπος που θα είχαν στους πολίτες.

Πεδίο Εφαρμογής της Έρευνας

Πεδίο εφαρμογής της έρευνας είναι οι πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου που έχουν ενταχθεί σε τακτικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.

Το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου αναφέρεται σε απώλεια ποσοστού μεγαλύτερου από 90% της νεφρικής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Η χρόνια νεφρική νόσος εκδηλώνεται με μία ευρεία γκάμα συμπτωμάτων που τελικά επηρεάζουν το σύνολο του ανθρώπινου οργανισμού και οφείλονται κυρίως στην κατακράτηση τοξινών που είναι αδύνατη η απέκκριση τους από τους πάσχοντες νεφρούς, σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές, σε ορμονικές διαταραχές καθώς και στην υπερφόρτωση του οργανισμού με υγρά.

Η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση έχει καθιερωθεί ως η κύρια θεραπευτική μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας που αποσκοπεί στη διατήρηση στη ζωή των πασχόντων από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Με την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας μέσω της αιμοκάθαρσης, οι τοξίνες και τα περιττά υγρά μπορούν να απομακρυνθούν από το αίμα του ανθρώπινου οργανισμού με αποτέλεσμα την ύφεση πολλών από τα συμπτώματα. Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια χρόνια και περιοδικά επαναλαμβανόμενη θεραπευτική διαδικασία, συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα. Ένας ασθενής εντάσσεται σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, όταν η νεφρική του λειτουργία έχει μειωθεί σε ποσοστό μικρότερο από 10% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση διενεργείται σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Valderrábano et al., 2001).

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την κύρια μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και συνεπάγεται ιδιαίτερα υψηλό κόστος (οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής νόσου έχουν υπολογιστεί στο 1% των συνολικών δαπανών υγείας). Οι επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής νόσου και της ένταξης σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης είναι αρνητικές στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης, σχετίζονται με μείωση στην παραγωγικότητα των ασθενών εξαιτίας της τακτικής ανάγκης διεξαγωγής αιμοκάθαρσης στην μονάδα τεχνητού νεφρού όπου υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Είναι φανερό ότι η χρονιότητα της νόσου και η ιδιαιτερότητα της θεραπείας δημιουργεί δυσκολίες στους ασθενείς και στους οικείους τους στη διατήρηση ενός επίπεδο διαβίωσης που να μπορεί να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητικό από τους ασθενείς (Κουτσοπούλου-Σοφικίτη και συν., 2015).

Η προϊούσα πορεία των βλαβών στη χρόνια νεφρική νόσο και η ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητές του ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντος του. Οι σοβαρές συνέπειες της νόσου στη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζουν αρνητικά σχεδόν το σύνολο των τομέων που αφορούν τη ζωή τους. Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου και είναι ενταγμένοι σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά προβλημάτων που προέρχονται από τη βιολογική διάσταση της νόσου, όπως η σωματική εξασθένιση και η ανάγκη αυστηρής τήρησης συγκεκριμένου διαιτολογίου αλλά και με πολυδιάστατες ψυχολογικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, η αιμοκάθαρση συνεπάγεται σημαντικές αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής του ασθενούς και επιβάλλουν μια νέα και πολύ διαφορετική τάξη πραγμάτων, καθώς αυτή η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας αναγκάζει τον άρρωστο να βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς εξάρτησης από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και από τους επαγγελματίες υγείας (Cavalli et al., 2010 και Landreneau et al., 2010). Στη σημερινή εποχή, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο και κυρίως οι ηλικιωμένοι και επιβαρυνόμενοι ασθενείς, με πολλά και σοβαρά συνυπάρχοντα νοσήματα και προβληματική ποιότητα ζωής, συνεχώς αυξάνουν (Locatelli et al., 2011). Οι πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα προερχόμενα από την ίδια τη νόσο αλλά και από άλλους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. (Pisoni, et al., 2011)

Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι οι πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων, συνήθως υψηλού κόστους (ερυθροποιητίνες, φωσφοροδεσμευτικά κ.α.) και το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τους είναι δυσανάλογα υψηλό σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι Pai et al. (2013), υπολόγισαν ότι λαμβάνουν 11-12 φάρμακα κάθε ημέρα σε 17-25 δόσεις. Οι Sensky et al (1996)., υποστήριξαν ότι η συμμόρφωση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στην αγωγή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και το ιστορικό ψυχικής νόσου. Οι Kammerer et al (2007), αναφέρουν ότι στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς παρατηρείται αδυναμία συμμόρφωσης σε πολλές πτυχές της θεραπείας και στη φαρμακευτική αγωγή.

Κατά τις Toulia & Koutsopoulou (2015), κάθε παρέμβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που επηρεάζει ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ενταγμένους σε

πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης πρέπει να επικεντρώνεται στον ασθενή, ώστε να μην διακινδυνεύεται η συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία από το ίδιο το σύστημα. Εντούτοις, η προσοχή φαίνεται να επικεντρώνεται σε παράγοντες που αφορούν τον ασθενή, αγνοώντας άλλους παράγοντες, που πιθανά έχουν μεγάλη επίδραση στην συμμόρφωση του ασθενούς στην αγωγή.

Συνοψίζοντας, η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένα πρόβλημα πολυδιάστατο για τους ασθενείς, για το περιβάλλον τους αλλά και για την πολιτεία. Η χρόνια νόσος νεφρική νόσος φαίνεται να λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας στον κόσμο και ο αριθμός των ασθενών που είναι ενταγμένοι σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρση παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 8η θέση στην παγκοσμίως σε επιπολασμό ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, ενώ επιπλέον το σύνολο των ασθενών αυξάνει κατά 5-7% ετησίως. Η αύξηση αυτή οδηγεί σε μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνική ασφάλιση πέρα από σημαντική επιβάρυνση της ποιότητα ζωής των ασθενών και του περιβάλλοντος τους. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι υπολογίζεται από τα ασφαλιστικά ταμεία δαπάνη της τάξεως των 37.000 € ετησίως για κάθε ασθενή που είναι ενταγμένος σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (Σουλιώτης και συν., 2009).

Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η μελέτη της επίδρασης των οργανωσιακών αλλαγών του Ελληνικού συστήματος υγείας, που συντελέστηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης, στην ικανοποίηση των χρονίως πασχόντων και συγκεκριμένα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι ενταγμένοι σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται προσπάθεια καταγραφής των αντιλήψεων των ασθενών για το σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα μετά από μία σειρά οργανωσιακών αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν και κατανόησης των εμπειριών των ασθενών από την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Επίσης, γίνεται προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις γενόμενες οργανωσιακές αλλαγές.

Στόχοι

A. Θεωρητικοί στόχοι

- 1) Πραγματοποιείται βιβλιογραφική επισκόπηση σχετικά με την έννοια της οργανωσιακής αλλαγής. Δίνεται ο ορισμός της έννοιας της οργανωσιακής αλλαγής, της ετοιμότητας για αλλαγή, γίνεται αναφορά στους τύπους και στα μοντέλα οργανωσιακής αλλαγής και δίνονται συνοπτικά στοιχεία σχετικά με την έννοια της αντίστασης στην αλλαγή.
- 2) Διενεργείται βιβλιογραφική επισκόπηση σχετικά με το σύστημα υγείας και παροχής περίθαλψης στην Ελλάδα κατά την εποχή της κρίσης και αναφέρονται οι κυριότερες οργανωσιακές αλλαγές των τελευταίων ετών. Δίνονται συνοπτικά στοιχεία σχετικά με τον ΕΟΠΥΥ, την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα.
- 3) Πραγματοποιείται βιβλιογραφική επισκόπηση της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, της έννοιας ικανοποίησης ασθενούς και των προσδοκιών του και περιγράφονται μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης της επίδοσης του συστήματος

υγείας από τους ασθενείς, καθώς οι απαιτήσεις των ασθενών λειτουργούν καταλυτικά στην εφαρμογή οργανωσιακών αλλαγών και στην ανάγκη για αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων. Μελετάται πώς η ποιότητα μπορεί να συντελέσει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών παροχής υγείας, προσδίδοντας ικανοποίηση στους ασθενείς ενώ διακατέχεται από το πνεύμα της αλλαγής.

B. Ερευνητικοί στόχοι

Στην παρούσα ερευνητική εργασία θα γίνει προσπάθεια:

1. Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών για τις γενόμενες οργανωσιακές αλλαγές στο σύστημα παροχής περίθαλψης.
2. Να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρονίως πασχόντων ασθενών κατά την επαφή τους με το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά από τις οργανωσιακές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν.
3. Να διαπιστωθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τον ΕΟΠΥΥ.
4. Να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
5. Να διαπιστωθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση γενώσημων φαρμάκων από τους ασθενείς.

ΜΕΡΟΣ I : Θεωρητική Προσέγγιση

A. Η Οργανωσιακή Αλλαγή

1. Η Έννοια και οι Τύποι της Οργανωσιακής Αλλαγής

Η αλλαγή αναδεικνύεται σαν το μόνο σταθερό σημείο κάθε οργανισμού. Η συνεχής εξέλιξη της τεχνολογίας, οι πολιτικές εξελίξεις, το περιβάλλον όπως διαμορφώνεται από την παγκοσμιοποίηση και οι συνεχείς κοινωνικές ζυμώσεις, όπως αναφέρεται από τον Carnall (2004), καθιστούν την αλλαγή βασικό χαρακτηριστικό κάθε τομέα της κοινωνίας και της οικονομίας και συνεπαγωγικά κάθε οργανισμού που δραστηριοποιείται σε αυτή. Κάθε οργανισμός που θέλει να παραμείνει βιώσιμος και ανταγωνιστικός σε ένα αδιάλειπτα μεταβαλλόμενο περιβάλλον οφείλει να αλλάζει συνεχώς τη δομή του, τις στρατηγικές του ακόμα και το προσωπικό του, σύμφωνα με τους Bordia et al.(2004).

Η αλλαγή ορίζεται ως μία διαδικασία μετασχηματισμού του τρόπου με τον οποίο ένας οργανισμός εφαρμόζει τη δράση του. Διαδικασία αλλαγής ορίζεται ο τρόπος με τον οποίο διενεργείται η αλλαγή και μπορεί να είναι συστηματική, προγραμματισμένη ή τυχαία. Τα στάδια αλλαγής, κατά τον Χολέβα (1995), περιλαμβάνουν τη λεπτομερή παρατήρηση, τη συστηματική ανάλυση και την αντικειμενική κριτική ώστε να βρεθούν και να εφαρμοστούν οι λειτουργικότεροι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων.

Η οργανωσιακή αλλαγή, σύμφωνα με τον Burnes (2004), είναι η διαδικασία μετάβασης από την υπάρχουσα κατάσταση σε μία νέα επιθυμητή κατάσταση που στοχεύει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ανταγωνιστικότητας ενός οργανισμού. Κατά τον Πολύζο (2014), η οργανωσιακή αλλαγή διαπραγματεύεται τις τροποποιήσεις που λαμβάνουν χώρα σε βασικούς τομείς οργάνωσης ενός οργανισμού. Επίσης, σύμφωνα και πάλι με τον Πολύζο (2014), η οργανωσιακή αλλαγή σχετίζεται με τη μετάβαση ενός οργανισμού από ένα σύνολο συνθηκών σε ένα άλλο νέο σύνολο συνθηκών, ενώ σε κάθε διαδικασία αλλαγών εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν οι άνθρωποι, η τεχνολογία και οι διαδικασίες του οργανισμού. Οι αλλαγές μπορούν να διακριθούν ανάλογα με την προέλευση τους σε εξωτερικές που προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες όπως πολιτικές, κοινωνικές, τεχνολογικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές ανακατατάξεις και σε εσωτερικές που οφείλονται στις πιέσεις του εσωτερικού περιβάλλοντος όπως η μειωμένη παραγωγικότητα και το μειωμένο ηθικό

σύμφωνα με το Mullins (1999). Η ανάγκη για οργανωσιακή αλλαγή, όπως αναφέρεται από τον Cunningham (2006), επιβάλλεται πολλές φορές από εξωγενείς κατευθυντήριες δυνάμεις όπως οι περικοπές χρηματοδότησης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στρατηγική, τις διαδικασίες, τα συστήματα διοίκησης και τη δομή κάθε οργανισμού, όπως ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται σε πολιτικούς (κυβερνητικές ρυθμίσεις, φορολογία) οικονομικούς (ανταγωνισμός, οικονομική κρίση), τεχνολογικοί (διαδίκτυο) κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες(περιβαλλοντικά ζητήματα, παγκοσμιοποίηση).

Από την άλλη πλευρά, εσωτερικοί παράγοντες μπορεί να διαδραματίσουν πολύ σημαντικό ρόλο όπως ένας νέος ηγέτης με διαφορετική κουλτούρα και όραμα, η δυσαρέσκεια των εργαζομένων και οι προσλήψεις προσωπικού.

Κατά τον Todd (1999), οι τύποι οργανωσιακής αλλαγής μπορούν να διακριθούν:

A. Με βάση τη δυνατότητα αντίδρασης οι οργανωσιακές αλλαγές διακρίνονται σε επιβαλλόμενες και απρογραμμάτιστες αλλαγές εξαιτίας αιφνίδιων και απρόσμενων γεγονότων που επιβάλουν στον οργανισμό λάβει άμεσες αποφάσεις και να προχωρήσει σε ταχεία εφαρμογή τους ώστε να αποκατασταθεί η διαταραγμένη ισορροπία μεταξύ του περιβάλλοντος και του οργανισμού και σε και προγραμματισμένες αλλαγές που πραγματοποιούνται μετά από μελέτη και σχεδιασμό, όπως αναφέρουν και οι Redfern & Christian (2003)

B. Με βάση την ένταση και την έκταση της αλλαγής οι οργανωσιακές αλλαγές διακρίνονται αλλαγές που πραγματοποιούνται σταδιακά και ομαλά επιτρέποντας προσεκτικό σχεδιασμό και σταδιακή υλοποίηση του προγράμματος και σε δραστικές/ριζοσπαστικές αλλαγές, οι οποίες συχνά επιβάλλονται με τρόπο βίαιο και επιτακτικό. Σύμφωνα με τον Weiss (2001), δραστικές αλλαγές πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις σοβαρών εσωτερικών προβλημάτων ή σε περιπτώσεις σκληρού ανταγωνισμού όταν δεν υπάρχει χρόνος για προσεκτικό σχεδιασμό και σταδιακή υλοποίηση του προγράμματος.

Γ. Με βάση το ερέθισμα που προκάλεσε την αλλαγή οι οργανωσιακές αλλαγές μπορούν να διακριθούν σε αλλαγές που στηρίζονται σε μελλοντικές προβλέψεις με σκοπό να προλάβουν τις εξελίξεις και σε αλλαγές αντιδραστικές που έπονται των γεγονότων.

2. Μοντέλα Οργανωσιακών Αλλαγών

Η σημασία των αλλαγών και της διοίκησης της αλλαγής οδήγησε στην ανάπτυξη μοντέλων αλλαγής. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι το μοντέλο των τριών βημάτων όπως το περιέγραψε ο Lewin (1958), το σχέδιο των οκτώ βημάτων από τον Kotter (1996), το μοντέλο Richard Beckhand και η οργανωσιακή ανάπτυξη.

Ο Lewin, από το 1958, διατύπωσε την άποψη ότι κάθε αποτελεσματική οργανωσιακή αλλαγή οφείλει να πραγματοποιείται με βάση τρία στάδια:

Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει το «ξεπάγωμα» και την αποδέσμευση από την παρούσα κατάσταση, όπου η υπάρχουσα τάξη πραγμάτων αμφισβητείται και τίθεται υπό συζήτηση, η αναγκαιότητα της αλλαγής γίνεται αντιληπτή και τελικά αποφασίζεται η εφαρμογή δράσης με σκοπό την αλλαγή.

Το δεύτερο στάδιο αποτελεί μεταβατική περίοδο κατά την οποία λαμβάνουν χώρα οι απαραίτητες δραστηριότητες ώστε να πραγματοποιηθεί η μετάβαση σε μια νέα κατάσταση με ενσωματωμένες τις δράσεις υλοποίησης των αλλαγών.

Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει το ξαναπάγωμα και την επαναδέσμευση σε μια νέα τάξη πραγμάτων, όπου λαμβάνονται μια σειρά μέτρων ώστε να σταθεροποιηθεί η νέα κατάσταση και να εξασφαλιστούν η λειτουργικότητα και η αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

Ο Kotter (1996) περιγράφει τα οκτώ βήματα που καθιστούν επιτυχή το μετασχηματισμό της οργανωσιακής κουλτούρας ενός οργανισμού:

1. Η δημιουργία της αίσθησης του επείγοντος για αλλαγή, εστιάζοντας στην αποδοτικότητα και την εξέλιξη του κλάδου
2. Η δημιουργία της κατάλληλης ηγεσίας
3. Η ανάπτυξη οράματος για τη μελλοντική κατάσταση του οργανισμού και η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής ώστε να επιτευχθεί το όραμα
4. Η προσπάθεια κοινοποίησης του οράματος συνολικά στους εργαζομένους του οργανισμού και σε κάθε ενδιαφερόμενη ομάδα
5. Ενθάρρυνση των εμπλεκόμενων να ξεπεράσουν τα εμπόδια και να στοχεύσουν στο όραμα και ανταμοιβή των επιτυχιών
6. Η κατοχύρωση της αξιοπιστίας των επιτυχιών για πιο εκτεταμένη εφαρμογή της διαδικασίας της αλλαγής
7. Η αδιάλειπτη αξιολόγηση και αναπροσαρμογή όπου κρίνεται απαραίτητο της διαδικασίας των αλλαγών
8. Η θεσμοποίηση της διαδικασίας της αλλαγής ως μια νέα κουλτούρα.

Σύμφωνα με τον Brisson-Banks (2010), το μοντέλο Richard Beckhand περιγράφει τη διαδικασία πραγματοποίησης μιας αλλαγής ως εξής:

Αρχικά, περιγράφεται η επιθυμητή κατάσταση και οι νέες συνθήκες που θα επικρατήσουν στον οργανισμό αφού εφαρμοστεί το πρόγραμμα των επιδιωκόμενων αλλαγών και με βάση τα παραπάνω θέτονται συγκεκριμένοι στόχοι.

Στη συνέχεια συγκρίνεται η υπάρχουσα κατάσταση με τους στόχους που τέθηκαν και καθορίζονται οι απαραίτητες ενέργειες για την επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος της αλλαγής.

Τέλος, επιλέγεται η στρατηγική που θα εφαρμοστεί και μετά από μελέτη παραγόντων που πιθανά θα επηρεάσουν το πρόγραμμα της αλλαγής καταρτίζεται λεπτομερές πλάνο των ενεργειών.

Η οργανωσιακή ανάπτυξη αποτελεί διεργασία ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας του οργανισμού και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των μελών της μέσα από προσεκτικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις σύμφωνα με τους Werner & DeSimone (2006), συμπεριλαμβάνοντας συστήματα αξιών όπως ο σεβασμός στον άνθρωπο, η εμπιστοσύνη, η υποστήριξη, η ανοιχτή αντιμετώπιση των προβλημάτων και η συμμετοχή περισσότερων ανθρώπων στις αποφάσεις.

3. Φορείς αλλαγών

Οι φορείς αλλαγών είναι εκείνοι που ορίζουν την έναρξη και καθοδηγούν τις διαδικασίες πραγματοποίησης ενός προγράμματος αλλαγής, σύμφωνα με τον Caldwell (2003). Η επιλογή του κατάλληλου φορέα αλλαγής αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε περιόδους λιτότητας και οικονομικών προβλημάτων μιας χώρας. Επικοινωνιακές ικανότητες, διοικητικές ικανότητες, γνώση του οργανισμού και των διαδικασιών που ακολουθούνται, γνώση της αγοράς, αντικειμενικότητα και ευρεία αποδοχή είναι τα βασικά χαρακτηριστικά ενός επιτυχημένου φορέα αλλαγής. Οι φορείς των αλλαγών μπορεί να είναι είτε εσωτερικοί είτε εξωτερικοί. Η επιλογή ενός εσωτερικού ή εξωτερικού φορέα αλλαγής πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των χαρακτηριστικών κάθε κατηγορίας λαμβάνοντας υπόψη κάθε φορά τις υπάρχουσες ανάγκες.

Οι εσωτερικοί φορείς έχουν το πλεονέκτημα της γνώσης του οργανισμού, της διαθεσιμότητας για άμεση έναρξη και την απουσία επιπλέον κόστους. Από την άλλη πλευρά, μειονεκτούν στην αντικειμενικότητα καθώς το παρελθόν τους στην εταιρία

μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις τους, ενώ δεν είναι πάντα εξασφαλισμένο ότι δεν εμπλέκονται στο πρόβλημα.

Οι εξωτερικοί φορείς πλεονεκτούν σαφώς στο θέμα της αντικειμενικότητας, της εξειδικευμένης γνώσης σχετικά με τη διοίκηση των αλλαγών και της εμπειρίας χειρισμού καταστάσεων αλλά μειονεκτούν στο οικονομικό κόστος και στον επιπλέον χρόνο που θα χρειαστούν ώστε να κατανοήσουν τον οργανισμό και τις διαδικασίες του, στη διαταραχή της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων και στο κλίμα δυσαρέσκειας που θα δημιουργηθεί στους εργαζόμενους του οργανισμού.

4. Αιτίες αποτυχίας προγραμμάτων αλλαγών

Οι Bennebroek et al. (1999) υπολογίζουν ότι περισσότερα από τα μισά των προγραμμάτων αλλαγών δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα ή χαρακτηρίζονται από πλήρη αποτυχία. Σύμφωνα με τους Beer & Nozgia (2000), τα δύο τρίτα των προγραμμάτων αλλαγής τελικά αποτυγχάνουν. Σύμφωνα με τους Lorenzi & Riley (2003) αίτια αποτυχίας συστημάτων αλλαγών αποτελούν η αναποτελεσματική επικοινωνία, η απουσία ανάπτυξης νέας κουλτούρας, η υποτίμηση της πολυπλοκότητας της κατάστασης, η έλλειψη των απαραίτητων οικονομικών πόρων, η υπέρβαση του αναμενόμενου κόστους, η μη ύπαρξη σαφών κριτηρίων επιτυχίας, ο ασαφής ορισμός ρόλων και καθηκόντων, τεχνολογικά θέματα, η έλλειψη οράματος, η μη δέσμευση της ηγεσίας, η αντίσταση κατά της αλλαγής, η έλλειψη στήριξης στο πρόγραμμα της αλλαγής και η παρεμπόδιση του εξαιτίας του φόβου απώλειας κεκτημένων δικαιωμάτων και η ανεπαρκής εκπαίδευση.

5. Αντίσταση κατά της αλλαγής

Κατά το Watson (1971), η αντίσταση κατά την αλλαγή είναι η συνισταμένη δυνάμεων που έχουν σκοπό τη σταθερότητα του ήδη υπάρχοντος συστήματος. Ο Conner (1998) ορίζει την αντίσταση στην αλλαγή ως μια αναμενόμενη αντίδραση αυτών που δεν επιθυμούν να υπάρξουν αλλαγές στην παρούσα κατάσταση. Ο Mullins (2007) ορίζει την αντίσταση στην αλλαγή ως τις δυνάμεις που δεν έχουν υποστηρικτική δράση κατά τη διαδικασία εφαρμογής των διαδικασιών αλλαγής.

Η αντίσταση κατά της αλλαγής μπορεί να λάβει μορφή παθητικής αντίδρασης όπου οι εμπλεκόμενοι δηλώνουν σύμφωνοι με το σύνολο των αλλαγών που εφαρμόζονται και

το επικροτούν σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά δεν έχουν καμία ενεργητική συμμετοχή στην προσπάθεια εφαρμογής των αλλαγών. Η αντίσταση στην αλλαγή μπορεί να έχει και ενεργητική μορφή, όταν η εναντίωση στην αλλαγή εκφράζεται τόσο θεωρητικά αλλά και πρακτικά με άμεση άρνηση να αναλάβουν δράση, δημιουργία αρνητικού κλίματος ή και διάδοση αναληθών φημών που σαμποτάρουν οποιαδήποτε προσπάθεια εφαρμογής κάποιου μέτρου, όπως αναφέρει ο Hultman (1995).

Κάθε πρόγραμμα οργανωσιακής αλλαγής θα αντιμετωπίσει κάποια μορφή αντίστασης, άσχετα από την αναγκαιότητα της αλλαγής και τη διαχείριση της από τον οργανισμό και τους διοικούντες, σύμφωνα με τον Piderit (2000). Το φαινόμενο της αντίστασης στην αλλαγή οφείλεται στο φόβο της απώλειας των κεκτημένων δικαιωμάτων και αναθέσεις νέων υποχρεώσεων, στο φόβο για το καινούριο και το άγνωστο, στις διαφορετικές αντιλήψεις, στην καχυποψία καθώς και στο γεγονός ότι τα οφέλη μπορεί να μην είναι ξεκάθαρα, όπως αναφέρουν οι King & Anderson (1995).

Σύμφωνα με τους Paton & McCalman (2008), δεν είναι μόνο οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό που μπορεί να εκδηλώσουν αντίσταση στην αλλαγή. Αντίσταση στην αλλαγή μπορεί να εκδηλωθεί και από τους προμηθευτές, τους μετόχους αλλά και τους πελάτες εκτός από το προσωπικό του οργανισμού.

Στον αντίποδα, αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης της αντίστασης κατά της αλλαγής αποτελούν, σύμφωνα με τους Kotter & Schlesinger (1979), King & Anderson (1995) και Piderit (2000), η εκπαίδευση σχετικά με το πόσο απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή των μέτρων της αλλαγής για την επιβίωση και ανάπτυξη του οργανισμού, η ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο που θα διαμορφωθεί η καθημερινότητα, η διενέργεια διαπραγματεύσεων και η συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση του προγράμματος της αλλαγής, ο σαφής ορισμός και η οριοθέτηση υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των εμπλεκομένων καθώς και η υποστήριξη στα προβλήματα προσαρμογής στη νέα κατάσταση με ανοιχτή επικοινωνία και συνεχή ενημέρωση. Σύμφωνα με τους Paton & McCalman (2008), η ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης του οργανισμού και των ατόμων που εκδηλώνουν την αντίσταση στην αλλαγή, είτε αυτά ανήκουν στο εργατικό δυναμικό του οργανισμού είτε αφορά πελάτες, προμηθευτές κ.α. είναι μείζονος σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αντίστασης στην αλλαγή. Επίσης, οι Abrell-Vogel & Rowold, (2014) αναφέρουν ότι η επισήμανση των πλεονεκτημάτων της εφαρμογής του προγράμματος της οργανωσιακής αλλαγής στο σύνολο των εμπλεκομένων δημιουργεί ένα περιβάλλον που θα εφαρμοστούν οι αλλαγές λιγότερο εχθρικό. Τέλος, οι Robbins & Judge (2012)

αναφέρουν ότι ο επιμερισμός ενός σχεδίου αλλαγής σε πολλές μικρές και σταδιακές αλλαγές βοηθούν στην δημιουργία της εντύπωσης στους εμπλεκομένους πως δεν υπήρξε ριζική αλλαγή στον υπάρχον καθεστώς. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η πληροφόρηση σχετικά με την αναγκαιότητα της εφαρμογής της αλλαγής, η συμμετοχή στη διαδικασία των αλλαγών και η υποστήριξη από τη διοίκηση σε περιπτώσεις φόβου και ανασφάλειας των εμπλεκομένων είναι κύριοι παράγοντες μείωσης της αντίστασης στις αλλαγές που εφαρμόζονται.

6. Πολιτική Υγείας και Οργανωσιακή Αλλαγή

Η πολιτική υγείας, όπως αναφέρεται από την Μπανούση στο άρθρο της «Υγεία: Η πορεία ενός κερτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές Υγείας σε διεθνές επίπεδο» το 2014 (Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 3^{ος}, τεύχος 3^ο, αριθμός σελίδας 137), μπορεί να οριστεί ως «τα μέτρα που λαμβάνονται από τις κυβερνήσεις ώστε να αναπτυχθεί ο τομέας της υγείας της χώρας, βασιζόμενες στις ανάγκες υγείας των πολιτών, τους πόρους που υπάρχουν οι δυνατότητες να διατεθούν και πιθανούς πολιτικούς περιορισμούς».

Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (2005), κάθε πολιτική υγείας βασίζεται σε δυο κύριους άξονες: τους διαθέσιμους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, και τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας.

Κάθε πολιτική υγείας οφείλει να αποβλέπει στην βελτίωση της υγείας του ατόμου, στη κοινωνική ευημερία και στην ορθή χρήση του συνόλου των πόρων. Η ποιότητα πρέπει να αποτελεί κύριο στόχο κάθε οργανωσιακής αλλαγής που εφαρμόζεται στα πλαίσια της πολιτικής υγείας που εφαρμόζεται. Η συλλογή αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων διασαφηνίζει τις υπάρχουσες ανάγκες στον τομέα της υγείας, προσδιορίζει τους τομείς όπου απαιτείται η εφαρμογή μέτρων οργανωσιακών αλλαγών ώστε να βελτιωθεί η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ανεμπόδιστη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006). Ως εκ τούτου, η συλλογή αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων κρίνεται απαραίτητη κατά τη διαδικασία χάραξης της πολιτικής υγείας κάθε κυβέρνησης.

Κάθε οργανωσιακή αλλαγή που εφαρμόζεται στα πλαίσια της πολιτικής υγείας πρέπει να είναι οικονομικά εφικτή και κοινωνικά αποδεκτή. Σύμφωνα με την Μπανούση (2014), τα στάδια που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε κάθε διαδικασία εφαρμογής

μέτρων οργανωσιακής αλλαγής στα πλαίσια της πολιτικής υγείας είναι η διερεύνηση κάθε πιθανής επιλογής, ο έλεγχος αν είναι εφικτή η τελική επιλογή, η αποδοχή της συγκεκριμένης επιλογής, η εφαρμογή των μέτρων που ορίζει αυτή η επιλογή και τελικά η αξιολόγηση των μέτρων που εφαρμόστηκαν

7. Ετοιμότητα και Ανάγκη για Οργανωσιακές Αλλαγές στον Τομέα της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Η ανάγκη για αλλαγή ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να προκύψει εξαιτίας νέων συνθηκών που επιβάλλουν θέματα κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά και τεχνολογικά. Σύμφωνα με τον Edmonds (2011), πολλοί λόγοι καθιστούν την αλλαγή αναγκαία. Η οικονομική αστάθεια και οι μειώσεις στη χρηματοδότηση, η συνεχής αύξηση των ποσοστών της ανεργίας, οι μεταβολές στις αγορές, η πρόοδος της τεχνολογίας, οι κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις και οι αλλαγές στις αντιλήψεις και στα συστήματα αξιών του προσωπικού αλλά και των ασθενών είναι μόνο λίγοι από τους λόγους που μπορεί να επιβάλλουν τη διενέργεια σειράς μέτρων οργανωσιακής αλλαγής σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κρίση όπως βιώνεται στον σύγχρονο κόσμο προστάζει την εφαρμογή προγραμμάτων αλλαγής σε κάθε οργανισμό πέρα από ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Stanleigh (2008), οι αλλαγές στο εργατικό δυναμικό (προσλήψεις, απολύσεις, λήξη συμβάσεων, συνταξιοδοτήσεις), η ταχεία εξέλιξη της τεχνολογίας, ο ανταγωνισμός, τα οικονομικά προβλήματα, τα κοινωνικά θέματα και οι πολιτικές εξελίξεις αποτελούν συχνά αίτια που επιβάλλουν οργανωσιακές αλλαγές σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ετοιμότητα για αλλαγή, από την άλλη πλευρά είναι ένας παράγοντας με ιδιαίτερα μεγάλη σημασία κατά την εφαρμογή προγραμμάτων αλλαγής σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Το μήνυμα της αλλαγής αποτελεί κύριο μηχανισμό ετοιμότητας και οφείλει να καθιστά σαφή τη σημασία για την επιβίωση του οργανισμού και τη διαφοράς ανάμεσα στην κατάσταση που υπάρχει και στην επιθυμητή κατάσταση, όπως αναφέρεται από τον Καντά (2008).

Η ετοιμότητα για αλλαγή ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας αξιολογείται με κριτήριο προηγούμενες αλλαγές και τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίστηκαν. Η παροχή ενημέρωσης σχετικά με την αλλαγή, καθορίζοντας το κύριο πρόβλημα και τα αναμενόμενα αποτελέσματα σε συνδυασμό με ένα σαφή

σχεδιασμό επισημαίνοντας πόσο εφικτός είναι, αποτελούν επίσης κριτήρια ετοιμότητας για αλλαγή ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Fineman (2000) αναφέρει το παράδειγμα ενός οργανισμού όπου οι εργαζόμενοι μετά από έρευνες εντόπισαν τα βασικά προβλήματα, και αξιολογώντας τις απαντήσεις των εργαζομένων σε ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν κατέληξαν σε πιθανές λύσεις. Οι λύσεις αυτές παρά το γεγονός ότι προτάθηκαν στη διοίκηση, αυτή δεν επέδειξε καμία προθυμία να αναλάβει δράση. Από το παραπάνω παράδειγμα γίνεται σαφές ότι η σημασία της προθυμίας δραστηριοποίησης του συνόλου των συμμετεχόντων σε κάθε διαδικασία αλλαγής προς τη λύση ενός προβλήματος.

8. Παγκόσμια Οικονομική Κρίση και Οργανωσιακές Αλλαγές στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι η Υγεία είναι «μια κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία επιτρέπει σε κάθε άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά, παραγωγική » (www.who.com ημερομηνία προσπέλασης 7/12/2016).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας. Δημόσιοι και ιδιωτικοί προϋπολογισμοί οδηγήθηκαν αναγκαστικά σε δραματική μείωση, δημιουργώντας προβλήματα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. (OECD, Health at a Glance, 2012) Η δημόσια υγεία αποδυναμώθηκε και αδυνατεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού. Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια υπό τις παρούσες συνθήκες εφαρμογής μέτρων λιτότητας. Η ιδιωτική ασφάλιση θεωρείται ακριβή πολυτέλεια εξαιτίας των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η πλειοψηφία των πολιτών. Επιπρόσθετα, αυξάνει η επίπτωση συγκεκριμένων νοσημάτων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, το οικοδόμημα της παροχής καθολικής και δωρεάν φροντίδας υγείας στο κοινωνικό σύνολο φαίνεται να καταρρέει. (Πατελάρου και συν., 2011)

Από την άλλη πλευρά, ο ΟΟΣΑ στην προσπάθεια του να καθυστερήσει, αναφέρει ότι δεν υπάρχουν έγκυρες αποδείξεις που να βασίζονται σε επιστημονικές μελέτες και να παρέχουν ακριβή αριθμητικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού λόγω της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, δεν παραλείπει να επισημάνει ότι η διασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας πρέπει να είναι κύριος στόχος στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (OECD, Health at a Glance, 2012)

Η παγκόσμια οικονομική κρίση συνέβη ξαφνικά και είχε σοβαρές και αρνητικές επιδράσεις στη διαθεσιμότητα των οικονομικών πόρων για το σύστημα υγείας. Η οικονομική κρίση δημιούργησε τρεις προκλήσεις:

1). Κάθε σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας χρειάζεται σταθερές πηγές εσόδων και χρηματοδότησης. Η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, δημιουργεί προβλήματα στη διατήρηση παροχής φροντίδας υγείας η οποία να χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα και αποτελεσματικότητα.

2). Σε περίοδο οικονομικής κρίσης, οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα της υγείας μειώθηκαν σημαντικά, ενώ ο τομέας υγείας απαιτεί αύξηση των πόρων λόγω της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης δημόσιων και δωρεάν ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

3). Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες που αφορούν σε υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχουν αρνητική επίδραση στην ισότητα στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας και έχουν αποσταθεροποιητική δράση στο σύστημα υγείας.

Κάθε χώρα αντιμετώπισε διαφορετικά τα προβλήματα που προκλήθηκαν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Τα συστήματα υγείας κάποιων χωρών υπήρξαν καλύτερα προετοιμασμένα από κάποια άλλα, καθώς είχαν ήδη λάβει μια σειρά δημοσιονομικά μέτρα εξυγίανσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, πριν συμβεί η χρηματοπιστωτική κρίση. Οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών για τα ασφαλιστικά ταμεία, το μέγεθος του εθνικού προϋπολογισμού το οποίο διατίθεται στον τομέα της υγείας, οι παροχές στους ασφαλισμένους, οι μισθοί των εργαζομένων στην υγεία και οι πληρωμές στους προμηθευτές αποτελούν πολιτικές κατευθύνσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται από τις κυβερνήσεις με σκοπό να ελαττώσουν τα επίπεδα των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας. Κάποια από τα εφαρμοζόμενα μέτρα αντιμετωπίστηκαν θετικά από το κοινωνικό σύνολο και είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ υπήρξαν και κάποια μέτρα τα οποία παρά το γεγονός ότι προτάθηκαν και ψηφίστηκαν τελικά καθυστέρησε η εφαρμογή τους ή ακόμα δεν εφαρμόστηκαν ποτέ.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως αναφέρονται στο «Επενδύοντας στην Υγεία» ορίζουν ότι η υγεία αποτελεί αξία και είναι βασική προϋπόθεση της οικονομικής ευημερίας. Όπως αναφέρουν οι Horton & Lo (2013), η υγεία επηρεάζει τα οικονομικά αποτελέσματα που σχετίζονται με την παραγωγικότητα, την απασχόληση και το ανθρώπινο κεφάλαιο. Οι ίδιοι επίσης αναφέρουν ότι οι δαπάνες στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται με άξονες την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα ώστε να οδηγούν σε αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας. Σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης και λιτότητας δημιουργείται ανάγκη δημοσιονομικής εξυγίανσης και ανάγκη βελτίωσης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας ώστε τα συστήματα υγείας να είναι βιώσιμα σε οικονομικό επίπεδο καθώς ο τομέας της υγείας και της παροχής ιατροφαρμακευτικής

περίθαλψης συνεπάγεται υψηλό κόστος. Η "Επένδυση στην Υγεία", σύμφωνα με τους Karanikolos et al. (2013), οφείλει να πραγματοποιηθεί στηριζόμενη σε τέσσερις άξονες:

1) Επενδύσεις σε συστήματα υγείας οικονομικά βιώσιμα. Ριζικές και καινοτόμες μεταρρυθμίσεις μπορούν και επιβάλλεται να βελτιώσουν τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας, με δεδομένο ότι κάθε δημοσιονομική εξυγίανση πρέπει να συμβαδίζει με παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

2) Επένδυση στην υγεία του ατόμου. Ένα υγιές κοινωνικό σύνολο απαρτίζεται υγιείς μονάδες, ενισχύοντας την απασχόληση και εξασφαλίζοντας επαρκείς οικονομικούς πόροι για την επιβίωση των ασφαλιστικών ταμείων.

3) Επένδυση στην εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και του κοινωνικού αποκλεισμού και στην ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής.

4) Επένδυση στον τομέα της υγείας μέσω επαρκούς υποστήριξης από τα κοινοτικά ταμεία.

Οι Marinker (2006), Mossialos et al.(2006) και ο Kutzin (2008) αναφέρουν ότι η αποτελεσματικότητα, η ισότητα, η ποιότητα, η ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών, η διαφάνεια, η αξιολόγηση της απόδοσης πρέπει να αποτελούν βασικούς στόχους για ένα σύστημα υγείας.

B. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

1. Το Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και οι Κυριότερες Οργανωσιακές Αλλαγές στη Φροντίδα Υγείας των Τελευταίων Ετών

Οι Κουσουλάκου & Φραγκουλάκης (2008) αναφέρουν ότι η φροντίδα υγείας είναι «το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών που καταναλώνονται προκειμένου να επιτευχθεί ένα δεδομένο επίπεδο υγείας» και συμπεραίνουν ότι η φροντίδα υγείας αποτελεί ένα εμπορεύσιμο αγαθό και ουσιαστικά είναι το «μέσο» για την επιτευχθεί η καλή υγεία του ατόμου. Επομένως, η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας και για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προκύπτει από την ζήτηση για το αγαθό υγεία, και υπακούει στους κανόνες της προσφοράς και της ζήτησης.

Τη δεκαετία 2000–2009, η Ελλάδα παρουσίασε αύξηση των δαπανών υγείας κατά κεφαλήν κατά 7% ετησίως κατά μέσο όρο με τη φαρμακευτική δαπάνη να φέρει μεγάλο μέρος ευθύνης, ενώ στις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. η αύξηση των δαπανών υγείας κατά κεφαλήν ετησίως κατά μέσο όρο κυμάνθηκαν στο 4%. (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016). Το έτος 2012, οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα ήταν περίπου το 1/4 του συνόλου των δαπανών που αφορούσαν τον τομέα της υγείας, καθιστώντας τη χώρα μας τρίτη ανάμεσα στις πιο ακριβές χώρες μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. Ποσοστό μεγαλύτερο του 60% των δαπανών υγείας γίνεται από κρατική χρηματοδότηση, ενώ η φαρμακευτική αγορά υπολογίζεται συνολικά σε 4.500.000.000 ευρώ για το 2012. (<http://www.oecd.org/els/healthsystems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> ημερομηνία προσπέλασης 12/12/2016).

Στο πλαίσιο της Συμφωνίας Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων καθώς και του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής και Μνημονίου Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής εφαρμόστηκε μια σειρά μέτρων οργανωσιακής αλλαγής στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη μείωση των δαπανών για την υγεία.

Ο Νόμος 3918/2011 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο το 2011 και όριζε την άμεση εφαρμογή μιας σειράς οργανωσιακών αλλαγών με σκοπό τη μείωση του κόστους των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η εφαρμογή ρυθμίσεων στις τιμές των φαρμάκων, οι πληρωμές των προμηθευτών, οι υποδομές, οι επενδύσεις κεφαλαίου καθώς και οι μισθοί των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας αποτελούν βασικούς

τομείς εφαρμογής πολιτικών μείωσης των δαπανών για τη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας. Η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν ενιαίο οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ), η εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημιώσεων των νοσοκομείων βασιζόμενου σε διαγνωστικές ομάδες που ονομάστηκαν Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), οι αλλαγές στην τιμολόγηση και στον τρόπο και στα ποσοστά αποζημίωσης των φαρμάκων, η επανακατανομή των επαγγελματιών υγείας με ορθολογικότερο τρόπο, οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων και κλινικών στα πλαίσια εξορθολογισμού της κατανομής κλινών και κλινικών αποτελούν κάποια μέτρα που ελήφθησαν στα πλαίσια των οργανωσιακών αλλαγών. Επίσης, εφαρμόστηκαν μέτρα διάδοσης και επικράτησης στην αγορά των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων, υποχρεώνοντας τους γιατρούς να συνταγογραφούν τη δραστική ουσία και τη συνιστώμενη περιεκτικότητα της και όχι την εμπορική ονομασία των φαρμάκων. Επιπρόσθετα, συντάχθηκε θετική λίστα φαρμάκων τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, στην οποία περιλαμβάνονται μόνο τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ο νόμος 3892/2010 εισήγαγε την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην προσπάθεια ελέγχου της συνταγογράφησης και εξάλειψης περιπτώσεων αθέμιτων συνδιαλλαγών.

Από την άλλη πλευρά, ο ευρωπαϊκός πίνακας κατάταξης υπηρεσιών υγείας (EHCI) βασίζεται σε κάποια συγκεκριμένα κριτήρια όπως ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών, η επαρκής πληροφόρηση των ασθενών, η εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας, ο χρόνος που αναμένει ένας ασθενής για να λάβει την κατάλληλη θεραπεία, τα αποτελέσματα της επιλεγμένης θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόστηκε και η πρόσβαση στα φάρμακα και αξιολογεί τα συστήματα παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται να χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια στην επικοινωνία του συστήματος και το προσωπικού που το απαρτίζει με τον ασθενή και από σοβαρές ελλείψεις στον τομέα των φαρμάκων.

2. Οργανωσιακές Αλλαγές στην Αγορά Φαρμάκου

Η χρήση του φαρμάκου σχετίζεται με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία διαφόρων νόσων. Πέρα από τη χρήση του στο χώρο της υγείας, το φάρμακο ως εμπορεύσιμο αγαθό αλληλεπιδρά με πολυάριθμους τρόπους με οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς τομείς μιας χώρας. Ο φαρμακευτικός κλάδος διαμορφώνεται με βάση ένα ρυθμιστικό πλαίσιο που καθορίζει αυστηρά την πορεία που ακολουθεί κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα από την έρευνα για την ανακάλυψη μια νέας φαρμακευτικής ουσίας μέχρι τη στιγμή που καταναλώνεται από τον ασθενή. (Souliotis & Lionis, 2005)

Κάθε κράτος διαμορφώνει την αγορά φαρμάκου με την αδιάλειπτη επιτήρηση της αγοράς με κύριους στόχους τη διασφάλιση της προστασίας του ασθενή παρέχοντας την εγγύηση ότι στην κυκλοφορία διατίθενται μόνο φάρμακα ασφαλή για κατανάλωση μέσω της εφαρμογή διαδικασιών προσεκτικού ελέγχου, τη διάθεση στους ασθενείς δραστικών και ποιοτικών φαρμάκων, τον έλεγχο του κόστους, την εξασφάλιση ισότητας πρόσβασης στα φάρμακα, την εφαρμογή υποστηρικτικών μέτρων που προωθούν την έρευνα και την ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών ουσιών και την ενθάρρυνση του υγιούς ανταγωνισμού στο χώρο του φαρμάκου. (Maynard & Bloor, 1995) Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η κάλυψη μεγάλου μέρους των φαρμακευτικών δαπανών στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία. Η Πολιτεία παρεμβαίνει στον καθορισμό της τιμής κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος μέσω ορισμού μίας τιμής αναφοράς ή δημιουργίας ενός καταλόγου φαρμάκων το οποία αποζημιώνει το κάθε ασφαλιστικό ταμείο.

Η οικονομική κρίση παρείχε ευκαιρίες επαναδιαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων στις διεθνείς αγορές. Μέτρα με σκοπό τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών, όπως ο έλεγχος της τιμής και του κέρδους, ο περιορισμός της δωρεάν χορήγησης φαρμάκων και η θέσπιση ορίων στο ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης που παρέχεται από την κοινωνική ασφάλιση έχουν ληφθεί στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη λόγω περιορισμού των οικονομικών πόρων. Η πλειοψηφία των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εφάρμοσε μια σειρά μέτρων που σκόπευαν σε μείωση της τιμής των φαρμάκων και σε αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων με γενόσημα. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα χρόνια πριν την οικονομική κρίση δεν εφαρμόζονταν πολιτικές ενθάρρυνσης της

χρήσης των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων και τα γενόσημα φάρμακα είχαν μικρό μερίδιο της αγοράς φαρμάκου (Vandoros & Stargardt, 2013). Τέλος, πολιτικές που ενθαρρύνουν το ιατρικό προσωπικό να συνταγογραφεί με τρόπο ορθολογικό σε συνδυασμό με πολιτικές προώθησης και διάδοσης της χρήσης των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων φαίνεται να επιδρούν θετικά στην προσπάθεια μείωσης δαπανών που αφορούν την παροχή φαρμακευτικής φροντίδας στους ασθενείς, σε σύγκριση με την εφαρμογή πολιτικών μείωσης του ποσοστού του κρατικού προϋπολογισμού που διατίθεται για τη φαρμακευτική δαπάνη, η οποία ουσιαστικά μετακυλά το κόστος στον ασθενή (Mossialos et al., 2004).

Τα μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης μπορούν να διαχωριστούν σε μέτρα ελέγχου της προσφοράς και σε μέτρα ελέγχου της ζήτησης. Επιπρόσθετα, μία κατηγοριοποίηση των μέτρων μπορεί να λάβει χώρα με βάση τους αποδέκτες της εφαρμογής και να γίνει διάκριση σε μέτρα που αφορούν τους ιατρούς, μέτρα που αφορούν τους φαρμακοποιούς, μέτρα που αφορούν τους ασθενείς, μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες και μέτρα που αφορούν στην φαρμακευτική βιομηχανία. Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμισθεί ότι κάθε μέτρο που λαμβάνεται οφείλει να σκοπεύει πρώτα και κύρια στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας και στη διευκόλυνση πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Ο έλεγχος της τιμής κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος που διατίθεται στη αγορά αποτελεί ένα από τα βασικά μέσα ελέγχου της προσφοράς φαρμάκων, ανεξάρτητα από ποιος είναι ο αγοραστής και ποιο ποσό αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. (Κανανος, 2002) Πολλές χώρες εφαρμόζουν το «σύστημα τιμής αναφοράς», σύμφωνα με το κάθε φάρμακο με βάση ομοιότητες στη φαρμακευτική ουσία ή στις θεραπευτικές δράσεις κατατάσσεται σε κατηγορίες και προκύπτει μία τιμή αναφοράς για τη συγκεκριμένη κατηγορία φαρμακευτικών σκευασμάτων. (Κουσουλακου & Βιτσου, 2008)

Ο έλεγχος της λειτουργίας φαρμακαποθηκών και φαρμακείων καθώς και ο καθορισμός του κέρδους από την πώληση φαρμάκων αποτελούν μέτρα ελέγχου της προσφοράς.

Η προστασία της ευρεσιτεχνίας είναι ένα ακόμα μέτρο ελέγχου της προσφοράς. Κύριος σκοπός της προστασίας της ευρεσιτεχνίας είναι η απόσβεση του κόστους της έρευνας για την ανάπτυξη κάθε νέας φαρμακευτικής ουσίας. Από την άλλη πλευρά, δημιουργεί συνθήκες, εμποδίζοντας την πρόσβαση σε καινούρια φάρμακα σε ασθενείς χωρών οικονομικά αδυνάτων λόγω του υψηλού τους κόστους αυτών των φαρμάκων. (Mossialos & Mrazek, 2002)

Από την άλλη πλευρά τα μέτρα ελέγχου της ζήτησης φαρμάκων διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση ασθενών, ιατρών και φαρμακοποιών.

Η ζήτηση φαρμάκων επηρεάζεται από τους ιατρούς μέσω της συνταγογράφησης. Τα μέτρα ελέγχου φαρμακευτικής ζήτησης που αφορούν τους ιατρούς αποσκοπούν στον έλεγχο της συνταγογράφησης και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, όπως αναφέρεται από τους Maynard & Bloor (2003):

- 1) Χρήση λίστας φαρμάκων που συνταγογραφούνται και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- 2) Σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών σε συνδυασμό με τη χρήση πληροφορικών συστημάτων τα οποία διευκολύνουν την παρακολούθηση της συνταγογράφησης.
- 3) Καθορισμός ορίου στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού που συνταγογραφεί.

Η συνταγογράφηση της φαρμακευτικής ουσίας, όπου ο φαρμακοποιός υποχρεούται να χορηγήσει το οικονομικότερο φαρμακευτικό εμπορικό σκεύασμα αποτελεί μέτρο έλεγχου της συνταγογράφησης που αφορά τους φαρμακοποιούς.

Μέτρα που απαιτούν τη συμμετοχή του ασθενή στη φαρμακευτική δαπάνη, περιορίζουν τη ζήτηση και επομένως τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Η καθιέρωση πάγιας αμοιβής ανά φάρμακο ή ανά συνταγή, η ποσοστιαία συμμετοχή του ασθενή στην αξία του φαρμακευτικού σκευάσματος, ο καθορισμός ορίων στο είδος ή στην ποσότητα των φαρμάκων που καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο αποτελούν μέτρα ελέγχου της ζήτησης που αφορούν τους ασθενείς. Πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη μελέτη AANO Health Insurance Experiment (HPIA 1982) όπως αναφέρεται από τους Lohr, et al. (1986), φάνηκε ότι η απόφαση του ασθενή για χρήση φαρμάκων επηρεάζεται από τον τρόπο χρηματοδότησης της δαπάνης.

Νέες τιμές φαρμάκων εφαρμόστηκαν για τα φάρμακα που προμηθεύονται οι ασφαλιστικοί φορείς, τα δημόσια νοσοκομεία και γενικά κάθε ΝΠΔΔ που ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι διαφορές των τιμών που εφαρμόστηκαν από αυτές των παραγωγών συνεπάγονται προσαρμογή της τιμής με την εφαρμογή έκπτωσης από τις φαρμακευτικές εταιρίες, γνωστή και ως «rebate». Επιπρόσθετα, καθιερώθηκαν ποσά επιστροφής, γνωστά ως «claw back», από κάθε ιδιωτικό φαρμακείο υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, το μικτό ποσοστό κέρδους των εμπόρων χονδρικής πώλησης φαρμάκων μειώθηκε από 7,8% σε 5,4%. Η επιτροπή τιμών φαρμάκων και γενικά όλες οι αρμοδιότητες που αφορούν θέματα φαρμάκων μεταφέρθηκαν από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του

Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επιπλέον των ζητημάτων τιμολογιακής πολιτικής, πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις στην χορήγηση άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων, διευρύνθηκε το ωράριο λειτουργίας των φαρμακείων και έγινε δυνατή η συστέγαση φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρίας.

3. Η Θεσμοθέτηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας «ΕΟΠΥΥ»

Κατά τα έτη 1995 και 2001 έγιναν δύο αποτυχημένες προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω της δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη προσπάθεια έγινε μέσω του νομοσχεδίου από τον τότε Υπουργό Υγείας Δημήτρη Κρεμαστινό το 1995 και η δεύτερη, το 2001, από τον τότε Υπουργό Υγείας Αλέκο Παπαδόπουλο με την ίδρυση του ΟΔΠΥ. Μια νέα απόπειρα δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του νόμου 3918/2011 με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ενός νέου οργανισμού που σκοπεύει στον έλεγχο του κόστους και στη συγκράτηση των δαπανών υγείας αλλά και στην ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς κάθε ασφαλισμένο καθώς και στη καθολική πρόσβαση σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν ο κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών με τις μονάδες υγείας του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών και ο Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου. Με αυτόν τον τρόπο έγινε προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων, διασφάλισης πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με ισότιμους όρους για όλους τους πολίτες και βελτίωσης της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα ταμεία που εντάχθηκαν με την έναρξη της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ ήταν το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ, ενώ στη συνέχεια εντάχθηκαν και άλλα ταμεία Πιο συγκεκριμένα με χρονολογική σειρά όπως αυτά τα ταμεία εντάχθηκαν:

-ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΤΥΔΚΥ από 1/1/2012

-ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ από 1/4/2012

-ΤΑΥΤΕΚΩ και ΕΤΑΑ από 1/11/2012

- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ/ΤΑΙΣΥΤ από 1/12/2012

Το ΕΔΟΕΑΠ, το ταμείο των δημοσιογράφων, το ταμείο της Τράπεζας Ελλάδος, της Εθνικής Τράπεζας, το ΤΥΠΕΤ, το ταμείο του στρατού ξηράς, ναυτικού και αεροπορίας δεν εντάχθηκαν στον νέο ενιαίο φορέα υγείας.

Η ενοποίηση του συνόλου των ταμείων είχε σκοπό την οικονομική εξισορρόπηση των ταμείων ασφάλισης μέσω της ένωσης ταμείων που αντιμετώπιζαν οικονομικά

προβλήματα και ελλείψεις με τα υγιή. Τα ταμεία που δεν εντάχθηκαν τελικά στον ΕΟΠΥΥ θεωρούνται οικονομικά υγιή και εύρωστα ασφαλιστικά ταμεία. Αρνητικές εντυπώσεις προκλήθηκαν από αυτή την μεροληπτική στάση των κυβερνώντων με την απόφαση αποδοχής της αρνητικής στάσης σχετικά με την ένταξη των ταμείων αυτών στον ενιαίο ασφαλιστικό φορέα, αλλάζοντας τον αρχικό σχεδιασμό που όριζε την ένταξη όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο νέο ενιαίο ασφαλιστικό φορέα.

