



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση του βαθμού αποδοχής του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος από τους χρήστες των Κέντρων Υγείας του Νομού Λακωνίας»

ΓΕΩΡΓΙΑ Δ. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ
Γενικός Ιατρός

Μάρτιος 2012
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση του βαθμού αποδοχής του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος από τους χρήστες των Κέντρων Υγείας του Νομού Λακωνίας»

ΓΕΩΡΓΙΑ Δ. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Αναστάσιος Ιωαννίδης, Λέκτορας

Μάρτιος 2012

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Αθανασοπούλου Γεωργία, 2011
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του μέτρου σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν ένα χρηματικό ποσό ως εξέταστρα, κάθε φορά που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από πολίτες που προσήλθαν στα πέντε Κέντρα Υγείας του Νομού Λακωνίας. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, καθώς και με τη χρήση του χ^2 test. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων θεωρήθηκε το $p < 0,05$.

Συμπεράσματα: Το 95,7% των συμμετεχόντων θα επισκεπτόταν ξανά τα Κέντρα Υγείας, παρόλο που η ποιότητα και αποτελεσματικότητα δεν έχει μεταβληθεί (71,4%). Το 55,7% των συμμετεχόντων θεωρεί πως η θέσπιση αυτού του μηχανισμού δεν αποτελεί θετική εξέλιξη ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εξ αυτών το 53,1% θεωρούν αρκετά αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό ταμείο. Αντίθετα το 28,65% πιστεύει πως η συμμετοχή θα συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών.

Αποτελέσματα: Η έρευνα κατέδειξε ότι το εν λόγω μέτρο δεν είναι τόσο αναγκαίο, καθώς οι πολίτες πληρώνουν αρκετά υψηλό ποσό εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, κρίθηκε θετική αυτή η εξέλιξη, καθώς μπορεί να συμβάλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι πολίτες δείχνουν δυσπιστία ως προς την αποτελεσματική αξιοποίηση αυτών των πόρων από τους φορείς και θεωρούν ότι έχει επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους. Χαρακτηριστικό αυτής της άποψης είναι ότι δεν έχει παρατηρηθεί μεταβολή πριν και μετά την επιβολή του εξέταστρου στην ποσότητα και ποιότητα των παροχών και την ξενοδοχειακή υποδομή των Κέντρων Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρα Υγείας, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, επίπεδο διαβίωσης

ABSTRACT:

Aim: The purpose of this research is to study the measure under which citizens are obliged to pay an amount as fees every time they visit the health centers and to determine the impact of this measure, particularly with regard to the standard of living.

Method: For the research it was used a structured questionnaire, which was completed by citizens who came in five health centers in Laconia. The statistical analysis of data was performed using methods of descriptive statistics and the chi - square. The level of statistical significance was $p < 0,05$.

Results: 95,7% of the participants would visit again the health centers, although quality and effectiveness of services have not been improved (71,4%). 55,7% of the participants think that the enactment of this mechanism does not constitute a progress of the services offered. Among these people, 53% believe that the amounts of money paid to public Security Funds, are more than enough. However, 28,65% presume that user charges will contribute to service improvement.

Conclusions: The findings showed that this measure is not necessary, since the citizens are already paying a fairly high amount of contributions to pension funds. However, it was a positive development as it can contribute to the upgrading of health care services. The people show distrust for the effective utilization of these resources by the government and believe that it has an impact on their standard of living. Characteristic of this view is that there has not been a change in health centers before and after the imposition of fees, on the quantity and quality of benefits, as well as the infrastructure of the Health Centers.

Key words: Primary Health Care, health centers, quality of provided care, standard of living, user charges.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	12
1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)	12
1.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας	13
1.3 Το μέτρο της οικονομικής συμμετοχής όσων προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.1 Η επίπτωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας	17
2.2 Υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΑΜΟΙΒΗΣ (ΕΞΕΤΑΣΤΡΟ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ	25

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
Υλικό και μέθοδος	29
· Σκοπός και στόχοι	29
· Υλικό και μέθοδος	29
Αποτελέσματα της έρευνας	36
· Περιγραφική στατιστική	36
· Συσχετίσεις	57
Συμπεράσματα - Συζήτηση	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγιο	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Άδεια εκπόνησης μελέτης	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Εγκύκλιος	95