Οι κανονισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ, στηρίζονται στο όραμα διασφάλισης ισότητας στην πρόσβαση στο ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και ισοτιμίας στις παροχές φροντίδας υγείας ως προς το είδος, τη διαδικασία χορήγησης και το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες στο σύνολο των ασφαλισμένων των ασφαλιστικών ταμείων που με την ένωση τους δημιούργησαν τον ΕΟΠΥΥ. Στο προϋπάρχον σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ο κάθε ασφαλιστικός φορέας είχε δικαίωμα να εφαρμόζει δικούς του κανονισμούς παροχών φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα διαφορές στις παροχές να οδηγούν σε ανισότητες. Ο νέος κανονισμός ορίζει την παροχή ιατρικής περίθαλψης σε κάθε ασφαλισμένο από όλες τις δομές: νοσοκομεία του ΕΣΥ, πανεπιστημιακά νοσοκομεία, συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιώτες ιατρούς που έχουν σύμβαση με τους φορείς, κέντρα αποκατάστασης και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων.

Δυστυχώς, παρά το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από την συνένωση της πλειοψηφίας των ασφαλιστικών ταμείων και συστάθηκε ως νέος ενιαίος φορέας με βάση το όραμα για καθολική και ισότιμη πρόσβαση στη δωρεάν παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, δεν είχε καταλυτική επίδραση στην άσκηση πολιτικής υγείας με κριτήρια την κοινωνική ισότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την ιατρική αποτελεσματικότητα. Τελικά ο ΕΟΠΥΥ ήταν ένας μεσολαβητικό μηχανισμό είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών, με κύρια μέριμνα την αποδοτικότερη κατανομή και την πιο ορθολογική χρήση των περιορισμένων οικονομικών πόρων μέσω του ελέγχου του κόστους και της συγκράτησης των δαπανών. Εκτός από τα παραπάνω, ο ΕΟΠΥΥ αντιμετώπισε και αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης εξαιτίας των προβληματικών δεικτών της οικονομίας, του ατελούς και βιαστικού πολιτικού σχεδιασμού και των αδιάκοπων πιέσεων μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ ήταν ένας ελλειμματικός οργανισμός ευθύς εξαρχής από τη σύστασή του, καθώς τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία από τα οποία απαρτίζεται ήταν

ελλειμματικά και αντιμετώπιζαν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Τα ελλείμματα αυτά γιγαντώθηκαν με τη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης από το 0,6% του ΑΕΠ στο 0,4%. Στην εκτόξευση του ελλείμματος σε δυσθεώρητα ύψη καταλυτικό ρόλο έπαιξαν η μείωση των εισφορών λόγω της μείωσης του αριθμού των ασφαλισμένων, αφού τα ποσοστά ανεργίας και αδήλωτης εργασίας παρουσίασαν δραματική αύξηση, αλλά και η αύξηση του κόστους νοσηλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα εξαιτίας της εφαρμογής του συστήματος κλειστών ενοποιημένων νοσοκομείων (ΚΕΝ), τα οποία όρισαν νέες τιμές για τα νοσήλια των ασφαλισμένων, σύμφωνα με τα οποία ο ΕΟΠΥΥ οφείλει να αποζημιώνει τα νοσοκομεία.

Τα προβλήματα που αντιμετώπισε ο ΕΟΠΥΥ από την αρχή της λειτουργίας του, επέβαλλαν την εφαρμογή νέων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων. Στο τέλος του 2013, εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας και εμπειρογνώμονες συναντήθηκαν και συζήτησαν ώστε να συνδράμουν την Επιτροπή Αξιολόγησης των δομών και των λειτουργιών του ΕΟΠΥΥ και νέες αρμοδιότητες δόθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Ο καθορισμός των παροχών, η τιμολογιακή πολιτική της παροχής φροντίδας υγείας, η υλοποίηση ενός συστήματος ποιότητας σε επίπεδο ορισμού κατευθυντήριων γραμμών, η διασφάλιση της πληρωμής των παρόχων και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των παροχών υγείας είναι κάποιες από τις κύριες νέες αρμοδιότητες του ΕΟΠΥΥ.

4. Το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Η συνταγογράφηση αποτελεί το βασικό μέσο για τη χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή από τον ιατρό. Ο ιατρός λαμβάνοντας υπόψη τα συμπτώματα, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, όπως επίσης θέματα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των φαρμακευτικών ουσιών, θέτει ιατρική διάγνωση και καλείται να επιλέξει το καταλληλότερο φαρμακευτικό σκεύασμα που πρέπει να λάβει ο ασθενής. Η επιλογή του κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος βασίζεται στη διάγνωση της νόσου, στον καθορισμό του σκοπού της θεραπευτικής αγωγής, στην επιλογή μιας ομάδας φαρμάκων δραστικών για τη συγκεκριμένη διάγνωση και στην τελική επιλογή της φαρμακευτικής ουσίας στη σωστή δόση και οδό χορήγησης.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βασίζεται στη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή για τη δημιουργία, τον έλεγχο και την εκτέλεση των ιατρικών φαρμακευτικών συνταγών. Σκοπός της εφαρμογής της εφαρμογής της ηλεκτρονική συνταγογράφησης είναι η διασφάλιση της εγκυρότητας, της ασφάλειας και της διαφάνειας των πληροφοριών, σύμφωνα με τους Hsu et al. (2005). Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής καταγραφής και διαχείρισης των ιατρικών συνταγών στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη μείωση του κόστους. Επίσης, η εισαγωγή του ηλεκτρονικού υπολογιστή στη διαδικασία ιατρικής συνταγογράφησης μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερο έλεγχο του συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναφέρεται στη δημιουργία της συνταγής από τον ιατρό με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και αποθήκευση της στη βάση δεδομένων του κεντρικού συστήματος, τη χορήγηση αντιγράφου στον ασθενή, την εκτέλεση της συνταγής από το φαρμακείο και τον έλεγχο της από το ασφαλιστικό ταμείο.

Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρουσιάζει μια σειρά θετικών αποτελεσμάτων όπως:

1. Η εξοικονόμηση πόρων. Σύμφωνα με τον Haas (2006), ο έλεγχος της συχνότητας των επισκέψεων του ασθενούς στο γιατρό και ο έλεγχος του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων φαίνεται να οδηγεί σε μείωση κατά 15% των φαρμακευτικών δαπανών.

2. Ο περιορισμός των ιατρικών λαθών. Σύμφωνα με τον Hersh (2009), η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είχε σημαντική συμβολή στη μείωση των ιατρικών λαθών κατά 35%.
3. Η μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Σύμφωνα με τους Rupp & Warholak (2008) η εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαίνεται να μειώνει τη συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών, τις επισκέψεις στους ιατρούς και τις εισαγωγές στα νοσοκομεία.
4. Η βελτίωση της επικοινωνίας των ασθενών με ιατρούς και φαρμακοποιούς.
5. Η διευκόλυνση των ασθενών.
6. Η μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών σε ιατρεία και φαρμακεία

Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνδέεται με μειονεκτήματα όπως σφάλματα κατά την καταχώρηση των δεδομένων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και θέματα που αφορούν την προστασία προσωπικών δεδομένων ασθενών, ιατρών και φαρμακοποιών καθώς και η πιθανότητα αποκάλυψης απόρρητων πληροφοριών λόγω ανεπαρκών συνθηκών ασφαλείας του συστήματος δεν θεωρούνται αμελητέες και δεν είναι δυνατόν να παραβλεφθούν.

Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσουν οι ασθενείς και το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας από την εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο σχεδιασμού του συστήματος. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης πλεονεκτεί του συστήματος των χειρόγραφων συνταγών που προϋπήρχε στην ακρίβεια. Κάθε ηλεκτρονικό σύστημα έχει τη δυνατότητα σωστής καταγραφής της ονομασίας του φαρμάκου, της συνιστώμενης δοσολογίας, και τη χορηγούμενης ποσότητα αυτοματοποιώντας διαδικασίες οι οποίες παρέμεναν επιρρεπείς στον παράγοντα του ανθρώπινου λάθους. Επιπλέον, το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπερέχει του προηγούμενου συστήματος των χειρόγραφων συνταγών στη δυνατότητα τυποποίησης των δεδομένων και διευκόλυνσης των πιθανών αλλαγών.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορεί να διατυπωθεί η ερευνητική υπόθεση: **«Η αξιοπιστία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών».**

5. Γενόσημα Φαρμακευτικά Σκευάσματα

Σύμφωνα με τον ΕΟΦ, η δραστική ουσία ενός φαρμάκου ορίζεται ως το συστατικό εκείνο κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος που του προσδίδει τη θεραπευτική του αποτελεσματικότητα. Κάθε φάρμακο που θεωρείται πρωτότυπο ανακαλύφθηκε και παρασκευάστηκε μετά από έρευνες του τομέα της φαρμακοβιομηχανίας. Μια φαρμακευτική εταιρία που ανακαλύπτει ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν αποκτά δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και έχει τα αποκλειστικά δικαιώματα πώλησης του φαρμάκου για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Όταν περάσει το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κάθε φαρμακευτική εταιρία έχει δικαίωμα παραγωγής του ίδιου φάρμακου. Γενόσημο φάρμακο είναι κάθε φαρμακευτικό προϊόν που παράγεται, ώστε να είναι ίδιο με το πρωτότυπο φάρμακο αλλά ταυτόχρονα να παραμένει ασφαλές και αποτελεσματικό. Το γενόσημο φαρμακευτικό σκεύασμα πρέπει να περιέχει εξορισμού την ίδια δραστική ουσία σε ίση ποσότητα ώστε να μπορεί να θεωρείται θεραπευτικά ισοδύναμο με το πρωτότυπο. Κάθε φάρμακο, πρωτότυπο ή γενόσημο, ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία παράγεται, εισάγεται και κυκλοφορεί στην Ελλάδα, αφού λάβει έγκριση μετά από αυστηρό έλεγχο από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Ο ΕΟΦ διενεργεί συστηματικά εργαστηριακούς ελέγχους και επιθεωρήσεις. Επιπλέον, μετά την αδειοδότηση και κυκλοφορία των φαρμάκων, ο Ε.Ο.Φ. πραγματοποιεί συστηματικούς εργαστηριακούς δειγματοληπτικούς ελέγχους και τόσο προγραμματισμένες όσο και έκτακτες επιθεωρήσεις. (<http://eof.gr/prototipa-genosima> ημερομηνία προσπέλασης 04/12/2016)

Η χρήση των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων παρουσιάζει αυξητικές τάσεις παγκοσμίως, λόγω της πίεσης που ασκείται για μείωση των δαπανών υγείας και ιδιαίτερα του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Andersson et al, 2007). Τα γενόσημα φάρμακα θεωρούνται βίο-ισοδύναμα των πρωτοτύπων διατηρώντας τα ίδια επίπεδα ασφάλειας με τα πρωτότυπα αλλά ταυτόχρονα παρέχοντας τη δυνατότητα μείωσης του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης και έχοντας καλύτερη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας (Hassali et al, 2009). Σύμφωνα με τους Haas et al. (2005), η επικράτηση της χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων βελτιώνει τη δυνατότητα εξοικονόμησης πόρων διατηρώντας ταυτόχρονα την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας. Τελικά, η αντικατάσταση των πρωτοτύπων και ακριβότερων φαρμάκων της ίδιας θεραπευτικής

κατηγορίας από τα φθηνότερα γενόσημα φάρμακα έχει σημαντική συμβολή εξοικονόμηση πόρων στον τομέα της υγείας.

6. Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Στάση των Ασθενών απέναντι στα Γενόσημα Φάρμακα

Οι πρώτες μελέτες για τη στάση των ασθενών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα, διενεργήθηκαν στην Αμερική πριν από περισσότερα από 30 χρόνια (Mason & Bearden, 1980; Carroll et al, 1986), όπου γίνεται φανερός ο διχασμός της κοινής γνώμης σχετικά με τη χρήση των γενοσήμων. Το 30% των ασθενών φάνηκε να έχει θετική γνώμη σχετικά με τα γενόσημα, το 30% αρνητική και οι υπόλοιποι φάνηκε να παραμένουν ουδέτεροι. Η άποψη των ασθενών επηρεάζεται κυρίως από τις ανησυχίες τους σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους, καθώς όπως αναφέρεται από τους Hassali et al. (2009) οι αμφιβολίες που εκφράζονται σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα, αποτελούν τα μεγαλύτερα εμπόδια στην αποδοχή των γενοσήμων. Σύμφωνα με τους Gaither et al. (2001), ένα σημαντικό μέρος των ασθενών θεωρεί τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα χαμηλότερης ποιότητας από τα πρωτότυπα και επομένως μικρότερης αποτελεσματικότητας από τα πρωτότυπα και ως εκ τούτου είναι και χαμηλότερου κόστους. Η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα δεν θεωρείται ισότιμη εναλλακτική των πρωτότυπων. Από την άλλη πλευρά, το μικρότερο κόστος των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι ο βασικός παράγοντας διάδοσης της χρήσης τους και κυριαρχίας τους στην φαρμακευτική αγορά.

Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τη χρήση των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, η προηγούμενη εμπειρία τους από τη χρήση γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων επηρεάζει την άποψη των ασθενών σχετικά με τη χρήση γενοσήμων. Σύμφωνα με τους Heikkila et al. (2007) σημαντικοί παράγοντες αποδοχής της αντικατάστασης ενός πρωτότυπου με ένα γενόσημο φαρμακευτικό σκεύασμα είναι η μείωση του φαρμακευτικού κόστους και η συμβουλή που δέχεται ο ασθενής από το φαρμακοποιό. Αντίθετα, εμπόδια στην επικράτηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων αποτελούν η σύσταση του ιατρού για χρήση του πρωτότυπου φαρμάκου, η εμπειρία και η εξοικείωση με το φάρμακο που ήδη χρησιμοποιούν, ο φόβος των παρενεργειών, η σύγχυση από τη χρήση σκευασμάτων με διαφορετικές συσκευασίες και ονόματα, η

ανεπαρκής και περιστασιακή πληροφόρηση σχετικά με τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα και η ικανοποίηση από τη χρήση των προηγούμενων φαρμάκων. (Heikkila et al., 2007)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω σχετικά με το γενόσημα μπορεί να διατυπωθεί η ερευνητική υπόθεση: *«Σχετικά με τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, το χαμηλό κόστος είναι παράγοντας που οδηγεί σε αύξηση της χρήσης τους».*

7. Δραστηκότητα και Ασφάλεια Γενόσημων Φαρμακευτικών Σκευασμάτων

Το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται προς απάντηση σχετικά με τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα είναι αν μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμα με τα πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα, δηλαδή, αν εξασφαλίζεται ο ίδιος βαθμός και ρυθμός απορρόφησης της δραστικής ουσίας με τα πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα. Οι φαρμακευτικές εταιρίες που ασχολούνται με την παρασκευή γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων για να αποδείξουν ότι τα προϊόντα τους είναι ασφαλή και αποτελεσματικά, μπορούν να διεξάγουν εκ νέου κλινικές μελέτες, όπου επαναλαμβάνονται οι δοκιμασίες που πραγματοποιηθήκαν στην κλινική μελέτη που διενεργήθηκε από την εταιρία που παράγει το πρωτότυπο φάρμακο. Επίσης, οι φαρμακευτικές εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην παραγωγή γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων έχουν την επιλογή απλά να συγκρίνουν το φαρμακευτικό σκεύασμα που παράγουν με το πρωτότυπο μέσω μελετών βίο-ισοδυναμίας. Τα επιτρεπτά όρια βίο-ισοδυναμίας ενός γενόσημου φαρμακευτικού σκευάσματος με το αντίστοιχο πρωτότυπο, όπως ορίζει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων, είναι 80% έως 125% του ορίου εμπιστοσύνης (CL 90%) των φαρμακοκινητικών παραμέτρων AUC και C_{max}. Δηλαδή, ένα πρωτότυπο φάρμακο το οποίο περιέχει 100mg της φαρμακευτικής ουσίας όπως αναγράφεται στη συσκευασία, θεωρείται ότι έχει κλινική βίο-διαθεσιμότητα 1. Το αντίστοιχο γενόσημο φαρμακευτικό σκεύασμα με ίση αναγραφόμενη ποσότητα φαρμακευτικής ουσίας στη συσκευασία που έχει λάβει έγκριση οφείλει να έχει κλινική βίο-διαθεσιμότητα από 0,80 έως 1,25 (Seeley & Kanavos, 2008). Οι Kesselheim et al, (2008) μελέτησαν αποτελέσματα από 47 δημοσιευμένες κλινικές έρευνες οι οποίες σύγκριναν 9 κατηγορίες γενόσημων φαρμάκων για παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος με τα αντίστοιχα πρωτότυπα τους, χωρίς να μπορέσουν να αποδείξουν αποτελεσματικότερη δράση των πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς βρέθηκε κλινική ισοδυναμία σε μεγάλα ποσοστά.

8. Διαφορές Πρωτότυπων και Γενόσημων Φαρμακευτικών Σκευασμάτων

Τα αδρανή συστατικά που περιέχονται σε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα, όπως συνδετικά, υλικά πλήρωσεως, χρωστικές και αρωματικές ουσίες, αποτελούν μία κύρια διαφορά ανάμεσα στα γενόσημα και πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα χωρίς όμως να θεωρείται ότι μπορεί να αλλάζουν ουσιαστικά τις φαρμακευτικές δράσεις του προϊόντος. Ωστόσο, τα αδρανή αυτά συστατικά περιέχουν ουσίες όπως η γλουτένη που επηρεάζουν την κινητικότητα του εντέρου και την απορρόφηση της φαρμακευτικής ουσίας σε κάποιους ασθενείς. Επομένως, παρά το γεγονός ότι το ενεργό συστατικό σε ένα γενόσημο φαρμακευτικό σκεύασμα είναι πανομοιότυπο με το πρωτότυπο, ένα γενόσημο μπορεί στην πράξη να είναι λιγότερο αποτελεσματικό, ή να συνοδεύεται με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι διαφορές στο πρωτόκολλο παρασκευής και στη χημική σύνθεση, δηλαδή τα έκδοχα, τα πρόσθετα και οι αδρανείς ουσίες μπορεί να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο δράσης της φαρμακευτικής ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό ως προς τη βίο-διαθεσιμότητα της δραστικής φαρμακευτικής ουσίας και ως προς την ενδεχόμενη συμβατότητα των εκδόχων με τον οργανισμό.

Γ. Η Έννοια της Ποιότητας και της Ικανοποίησης Ασθενούς

1. Ιστορική Αναδρομή

Ο Shewhart υπήρξε θεμελιωτής του στατιστικού ποιοτικού ελέγχου και πρωτοπόρος στην προσπάθεια να προσεγγιστεί με επιστημονικό τρόπο η έννοια της ποιότητας το 1931. Ο ίδιος υποστήριξε ότι ο όρος ποιότητα είναι σε άμεση συσχέτιση με την απάντηση στην ερώτηση «πόσο καλό είναι ένα προϊόν» σύμφωνα με τους Best & Neuhauser (2006).

Ο Crosby (1979) αναφέρει οι καταναλωτές, με τις επιθυμίες και τις απαιτήσεις τους, είναι αυτοί που τελικά πρέπει να διαμορφώνουν τον όρο ποιότητα. Παρομοίως, ο Deming (1982), ορίζει την έννοια της ποιότητας με βάση την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών. Ο Juran (1988) αναφέρει ότι το κριτήριο πόσο κατάλληλο είναι ένα προϊόν για τη χρήση για την οποία αγοράστηκε καθορίζει την ποιότητα του. Επίσης, αναφέρει ο Juran, η ποιότητα διαμορφώνεται μέσα από τον προσεκτικό σχεδιασμό ενός προϊόντος. Την ίδια χρονιά, το 1988, ο Garvin ορίζει τις προσδοκίες υψηλού επιπέδου του πελάτη ως καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ποιότητας. Η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή σε συνδυασμό με την τήρηση των προδιαγραφών που έχουν προσυμφωνηθεί ορίζουν την ποιότητα εάν και εφόσον προσφέρουν αίσθημα ικανοποίησης στον καταναλωτή, σύμφωνα με τους Bolton & Drew (1991).

Ο Ishikawa, όπως αναφέρεται από τους Hoyer et al. (2001), θεωρείται πρωτοπόρος στην προσπάθεια ταύτισης της έννοιας της ποιότητας με την έννοια της ικανοποίησης του πελάτη, επισημαίνοντας πως εκτός από το προϊόν η ποιότητα οφείλει να χαρακτηρίζει και το σύνολο των διαδικασιών που ακολουθούνται σε κάθε οργανισμό.

Ο Nanda (2005) αναφέρει πως η ποιότητα σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του προϊόντος εφόσον αυτά ικανοποιούν τις ανάγκες του πελάτη.

Οι Goetsch & Davis (2006) αναφέρουν ότι η ποιότητα εμπλέκεται όχι μόνο με το τελικό προϊόν, αλλά πρέπει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με το σύνολο των διαδικασιών, του προσωπικού και των υπηρεσιών, τις διαδικασίες παρέχοντας ικανοποίηση στις προσδοκίες αλλά και στις απαιτήσεις του καταναλωτή.

2. Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Μεγάλος αριθμός μελετών σχετικά με την ποιότητα έχουν πραγματοποιηθεί και πολυάριθμες μέθοδοι μέτρησης της έχουν δημοσιευτεί, ωστόσο, σύμφωνα με τους Chang & Chang (2013), το περιεχόμενο της ακόμα διερευνάται και παραμένει αντικείμενο συζητήσεων και διαφωνιών. Ο τομέας της υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με άλλους παραγωγικούς τομείς, και ως εκ τούτου παρουσιάζει και σημαντικές διαφορές οι οποίες τον διαχωρίζουν σαφώς από κάθε άλλο τομέα της παροχής υπηρεσιών (Donabedian, 1988). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, η αποτελεσματική αξιοποίηση των οικονομικών πόρων, η εξάλειψη οποιουδήποτε κινδύνου για τον ασθενή, ο υψηλός δείκτης ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και τέλος η θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου πρέπει απαραίτητα να χαρακτηρίζουν κάθε σύστημα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (WHO, 1993).

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τον άμεσα ενδιαφερόμενο καταναλωτή-ασθενή και αποτελεί αδιαμφισβήτητα πολυπλοκότερο θέμα σε σύγκριση με την αξιολόγηση της ποιότητας οποιαδήποτε άλλης υπηρεσίας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1990), «η ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας ορίζεται ως η παροχή φροντίδας που αυξάνει τα οφέλη για τον κάθε ασθενή. Η δομή κάθε οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας, κάθε διαδικασία που εμπλέκεται στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και τα τελικά αποτελέσματα καθορίζουν την ποιότητα της παροχής οποιασδήποτε υπηρεσίας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης». Με βάση τον παραπάνω ορισμό, ο Donabedian σχεδίασε μια μέθοδο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο χώρο της υγείας (Hoff et al., 2004). Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να διακριθούν τρεις διαστάσεις:

1. Η σχέση ασθενούς με κάθε εργαζόμενο στον τομέα της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η αντιμετώπιση του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας.
2. Οι επιστημονικές γνώσεις και η επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας
3. Οι υλικοτεχνικές υποδομές και ο εξοπλισμός

Κατά τον Donabedian (1990), υπάρχουν επτά πυλώνες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας:

- Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness)

- Αποδοτικότητα (efficiency)
- Βελτιστότητα (optimality)
- Αποδεκτικότητα (acceptability)
- Νομιμότητα (legitimacy)
- Ισότητα (equity).

Η Αδαμαντίδου (2004) αναφέρει εννιά παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας:

1. Ο τρόπος συμπεριφοράς του προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ο σεβασμός που βιώνει ο ασθενής στην αξιοπρέπεια του και σε κάθε ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του(π.χ. θρησκεία)
2. Η ταχύτητα στην αντιμετώπιση κάθε προβλήματος
3. Η αριθμητική επάρκεια προσωπικού για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών
4. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας να γίνεται συνεχώς
5. Η εμπειρία, οι ικανότητες, η κατάρτιση και η επαγγελματική δεοντολογία του συνόλου του προσωπικού που απασχολείται στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών
6. Η υποστήριξη αφού ολοκληρωθεί η παροχή της υπηρεσίας φροντίδας υγείας
7. Οι υλικοτεχνικές υποδομές και ο σύγχρονος εξοπλισμός που υποστηρίζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας
8. Ο σωστός σχεδιασμός εγκαταστάσεων ώστε η παραμονή και οι μετακινήσεις τόσο των ασθενών αλλά και των συνοδών τους να γίνεται με τρόπο εύκολο και ανεμπόδιστο
9. Το κόστος κάθε παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας που επιβαρύνει τον ασθενή

Η βελτίωση της ποιότητας, κατά τους Gilbert et al. (1992), μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της πρόβλεψης και της συστηματικής καταγραφής και ανάλυσης των διαδικασιών ώστε να προληφθεί και το παραμικρό λάθος. Επίσης, οι ίδιοι αναφέρουν ότι η βελτίωση της ποιότητας κάθε παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας απαιτεί δέσμευση του προσωπικού και υποστήριξη από τη διοίκηση.

Με βάση τα παραπάνω δημιουργείται απορία και επομένως διατυπώνεται η ερευνητική υπόθεση ότι «Η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής ασθενών μεγάλης ηλικίας» η οποία και θα διερευνηθεί.

3. Η Προσδοκία για Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η προσδοκία ορίζεται ως η εκπλήρωση των αναγκών και επιθυμιών που αναμένεται από το κάθε άτομο σύμφωνα με τους στόχους του, όπως αναφέρουν οι Κουτελέκος & Χαλιάσος (2014). Η έννοια της προσδοκίας δεν έχει διασαφηνιστεί πλήρως, ωστόσο θεωρείται από τον Γεωργογιάννη (2010), ότι είναι οι προηγούμενες εμπειρίες που έχει βιώσει το άτομο αυτές που επιδρούν στην διαμόρφωση κάθε προσδοκίας. Επίσης οι κοινωνικές προσδοκίες ασκούν καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας προσδοκίας. Οι κοινωνικές προσδοκίες αλληλεπιδρούν με τις ατομικές οι οποίες παίρνουν την τελική τους μορφή επηρεαζόμενες και από τις τα προσωπικές πεποιθήσεις και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η ηλικία και το φύλο.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, η προσδοκία αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία. Η προσδοκία κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται σύνθετη έννοια που συσχετίζει τις προβλέψεις και τις πεποιθήσεις του ασθενή για την υπηρεσία. Οι προσδοκίες των ασθενών, σύμφωνα με τους McKinley et al. (2002), διαμορφώνονται μέσα από προηγούμενες εμπειρίες τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τις ανάγκες τους και τη γενικότερη στάση που έχουν προς το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Kravitz, (1996) τόνισε τη σημασία της κατανόησης και της αξιολόγησης των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από του πολιτικούς ιθύνοντες, καθώς έχουν σημαντικές κλινικές συνέπειες.

Οι Bowling et al. (2012) έδειξαν ότι η καθαριότητα, η επικοινωνία, η σαφής πληροφόρηση που σαφορά την κατάσταση υγείας του ασθενούς και η συμμετοχή σε κάθε θεραπευτική απόφαση που λαμβάνουν οι θεράποντες ιατροί αποτελούν συνήθεις προσδοκίες κάθε ασθενούς. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών θα έχει βελτιωτική επίδραση στον τομέα της επικοινωνίας τους. Οι ίδιοι ερευνητές εντοπίζουν δύο βασικές παραμέτρους κατά τη μελέτη της έννοιας της προσδοκίας του ασθενούς: οι προσδοκίες που έχει ένας ασθενής από ένα ιδανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις προσδοκίες σχετικά με αυτό που αναμένεται να συμβεί. Ο κάθε ασθενής, το περιβάλλον του, αλλά και το κοινωνικό σύνολο έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι προσδοκίες αυτές με την εξέλιξη του συστήματος υγείας καθιερώθηκαν ως αναγκαίες συνθήκες για την ομαλή, αποτελεσματική και εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Κάθε πολίτης προσδοκά στην περίπτωση ασθένειας του άμεση και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεσματική αντιμετώπιση από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σαφή πληροφόρηση, δικαίωμα επιλογής, χαμηλό κόστος και κάλυψη του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών συνεπάγεται αυξημένη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, υψηλό βαθμό συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες και ενεργό συμμετοχή στην περίθαλψη.