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει φύλου	36
Εικόνα 2. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει υπηκοότητας	37
Εικόνα 3. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει ηλικίας	38
Εικόνα 4. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει οικογενειακής κατάστασης	38
Εικόνα 5. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει εκπαίδευσης	39
Εικόνα 6. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει επαγγέλματος	40
Εικόνα 7. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει του ασφαλιστικού τους φορέα	41
Εικόνα 8. Λόγος επίσκεψης των ερωτηθέντων στο Κέντρο Υγείας	42
Εικόνα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που πλήρωσε κατά την επίσκεψή του στο Κέντρο Υγείας	44
Εικόνα 10. Ποσό που κατέβαλαν οι ερωτηθέντες κατά την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας	46
Εικόνα 11. Βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	47
Εικόνα 12. Ποσοστό ερωτηθέντων που θεωρεί θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών	48
Εικόνα 13. Απόψεις ερωτηθέντων που θεωρούν θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας	49
Εικόνα 14. Απόψεις ερωτηθέντων που δε θεωρούν θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας	50
Εικόνα 15. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει επισκεφθεί ξανά το Κέντρο Υγείας	51

Εικόνα 16. Η διαφορά στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού	52
Εικόνα 17. Η διαφορά στο χρόνο αναμονής για εξέταση και για κλείσιμο ραντεβού του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού	53
Εικόνα 18. Η διαφορά στο εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού	54
Εικόνα 19. Η διαφορά στην ξενοδοχειακή υποδομή του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού	55
Εικόνα 20. Η διαφορά στις επισκέψεις των ερωτηθέντων στον ιδιωτικό τομέα υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού	56
Εικόνα 21. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα επισκεπτόταν ξανά το Κέντρο Υγείας αν χρειαστεί	57

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Λόγος για τον οποίο οι ερωτηθέντες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας σε σχέση με το φύλο	42
Πίνακας 2. Λόγος για τον οποίο οι ερωτηθέντες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας σε σχέση με την ηλικία τους	43
Πίνακας 3. Ποσοστό ερωτηθέντων που πλήρωσε κάποιο ποσό σε αντιστοιχία με τον λόγο επίσκεψής τους στο Κέντρο Υγείας	44
Πίνακας 4. Συσχέτιση φύλου και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	58
Πίνακας 5. Συσχέτιση υπηκοότητας και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	59

Πίνακας 6. Συσχέτιση ηλικίας και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	59
Πίνακας 7. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	60
Πίνακας 8. Συσχέτιση εκπαιδευτικού υπόβαθρου και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	60
Πίνακας 9. Συσχέτιση επαγγέλματος και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας	61
Πίνακας 10. Συσχέτιση φύλου και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	61
Πίνακας 11. Συσχέτιση υπηκοότητας και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	62
Πίνακας 12. Συσχέτιση ηλικίας και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	62
Πίνακας 13. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	63
Πίνακας 14. Συσχέτιση εκπαίδευσης και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	63
Πίνακας 15. Συσχέτιση επαγγέλματος και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη	64
Πίνακας 16. Συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα	65
Πίνακας 17. Συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα	65

- Πίνακας 18. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα 66
- Πίνακας 19. Συσχέτιση μεταξύ της υπηκοότητας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας 66
- Πίνακας 20. Συσχέτιση μεταξύ της υπηκοότητας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα εξέταστρα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας 67
- Πίνακας 21. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας 67
- Πίνακας 22. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν 68
- Πίνακας 23. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας 68
- Πίνακας 24. Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας 69
- Πίνακας 25. Συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας 69
- Πίνακας 26. Συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν 70

- Πίνακας 27. Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας 70
- Πίνακας 28. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν έχουν την οικονομική άνεση 71
- Πίνακας 29. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί είναι αρκετά αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο 71
- Πίνακας 30. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας 72

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με νέα εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με Αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ. 1329 του 2011 «όλοι οι προσερχόμενοι για εξέταση στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς και στα Κέντρα Υγείας καταβάλλουν από 1-1-2011 αμοιβή 5 ευρώ ως αμοιβή εξετάστρων» (<http://www.healthview.gr/node/27507>). Από την νέα εγκύκλιο, ωστόσο, εξαιρούνται ορισμένες κατηγορίες πολιτών, όπως για παράδειγμα οι πολιτικοί πρόσφυγες, οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας και τα άτομα με συγκεκριμένη αναπηρία (<http://www.healthview.gr/node/27507>).