Οι παραπάνω θεωρίες οδηγούν στη διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης: **«Η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είναι παράγοντας μη ικανοποίησης των ασθενών».**

4. Η Έννοια της Ικανοποίησης- Ικανοποίηση ασθενούς

Η ικανοποίηση αποτελεί γνωστική κατάσταση και επηρεάζεται από την ποιότητα των υπηρεσιών, την αντιλαμβανόμενη απόδοση, την αντιλαμβανόμενη αξία και την αξιολόγηση της εκπλήρωσης των αναγκών και του οφέλους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σύμφωνα με τα παραπάνω η ποιότητα έχει αποτέλεσμα το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη ύστερα από ολική αξιολόγηση της παρεχόμενης υπηρεσίας. (Saad Andaleeb, 1998)

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί την αξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή της εμπειρίας που βίωσε από την επαφή του με το σύστημα υγείας (Jackson et al., 2001). Σύμφωνα με τους Bond & Thoma (1992), όπως αναφέρεται από τις Anterioti & Antoniou (2014) *«οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι ανάγκες τους για διαπροσωπική σχέση, για αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».* Ο Ovretveit (1992) ορίζει ότι η πλήρης ικανοποίηση των ασθενών που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών υγείας, με το μικρότερο κόστος και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι οι παράμετροι που τελικά θα ορίσουν την ποιότητα των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Η έννοια της ικανοποίησης ασθενούς είναι συνισταμένη πολλών κριτηρίων και έχει συνδεθεί με τρεις τουλάχιστον θεωρίες όπως αναφέρουν οι Κωσταγιόλας και συν. (2008) :

1). Η θεωρία της ασυμφωνίας που σχετίζεται με τα άτομα και χρησιμοποιείται ευρέως στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με την οποία ο βαθμός ικανοποίησης ορίζεται ως το κενό ανάμεσα στις ανάγκες και στις επιθυμίες.

2). Η θεωρία της πλήρωσης που έχει σχέση με την αντιλαμβανόμενη αξία της υπηρεσίας

3). Η θεωρία της ισοτιμίας που σχετίζεται με την κοινωνική σύγκριση.

Οι Kano et al.(1984) πρότειναν ένα μοντέλο ελέγχου ποιότητας το οποίο έχει δύο διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι η κάλυψη των προσδοκιών που έχει ο ασθενής και η δεύτερη διάσταση είναι η συνολική ικανοποίηση του ασθενούς. Οι παράγοντες που μπορούν να έχουν επίδραση στη συνολική ικανοποίηση του κάθε ασθενούς χωρίστηκαν σε προαπαιτούμενους, ελκυστικούς, μονοδιάστατους, αδιάφορους και αποτρεπτικούς. Ένας προαπαιτούμενος παράγοντας αποτελεί βασική προϋπόθεση παροχής υπηρεσιών υγείας και η αδυναμία πλήρωσης του επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση του ασθενή. Ένας ελκυστικός παράγοντας επιδρά μόνο αυξάνοντας το βαθμό ικανοποίησης καθώς η ύπαρξη του δεν θεωρείται αναμενόμενη. Ένας μονοδιάστατος παράγοντας σχετίζεται με ένα μόνο συγκεκριμένο τομέα απόδοσης του φορέα παροχής υπηρεσιών και μπορεί να προκαλέσει τόσο ικανοποίηση όσο και δυσαρέσκεια. Ένας αδιάφορος παράγοντας δεν επηρεάζει καθόλου στην ικανοποίηση του ασθενούς. Ένας αποτρεπτικός παράγοντας επιτείνει τη δυσαρέσκεια και έχει αρνητική επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης.

Ο Donabedian (1996) αναφέρει ότι οι υποδομές, οι διαδικασίες και το τελικό αποτέλεσμα αποτελούν τις κύριες παραμέτρους μέτρησης ικανοποίησης στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τους Wilkinson et al. (2004), η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και η κοινωνική αποδοχή αποτελούν σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τις βασικές μεταβλητές για τη μέτρηση ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με τους παράγοντες ποιότητας των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί αντικείμενο μεγάλου αριθμού ερευνητών. Κάθε παράγοντας ποιότητας φαίνεται να έχει διαφορετική επίδραση στη συνολική ικανοποίηση του ασθενή. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί την άποψη του για την ποιότητα της περίθαλψης όπως αυτός τη βίωσε και την αντιλαμβάνεται και συνδέεται με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Τελικά η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η σχέση μεταξύ προσδοκίας ιδανικής φροντίδας και παρεχόμενης περίθαλψης, σύμφωνα με τους Johansson et al. (2002).

5. Μέτρηση Ικανοποίησης

Κατά τους Palihawadana & Barnes (2004), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ο κύριος παράγοντας προσδιορισμού της ποιότητας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι Crosby et al. (2003) αναφέρουν ότι η πλειοψηφία όσων απασχολούνται στον τομέα παροχής υπηρεσιών πιστεύει ότι «η παροχή υπηρεσιών ποιότητας είναι το κύριο συστατικό στοιχείο ικανοποίησης του κάθε πελάτη».

Το Australian Council on Healthcare Standards έχει ορίσει από το 1990 ένα σαφές πλαίσιο παροχής υπηρεσιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης υψηλού επιπέδου ποιότητας. Η ικανοποίηση του ασθενούς σε επίπεδο αναγκών αλλά και σε επίπεδο προσδοκιών, η δυνατότητα βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η αποδοχή της αλλαγής από τους ασθενείς, η αξιοποίηση του συνόλου των πόρων και η επίτευξη των στόχων με το βέλτιστο τρόπο ορίζουν αυτό το πλαίσιο.

Πληθώρα ερευνητών (Parasuraman et al., 1985, Zeithaml, 2000, Seth et al, 2005, Caruana et al, 2000) ασχολήθηκε με τη συσχέτιση του επιπέδου ποιότητας κάθε παρεχόμενης υπηρεσίας της απόδοσης του οργανισμού και της ικανοποίησης του ασθενούς. Οι παραδοχές ότι το υψηλό επίπεδο ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας ασκεί θετική επίδραση στην απόδοση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και η απουσία ικανοποίησης του πελάτη δημιουργεί προβλήματα έγινε ευρέως παραδεκτό. Μεγάλος αριθμός ερευνητών αναφέρουν σημαντικά οφέλη σε πολλούς τομείς της παροχής υπηρεσιών από τη διατήρηση υψηλών επιπέδων ικανοποίησης στους πελάτες. (Skogland & Sigauw, 2004, Barsky & Labagh, 1992, Kandampully, 2000)

Οι Parasuraman et al.(1985) πρότειναν ένα «μοντέλο ανάλυσης χασμάτων» όπου αναλύουν τις αιτίες που η παροχή υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται μη ικανοποιητικών και περιγράφουν τα πέντε κενά που μπορεί να δημιουργηθούν στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Το πρώτο κενό εντοπίζεται ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη και στον τρόπο που αντιλαμβάνεται αυτές τις προσδοκίες η διοίκηση. Το δεύτερο κενό βρίσκεται ανάμεσα στις προδιαγραφές της υπηρεσίας και στην αντίληψη των προδιαγραφών αυτών από τη διοίκηση. Το τρίτο κενό μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στις προδιαγραφές που σε θεωρητικό επίπεδο θα έπρεπε να διαμορφώνουν την υπηρεσία υγείας και στην υπηρεσία που τελικά παρέχεται. Το τέταρτο κενό εντοπίζεται στον τρόπο επικοινωνίας του οργανισμού με τον καταναλωτή. Το πέμπτο κενό μπορεί να δημιουργηθεί ανάμεσα στην προσδοκία και στην αντίληψη για την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας που τελικά παρέχεται.

Ο Grönroos, αρχικά το 1984, μελέτησε την ποιότητα και όρισε δύο διαστάσεις, την τεχνική και τη λειτουργική. Λίγα χρόνια αργότερα (Grönroos, 1990), ο ίδιος όρισε έξι διαστάσεις:

- Συμπεριφορά
- Προσβασιμότητα
- Εμπιστοσύνη
- Φήμη και αξιοπιστία
- Ανάκτηση πληροφοριών
- Επαγγελματισμός και δεξιότητες

Οι Parasuraman et al. ανέπτυξαν ένα μοντέλο ποιότητας το 1988, βασιζόμενοι στο πως ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ποιότητα και πως αξιολογεί την υπηρεσία που λαμβάνει. Πρότειναν δέκα παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας. Αναλυτικά:

- 1) Αξιοπιστία: κάθε υπηρεσία οφείλει να παρέχεται με συνέπεια και ακρίβεια.
- 2) Ανταπόκριση προσωπικού: οι εργαζόμενοι στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλουν να παρέχουν την υπηρεσία με γνώμονα την ικανοποίηση του ασθενούς.
- 3) Δεξιότητες του προσωπικού
- 4) Ευγένεια του προσωπικού
- 5) Προσβασιμότητα:
- 6) Επικοινωνία: κάθε πληροφορία παρέχεται στον ασθενή με τέτοιο ώστε γίνεται απόλυτα κατανοητή
- 7) Ασφάλεια: η προστασία που παρέχεται στον ασθενή από κάθε πιθανό κίνδυνο
- 8) Εμπιστοσύνη
- 9) Κατανόηση και γνώση των αναγκών του πελάτη
- 10) Υλικά περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης

Λίγο αργότερα οι ίδιοι ερευνητές δημιούργησαν το μοντέλο «SERVQUAL», μειώνοντας τις διαστάσεις σε πέντε. Οι διαστάσεις αυτές είναι:

- 1) Αξιοπιστία: ο οργανισμός οφείλει να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας με ακρίβεια και συνέπεια
- 2) Διασφάλιση: ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται εμπιστοσύνη και ασφάλεια από τη συμπεριφορά του προσωπικού η οποία οφείλει να διακρίνεται από ευγένεια και να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ασθενούς.

- 3) Υλικά περιουσιακά στοιχεία: ο υλικός εξοπλισμός του οργανισμού, οι υποδομές και οι εγκαταστάσεις οφείλουν να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις ώστε να παρέχουν ικανοποίηση στον ασθενή.
- 4) Εξατομίκευση: ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μια ξεχωριστή ύπαρξη με μοναδικές ανάγκες.
- 5) Ανταπόκριση: ο ασθενής εξυπηρετείται άμεσα και διαρκώς από προσωπικό πρόθυμο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του και να λαμβάνει επαρκή ενημέρωση για τον χρόνο αναμονής ή την πιθανή ύπαρξη κάποιου προβλήματος στην υπηρεσία.

Οι Johnston & Silvestro (1990) βασίστηκαν σε έρευνες που διενεργήθηκαν σε πελάτες οργανισμών παροχής υπηρεσιών και πρόσθεσαν πέντε επιπλέον παράγοντες ικανοποίησης: την εξυπηρέτηση, τη φροντίδα, τη δέσμευση, τη λειτουργικότητα και την ακεραιότητα.

Οι Cronin & Taylor (1994) θεώρησαν ότι το μοντέλο SERVQUAL στηρίζεται σε ένα μοντέλο αντίληψης και όχι σε ένα πρότυπο μέτρησης συμπεριφοράς και επομένως δεν μπορεί να ανταποκρίνεται σε θέματα μέτρησης ικανοποίησης πελάτη και δημιούργησαν το μοντέλο SERVPERF. (Cronin & Taylor, 1994)

Οι Getty & Getty (2003) όρισαν την κατανόηση των αναγκών του ασθενή καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την εμπιστοσύνη, και την επικοινωνία ως βασικές παραμέτρους μέτρησης ικανοποίησης.

Ο Lam et al. (2004) ανέφεραν ότι η εξυπηρέτηση, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η κατανόηση των αναγκών και το βολικό ωράριο αποτελούν τις βασικές διαστάσεις ποιότητας.

Από το παραπάνω δημιουργείται η ερευνητική υπόθεση: **«Η συμπεριφορά του προσωπικού στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών».**

6. Οργανωσιακές Αλλαγές του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενούς

Η πλειοψηφία των ασθενών ενδιαφέρεται να έχει ενεργό συμμετοχή σε κάθε απόφαση που αφορά την υγεία του και πιο ειδικά στο σχεδιασμό της φροντίδας υγειονομικής περίθαλψης που θα λάβει. Από τη δεκαετία των '80, οι ασθενείς άρχισαν να έχουν μια κριτική στάση προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και έγινε φανερό ότι επιθυμούσαν

να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη λήψη οποιασδήποτε απόφασης είχε σχέση με την υγεία τους. Έκτοτε, μεγάλος αριθμός αλλαγών πραγματοποιήθηκαν στον τρόπο ενημέρωσης των ασθενών. Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και η πληροφόρησή που λαμβάνουν δημιούργησαν αμφιβολίες σχετικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς θέτουν κριτήρια στη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν, η οποία πρέπει να ικανοποιεί τους ίδιους τους ασθενείς όχι μόνο τους λειτουργούς υγείας. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζεται από τρεις παράγοντες σύμφωνα με τους Βενιού & Τεντολούρης (2013):

- 1). Οι προσδοκίες των ασθενών
- 2). Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών
- 3). Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους των ασθενών.

Η διάγνωση των προσδοκιών των ασθενών και ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης συνήθως σχετίζεται με τέσσερις αιτίες σύμφωνα με την Καλογεροπούλου (2011):

- 1). Διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρονται από το φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
- 2). Διαφορά μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών του φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
- 3). Διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και των προτύπων παροχής υπηρεσιών υγείας και εξυπηρέτησης που έχουν τεθεί από τον ίδιο τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- 4). Διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που υπόσχεται ο φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει.

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια αγορά που, παρά τις ιδιομορφίες της σε σχέση με τις κλασικές αγορές άλλων υπηρεσιών, παραμένει αγορά. (Παπαπαναγιώτου, 2000). Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας περιλαμβάνει δεδομένα που στοχεύουν στην παροχή φροντίδας υγείας που να παρέχει ικανοποίηση στον ασθενή και δεν σχετίζεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος (Σιγάλας, 1999).

Κάθε οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια σύνθετη μονάδα παραγωγής υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης και έρευνας, της οποίας η οργάνωση και η λειτουργία απαιτεί σαφές θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο. Η αδυναμία των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών όπως ο εξοπλισμός σύγχρονης τεχνολογίας, το επαρκές και κατάλληλα

εκπαιδευμένο προσωπικό και η εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δημιουργεί πολλά και δυσεπίλυτα προβλήματα όπως η αναποτελεσματική λειτουργία, η υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών, η σπατάλη των οικονομικών πόρων και γενικότερα αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη και εξέλιξη του συνόλου του συστήματος υγείας.

Η πρόληψη των ασθενειών, η αποκατάσταση και η διατήρηση της καλής υγείας των πολιτών προϋποθέτουν την ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η σύνδεση της ποιοτικής φροντίδας υγείας με την επιβίωση του ατόμου έχει ως αποτέλεσμα η ανάγκη για ικανοποίηση των αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. Γενικά, όπως αναφέρεται από τους Crow et al. (2002), σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αποτελεί ένας συνδυασμός αποτελεσμάτων αξιολογήσεων με επίκεντρο τον ασθενή. Κάθε οργανωσιακή αλλαγή που εφαρμόζεται σε ένα σύστημα υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ικανοποίηση της ανάγκης του κάθε πολίτη για ποιοτική φροντίδα υγείας. Η εφαρμογή κάθε μέτρου οργανωσιακής αλλαγής πρέπει να στοχεύει στη δημιουργία ενός αποδοτικού συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που θα εξασφαλίζει στον ασθενή τη μέγιστη ικανοποίηση από τη χρήση του.

Η επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης του ασθενούς μέσα από την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων οργανωσιακής αλλαγής είναι αποτέλεσμα σωστού συνδυασμού πολλών οργανωτικών συστατικών, όπως η οργανωτική δομή, η κατανομή των ευθυνών, η διαμόρφωση κατάλληλων διαδικασιών και ανεύρεση επαρκών οικονομικών πόρων. Η σύσταση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας με κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την ποιότητα μετά την εφαρμογή του συνόλου των οργανωσιακών αλλαγών έχει αποτέλεσμα την ικανοποίηση των ασθενών και τελικά βελτιώνεται η αποτελεσματικότητά του συστήματος υγείας.

7. Το Κόστος του Μη Ικανοποιημένου Ασθενή από την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Η συνεχής αύξηση των αναγκών στη φροντίδα υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη οικονομικών πόρων που συνεπάγεται η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση ανάγκασε τις κυβερνήσεις πολλών χωρών να προβούν στην εφαρμογή μέτρων ελέγχου των δαπανών που πραγματοποιούνται στην κοινωνική πολιτική και ειδικότερα στον τομέα της

υγείας. Κοινός στόχος των συστημάτων υγείας παγκοσμίως είναι η συγκράτηση του κόστους που συνεπάγεται η παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης.

Το κόστος είναι το βασικό κριτήριο που καθορίζει τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας τα χρόνια εξαιτίας της λιτότητας που επιβάλλει η οικονομική κρίση. Το κόστος ασκεί ρυθμιστικό ρόλο στον προγραμματισμό, στον έλεγχο και στην αξιολόγηση κάθε οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας που χαρακτηρίζονται από απουσία ποιότητας συνεπάγεται κάποιο κόστος το οποίο δημιουργείται επειδή δεν εφαρμόζονται οι ενδεδειγμένες πρακτικές για την ποιοτική παροχή της υπηρεσίας φροντίδας υγείας.

Η παροχή φροντίδας υγείας που στερείται ποιότητας δεν ικανοποιεί τον ασθενή και έχει αρνητική επίδραση στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία του ασθενούς αλλά και στο λειτουργικό κόστος του οργανισμού παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή εξαιτίας ανεπαρκούς ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας έχει αρνητικές επιπτώσεις που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή όπως επιπλοκές μακρόχρονης νοσηλείας (ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις). Επίσης μια μακρόχρονη νοσηλεία επιβαρύνει οικονομικά τόσο τον ασθενή όσο και το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω της μακρόχρονης απουσίας του ασθενούς από την εργασία του. Ενώ αρνητικές συνέπειες αντιμετωπίζει και ο οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς δεσμεύονται διαθέσιμες κλίνες του και αυξάνει η απασχόληση του προσωπικού. Τέλος, αρνητικές επιπτώσεις υπάρχουν και στο κοινωνικό σύνολο καθώς αυξάνουν οι νοσοκομειακές δαπάνες και μειώνεται η παραγωγικότητα.

Σύμφωνα με τους Σιγάλα & Αλεξιάδη (1999), υπολογίζεται ότι ακόμα και οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που διαχειρίζονται με σωστό τρόπο τους οικονομικούς τους πόρους, το κόστος της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί ανέλθει στο 30% των εσόδων τους. Επίσης, οι ίδιοι αναφέρουν ότι περίπου ο ένας στους τέσσερεις εργαζομένους μπορεί να απασχολείται με τη διόρθωση των λαθών. Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας που δεν χαρακτηρίζονται από ποιότητα συνεπάγεται περισσότερες δαπάνες αφού στο κόστος που αφορά τη διόρθωση των λαθών, προστίθεται και το κόστος από τη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της κακής ποιότητας. Επομένως, μέτρων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται και αύξηση της παραγωγικότητάς του.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: Μεθοδολογία της Έρευνας

1. Η Έννοια της Μεθοδολογίας της Έρευνας

Η περιγραφή και η ερμηνεία των γεγονότων αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της επιστήμης. Ο καθορισμός της σχέσης ανάμεσα στις παραμέτρους που σχετίζονται με ένα γεγονός, όσο και των γεγονότων μεταξύ τους είναι ένας από τους τρόπους που η επιστήμη περιγράφει και προσπαθεί να ερμηνεύσει τα γεγονότα. Η έρευνα και οι επιστήμες αναπτύχθηκαν μέσα από την παρατήρηση και τον πειραματισμό ως αποτέλεσμα της μακρόχρονης εμπειρίας του ανθρώπου. Η αναζήτηση της γνώσης επιβάλλει μια καθορισμένη μεθοδολογική πορεία που υπακούει σε αυστηρούς κανόνες. Σύμφωνα με τους Κυριαζόπουλος & Σαμαντά (2011), κύριος τομέας της μελέτης της φιλοσοφίας της έρευνας είναι οι υποθέσεις που γίνονται σχετικά με την φύση των μελετώμενων γεγονότων, ο τρόπος που παράγεται η γνώση και η οπτική γωνία που προσεγγίζονται τα γεγονότα σε κάθε έρευνα. Ουσιαστικά, πραγματοποιούνται σε όλες τις έρευνες, αν και σπάνια αναλύονται κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων τους ώστε να γίνουν σαφείς. Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας είναι μια επιστήμη που ερευνά μεθοδικά τον τρόπο απόκτησης κάθε μορφή γνώσης στηριζόμενη σε ένα σύστημα κανόνων οργάνωσης των διαδικασιών.

Σύμφωνα με το Ν. 3653/21.3.2008, όπως αναφέρουν οι Κυριαζόπουλος και Σαμαντά (2009), έρευνα ορίζεται «η πρωτότυπη εργασία με την οποία προάγεται η επιστημονική γνώση σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές επιστημονικές μεθόδους, θεωρίες ή επεξεργασία νέων θεωριών, ικανών να γίνουν αποδεκτές από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα». Η έρευνα διακρίνεται σε βασική έρευνα η οποία ορίζεται ως «η πρωτότυπη θεωρητική ή πειραματική εργασία που διενεργείται με σκοπό την απόκτηση νέας γνώσης σχετικά με τις υποκείμενες αιτίες και την θεμελίωση των φαινομένων και των γεγονότων, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα άμεσης πρακτικής εφαρμογής της», σε εφαρμοσμένη έρευνα η οποία ορίζεται ως «η πρωτότυπη θεωρητική ή πειραματική εργασία που διενεργείται με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένου πρακτικού αποτελέσματος» και σε τεχνολογική έρευνα η οποία ορίζεται ως «συστηματικές εργασίες που στηρίζονται σε ήδη κατακτηθείσα γνώση και αποσκοπούν στην προεργασία για την παραγωγή νέων προϊόντων ή διατάξεων για την εγκατάσταση νέων διαδικασιών, συστημάτων ή υπηρεσιών ή την ουσιαστική βελτίωση των ήδη υπαρχουσών, για συγκεκριμένες εφαρμογές».

Κάθε έρευνα μπορεί να διακριθεί ανάλογα με τον τρόπο που συλλέγονται τα δεδομένα (παρατήρηση, μελέτη περίπτωσης, κλινική μελέτη, συνέντευξη, ερωτηματολόγιο, πείραμα). Επίσης κάθε έρευνα μπορεί να διακριθεί με βάση το είδος των δεδομένων σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής έρευνα επιπρόσθετα διακρίνεται σε ποιοτική και ποσοτική.

Οι δευτερογενείς έρευνες βασίζονται σε μελέτη στοιχείων που έχουν συλλεχθεί για διαφορετικούς σκοπούς από την συγκεκριμένη έρευνα και έχουν ήδη δημοσιευτεί. Οι δευτερογενείς έρευνες παρέχουν βοήθεια στη διατύπωση με ορθό τρόπο του προβλήματος, προτείνουν μεθοδολογία έρευνας και αποτελούν πηγές στοιχείων που παρέχουν τη δυνατότητα σύγκριση. Παρέχει πλεονεκτήματα οικονομίας κόστους και χρόνου συγκρινόμενη με την πρωτογενή, αλλά παρουσιάζει μειονεκτήματα σε θέματα αξιοπιστίας και πιθανής έλλειψης αποδείξεων ποιότητας.

2. Η Φιλοσοφία της Έρευνας

Κύριες προσεγγίσεις της φιλοσοφίας της έρευνας αποτελούν η φαινομενολογία και ο θετικισμός ενώ δευτερεύουσες είναι ο ρεαλισμός, ο διερμηνευτισμός και ο εμπειρισμός.

Ο θετικισμός αναπτύχθηκε από το Γάλλο φιλόσοφο Αύγουστο Κόντ (Auguste Comte, 1798-1857) ως ένας τρόπος να διαχωριστεί η επιστήμη από την μεταφυσική και την θρησκευτική σκέψη. Η χρήση του θετικισμού από τους συγγραφείς γίνεται με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους καθιστώντας δυσχερή τη σαφή διατύπωση του δόγματος του (Κυριαζόπουλος & Σαμαντα, 2011). Ο θετικισμός πρεσβεύει ότι η επιστήμη οφείλει να διεξάγεται με τρόπο αντικειμενικό και η εφαρμογή του υποστηρίζει την εφαρμογή μεθόδων των φυσικών επιστημών στην κοινωνική πραγματικότητα. Ο θετικισμός συνδυάζει τη λογική με τα μέσα εμπειρικής διερεύνησης (παρατήρηση, πείραμα, συγκριτική ανάλυση των στοιχείων, διατύπωση γενικεύσεων και επιστημονικών νόμων με αξιώσεις καθολικής ισχύος) κατά την προσπάθεια επιστημονικής αναζήτησης της αλήθειας (Τάτσης, 1997).

Η φαινομενολογία, από την άλλη πλευρά, αναπτύχθηκε από το Γερμανό φιλόσοφο Husserl το 1913 και σύμφωνα με τους Κυριαζόπουλος και Σαμαντα (2011) υποστηρίζει ότι οι επιστημονικοί ερευνητές οι οποίοι στηρίζουν τις έρευνες τους στον θετικισμό πιθανά να μην μπορούν να αντιληφθούν μέρος των ιδεών σχετικά με την ανθρώπινη

συμπεριφορά. Οι Cohen et al. (2000) υποστηρίζουν τη διαφορετικότητα κάθε ανθρώπου και το διαφορετικό τρόπο αντίληψης του κόσμου. Επίσης οι ίδιοι αναφέρουν ότι δεν είναι δυνατό να υφίσταται μια και μοναδική απόλυτη αλήθεια και κάθε συμπέρασμα σχετικό με την αντίληψη της πραγματικότητας μπορεί να εξαχθεί μέσα από την εμπειρική και πειραματική μελέτη του προβλήματος.

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η φιλοσοφία του Θετικισμού.

3. Ερευνητική Προσέγγιση

Δύο είναι ουσιαστικά οι ερευνητικές προσεγγίσεις στη βιβλιογραφία, η παραγωγική και η επαγωγική ερευνητική προσέγγιση (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η παραγωγική προσέγγιση χρησιμοποιεί τη θεωρητική προσέγγιση για να αναπτύξει έννοιες που θα εξεταστούν στη συνέχεια για τη συλλογή στοιχείων. Η επαγωγική προσέγγιση συγκεντρώνει δεδομένα για να αναπτύξει θεωρίες τις οποίες συσχετίζει με τις ήδη υπάρχουσες στην τρέχουσα βιβλιογραφία θεωρίες.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία η ερευνητική προσέγγιση του θέματος είναι η παραγωγική καθώς συλλέχθηκαν στοιχεία, με βάση τα οποία γίνεται προσπάθεια δημιουργίας θεωρίας.

4. Ανάπτυξη ερωτηματολογίου

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η προσπάθεια διερεύνησης της επίδρασης των γενομένων οργανωσιακών αλλαγών του συστήματος παροχής περίθαλψης στις αντιλήψεις και στην ικανοποίηση των πασχόντων από χρόνια νόσο και συγκεκριμένα των πασχόντων από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Για το σκοπό αυτό διενεργήθηκε έρευνα με διανομή ερωτηματολογίων, η οποία αρχικά διερευνά τις αντιλήψεις των ασθενών και στη συνέχεια την ικανοποίηση των ασθενών από κάποιες παραμέτρους της παροχής υπηρεσιών υγείας και τέλος ατομικά, οικογενειακά, μορφωτικά και εισοδηματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού του δείγματος ώστε να διερευνηθούν οι σχέσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με το επίπεδο ικανοποίησης μετά από τις αλλαγές που έλαβαν χώρα στις υπηρεσίες παροχής ιατρο-φαρμακευτικής περίθαλψης. Επιπρόσθετα, μέσω της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων μπορεί να προκύψουν τρόποι αύξησης της ικανοποίησης των ασθενών

καθιστώντας περισσότερο λειτουργικό το σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας.

Ο σαφής καθορισμός των στόχων της έρευνας και του δείγματος του πληθυσμού που θα μελετηθεί είναι κρίσιμης σημασίας για τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου. Ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να σχεδιάζεται με τρόπο που να λαμβάνει υπόψη τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά του ερωτώμενου, καθώς και τις συνθήκες χορήγησης και συμπλήρωσής του. Το ερωτηματολόγιο οφείλει να είναι σύντομο ώστε να μην προκαλεί δυσφορία και να απαντηθεί με ειλικρίνεια. Από την άλλη πλευρά, πρέπει μέσα από την επεξεργασία του να προκύψουν στοιχεία που να οδηγούν σε συμπεράσματα σχετικά με τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ασθενών από τις οργανωσιακές αλλαγές του συστήματος υγείας, το βαθμό ικανοποίησης μετά από τις αλλαγές που έλαβαν χώρα καθώς και τρόποι μέσω των οποίων οι αλλαγές θα γίνονταν ευκολότερα αποδεκτές.

Ο τρόπος διατύπωσης κάθε ερώτησης και οι απαντητικές επιλογές και κλίμακες μέτρησης πρέπει να εξασφαλίζουν το αδιαμφισβήτητο των απαντήσεων και τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια. Η μορφή του ερωτηματολογίου και η σειρά των ερωτημάτων είναι εξίσου μεγάλης σημασίας ώστε το ερωτηματολόγιο να είναι εύχρηστο, σαφές και το δυνατόν σύντομο. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας δε βασίστηκε σε κάποιο προϋπάρχον ερωτηματολόγιο, αλλά δημιουργήθηκε βασιζόμενο στις αρχές που αναπτύχθηκαν στο θεωρητικό μέρος μετά από συζήτηση με ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο κρίθηκε σκόπιμο να τμηματοποιηθεί σε μια σειρά επιμέρους κατηγοριών ερωτήσεων, ανάλογα με το είδος των στοιχείων που ήταν επιθυμητό να ληφθούν:

1. ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τις οργανωσιακές αλλαγές που έλαβαν χώρα
2. ερωτήσεις που διερευνούν τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών
3. ερωτήσεις που διερευνούν τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από τον ΕΟΠΥΥ
4. ερωτήσεις που διερευνούν τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
5. ερωτήσεις που διερευνούν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων
6. γενικές στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο.

5. Ερευνητικοί Στόχοι

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η προσπάθεια διερεύνησης της ικανοποίησης των πασχόντων από χρόνια νόσο και συγκεκριμένα των νεφροπαθών σε μια οργανωσιακή αλλαγή του συστήματος παροχής περίθαλψης. Για το σκοπό διενεργήθηκε πρωτογενής έρευνα, στα πλαίσια της οποίας διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο, η οποία διερευνά:

- 1) την άποψη των ασθενών για τις ήδη εφαρμοσμένες οργανωσιακές αλλαγές στο σύστημα παροχής περίθαλψης (ερωτήσεις 1, 2, 3 του ερωτηματολογίου- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 2) το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από το υφιστάμενο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας (ερωτήσεις 4, 5, 6-βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 3) τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των πασχόντων ασθενών από χρόνιες παθήσεις (ερωτήσεις 7, 8- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 4) το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τον ΕΟΠΥΥ (ερωτήσεις 5, 7, 8- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 5) το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ερωτήσεις 9, 10, 11- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 6) την άποψη των ασθενών για την ποιότητα και τη χώρα προέλευσης των γενόσημων φαρμάκων (ερωτήσεις 12, 13, 14, 15- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 7) την άποψη των ασθενών για το κόστος ασφάλισης (ερώτηση 16- βλέπε παράρτημα σελίδα 119),
- 8) δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ώστε να διερευνηθούν οι σχέσεις των παραπάνω χαρακτηριστικών με το επίπεδο ικανοποίησης από τις αλλαγές που εφαρμόστηκαν στις υπηρεσίες παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης την περίοδο της οικονομικής κρίσης (ερωτήσεις 18 — 22- βλέπε παράρτημα σελίδα 119).

6. Το Δείγμα της Έρευνας

Το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν δείγμα ευκολίας από το χώρο εργασίας. Στα πλαίσια της έρευνας διανεμήθηκαν συνολικά 120 ερωτηματολόγια στο σύνολο των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε μία μονάδα αιμοκάθαρσης. Επεστράφησαν συμπληρωμένα πλήρως τα 103 ερωτηματολόγια.

7. Ερευνητικές Υποθέσεις

Ακολούθως παρουσιάζονται οι ερευνητικές υποθέσεις που αναδείχθηκαν από τη θεωρητική προσέγγιση και αφορούν τους θεωρητικούς στόχους της έρευνας:

1. Η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής ασθενών μεγάλης ηλικίας.
2. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τις οργανωσιακές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν.
3. Η αξιοπιστία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών.
4. Σχετικά με τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, το χαμηλό κόστος είναι παράγοντας που οδηγεί σε αύξηση της χρήσης τους.
5. Η συμπεριφορά του προσωπικού στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών.

8. Μέθοδος Ανάλυσης των Δεδομένων

Στην έρευνα αγοράς χρησιμοποιούνται στατιστικά προγράμματα τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα αξιόπιστης ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων και ακριβούς πρόβλεψης της συμπεριφοράς των καταναλωτών. Το πιο διαδεδομένο και εύχρηστο στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιείται σε έρευνες των Κοινωνικών Επιστημών είναι το SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Το SPSS παρέχει δυνατότητες καταγραφής και επεξεργασίας των δεδομένων των ερευνών, ανάλυσης των δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων, παρουσίαση των δεδομένων σε πίνακες και διαγράμματα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: Αποτελέσματα μέσω Στατιστική Ανάλυσης

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως έτσι ώστε να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με:

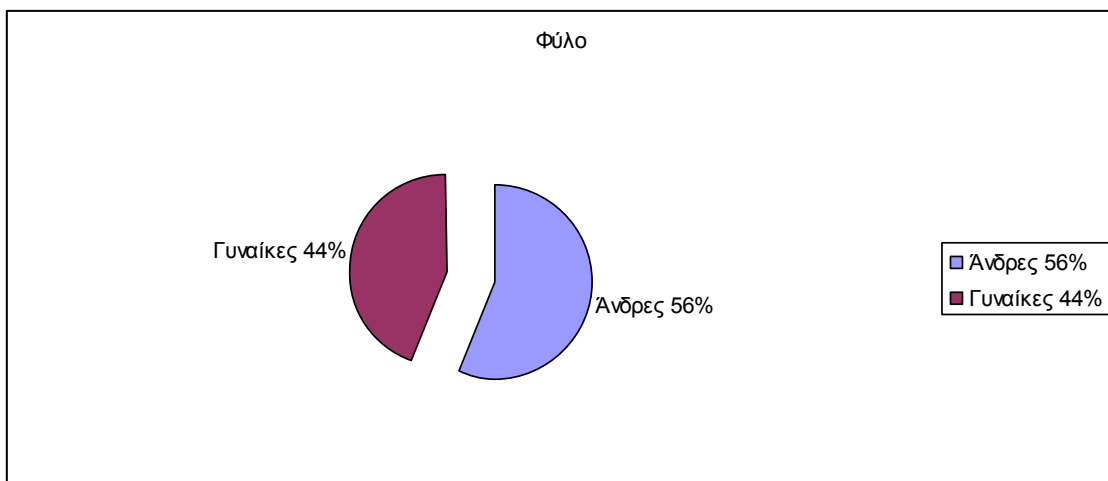
- (α) την οργανωσιακή αλλαγή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης,
- (β) το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και συγκεκριμένα ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, Επιπλέον έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί:
 - (α) το γεγονός ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τις οργανωσιακές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν,
 - (β) η πεποίθηση ότι η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής ασθενών μεγάλης ηλικίας,
 - (γ) η υπόθεση ότι η συμπεριφορά του προσωπικού στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών,
 - (δ) η υπόθεση ότι η αξιοπιστία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών,
 - (ε) η υπόθεση ότι το χαμηλό κόστος των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι παράγοντας που οδηγεί σε αύξηση της χρήσης τους.

Για την παρούσα ερευνητική εργασία διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν απαντημένα 103. Ακολούθως παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα από τα 103 απαντημένα ερωτηματολόγια που επιστράφησαν σε 22 ερωτήματα για την πλήρη διαλεύκανση των ερευνητικών υποθέσεων, όπως παρουσιάζονται στα ακόλουθα ραβδογράμματα σε ποσοστιαίες (%) αναλογίες επί του πληθυσμού (N=103). Για κάθε ραβδόγραμμα γίνεται σύντομος σχολιασμός των αποτελεσμάτων. Επίσης, σε ακόλουθο στάδιο πραγματοποιείται έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών / υποσυνόλων των ερευνητικών υποθέσεων και εξάγονται αναλυτικά συμπεράσματα για την αποδοχή ή την απόρριψή τους.

1. Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο

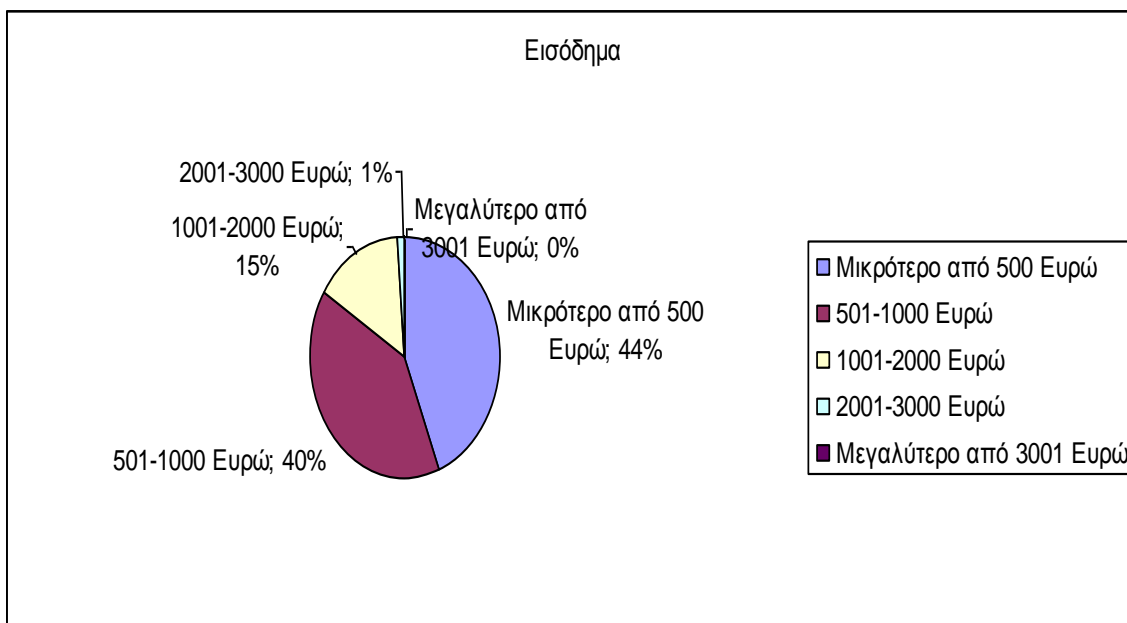
Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελούταν από 54% άνδρες και 46% γυναίκες. (Γράφημα 1)



Γράφημα 1

Εισόδημα

Το 44% του δείγματος είχε εισόδημα μέχρι 500ευρώ, 40% είχε εισόδημα από 501 μέχρι 1000 ευρώ, 15% είχε εισόδημα από 1001 μέχρι 2000ευρώ και μόνο 1% είχε εισόδημα μεγαλύτερο από 2001 ευρώ. Πρόκειται για ένα δείγμα το οποίο δε φαίνεται να έχει οικονομική άνεση αφού το 84% έχει εισοδήματα λιγότερα από 1000ευρώ. (Γράφημα 2)

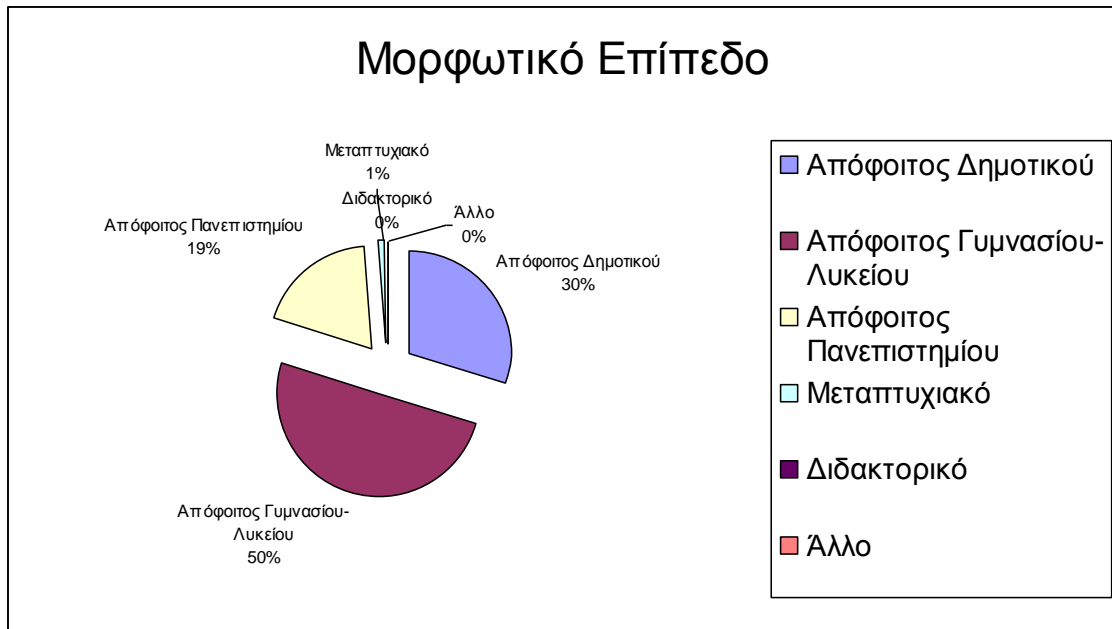


Γράφημα 2

Μορφωτικό Επίπεδο

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών επικρατούσε η δευτεροβάθμια εκπαίδευση κατά 50%, ακολουθούσε η πρωτοβάθμια εκπαίδευση κατά 30% και η

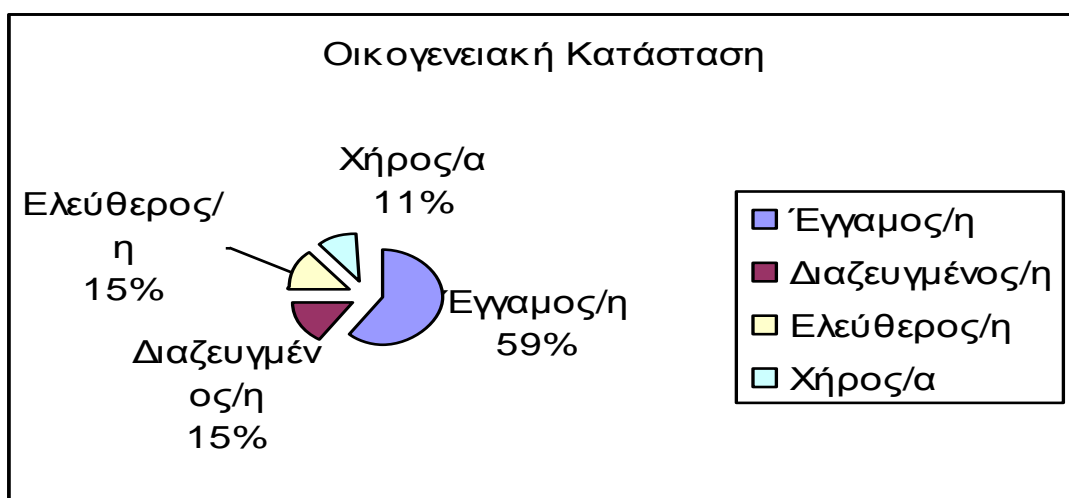
τριτοβάθμια εκπαίδευση κατά 19%, ενώ μόλις το 1% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Πρόκειται, λοιπόν για ένα δείγμα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου καθώς το μορφωτικό επίπεδο του 80% δεν ξεπερνά την αποφοίτηση από το λύκειο και μόλις το 20% έχει συνεχίσει την εκπαίδευση του σε κάποιο πανεπιστημιακό ίδρυμα. (Γράφημα 3)



(Γράφημα 3)

Οικογενειακή Κατάσταση

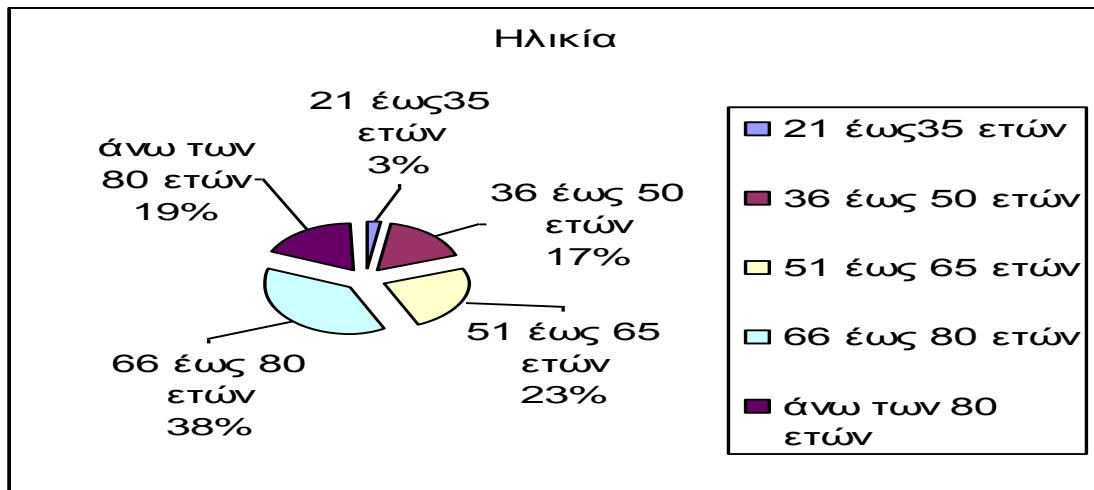
Το 59% των ασθενών ήταν έγγαμοι/ες, το 15% διαζευγμένοι/ες, το 15% ελεύθεροι/ες και το 11% χήροι/ες. (Γράφημα 4)



Γράφημα 4

Ηλικία

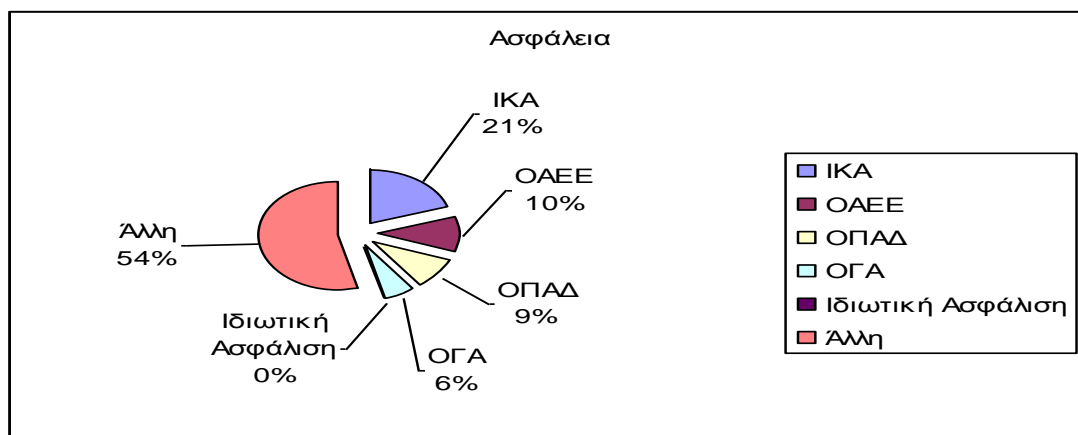
Το 39% των ασθενών ήταν από 66 έως 80 ετών, το 23% των ασθενών ήταν από 51 έως 65 ετών, το 18% ήταν μεγαλύτερη από τα 81 έτη, το 17% των ασθενών ήταν από 36 έως 50 ετών και μόλις το 3% ήταν από 21 ετών μέχρι 35ετών. Επομένως πρόκειται για ένα δείγμα μεγάλης ηλικίας αφού το 57% του δείγματος έχει ηλικία μεγαλύτερη από τα 65 έτη. (Γράφημα 5)



Γράφημα 5

Ασφαλιστική κάλυψη

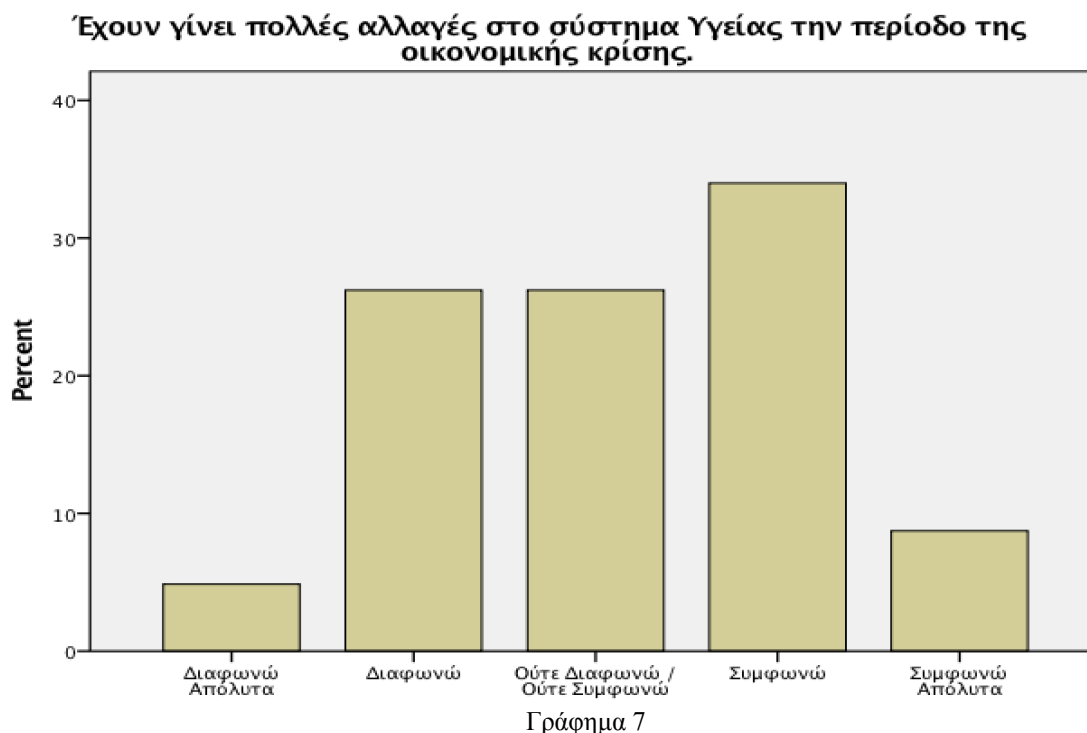
Τέλος, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. σε ποσοστό 40%, ακολουθούσαν οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε σε ποσοστό 20%, οι δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό 18%, οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. σε ποσοστό 12% και οι ασφαλισμένοι σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία όπως ο Οίκος Ναύτου σε ποσοστό 10%. (Γράφημα 6)



Γράφημα 6

2. Περιγραφική Ανάλυση

Ερώτηση Πρώτη: Πραγματοποίηση Αλλαγών στο σύστημα υγείας

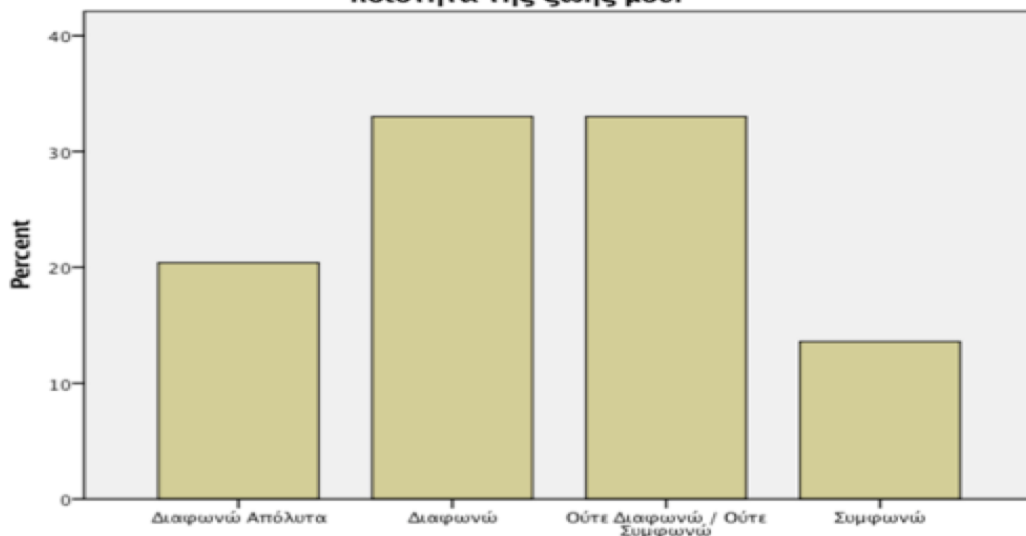


Η πρώτη ερώτηση σχετίζεται με το αν το δείγμα του πληθυσμού που ερωτάται πιστεύει ότι έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο σύστημα Υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 7, το 42% του δείγματος πιστεύει ότι έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο σύστημα υγείας, ενώ το 31% διαφωνεί με αυτή την άποψη. Φαίνεται λοιπόν ότι οι αλλαγές αν και έχουν γίνει αντιληπτές από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, παραμένει ένα μεγάλο μέρος που αμφιβάλλει για αυτές.

Ερώτηση Δεύτερη: Η αξία του σεβασμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Η δεύτερη ερώτηση διερευνά αν οι ασθενείς θεωρούν ότι η παροχή των Υπηρεσιών Υγείας, βασίζεται στο σεβασμό στον άνθρωπο. Οι απαντήσεις:

Ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής μου.

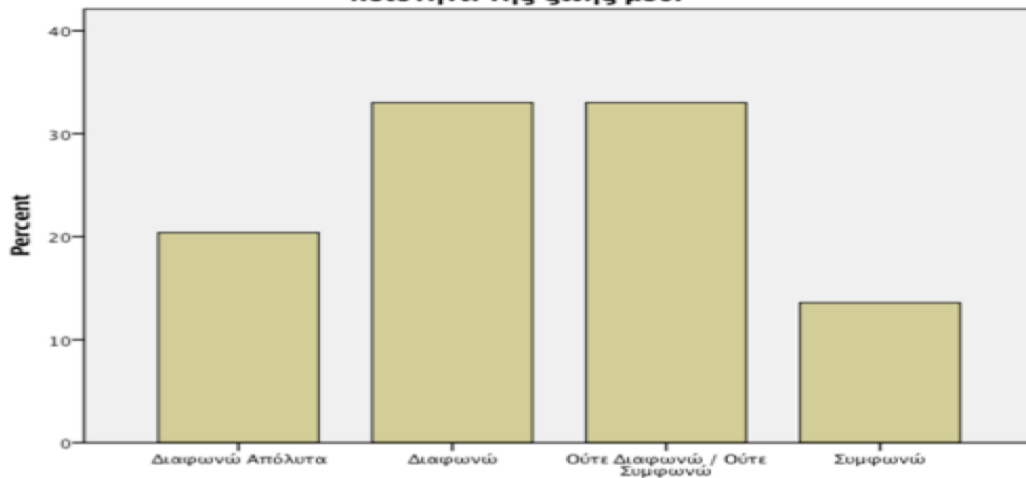


Γράφημα 8

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι 50% του δείγματος δεν πιστεύει ότι η παροχή υπηρεσιών βασίζεται στο σεβασμό στον άνθρωπο και μόνο το 15% συμφωνεί με αυτή την πρόταση, ενώ το 35% δε διατυπώνει ξεκάθαρη απάντηση. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι μόνο το 15% αισθάνεται σεβασμό κατά την επαφή του με το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας (Γράφημα 8).

Ερώτηση Τρίτη: Ποιότητα ζωής ασθενούς και παροχή υπηρεσιών υγείας

Ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής μου.