Η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων (Τούντας, 2007), αλλά και το φαινόμενο της ανεξέλεγκτης εισροής ασθενών στα νοσοκομεία οδηγούν στην αδυναμία ελέγχου της αναγκαιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες (Αποστολίδης, 2010). Τα φαινόμενα αυτά τα οποία είναι γνωστά ως προκλητή ζήτηση και φαινόμενο ηθικού κινδύνου, αποτελούν μερικές από τις αιτίες διόγκωσης του δημοσιονομικού προβλήματος στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Σιγάλας (1994), οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, στην Ελλάδα βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες, ενώ παράλληλα μεγαλώνει και το χάσμα μεταξύ του τι μπορεί να προσφέρει και του τι μπορεί να αντέξει, σε οικονομικούς πάντα όρους, το ΕΣΥ (Νικολάκης και συν., 2000). Το αποτέλεσμα αυτών των δύο φαινομένων είναι η αύξηση των πιέσεων για μείωση των δαπανών στο χώρο της υγείας και περικοπών στη χρηματοδότηση, παράλληλα με τον εξορθολογισμό της διαχείρισης των πόρων (Ελληνας, 2009).

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η επιβολή του εν λόγω μέτρου για συμμετοχή στο κόστος των εξετάσεων. Ωστόσο, τα κυριότερα ερωτήματα που εγείρονται με την εφαρμογή του μέτρου αυτού είναι δύο: α) κατά πόσο το μέτρο αυτό μπορεί να συμβάλει στην εξυγίανση των σοβαρών οικονομικών προβλημάτων και του ελλείμματος που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, και β) κατά πόσο συνάδει με το σκοπό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είναι η ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας.

Παρόλο που η συμμετοχή που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες στα Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ανεξέλεγκτης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, ταυτόχρονα μπορεί να αποτελέσει και εμπόδιο στην πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τους πολίτες χαμηλών, κυρίως, εισοδηματικών τάξεων (Lundy και Finder, 2009).

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα εργασία σκοπό έχει να εξετάσει το μέτρο σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν ένα χρηματικό ποσό ως εξέταστρα, κάθε φορά που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας, μέσα από τη διερεύνηση των απόψεων των χρηστών υγείας. Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν το συγκεκριμένο μέτρο μπορεί να συμβάλει θετικά στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και στη μείωση της άσκοπης χρήσης αυτών, αλλά και τις επιπτώσεις που έχει στο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται είναι τα εξής:

1. Ποια είναι η εμπειρία χωρών που ήδη έχουν εφαρμόσει ανάλογα μέτρα;
2. Σε ποιο βαθμό το μέτρο της επιβολής συμμετοχής στο κόστος εξέτασης στα Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ανεξέλεγκτης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στη μείωση του κόστους;
3. Ποιες είναι οι συνέπειες της επιβολής του μέτρου αυτού στο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών;

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε χρήστες των Κέντρων Υγείας στην Πελοπόννησο με τη χρήση ερωτηματολογίων, ήτοι της ποσοτικής έρευνας. Το γεγονός ότι απευθυνθήκαμε σε χρήστες των Κέντρων Υγείας απορρέει από τη διαπίστωση ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται και αξιολογείται βάσει της εκτίμησης των τελικών χρηστών (Κωσταγιόλας και συν., 2007). Η σημασία της μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών είναι τεράστια, καθώς αφενός γίνεται αποτίμηση των υφιστάμενων παροχών και αφετέρου διαπιστώνονται οι ελλείψεις και οι αδυναμίες του συστήματος με απώτερο στόχο τη βελτίωση αυτών. Σε αυτό το πλαίσιο, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί ένα άριστο εργαλείο προκειμένου για την άμεση και αξιόπιστη ανατροφοδότηση για τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (Παπανικολάου, 2007).

Το επόμενο κεφάλαιο, ήτοι το γενικό μέρος, ξενικά με την παρουσίαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, αναλύοντας συνοπτικά το σκοπό του, τη μορφή χρηματοδότησής του, καθώς και τα κυριότερα χαρακτηριστικά του. Έπειτα, παρουσιάζονται οι φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, ένας εκ των οποίων είναι και τα Κέντρα Υγείας. Στη συνέχεια, το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει τα προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, ήτοι τα δημοσιονομικά ελλείμματα τα οποία αυξήθηκαν εξαιτίας της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, καθώς και την υπερκατανάλωση των ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων, η οποία ευνοείται από το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου και της ασύμμετρης πληροφόρησης. Επίσης, το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, αναλύεται η αποτελεσματικότητα της επιβολής αυτού του μέτρου, βασιζόμενοι στο παράδειγμα άλλων χωρών.

Στο ειδικό μέρος αρχικά παρουσιάζεται ο σκοπός της παρούσας μελέτης, ενώ προσδιορίζονται και τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία η πρωτογενής, αλλά και δευτερογενής έρευνα, θα προσπαθήσει να δώσει απάντηση. Επίσης, αναλύεται το υλικό και τη μέθοδο της έρευνας. Πιο αναλυτικά, σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται η επιλεγμένη μεθοδολογία της έρευνας, ήτοι η ποσοτική, το επιλεγμένο μεθοδολογικό εργαλείο, ήτοι το ερωτηματολόγιο, το δείγμα της έρευνας, οι περιορισμοί της, ενώ παράλληλα παρουσιάζονται ορισμένα ζητήματα που άπτονται της δεοντολογίας της έρευνας, όπως η ηθική, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν από την στατιστική επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχθηκαν με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων.

Στο τελευταίο μέρος σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, συγκρίνονται με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών ή με το παράδειγμα άλλων χωρών, ενώ διατυπώνονται και προτάσεις για την αξιοποίηση αυτών, ενώ παράλληλα κατατίθενται και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει συνοπτικά τους στόχους και τη χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας, καθώς και τη διάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να διαπιστωθεί η αναντιστοιχία ή μη της εφαρμογής του μέτρου του κόστους συμμετοχής στα Κέντρα Υγείας, τα οποία αποτελούν μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με το στόχο και τον τρόπο χρηματοδότησης του ΕΣΥ. Τέλος, το κεφάλαιο παρουσιάζει και το μέτρο που εξετάζουμε στην παρούσα εργασία, την οικονομική, δηλαδή, συμμετοχή όσων προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας.

1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397/1983 περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο «τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας» (Ελληνας, 2009, σελ. 17). Όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ν. 1397/1983, «*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού*» (Ν. 1397/1983). Ο νόμος αυτός βασίζεται στις αρχές της ισότητας των πολιτών και στην απρόσκοπτη παροχή υγείας σε όλους τους πολίτες, αναγνωρίζοντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό. Επομένως, κρίθηκε ως κατάλληλη – αν όχι και απαραίτητη – η χρηματοδότησή του και από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η υψηλή αναλογία της κρατικής συνεισφοράς στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ οφείλεται «στην προσπάθεια διατήρησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να μετριαστεί η οικονομική «πίεση» στην κοινωνική ασφάλιση, να διατηρηθεί ο πληθωρισμός χαμηλός και να αποτραπεί η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα» (Σίσκου και συν., 2008, σελ. 664).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, η χρηματοδότηση του οποίου γίνεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό μέσω της φορολογίας, ήτοι από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε μικρότερο βαθμό από τις εισφορές στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σελ. 110). Όπως αναφέρουν οι Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου (2009, σελ. 39) «ο κρατικός προϋπολογισμός υποκαθιστά χρηματοδοτικά την κοινωνική ασφάλιση ενώ συγχρόνως αυξάνεται η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα».

Οι Μανιού και Ιακωβίδου (2009, σελ. 396) τονίζουν ότι μερικά από τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ στην Ελλάδα είναι τα εξής: «υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών». Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στη δημιουργία και διόγκωση των ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας.