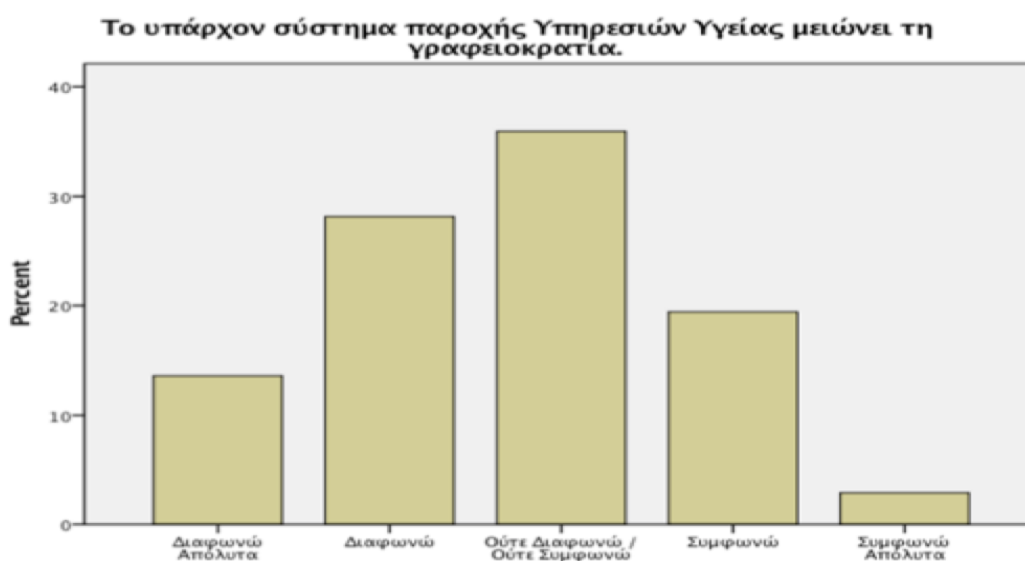
Γράφημα 9

Η τρίτη ερώτηση ασχολείται με το αν ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.

Το 54% του δείγματος δεν πιστεύει ότι ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας από το ελληνικό σύστημα παροχής περίθαλψης βελτιώνει την ποιότητα ζωής του κα μόνο το 12% συμφωνεί με την παραπάνω άποψη, ενώ το 1/3 του δείγματος παραμένει ουδέτερο χωρίς να εκφράζει ούτε θετική ούτε αρνητική άποψη (Γράφημα 9).

Ερώτηση Τέταρτη: Γραφειοκρατία και παροχή υπηρεσιών υγείας

Η τέταρτη ερώτηση διαπραγματεύεται αν το ερωτώμενο δείγμα θεωρεί ότι το υπάρχον σύστημα παροχής Υπηρεσιών Υγείας μειώνει τη γραφειοκρατία. Όπως φαίνεται και στο γράφημα 10, το 42% του ερωτώμενου δείγματος δεν έχει πειστεί ότι οι γενόμενες οργανωσιακές αλλαγές κατάφεραν να μειώσουν τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, ενώ μόνο το 22% πιστεύει ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται πλέον χωρίς γραφειοκρατία.

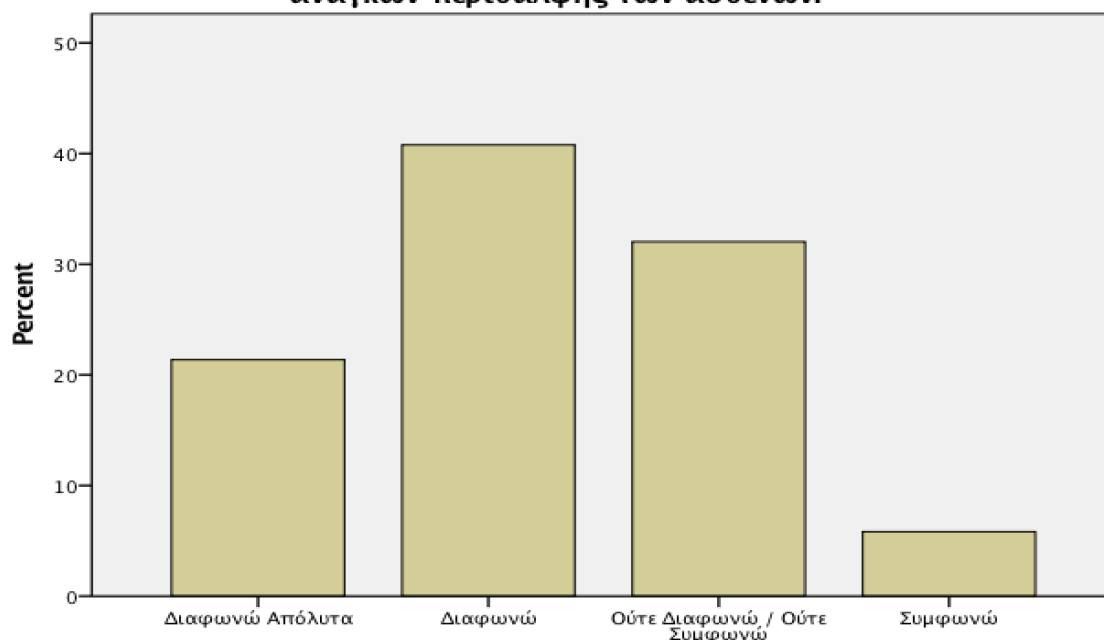


Γράφημα 10

Ερώτηση Πέμπτη: Επάρκεια ιατρικού προσωπικού και παροχή υπηρεσιών υγείας

Η πέμπτη ερώτηση διερευνά αν ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού του δημόσιου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται επαρκής για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης των ασθενών.

Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης των ασθενών.

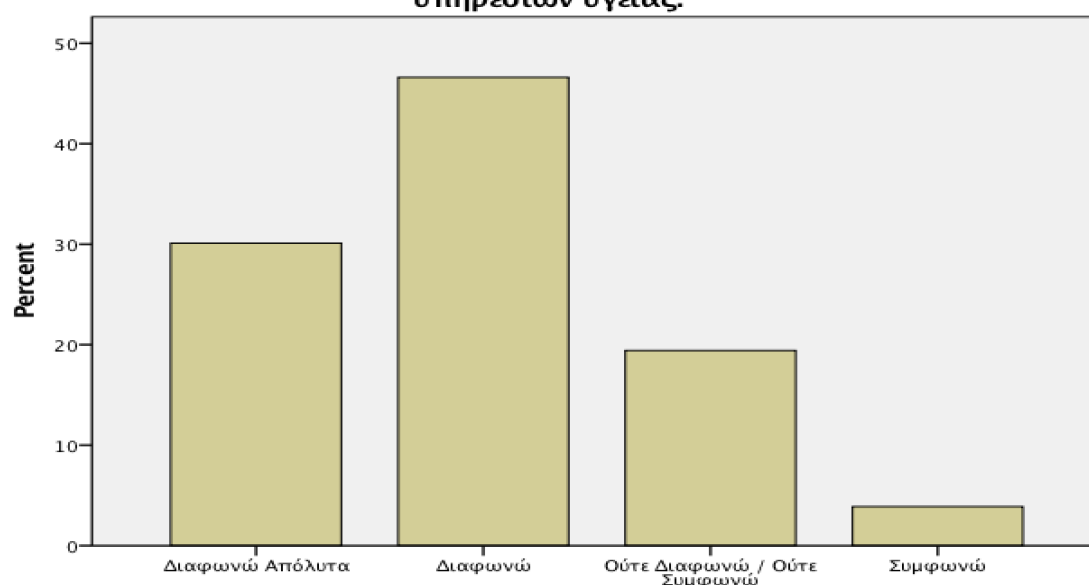


Γράφημα 11

Μεγάλο ποσοστό του δείγματος, 62%, πιστεύει ότι το ιατρικό προσωπικό του συστήματος δημόσιας παροχής υγειονομικής περίθαλψης δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών, ενώ μόνο 6% πιστεύει ότι το ιατρικό προσωπικό είναι αρκετό σε αριθμό για να καλύψει τις ανάγκες (Γράφημα 11).

Ερώτηση έκτη: Επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού και σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού επαρκεί για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας.



Γράφημα 12

Η έκτη ερώτηση διερευνά αν ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού του δημόσιου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι επαρκή για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το 77% των ερωτώμενων εξέφρασε την άποψη ότι δεν είναι αρκετό με αρκετά μεγαλύτερη βεβαιότητα, ενώ μόνο 4% πιστεύει ότι ο αριθμός νοσηλευτών και νοσηλευτριών επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες παροχής δημόσιας φροντίδας υγείας (Γράφημα 12)

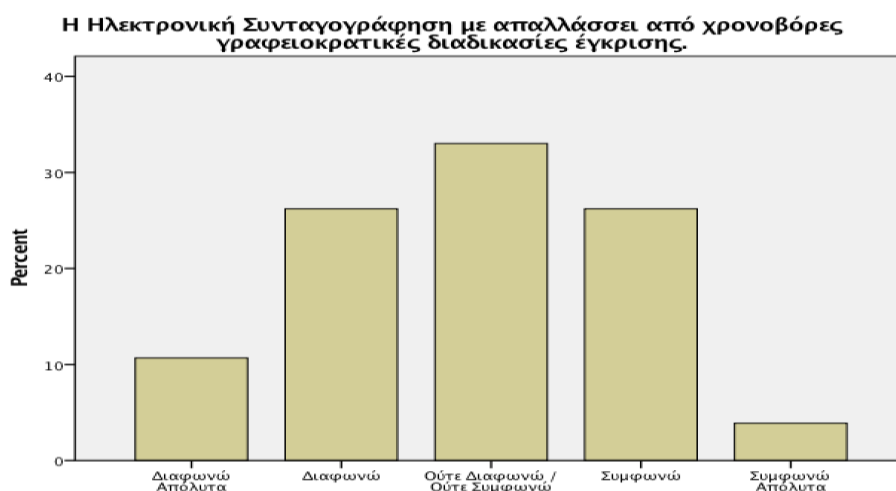
Ερώτηση Έβδομη: Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και Λάθη κατά την ανάγνωση και την εκτέλεση ιατρικών συνταγών

Η έβδομη ερώτηση αναφέρεται στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και αναφέρει ότι δεν επιτρέπει λάθη κατά την ανάγνωση και την εκτέλεση ιατρικών συνταγών.

Το ερωτώμενο δείγμα όπως φαίνεται παραμένει με αμφιβολίες σχετικά με τη δυνατότητα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να μην επιτρέπει λάθη κατά την ανάγνωση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών, καθώς το 40% ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί, ενώ ένας στους τρεις ερωτώμενους πιστεύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν επιτρέπει λάθη κατά την ανάγνωση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών και το 27% δεν έχει πειστεί και διαφωνεί με την παραπάνω πρόταση.

Ερώτηση Όγδοη: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και γραφειοκρατία

Η όγδοη ερώτηση επίσης αναφέρεται στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και διερευνά αν απαλλάσσει από χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες έγκρισης.

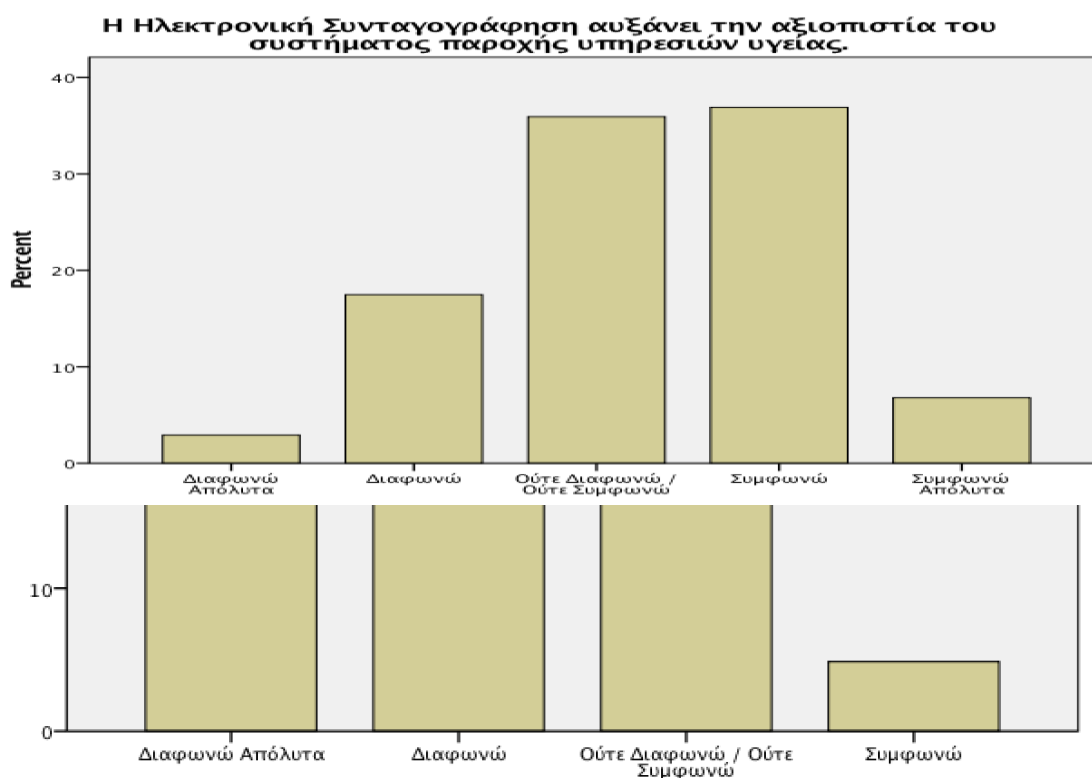


Γράφημα 13

Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση φαίνεται ότι δεν έχει πείσει απόλυτα τους ασθενείς ότι μπορεί να τους απαλλάξει από χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες καθώς το 36% διαφωνεί, κα το 34% παραμένει αναποφάσιστο και μόνο το 30% εκφράζει θετική άποψη. (Γράφημα 13)

Ερώτηση Ένατη: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Αξιοπιστία

Η ένατη ερώτηση διερευνά αν η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι απαντήσεις:



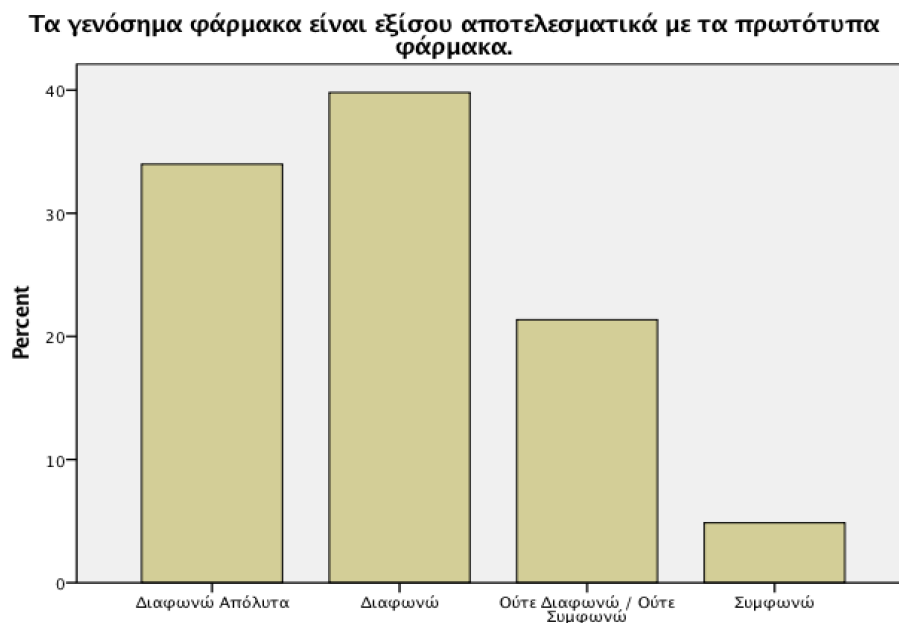
Γράφημα 14

Η αξιοπιστία φαίνεται να είναι το δυνατό σημείο της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθώς το 43% εκφράζεται θετικά σχετικά με αυτήν και μόνο το 21% εκφράζει διαφωνίες (Γράφημα 14).

Ερώτηση Δέκατη: Αποτελεσματικότητα γενόσημων φαρμάκων

Η δέκατη ερώτηση αφορά τα γενόσημα φάρμακα και διερευνά αν θεωρούνται ότι είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα. Είναι ολοφάνερη η δυσπιστία των ασθενών απέναντι στα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα καθώς 74% δεν πιστεύει

ότι μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα σκευάσματα και μόνο το 5% εκφράζει θετική άποψη. (Γράφημα 15)



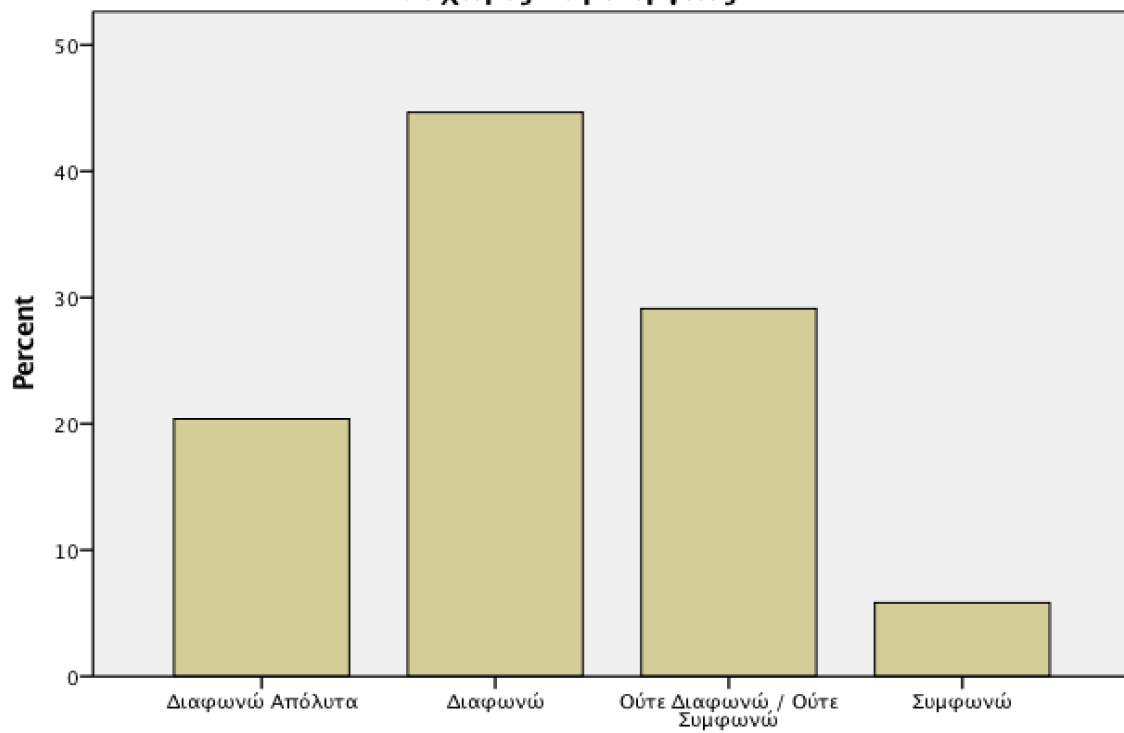
Γράφημα 15

Ερώτηση Εντεκάτη: Ε.Ο.Φ και γενόσημα φάρμακα

Η εντεκάτη ερώτηση διερευνά αν θεωρείται ότι ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή και χωρίς παρενέργειες.

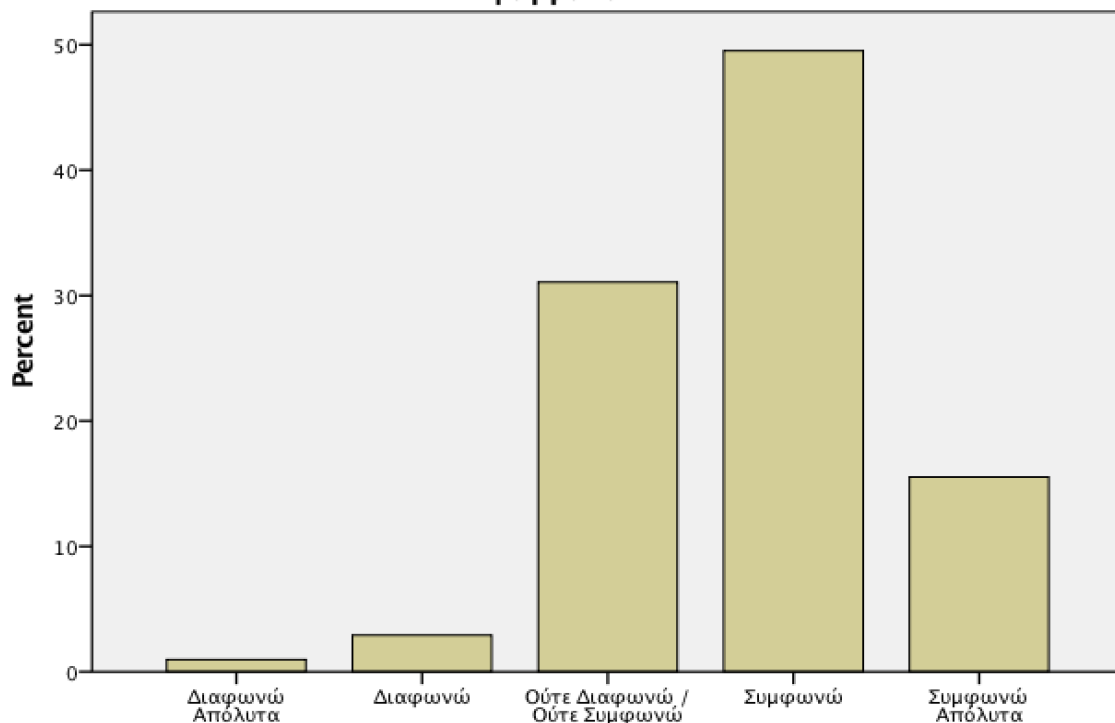
Η δυσπιστία απέναντι στα γενόσημα φάρμακα φαίνεται να επηρεάζει και τις πεποιθήσεις σχετικά με την αξιοπιστία του Ε.Ο.Φ. και τη δυνατότητα του να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή και χωρίς παρενέργειες, καθώς το 65% του ερωτώμενου δείγματος δεν πιστεύει ότι ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή και χωρίς παρενέργειες και μόνο το 6% εκφράζει τη συμφωνία του με την παραπάνω πρόταση (Γράφημα 17).

Ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή και χωρίς παρενέργειες.



Γράφημα 17

Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.



Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.

Γράφημα 18

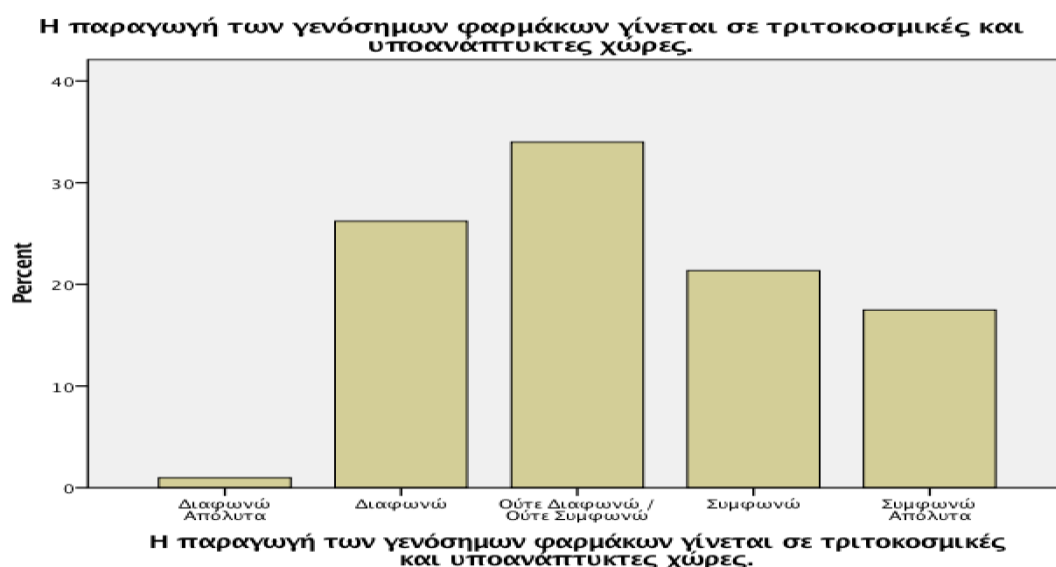
Ερώτηση Δωδέκατη: Γενόσημα Φάρμακα και Κόστος

Η δωδέκατη ερώτηση σχετίζεται με το κόστος των γενόσημων φαρμάκων και διερευνά εάν τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.

Από την παραπάνω ερώτηση γίνεται σαφές ότι το κόστος αποτελεί δυνατό σημείο των γενόσημων φαρμάκων καθώς το 66% των ερωτώμενων πιστεύει ότι είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα, ενώ το 30% δεν εκφράζει ούτε σύμφωνια ούτε και διαφωνία και μόνο 4% διαφωνεί ότι τα γενόσημα φάρμακα δεν είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα (Γράφημα 18)

Ερώτηση Δέκατη Τρίτη: Παραγωγή Γενόσημων Φαρμάκων

Η δέκατη τρίτη ερώτηση διερευνά την πεποίθηση ότι η παραγωγή των γενόσημων φαρμάκων γίνεται σε τριτοκοσμικές και υποανάπτυκτες χώρες. Τα αποτελέσματα:

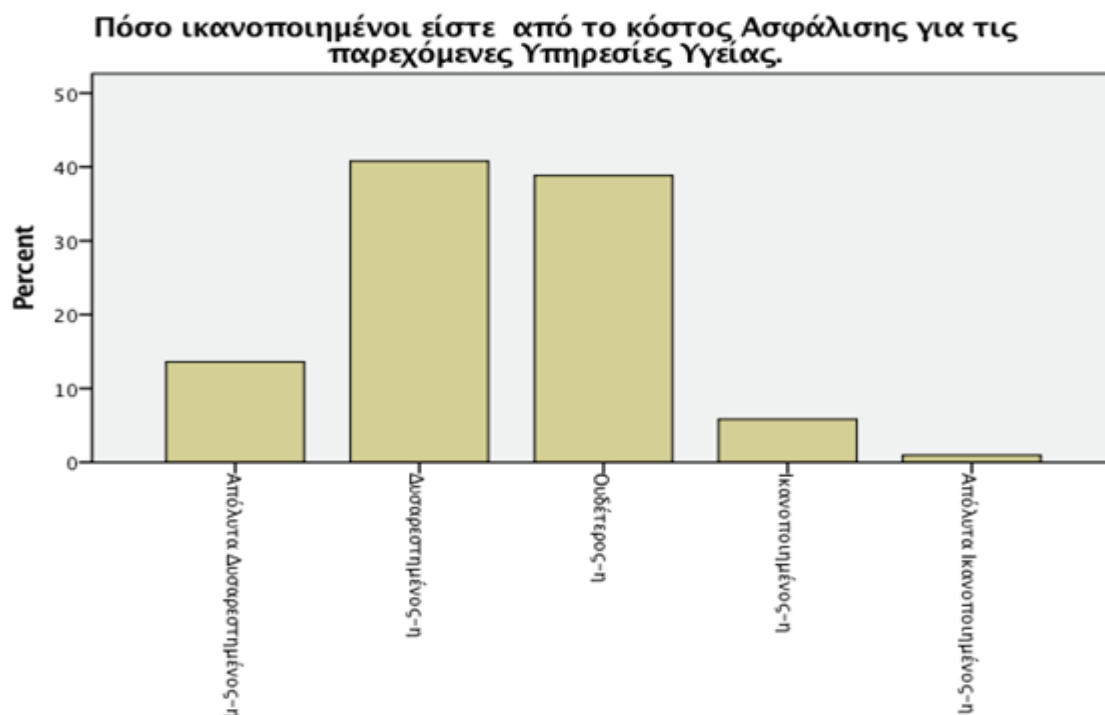


Γράφημα 19

Με βάση τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι οι αντιλήψεις σχετικά με το αν τα γενόσημα φάρμακα παράγονται σε τριτοκοσμικές και υποανάπτυκτες χώρες δεν έχουν ξεκαθαριστεί στη συνείδηση των ασθενών, καθώς το 28% εκφράζει διαφωνία, το 38% αναφέρει ότι συμφωνεί, ενώ αβέβαιότητα εκφράζεται από το 34% που ούτε συμφωνεί/ούτε διαφωνεί (Γράφημα 19).