Επιπρόσθετα, η εκτεταμένη παραοικονομία στον τομέα της υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σελ. 110), καθώς και η επικράτηση των πελατειακών σχέσεων, μπορεί να αποτελούν πλέον μέρος μίας γενικότερης κουλτούρας στην Ελλάδα, ωστόσο στη χειρότερη περίπτωση συνιστούν μία σοβαρή και επικίνδυνη μορφή διαφθοράς, που υπονομεύει το σύστημα επίσημων πληρωμών, καθιστά άνιση την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας και επηρεάζει, σε τελική ανάλυση, τη φύση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

1.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και τα Κέντρα Υγείας

Όπως αναφέρεται στο «Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», άρθρο 4, παράγραφος 1, που δημοσιεύθηκε το 2008, «οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς φορείς, που ορίζονται στο παρόν άρθρο». Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου ορίζεται ότι οι δημόσιοι φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι οι εξής:

1. τα κέντρα υγείας
2. τα περιφερειακά πολυϊατρεία

3. οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
4. οι πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας
5. οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας
6. τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών
7. τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
8. τα αντικαπνιστικά κέντρα
9. η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας
10. οι μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης
11. οι μονάδες του ΕΣΥ και οι εποπτευόμενες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μονάδες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας, σύμφωνα με την ίδια παράγραφο, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- α) «τα κέντρα υγείας πόλης, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας αστικού τύπου» που συνιστώνται σε αστικά κέντρα πληθυσμού άνω των πενήντα χιλιάδων κατοίκων και
- β) «τα κέντρα υγείας περιφέρειας, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας των αγροτικών και των ημιαστικών περιοχών» που συνιστώνται σε κάθε νομό

1.3 Το μέτρο της οικονομικής συμμετοχής όσων προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας

Σύμφωνα με εγκύκλιο της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ. 1329 του 2011 «*όλοι οι προσερχόμενοι για εξέταση στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., καθώς και στα Κέντρα Υγείας καταβάλλουν από 01.01.2011 αμοιβή πέντε (5) ευρώ ως αμοιβή εξέταστρον*». Επιπρόσθετα, διευκρινίζεται ότι «*στις περιπτώσεις εκείνες που οι προσερχόμενοι κατά τις απογευματινές ή βραδινές ώρες δεν εμπίπτουν στην κατηγορία του επείγοντος τότε καταβάλλουν τα 5 Ευρώ*». Επιπλέον, «*για κάθε κύκλο ολοκληρωμένης νοσηλευτικής πράξης (ενεσοθεραπεία, αλλαγές τραυμάτων κ.α.) καταβάλλεται εφάπαξ το εξέταστρο των 5 Ευρώ*».

Ωστόσο, υπάρχουν και ορισμένες κατηγορίες ατόμων που εξαιρούνται της καταβολής των 5 Ευρώ και είναι οι ακόλουθες:

1. «Οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά
2. Οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας (απαραίτητη η προσκόμιση του βιβλιαρίου ή του πιστοποιητικού το οποίο θα πρέπει να είναι σε ισχύ)
3. Οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί, με την επίδειξη του Δελτίου Ταυτότητας πρόσφυγα ή του Δελτίου αιτήσαντος ασύλου αλλοδαπού σε ισχύ
4. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας ΑΜΕΑ, που έχουν πιστοποιημένο αρμοδίως ποσοστό αναπηρίας 67%, προσκομίζοντας το πιστοποιητικό και την αστυνομική τους ταυτότητα
5. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας άτομα που πιστοποιημένα πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, σύνδρομο επίκτησης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και προσκομίζουν για τα ανωτέρω ιατρική βεβαίωση σε ισχύ ότι παρακολουθούνται από ειδική μονάδα Νοσηλευτικού Ιδρύματος λόγω της παθήσεώς τους, πλέον της αστυνομικής τους ταυτότητας
6. Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας τυφλοί που προσκομίζουν βεβαίωση ότι είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τυφλών (ή κάρτα αναπηρίας όπου εφαρμόζεται), πλέον της αστυνομικής τους ταυτότητας
7. Οι χρόνιοι πάσχοντες (μεταξύ των οποίων από: καρκίνο ή λευχαιμία, ανοσοανεπάρκεια, συγγενείς καρδιοπάθειες, σακχαρώδη διαβήτη, επιληψία, ψυχώσεις, χρόνια συναισθηματική διαταραχή, παραπληγικοί κ.α.)

Ο στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η επάρκεια και η ισοτιμία στην πρόσβαση, η διασφάλιση μιας ελάχιστης, ποσοτικά και ποιοτικά, δέσμης υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του καθενός, η προστασία του εισοδήματος του ασθενή, καθώς και η μικροοικονομική και μακροοικονομική αποδοτικότητα (Σιγάλας, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, το μέτρο της εφαρμογής της συμμετοχής των ασθενών που προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας μπορούμε να ισχυριστούμε ότι παραβιάζει την απρόσκοπτη και ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Υγείας, καθώς δεν προστατεύει το εισόδημα του ασθενή, αλλά αντίθετα, επιβαρύνει τον τελευταίο, δημιουργώντας προβλήματα στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Από την άλλη πλευρά, το μέτρο αυτό εφαρμόζεται ως λύση στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ εξαιτίας των χρόνιων δομικών προβλημάτων του και της περικοπής των κρατικών κονδυλίων για την υγεία ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Τα ζητήματα αυτά εξετάζονται στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα δύο βασικότερα χαρακτηριστικά – προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι τα δημοσιονομικά ελλείμματα, πρόβλημα το οποίο εντάθηκε από την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008, καθώς και η υπερκατανάλωση των ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων. Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η ανάλυση αυτών των προβλημάτων.

2.1 Η επίπτωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας

Χώρες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα, όπως είναι η Ελλάδα, και χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού έρχονται αντιμέτωπες με μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, επηρεάζοντας την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Appleby, 2008). Ο Κυριόπουλος (2010α) επισημαίνει ότι στην Ελλάδα, η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και η μείωση της ζήτησης σε ιδιωτικούς παροχείς υγείας, θα οδηγήσει σε ακόμα υψηλότερα ποσοστά μείωσης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Πιο αναλυτικά, μία επίπτωση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας είναι και η μειωμένη πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών, οι τελευταίοι στρέφονται κυρίως στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μείωση των «ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών» (Κυριόπουλος, 2010β). Οι επισκέψεις πολιτών στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων έχει αυξηθεί κατά 30% περίπου, με τις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παροχείς υγείας να έχουν μειωθεί κατά περίπου 15% και περιοριστεί μόνο στις αναγκαίες (<http://www.healthview.gr/node/25156>; <http://www.healthview.gr/node/25334>).

2.2 Υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων

Το ισχύον σύστημα αποζημίωσης και τιμολόγησης στο ΕΣΥ παρέχει κίνητρα για υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων, η οποία προέρχεται από μία

τεχνητή, επί της ουσίας, αύξηση της ζήτησης και της προσφοράς από μέρους των παροχέων, κυρίως των ιατρών. Οι δύο βασικές συνιστώσες που ευνοούν την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας είναι ο ηθικός κίνδυνος και η ασύμμετρη πληροφόρηση.

Ο ηθικός κίνδυνος

Ο ηθικός κίνδυνος ορίζεται ως η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών από τους καταναλωτές, λόγω του γεγονότος ότι τα έξοδα δεν προέρχονται από τους ίδιους, αλλά καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα (Bardey και Lesur, 2006).

Το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται δεν πληρώνονται από τον ασθενή, αλλά από κάποιο τρίτο μέρος (third party payer), το οποίο είναι είτε ο ασφαλιστικός φορέας είτε το κράτος και έμμεσα ο φορολογούμενος πολίτης. Το αποτέλεσμα είναι η αδιαφορία του ασθενούς για το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων αυτού (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Αντίθετα, το σύστημα υγείας και για την ακρίβεια το σύστημα της ασφάλισης, παρέχει στον καταναλωτή – ασθενή κίνητρα για υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 2007), φαινόμενο που είναι γνωστό ως ηθικός κίνδυνος (moral hazard).

Η προκλητή ζήτηση

Η προκλητή ζήτηση ορίζεται ως η ικανότητα των ιατρών να επιλέγουν μία ποιότητα και ποσότητα υπηρεσιών διαφορετική από αυτήν που θα επέλεγαν οι ασθενείς, λόγω του φαινομένου της ασύμμετρης πληροφόρησης (Rice, 1983), όπως παρατίθεται από τους Bardey και Lesur (2006).