Ερώτηση Δέκατη-Τέταρτη: Ικανοποίηση από το κόστος

Η δέκατη-τέταρτη ερώτηση διερευνά το βαθμό ικανοποίησης από το κόστος Ασφάλισης για τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας. Οι απαντήσεις φαίνονται στο Γράφημα 20:

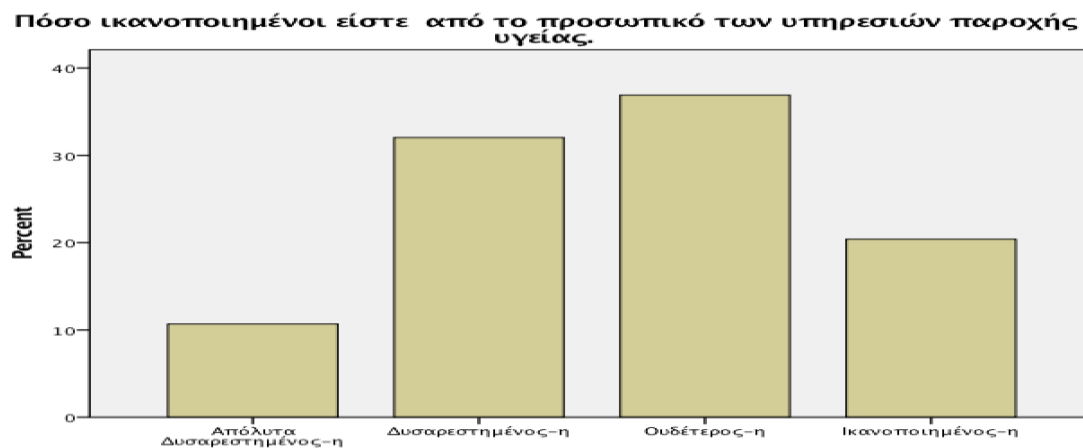


Γράφημα 20

Γίνεται, λοιπόν σαφής η δυσαρέσκεια των ερωτώμενων σχετικά με το κόστος ασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς το 54% εκφράζει δυσαρέσκεια, το 39% ουδετερότητα και μόνο το 7% δηλώνει ικανοποιημένο.

Ερώτηση Δέκατη-Πέμπτη: Ικανοποίηση από το προσωπικό

Η δέκατη-πέμπτη ερώτηση διερευνά το βαθμό ικανοποίησης από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.



Γράφημα 21

Από το προσωπικό που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας ικανοποιημένο δηλώνει μόλις το 20%, δυσαρεστημένο το 44% και ουδέτερο το 36%. (Γράφημα 21)

Ερώτηση Δέκατη-Έκτη: Συνολική Ικανοποίηση

Η δέκατη έκτη ερώτηση διερευνά το συνολικό βαθμό ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.

Οι ερωτώμενοι σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας δηλώνουν δυσαρεστημένοι σε ποσοστό 47%, ουδέτεροι 41% και μόλις 12% δηλώνει ικανοποιημένοι. Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί ότι ούτε ένας ερωτώμενος δε δήλωσε Απόλυτα Ικανοποιημένος σε αντίθεση με το 9% του δείγματος που δήλωσε απόλυτη δυσαρέσκεια. (Γράφημα 22)



Γράφημα 22

3. Συμπεράσματα της Περιγραφικής Ανάλυσης

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς σε ένα μέτριο ποσοστό (34%) συμφωνούν με τη θέση των πολλών αλλαγών στο σύστημα υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (27% + 27%), είτε διαφωνεί, είτε παραμένει ουδέτερο. Επίσης, στη θέση ότι η παροχή των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στο σεβασμό στον άνθρωπο οι περισσότεροι (35%) δήλωσαν ουδέτεροι και ένα μεγάλο ποσοστό (34%) διαφώνησε. Ακόμα, στην θέση για την βελτίωση του τρόπου ζωής των ασθενών από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, το 34% παρέμεινε ουδέτερο και το 34% διαφώνησε, με το 20% να διαφωνεί απολύτως. Επιπλέον, για τη μείωση της γραφειοκρατίας μέσα από το υπάρχον σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας το 36% απάντησε ουδέτερα, με το 29% να διαφωνεί, το 19% να συμφωνεί, το 13% να διαφωνεί απόλυτα και το 3% να συμφωνεί απόλυτα. Στην ερώτηση για την επάρκεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οι ασθενείς απάντησαν 41% και 47%, αντίστοιχα ότι διαφωνούσαν και 21% και 30%, αντίστοιχα ότι συμφωνούσαν, καθώς και 32% και 19%, αντίστοιχα ουδέτεροι/ες. Επίσης, παρατηρούμε ότι 40% συμφωνεί με τη θέση ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν επιτρέπει λάθη κατά την ανάγνωση και την εκτέλεση των ιατρικών συνταγών, αλλά οι γνώμες είναι διχασμένες σχετικά με τη συμβολή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην απαλλαγή των ασθενών από χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (37 + 6 %) πιστεύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (36%) δηλώνει ουδέτερο. Ακόμα, τα γενόσημα φάρμακα αντιμετωπίζονται με δυσπιστία δεδομένων των απαντήσεων που μας έδωσαν οι ασθενείς, με το 74% να διαφωνεί — διαφωνεί απολύτως με την εφάμιλλη αποτελεσματικότητά τους με τα πρωτότυπα φάρμακα. Οι περισσότεροι (45%) υποστηρίζουν ότι ο Ε.Ο.Φ. δεν μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή, και το 66% συμφωνεί — συμφωνεί απόλυτα με την άποψη ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα. Επίσης, το 38% των ασθενών πιστεύει ότι τα γενόσημα φάρμακα παράγονται σε τριτοκοσμικές χώρες, ενώ το 34% απάντησε ουδέτερα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 54% των ασθενών απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένο — απόλυτα δυσαρεστημένο με το κόστος ασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ το 39% παρέμεινε ουδέτερο. Ακόμα, το 33% δήλωσε δυσαρεστημένο από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής

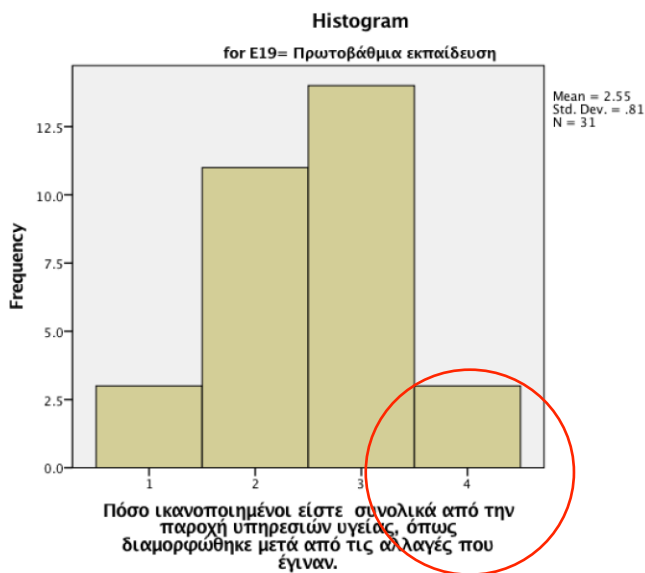
υγείας, ενώ το 36% δήλωσε ουδέτερο, το 11% απόλυτα δυσαρεστημένο και μόλις το 20% ικανοποιημένο. Επίσης, το 41% των ασθενών δηλώνει ουδέτερο σχετικά με την συνολική ικανοποίησή τους από την παροχή των υπηρεσιών υγείας, ενώ το 47% δηλώνει δυσαρεστημένο — απόλυτα δυσαρεστημένο. Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελούταν από 54% άνδρες και 46% γυναίκες με μηδενικό μηνιαίο εισόδημα για το 44%, από 0 έως 500 ευρώ για το 40%, από 500 έως 1000 ευρώ για το 15% και μόλις 1% από 1000 έως 2000 ευρώ. Στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών επικρατούσε η δευτεροβάθμια εκπαίδευση κατά 50%, ακολουθούσε η πρωτοβάθμια εκπαίδευση κατά 30% και η τριτοβάθμια εκπαίδευση κατά 19%, ενώ μόλις το 1% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Το 59% των ασθενών ήταν έγγαμοι/ες, το 15% χήροι/ες, το 15% διαζευγμένοι/ες και το 11% ελεύθεροι/ες. Τέλος, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. σε ποσοστό 40%, ακολουθούσαν οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α σε ποσοστό 20%, οι δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό 18%, οι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφάλειες σε ποσοστό 12% και οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. σε ποσοστό 10%. Παρατηρούμε ότι σχεδόν σε όλες τις απαντήσεις των ασθενών με κλίμακα ικανοποίησης εμφανίζονται κατά προσέγγιση θετικές κανονικές κατανομές, με εξαίρεση την πρώτη και την τρίτη από τις ερωτήσεις για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τον Ε.Ο.Φ και τα γενόσημα φάρμακα (αρνητική κανονική κατανομή). Αυτή είναι μια ένδειξη δυσαρέσκειας των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

4. Έλεγχος των Ερευνητικών Υποθέσεων

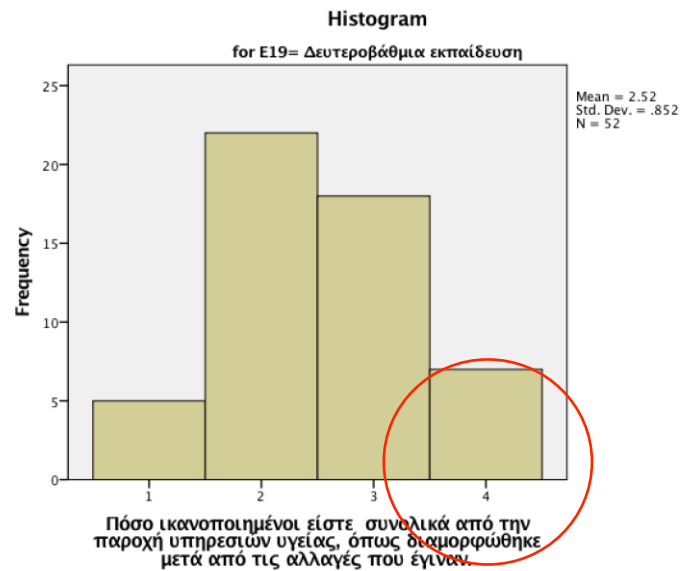
Σύμφωνα με περαιτέρω στατιστική ανάλυση και συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών και των υποσυνόλων τους, προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Ερευνητική Υπόθεση 1^η: «Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς από τις οργανωσιακές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν».

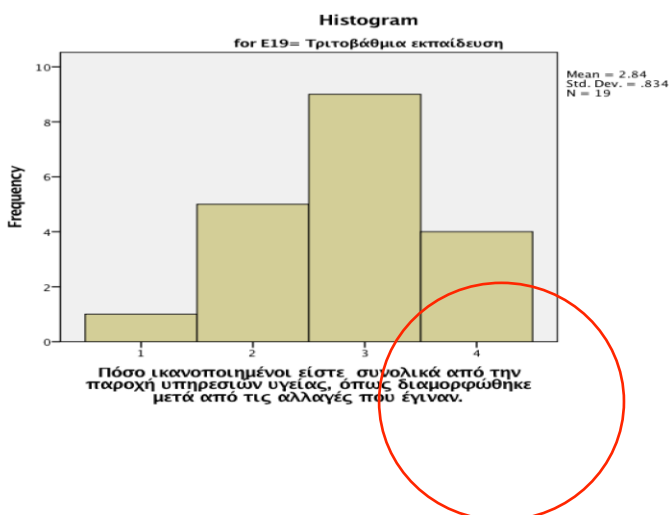
Η παραπάνω ερευνητική πρόταση είναι στατιστικά αποδεκτή. Όπως παρατηρούμε στα ακόλουθα ιστογράμματα για την **Πρωτοβάθμια**, την **Δευτεροβάθμια** και την **Τριτοβάθμια Εκπαίδευση** ο βαθμός ικανοποίησης (κλίμακα 4: Ικανοποιημένος/η) των ασθενών ποσοστιαία αυξάνεται: $2,5/31 = 8\%$, $7/52 = 13\%$ και $4/19 = 21\%$, αντίστοιχα.



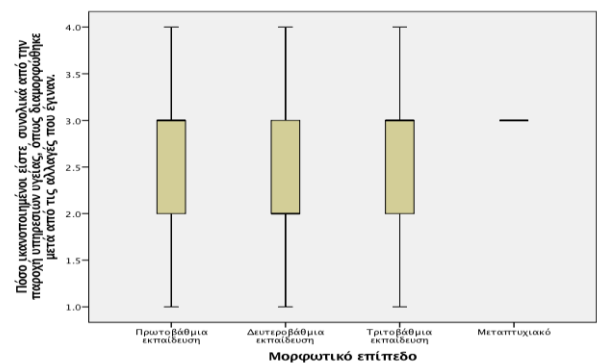
Γράφημα 23



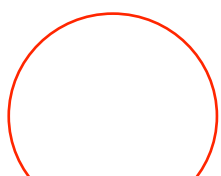
Γράφημα 24



Γράφημα 25

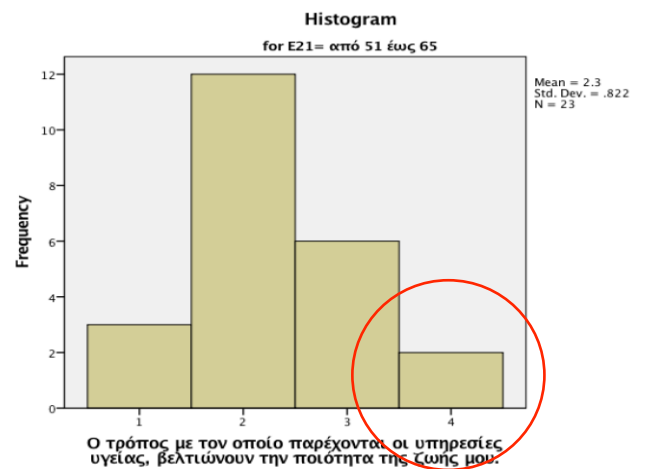
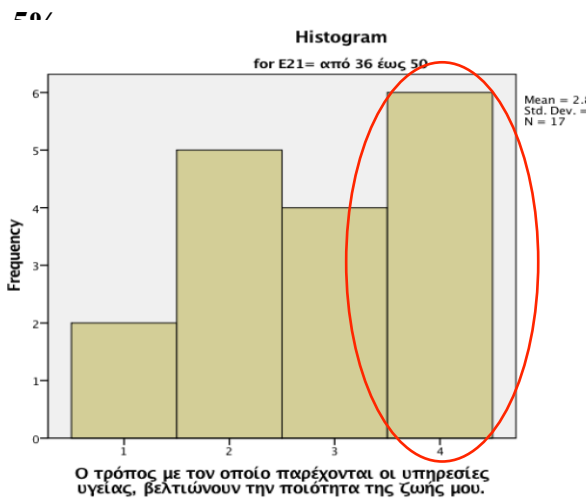


Γράφημα 26



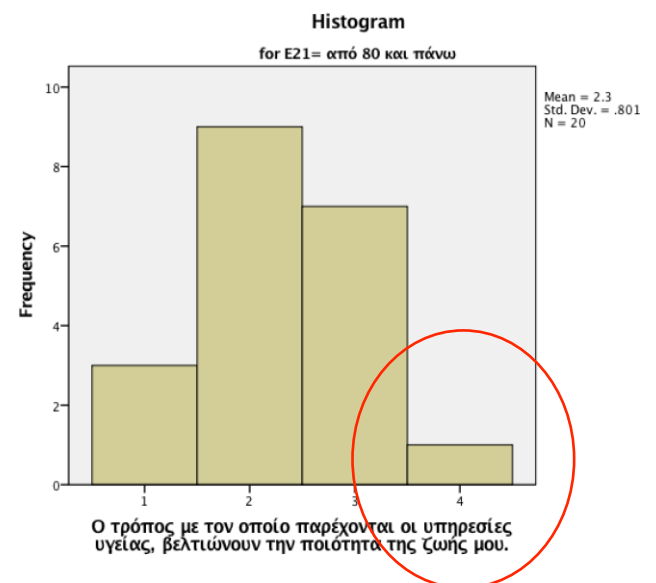
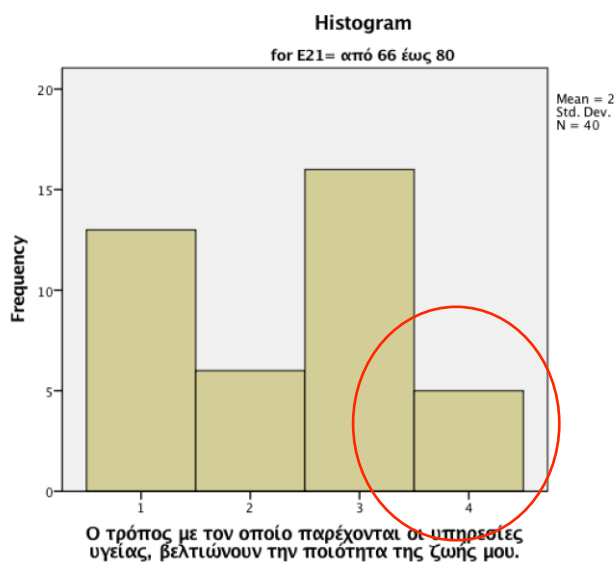
Ερευνητική Υπόθεση 2^η: «Η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας βελτιώνει περισσότερο την ποιότητα ζωής ασθενών μεγάλης ηλικίας σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες.»

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται, καθώς με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν δεν αποδεικνύεται. Όπως παρατηρούμε στα ακόλουθα ιστογράμματα, για τις ηλικίες **36 - 50** η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται (4) κατά $6/17 = 35\%$, για τις ηλικίες **51 - 65** η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται κατά $2/23 = 9\%$ για τις ηλικίες **66 - 80** η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται κατά $5/40 = 12,5\%$, ενώ για τις ηλικίες **80 και πάνω** η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται μόλις κατά $1/20$



Γράφημα 27

Γράφημα 28



Γράφημα 29

Γράφημα 30

Ερευνητική Υπόθεση 3^η: Η συμπεριφορά του προσωπικού στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση γίνεται αποδεκτή. Συσχετίζοντας τις μεταβλητές 15 και 16 παρατηρούμε ότι εμφανίζεται **74,1% συσχέτιση κατά Pearson** και **73,7% συσχέτιση κατά Spearman**, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει **ισχυρή γραμμική συσχέτιση** μεταξύ τους (70% — 80%). Αυτό αποτυπώνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα.

		Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 103	.741** .000 103
Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.741** .000 103	1 .000 103

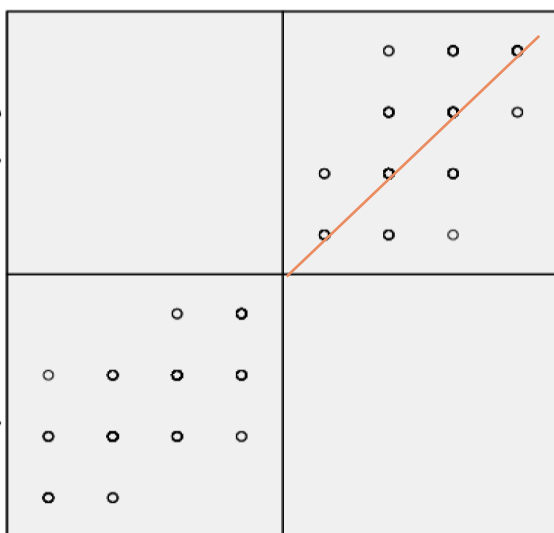
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.
Spearman's rho	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας. Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1.000 .000 103	.737** .000 103
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν. Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.737** .000 103	1.000 .000 103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Γράφημα 31

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.



Γράφημα 32

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.

Γράφημα 33

Ερευνητική Υπόθεση 4^η: «Η αξιοπιστία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών.»

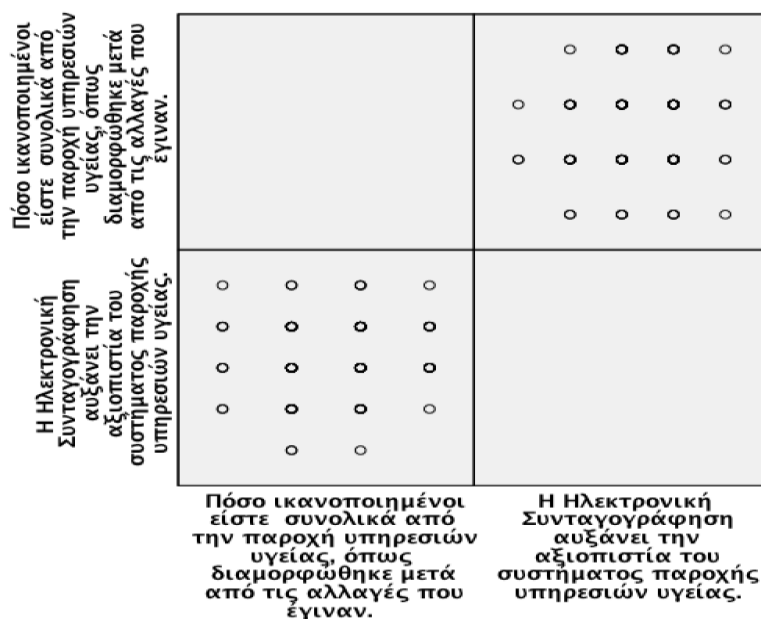
Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση απορρίπτεται καθώς με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα δεν επαληθεύεται. Συσχετίζοντας τις μεταβλητές 9 και 16 παρατηρούμε ότι δεν εμφανίζεται συσχέτιση κατά Pearson και συσχέτιση κατά Spearman, πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των 2 μεταβλητών. Αυτό αποτυπώνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα.

Correlations			
		Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.
Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.	Pearson Correlation	1	.068
	Sig. (2-tailed)		.492
	N	103	103
Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.	Pearson Correlation	.068	1
	Sig. (2-tailed)	.492	
	N	103	103

Γράφημα 34

Correlations				
		Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.	
Spearman's rho	Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.	Correlation Coefficient	1.000	.063
		Sig. (2-tailed)	.	.524
		N	103	103
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε συνολικά από την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώθηκε μετά από τις αλλαγές που έγιναν.	Correlation Coefficient	.063	1.000
		Sig. (2-tailed)	.524	.
		N	103	103

Γράφημα 35



Γράφημα 36

Ερευνητική Υπόθεση 5^η: «Σχετικά με τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, το χαμηλό κόστος συνδέεται με την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα.»

Η Πέμπτη ερευνητική υπόθεση γίνεται αποδεκτή. Συσχετίζοντας τις μεταβλητές 10 και 12 παρατηρούμε ότι εμφανίζεται **27,7% συσχέτιση κατά Pearson** και **27,9% συσχέτιση κατά Spearman**, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει **ασθενής γραμμική συσχέτιση** μεταξύ τους (20% — 30%). Αυτό αποτυπώνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα.

Correlations				Correlations			
		Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα.	Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.			Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα.	Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.
Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 103	.277** .005 103	Spearman's rho	Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα. N	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) 103	1.000 .004 103
Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.277** .005 103	1 103	Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα. N	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) 103	.279** .004 103	1.000 .004 103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

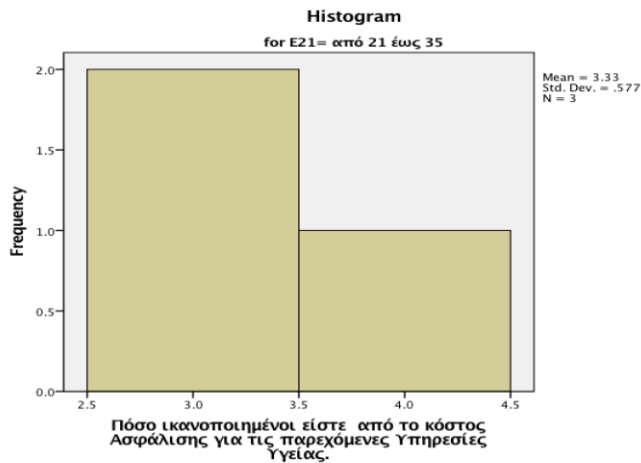
Γράφημα 37

Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.	Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα.				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○
Τα γενόσημα φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα φάρμακα.	Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○
	○				○	○	○

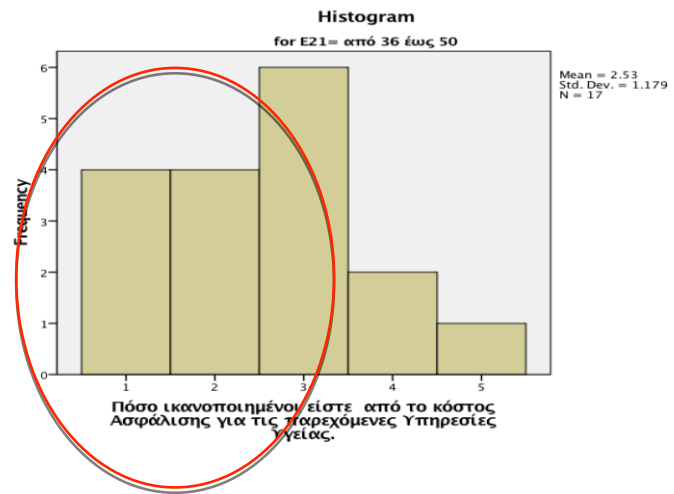
Γράφημα 38

Επιπρόσθετα κατά τη διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων προέκυψε πιθανή συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση από το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Έτσι, προέκυψε μία επιπλέον ερευνητική υπόθεση η οποία διατυπώθηκε ως εξής: «Οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι από το κόστος ασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες.»

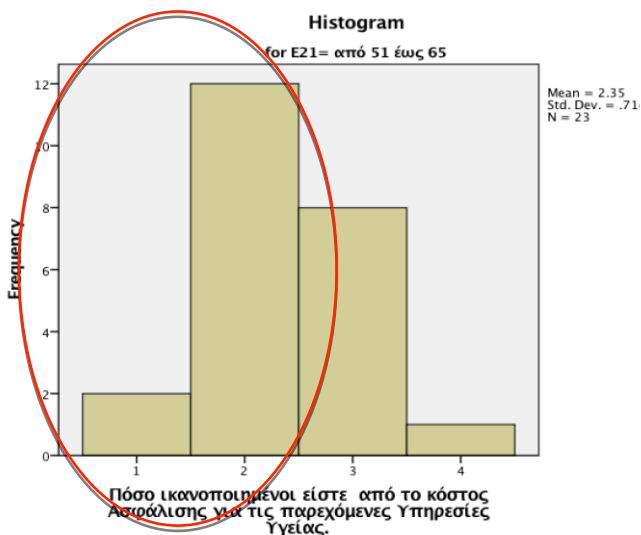
Η παραπάνω ερευνητική υπόθεση γίνεται αποδεκτή. Παρατηρούμε ότι στις ηλικίες **21 - 35** έχουμε δυσαρέσκεια (1+2): $0/3 = 0\%$, ενώ στις ηλικίες **36 - 50** έχουμε δυσαρέσκεια: $8/17 = 47\%$. Στις ηλικίες **51 - 65** εμφανίζεται δυσαρέσκεια $20/40 = 50\%$, στις ηλικίες **50 - 65** έχουμε δυσαρέσκεια $14/23 = 61\%$, ενώ στις ηλικίες **66 - 80** έχουμε δυσαρέσκεια: $20/40 = 50\%$.