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supplier – induced demand) απορρέει από την ασύμμετρη πληροφόρηση που υπάρχει μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Σε αντίθεση με άλλα αγαθά, όπου ο καταναλωτής γνωρίζει τις ιδιότητες ενός αγαθού και τα οφέλη που θα αποκομίσει από αυτό, στην περίπτωση της υγείας ο ασθενής δεν έχει την απαιτούμενη πληροφόρηση να διαγνώσει την ασθένειά του και να αναζητήσει την κατάλληλη θεραπεία (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Ως εκ τούτου, ο ιατρός, ο οποίος λειτουργεί ως ένα είδος «αντιπροσώπου» έχει τη δυνατότητα να δρα προς ίδιο όφελος, είτε

με την επιδίωξη ενός εισοδηματικού στόχου, ιδιαίτερα στην περίπτωση που η αποζημίωση βασίζεται στην αμοιβή κατά πράξη (fee for service), είτε με την προσπάθεια άντλησης επαγγελματικού κύρους (Κυριόπουλος, 2007). Έτσι, δημιουργείται μία υπερβάλλουσα ζήτηση, η οποία όμως δεν προκαλείται από τους ασθενείς, αλλά από τους ιατρούς, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τόσο την προσφορά, όσο και τη ζήτηση, δεδομένου ότι έχουν τη δυνατότητα να υποκινήσουν την κατανάλωση περισσότερων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των αντίστοιχων δαπανών.

Συμπεράσματα και παρεμβάσεις εξυγίανσης

Όπως είδαμε από την παραπάνω ανάλυση, ο ηθικός κίνδυνος αναφέρεται στην απουσία κινήτρων εξοικονόμησης πόρων, καθώς *«υπό καθεστώς ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας όσο και το κόστος τους τείνουν να αυξάνονται. Η αύξηση του ποσού των αποζημιώσεων οδηγεί αναγκαστικά στην αύξηση των ασφαλιστρών»*, κάτι το οποίο αποτελεί το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης (Ματσαγγάνης, 2006).

Τα φαινόμενα του ηθικού κινδύνου και της προκλητής ζήτησης στην Ελλάδα υπάρχουν σε έντονο βαθμό, όπως αναφέρουν και οι Βαρουφάκης και Θεοχαράκης (2005). Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ιατροί *«πωλούν υπηρεσίες στο πλαίσιο μίας ανεξέλεγκτης αγοράς»*, γεγονός που τους οδηγεί στο να συστήνουν συγκεκριμένες θεραπείες οι οποίες μπορεί να είναι ακριβότερες από τις εναλλακτικές που μπορεί να υπάρχουν. Τα στοιχεία που προκύπτουν σχετικά με τις ανεξέλεγκτες φαρμακευτικές δαπάνες από το φαινόμενο τόσο της προκλητής ζήτησης όσο και του ηθικού κινδύνου είναι χαρακτηριστικά: το 2009 το κόστος για φαρμακευτικές δαπάνες στα τέσσερα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ) ανήλθε σε 4,5 δισ. Ευρώ από τα 2 δισ. που ήταν το 2003, ενώ οι δαπάνες αυτές παρουσιάζουν *«ετήσιο ρυθμό αύξησης 16% που είναι υπερδιπλάσιος του ευρωπαϊκού μέσου όρου»* (Αποστολίδης, 2010).

Από τα παραπάνω μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και επίπεδο χρηματοδότησης φαίνεται ότι είναι αναγκαίες, προκειμένου για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Ελληνικού

Συστήματος Υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να γίνουν σε επίπεδο ζήτησης, αλλά και προσφοράς.

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης αναγκαία είναι πρωτίστως η εκπαίδευση και ενημέρωση των ιατρών (Υφαντόπουλος, 2006), οι οποίοι έως τώρα στην πλειοψηφία τους ακολουθούν μία ανήθικη και αντιδεοντολογική συμπεριφορά (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009), με αποτέλεσμα την αύξηση της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας. Έτσι, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να γίνεται εφαρμοστέος ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Ν. 3418/2005. Η συγκεκριμένη πολιτική θα ενισχύσει τη δεοντολογική συμπεριφορά των ιατρών, η οποία πλέον δεν θα στοχεύει στην αύξηση του προσωπικού τους κέρδους, αλλά στην πραγματική προσφορά τους στους ασθενείς, με απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, αφού οι ανάγκες των ασθενών θα αντιμετωπίζονται στη βάση του πραγματικού τους προβλήματος και όχι σε μία πλασματική θεραπευτική αγωγή.