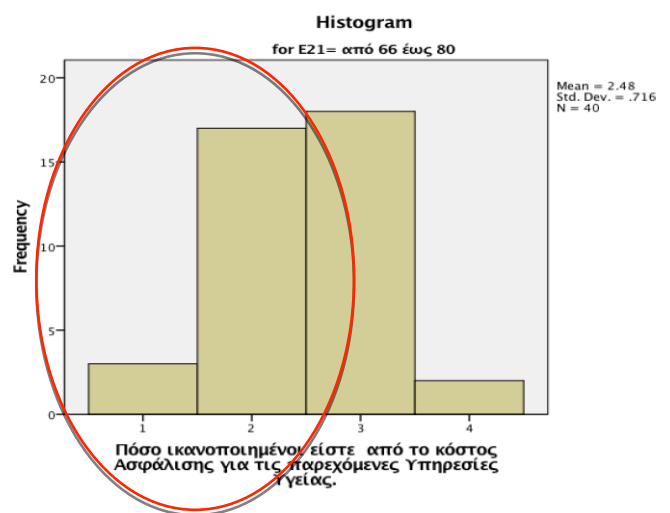
Γράφημα 39



Γράφημα 40



Γράφημα 41



Γράφημα 42

ΜΕΡΟΣ IV: Εξαγωγή Συμπερασμάτων

1. Συμπεράσματα

Οι οργανωσιακές αλλαγές στα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζονται και μπορούν να διαμορφωθούν μέσα από την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις γινόμενες αλλαγές στη παροχή φροντίδας υγείας. Οι αξιολογήσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και οι μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών βασίζονται συχνά στην προσέγγιση του Donabedian και επικεντρώνονται στην αξιολόγηση των εγκαταστάσεων, της επάρκειας υλικών και προσωπικού, των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας και των αποτελεσμάτων για το χρήστη.

Το ελληνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα σε όλα τα στάδια της διαδικασίας μετατροπής των πόρων του συστήματος υγείας σε παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση επιδεινώνει την κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας, αφού τα μέτρα μείωσης των δαπανών στον τομέα της υγείας επιδεινώνουν τα υπάρχοντα προβλήματα. Η βελτίωση της αποδοτικότητας των δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να βασιστεί στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω της αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η απόδοση του ελληνικού συστήματος επιδέχεται πολλών επιπλέον βελτιωτικών μέτρων, καθώς μεγάλο μέρος του παρόντος δείγματος δηλώνει μη ικανοποιημένο τόσο γενικά αλλά και ειδικά τόσο από το κόστος της ασφάλισης όσο και από το προσωπικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Πολύ σοβαρός παράγοντας μη ικανοποίησης είναι η έλλειψη σεβασμού κατά την επαφή τους με το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση ή στη δυσαρέσκεια των ασθενών, γεγονός σύμφωνα με πολλές προηγούμενες μελέτες.

Η περαιτέρω διάδοση της χρήσης των γενεσίων φαρμάκων μπορεί να πραγματοποιηθεί αφενός μέσω εφαρμογής προγραμμάτων ενημέρωσης το κοινού για την ασφάλεια τους, καθώς η άποψη ότι είναι πιο οικονομικά έχει παγιωθεί στους Έλληνες ασθενείς, όπως και παγκοσμίως. Η Εφαρμογή της Ηλεκτρονικής

Συνταγογράφησης επιδέχεται βελτιωτικών μέτρων καθώς παρέχει δυνατότητα μείωσης της γραφειοκρατίας αλλά και αύξησης της αξιοπιστίας του συστήματος.

Ο χώρος του Δημόσιου Ελληνικού Νοσοκομείου αποτελεί έναν πολύ ιδιαίτερο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων σε συνδυασμό με την ανάγκη αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού κάνουν πιο επιτακτική την ανάγκη για μείωση της γραφειοκρατίας, αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και της επάνδρωσης με επαρκές προσωπικό που θα παρέχει υπηρεσίες με κύριο άξονα την αξία του σεβασμού στον άνθρωπο. Η παρούσα εργασία επισημαίνει την ανάγκη του κάθε ασθενούς, αλλά κυρίως του ηλικιωμένου ασθενούς και του πάσχοντος από χρόνια νόσο, για παροχή υπηρεσιών υγείας με τρόπο τέτοιο ώστε να συνδράμει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Η μεγάλη εξάρτηση των νεφροπαθών από το σύστημα υγείας και η σχεδόν καθημερινή επαφή μαζί του πιθανά είναι αιτίες επίτασης της γενικότερης δυσaráσκειας σχετικά με το ελληνικό σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα, ο μεγάλος αριθμός φαρμάκων που λαμβάνουν είναι πιθανός παράγοντας δυσπιστίας τόσο απέναντι στα γενόσημα, όσο και απέναντι στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, διαφοροποιώντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης από άλλες παρόμοιες που δεν απευθύνονταν σε νεφροπαθείς.

2. Πρακτική Εφαρμογή των αποτελεσμάτων- Προτάσεις

Το ελληνικό σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχει δυνατότητες ανάπτυξης χωρίς να είναι απαραίτητοι επιπλέον οικονομικοί πόροι. Η αποφυγή της σπατάλης στα πλαίσια των βελτιωτικών αλλαγών του τρόπου που χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας, η αναδιάρθρωση του συστήματος που θα βασίζεται στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ώστε να μειωθεί η αναποτελεσματικότητα τους και να αυξηθεί η ικανοποίηση των χρηστών και καλύτερη αξιοποίηση του προσωπικού που απασχολείται στο χώρο της υγείας αποτελούν κύριους άξονες που πρέπει να βασιστούν οι οργανωσιακές αλλαγές του ελληνικού συστήματος υγείας.

Η πολιτική υγείας συνίσταται στο « σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα υγείας της

χώρας της, με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτών».

Κάθε εφαρμοζόμενη πολιτική στην υγεία οφείλει να στοχεύει στην βελτίωση της υγείας των πολιτών και στην αποδοτική χρήση των οικονομικών πόρων που εξαιτίας της διεθνούς οικονομικής κρίσης είναι περιορισμένοι. Η ικανοποίηση του ασθενούς, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το χαμηλό κόστος πρέπει να είναι στόχοι των μέτρων αλλαγής που εφαρμόζονται στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η ανάγκη διαμόρφωσης ενός πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με ένα λειτουργικό εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι αδιαμφισβήτητη.

Κατευθυντήριες γραμμές μελλοντικών μέτρων οργανωσιακής αλλαγής που θα μπορούσαν να ληφθούν βελτιώνοντας την υπάρχουσα κατάσταση είναι:

- 1) Η επένδυση στην υγεία, στην κοινωνική ευημερία και στην ανάπτυξη
- 2) Η προστασία των προγραμμάτων δημόσιας υγείας από την σπατάλη,
- 3) Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- 3) Η εξασφάλιση ανεμπόδιστης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας
- 4) Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων ασφάλειας για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες,
- 5) Η δημιουργία κλινικών και φαρμακευτικών πρωτοκόλλων
- 6) Η άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής, με έμφαση στην προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, των οποίων διασφαλίζεται η ποιότητα, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα.

3. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει κάποιους περιορισμούς. Καταρχήν, η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς είναι μια πολύπλευρη έννοια και είναι αδύνατο στα πλαίσια μιας διπλωματικής εργασίας να διερευνηθούν όλες οι πτυχές, γι' αυτό επιλέχθηκε ένα μικρό μέρος τους που θεωρήθηκε πιο ενδιαφέρον αφενός και αφετέρου πιο προσιτό στη μελέτη. Επιπλέον, το σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι σε δυναμική διαδικασία συνεχών αλλαγών με αποτέλεσμα να μην έχει λάβει την τελική μορφή του και πιο νέες αλλαγές δε θα συμπεριλαμβάνονταν στην παρούσα εργασία. Από τον ευρύ πληθυσμό των χρονίως πασχόντων επιλέχθηκε μόνο ένα τμήμα του, οι πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο και όπως διαπιστώθηκε πρόκειται για ένα ηλικιωμένο, φτωχό και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δείγμα, το οποίο χωρίς να υποτιμάται η σημασία του πιθανά δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού.

Κλείνοντας, πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το ότι αρχικά υπήρχε πρόθεση ανάλυσης των δεδομένων μέσω του συστήματος MUSA, εξαιτίας της φύσης των ερευνητικών υποθέσεων και της τελικής διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου, κρίθηκε σκόπιμη η ανάλυση των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS.

Βιβλιογραφία

A. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abrell-Vogel, C., & Rowold, J. (2014). Leaders' commitment to change and their effectiveness in change—a multilevel investigation. *Journal of organizational change management*, 27(6), 900-921.

Andersson K., Bergstrom G., Petzold, M.G., Carlsten, A. (2007) Impact of a generic substitution reform on patients' and society's expenditure for pharmaceuticals, *Health Policy*, 81, pp.376-384.

Anterioti, P., & Antoniou, G. (2014). Patients' satisfaction by the provided care. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 3(1 January-April 2014), 62-68.

Australian Council on Healthcare Standards (1990). *Quality Assurance for HealthServices. A Practical Approach*, ACHS, Sydney

Baldwin, G. (1994). An overview: property management in Hong Kong. *Property Management*, Vol. 12 No.4, pp.18-23.

Banthin, J. S., & Miller, G. E. (2006). Trends in prescription drug expenditures by Medicaid enrollees. *Medical care*, I27-I35.

Barsky, J., & Labagh, R. (1992). A strategy for customer satisfaction. *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, Vol. 35 No.3, pp.32-40.

Beer, M., & Nohria, N. (2000). Resolving the tension between theories E and O of change. *Breaking the code of change*, 1-33.

Bennebroek Gravenhorst, K. M., Werkman, R. A., & Boonstra, J. J. (1999). The change capacity of organizations: General assessment and exploring nine configurations. *Power Dynamics and Organisational Change*.

Best, M., & Neuhauser, D. (2006). Walter A Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. *Quality & Safety in Health Care*, 15(2), 142–143. <http://doi.org/10.1136/qshc.2006.018093>

Bolton, R. N. & Drew, J. H. (1991a). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, Vol. 17, pp. 375–384.

Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17(1), 52-63.

Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C., & Callan, V. J. (2004). Uncertainty during organizational change: Types, consequences, and management strategies. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 507-532.

Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., ... & Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations.

Brisson-Banks, C. V. (2010). Managing change and transitions: a comparison of different models and their commonalities. *Library Management*, 31(4/5), 241-252.

Burnes, B. (2004). *Managing change: A strategic approach to organisational dynamics*. Pearson Education.

Caldwell, R. (2003). Models of change agency: a fourfold classification. *British Journal of Management*, 14(2), 131-142.

Carnall, C. (2004). Change Architecture. *Dynamics of Organizational Change and Learning*, 101.

Carroll N.V, Siridhara C., Fincham J.E, (1986), Perceived Risks and Pharmacists' Generic Substitution Behavior, *The Journal Of Consumer Affairs*, 20 (1), pp.36-47

Caruana, A., Money, A.H., & Berthon, P.R. (2000). Service quality and satisfaction – the moderating role of value. *European Journal of Marketing*, Vol. 34 No.11/12, pp.1338-53.

Cavalli A, Del Vecchio L, Anzoni C, Locatelli F. Hemodialysis : yesterday, today and tomorrow. *Minerva Urol Nefrol*. 2010;62(1):1-11.

Chang, W. J., & Chang, Y. H. (2013). Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. *Journal of Dental Sciences*, 8(3), 239-247.

Cohen L., Manion L., Morrison K., (2000) *Research methods in education.—5th ed.*, London, RoutledgeFalmer.

Conner, D. (1998). *Leading at the edge of chaos: How to create the nimble organization*. University of Texas Press.

Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 55-68.

Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 125-131.

Crosby, P. (1979). *Quality is Free: The art of making quality certain*. New York: McGraw-Hill.

Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., & Williams, G. R. (2003). Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of clinical epidemiology*, 56(5), 395-407.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6(32), 1-244.

Cunningham, G. B. (2006). The relationships among commitment to change, coping with change, and turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 29-45.

Deming, W. E. (1982). *Quality, productivity, and competitive position*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115-1118. Donabedian, A. (1996). The Effectiveness of Quality Assurance, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 8, No. 4, pp. 401-407.

Donabedian, A. V. E. D. I. S. (1996). The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care*, 8(4), 401-7.

Edmonds, J. (2011). Managing successful change. *Industrial and commercial training*, 43(6), 349-353.

Fineman, S. (Ed.). (2000). *Emotion in organizations*. Sage.

Gaither CA, Kirking DM, Ascione FJ, Welage LS. (2001), Consumers' views on generic medications, *J Am Pharm Assoc.*, 41 (5), pp. 729-736.

Galloway, L. (1999). Hysteresis: a model of consumer behaviour?. *Managing Service Quality: An International Journal*, 9(5), 360-370.

Garvin, D.A. (1998). *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*, The Free Press, New York, NY.

Getty, J. M., & Getty, R. L. (2003). Lodging quality index (LQI): assessing customers' perceptions of quality delivery. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 15(2), 94-104.

Gilbert F., Lumpkin J., Dant R. Adaptation and customer expectations of health care options, *Journal of Health Care Management*, 1992;12(3):46-- 55.

Goetsch, D.L., & Davis, S.B. (2006), *Quality management: Introduction to Total Quality Management for production, processing, and services*. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.

Gronroos, C. (1990). Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. *Journal of business research*, 20(1), 3-11.

Haas, P., & Sembritzki, J. (2006, October). The European eHealth Initiative-Objectives and Solutions. In ECEH (pp. 13-24).

Haas, J.S. Phillips, K.A. Gerstenberger, E.P. and Seger, A.S. (2005), Potential Savings from Substituting Generic Drugs for Brand-Name Drugs: Medical Expenditure Panel Survey, 1997-2000, *Ann intern Med.*, 142, pp. 891-897.

Hassali M.A. Shafie AA, Jamshed S., Ibrahim M.I.M., Awaisu A. (2009), Consumers' views on generic medicines: a review of the literature, *International Journal of Pharmacy Practice*, 17, pp.79–88

Heikkila R, Mantyselka P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R (2007), Customers' and physicians' opinions of the experiences with generic substitution during the first year in Finland, *Health Policy*, 82, pp. 366–374.

Hersh, W. (2009). A stimulus to define informatics and health information technology. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 9(1), 1.

Hultman, K. E. (1995). Scaling the wall of resistance. *Training and Development*, 49(10), 15-18.

Hoff, T., Jameson, L., Hannan, E., & Flink, E. (2004). A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety. *Medical Care Research and Review*, 61(1), 3-37.

Horton, R., & Lo, S. (2013). Investing in health: why, what, and three reflections. *The Lancet*, 382(9908), 1859-1861.

Hoyer, R. W., Hoyer, B. B., Crosby, P. B., & Deming, W. E. (2001). What is quality?. *Quality Progress*, 34(7), 52.

Hsu, J., Huang, J., Kinsman, J., Fireman, B., Miller, R., Selby, J., & Ortiz, E. (2005). Use of e-Health services between 1999 and 2002: a growing digital divide. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 164-171.

Jackson J., Chamberli J., Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social science and medicine* 52(2001) 609-620.

Johnston, R., & Silvestro, R. (1990, November). The determinants of service quality—a customer-based approach. In *The proceedings of the decision science institute Conference*, San Diego, CA, November. Macmillan Indian Ltd.

Juran, J. M. (1988). *Juran's quality control handbook*. 4th ed., New York: McGraw Hill.

Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479.

Kanavos P, Vadoros S, Irwin R, Nicode E, Casson M, et al., 'Medical Technology Research Group Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU.' (2011), Brussels: Policy Department Economic and Scientific Policy – European Parliament

Kandampully, J. (1998). Service quality to service loyalty: a relationship which goes beyond customer services. *Total Quality Management*, Vol. 9 No.6, pp.431-43.

Kano, N., N. Seraku, F. Takahashi & S. Tsuji (1984). Attractive quality and Must-be quality. *The Journal of the Japanese Society for Quality Control*, pp. 39 -48.

Karampli, E., Souliotis, K., Polyzos, N., Kyriopoulos, J., & Chatzaki, E. (2014). Pharmaceutical innovation: impact on expenditure and outcomes and subsequent challenges for pharmaceutical policy, with a special reference to Greece. *Hippokratia*, 18(2), 100.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.

Kesselheim, A. S., Misono, A. S., Lee, J. L., Stedman, M. R., Brookhart, M. A., Choudhry, N. K., & Shrank, W. H. (2008). Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 300(21), 2514-2526.

King, N., & Anderson, N. (1995). *Innovation and change in organizations*. Routledge.

Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change (pp. pp-106). *Harvard Business Review*

Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antonius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of internal medicine*, 125(9), 730-737.

Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.

Lam, S. Y., Shankar, V., Erramilli, M. K., & Murthy, B. (2004). Customer value, satisfaction, loyalty, and switching costs: an illustration from a business-to-business service context. *Journal of the academy of marketing science*, 32(3), 293-311.

Landreneau, K., Lee, K., & Landreneau, M. D. (2010). Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation-a meta-analytic review. *Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 37.

Locatelli F, Manzoni C, Viganò S, Cavalli A, Di Filippo S. Hemodiafiltration - state of the art. *Contrib Nephrol*. 2011;168:5-18.

Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keeseey, J., & Newhouse, J. P. (1986). Use of medical care in the RAND Health Insurance Experiment: diagnosis-and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical care*, 24(9), S1-S87

Lorenzi, N. M., & Riley, R. T. (2003). Organizational issues= change. *International journal of medical informatics*, 69(2), 197-203.

Marinker, M. (2006). *Constructive Conversations About Health: Policy and Values*. Radcliffe Publishing.

Mason J.B., Bearden W.O., (1980), Generic Drugs: Consumer, Pharmacist and Physician Perceptions of the Issues, *The Journal Of Consumer Affairs*, 14 (1), pp. 193-206

Maynard, A., & Bloor, K. (1995). Health care reform: informing difficult choices. *The International journal of health planning and management*, 10(4), 247-264.

McKinley, R. K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott, T. K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care?. *Family practice*, 19(4), 333-338.

Mossialos, E., Allin, S., & Figueras, J. (2006). *Health systems in transition Template*. Copenage: European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos, E., Mrazek, M., & Walley, T. (2004). *Regulating Pharmaceuticals In Europe: Striving For Efficiency, Equity And Quality: Striving for Efficiency, Equity and Quality*. McGraw-Hill Education (UK).

Mossialos, E., & Mrazek, M. (2002). Entrepreneurial behaviour in pharmaceutical markets and the effects of regulation. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, 146.

Mullins, L. J. (2007). *Management and organisational behaviour*. Pearson education.

Nanda, V., (2005). *Quality Management System Handbook for Product Development Companies*. CRC Press, Florida.

Nastase, M., Giuclea, M., & Bold, O. (2012). The impact of change management in organizations-a survey of methods and techniques for a successful change. *Revista de Management Comparat International*, 13(1), 5.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Health at a glance: Europe 2012*. OECD.

Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Scientific.

Palihawadana, D., & Barnes, B. R. (2004). The measurement and management of service quality in dental healthcare. *Health Services Management Research*, 17(4), 229-236.

Pai, A. B., Cardone, K. E., Manley, H. J., Peter, W. L. S., Shaffer, R., Somers, M., & Mehrotra, R. (2013). Medication reconciliation and therapy management in dialysis-dependent patients: need for a systematic approach. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8(11), 1988-1999.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, Vol. 49 No.4, pp.41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L., (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Paton, R. A., & McCalman, J. (2008). *Change management: A guide to effective implementation*. Sage.

Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of management review*, 25(4), 783-794

Pisoni, R. L., Bragg-Gresham, J. L., Fuller, D. S., Morgenstern, H., Canaud, B., Locatelli, F., ... & Robinson, B. M. (2011). Facility-level interpatient hemoglobin variability in hemodialysis centers participating in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): Associations with mortality, patient characteristics, and facility practices. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(2), 266-275.

Redfern S. & Christian S.(2003) Achieving change in health care practice, *J Eval Clin Pract*

Richards, T. (1999). Patients' priorities. *Bmj*, 318(7179), 277-277.

Robbins, S. P., & Judge, T. (2012). *Essentials of organizational behavior*. Boston: Pearson.

Rupp, M. T., & Warholak, T. L. (2008). Evaluation of e-prescribing in chain community pharmacy: best-practice recommendations. *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(3), 364-391a.

Saad Andaleeb, S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), 181-187.

Sensky, T., Leger, C., & Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 36-42.

Seth, A., Momaya, K., & Gupta, H.M. (2005). An exploratory investigation of customer loyalty and retention in cellular mobile communication. *Journal of Services Research: Special Issue*, December, pp.173-85.

Seeley, E., & Kanavos, P. (2008). Generic medicines from a societal perspective: savings for health care systems. *Eurohealth*, 14(2), 18-22.

Skogland, I., & Sigauw, J. A. (2004). Are your satisfied customers loyal?. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 45(3), 221-234.

Souliotis, K., & Lionis, C. (2005). Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, 29(2), 187-196.

Stanleigh, M. (2008). Effecting successful change management initiatives. *Industrial and commercial training*, 40(1), 34-37.

Todd, A. (1999). Managing radical change. *Long Range Planning*, 32(2), 237-244.

Thomson, S., Evetovits, T., Cylus, J., & Jakab, M. (2016). Generating evidence for UHC: systematic monitoring of financial protection in European health systems. *31 BUILDING PUBLIC HEALTH LEADERSHIP SKILLS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN—Zhanna*, 22(2), 23.

Toulia, G., & Koutsopoulou, V. (2015). Quality of life in hemodialysis patients. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 4(1 January-April 2015), 10-18.

Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gómez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.

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

Virgo, K. S., Burkhardt, E. A., Cokkinides, V. E., & Ward, E. M. (2010). Impact of health care reform legislation on uninsured and Medicaid-insured cancer patients. *The Cancer Journal*, 16(6), 577-583.

Watson, G. (1971). Resistance to change. *The American Behavioral Scientist*, 14(5), 745.

Weiss, J. W. (2001). *Organizational behavior and change: managing diversity, cross-cultural dynamics, and ethics*. South-Western Pub.

Werner, J. M., & DeSimone, R. L. (2006). *Human Resource Development 4e* Published by Thomson South-western. Indian Edition Akash Press Delhi India.

WHO (1993) *Continuous Quality Development : a Proposal National Policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Wilkinson, J., Rushmer, R. and Davies, H. (2004). Clinical governance and the learning organization, *Journal of Nursing Management*, Vol. 12, pp. 105- 13.

Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: what we know and what we need to learn. *Journal of the academy of marketing science*, 28(1), 67-85.

B. Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμαντίδου Τ. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας* 2004: 29-- 31.

Αλεξιάδης Α.Δ. Σιγάλας Ι. (1999), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Τόμος Δ', ΕΑΠ, Πάτρα.

Βένιου, Α., & Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 30, 613-618.

Γεωργογιάννης, Π. (2010). *Θεωρίες και Έρευνες της Κοινωνικής Ψυχολογίας*, Επιστημονική σειρά: Βηματισμοί για μια αλλαγή στην εκπαίδευση. Αυτοέκδοση, Πάτρα.

Ζηλίδης, Χ. (2005). *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000-2004*. Εκδ. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2011; 28(5):667-673

Καντας, Α., & Ψυχολογία, Ο. Β. (2008). *Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Καραμπλή, Ε., Χατζάκη, Α., Πολύζος, Ν., Σουλιώτης, Κ., & Κυριόπουλος, Γ. (2014). Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 31(1), 77-84

Κουσουλακου Χ., Βιτσου Ε. (2008). *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, ετήσια έκθεση, 2008.

Κουσουλάκου, Χ., & Φραγκουλάκης, Β. Η. (2008). *αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, ετήσια έκθεση, 14.

Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2014). Προσδοκίες. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipeiou*, 13(2).

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη, Β., Κελέση-Σταυροπούλου, Μ. Ν., Βλάχου, Ε. Δ., & Φασόη-Μπαρκά, Γ. Γ. (2015). Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Κυριαζόπουλος Π., Σαμαντά Ε., (2011), *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. Η. (2010). οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., (2008). Χατζοπούλου Μ., Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Παπασωτηρίου.

Μπανούση, Α. (2014). Υγεία: Η πορεία ενός κεκτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Τόμος 3, Τεύχος 3, 134-141.

Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε., & Πατελάρου, Ε. (2011) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* Τόμος 4, Τεύχος 3

Πολύζος Ν., (2014), *Διοίκηση και Οργάνωση υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Κριτική

Ρεκλείτη Μ., Τανανακη Μ., Κυλούδης Π. (2012)Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία., *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*,ΤΟΜΟΣ 1,ΤΕΥΧΟΣ 1.

Ξανθοπούλου, Σ., & Κατσαλιάκη, Κ. (2016). Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(5).

Σιγάλας, Ι. (1999). Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο-Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις– Διοίκηση Υπηρεσιών υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, 15-97.

Σουλιώτης, Κ., Παπαβασιλοπούλου, Μ., Κωνσταντινίδου, Χ., Σπανάκη, Α. Μ., Αποστολάκη, Μ., & Ιατρού, Χ. Οικονομική αξιολόγηση, ποιότητα ζωής, Ασφαλιστική αποζημίωση, Χρόνια νεφρική νόσος ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 26 (5), 668-677, 2009-Ερευνητική εργασία.

Τάτσης Ν.Χ., (1997) Κοινωνιολογία. Ιστορική Εισαγωγή και Θεωρητικές Θεμελιώσεις. Αθήνα, Οδυσσέας.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006). Τα οικονομικά της υγείας. *Θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα*, 218-219.

Χολέβας, Ι. (1995). Οργάνωση και Διοίκηση (Management). Αθήνα. Εκδόσεις.

Γ. Διαδικτυακές Πηγές

<http://eof.gr/prototipa-genosima> (ημερομηνία προσπέλασης 04/12/2016)

[http:// ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat), Eurostat. EU-SILC data on unmet need: 2016 (ημερομηνία προσπέλασης 12/12/2016)

[http:// www.who.com](http://www.who.com) ημερομηνία προσπέλασης 7/12/2016

<http://www.who.int/whr/2010> World health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (ημερομηνία προσπέλασης 12/12/2016)

<http://www.oecd.org/els/healthsystems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> ημερομηνία προσπέλασης 12/12/2016

Παράρτημα: Το ερωτηματολόγιο

1. Έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο σύστημα υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
2. Η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται στο σεβασμό στον άνθρωπο.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
3. Ο τρόπος με το οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής μου.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
4. Το υπάρχον σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας μειώνει τη γραφειοκρατία.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
5. Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που στελεχώνει τον τομέα της Δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
6. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνει τον τομέα της Δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
7. Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση δεν επιτρέπει λάθη κατά την ανάγνωση και την εκτέλεση των συνταγών				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
8. Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση με απαλλάσσει από χρονοβόρες γραφεικρατικές διαδικασίες έγκρισης				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα

9. Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αυξάνει την αξιοπιστία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνά	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
10. Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνά	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
11. Ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα γενόσημα φάρμακα είναι ασφαλή και χωρίς παρενέργειες.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνά	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
12. Τα γενόσημα φάρμακα είναι χαμηλότερου κόστους από τα πρωτότυπα φάρμακα.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνά	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
13. Η παραγωγή των γενοσήμων φαρμάκων γίνεται σε τριτοκοσμικές και υπόανάπτυκτες χώρες.				
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνά	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
14. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το κόστος ασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.				
Απόλυτα Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος/η	Απόλυτα Ικανοποιημένος/η
15. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το προσωπικό που στελεχώνει το σύνολο των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.				
Απόλυτα Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος/η	Απόλυτα Ικανοποιημένος/η

16. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε συνολικά από το σύστημα δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως αυτό διαμορφώθηκε μέχρι σήμερα, μετά από τις γενόμενες οργανωσιακές αλλαγές				
Απόλυτα Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ουδέτερος	Ικανοποιημένος/η	Απόλυτα Ικανοποιημένος/η
17. Φύλο				
Άνδρας		Γυναίκα		
18. Το μηνιαίο εισόδημα σας				
Α. Μικρότερο από 500 ευρώ				
Β. 500-1000 ευρώ				
Γ. 1000-2000 ευρώ				
Δ. 2000-3000 ευρώ				
Ε. Μεγαλύτερο από 3000 ευρώ				
19. Το μορφωτικό σας επίπεδο				
Α. Απόφοιτος Δημοτικού Σχολείου				
Β. Απόφοιτος Γυμνασίου- Λυκείου				
Γ. Απόφοιτος Πανεπιστημίου				
Δ. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος				
Ε. Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος				
20. Η οικογενειακή σας Κατάσταση				
Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Ελεύθερος/η	Χήρος/α	
21. Ηλικία				
21-35 ετών	36-50 ετών	51-65 ετών	66-80 ετών	Άνω των 80 ετών
22. Το ασφαλιστικό σας ταμείο				
ΙΚΑ	ΟΑΕΕ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ	ΆΛΛΟ

Σας Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!