Παράλληλα, προς την κατεύθυνση της μείωσης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης κινείται και η απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία εφαρμόζεται ήδη από τον Οκτώβριο του 2010 στον ΟΑΕΕ και αναμένεται να εφαρμοστεί και από τα υπόλοιπα ταμεία, αν και ακολούθησε η απόφαση για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, 2010). Με αυτόν τον τρόπο θα κατανέμονται καλύτερα οι ιατροφαρμακευτικές δαπάνες, σε άτομα τα οποία πραγματικά έχουν ανάγκη, ενώ θα μειωθεί ή ακόμα και θα εξαλειφθεί, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, η οποία μειώνει τους διαθέσιμους πόρους στα ασφαλιστικά ταμεία. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορέσουν οι φορείς να διαθέτουν περισσότερα κονδύλια για την υγεία και για τα άτομα με πραγματικές ανάγκες.

Αναφορικά με το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση και ενημέρωση των πολιτών, προκειμένου να καταστεί σαφές και κατανοητό ότι θα πρέπει οι ιατρικές υπηρεσίες να καταναλώνονται ορθολογικά. Επίσης, είναι σημαντικό να κατανοήσουν οι πολίτες ότι η αλόγιστη χρήση ιατρικών υπηρεσιών που οδηγεί σε αύξηση των δαπανών δεν συμβάλλει στην κοινωνική ευημερία, αφού ελαχιστοποιεί τους διαθέσιμους πόρους και τους στερεί από άτομα του κοινωνικού συνόλου που πραγματικά

τους έχουν ανάγκη ή και από τη δυνατότητά τους να τους χρησιμοποιήσουν στο μέλλον, αυτοί οι ίδιοι, εάν τους χρειαστούν πραγματικά.

Από την παραπάνω ανάλυση μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το μέτρο της εφαρμογής της συμμετοχής των ασθενών κατά την προσέλευσή τους στα Κέντρα Υγείας συμβάλλει θετικά στη μείωση των αλόγιστων υπηρεσιών υγείας, αλλά και απαντά εν μέρει στα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κέντρα Υγείας λόγω της μείωσης των κρατικών κονδυλίων. Η Μπορμπουδάκη (2007), επισημαίνει ότι «η συνασφάλιση, η ασφάλιση αποζημίωσης και οι ασφαλιστικές απαλλαγές αποτελούν τις πιο γνωστές μεθόδους περιορισμού του προβλήματος του ηθικού κινδύνου». Πιο συγκεκριμένα, η Μπορμπουδάκη (2007) τονίζει ότι φαινόμενα *«τα οποία οδηγούν σε καταστάσεις υπερασφάλισης είναι αναγκαίο να περιορίζονται και η ασφαλιστική κάλυψη για διάφορα είδη ιατρικής φροντίδας να συνεκτιμάται με τις προτεραιότητες των αναγκών υγείας και τους διαθέσιμους πόρους»*. Αυτός είναι και ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου.

Ωστόσο, το ερώτημα που μένει να απαντηθεί είναι αν το μέτρο αυτό είναι επαρκές και κατάλληλο προκειμένου να αυξηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το ζήτημα αυτό πραγματεύεται το επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως επισημαίνει ο Λιαρόπουλος (2010) για πολλά χρόνια ο σκοπός του συστήματος υγείας ήταν η θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, καθώς και η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δημόσιας υγείας για την πρόληψη νοσημάτων και γενικότερα κινδύνων για την υγεία που μπορεί να προκύψουν από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ωστόσο, η έξαρση της τεχνολογίας και η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων έφεραν αντιμετώπια τα συστήματα υγείας με νέα προβλήματα, πολλά από τα οποία σχετίζονται με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας και την κατοχύρωση αυτής της έννοιας (Λιαρόπουλος, 2010).

Η ανάγκη για την ένταξη της ποιότητας στο χώρο της υγείας χρονολογείται από την αρχαιότητα και σχετίζεται από τη μία πλευρά με την ανάγκη της βελτίωσης της υγείας του ασθενούς και από την άλλη με την αποφυγή οποιουδήποτε λάθους σε οποιοδήποτε στάδιο της παροχής υγειονομικής φροντίδας (Λαζάρου και Οικονομοπούλου, 2007).

Σύμφωνα με τους Μανωλιάδη και Δημοπούλου (2007, σελ. 17), *«η ποιότητα είναι η δυναμική κατάσταση που συνδέεται με προϊόντα, ανθρώπους, διαδικασίες, καθώς και με το περιβάλλον ώστε να ανταποκρίνεται ή και να ξεπερνά τις προσδοκίες των χρηστών»*. Αναφορικά με το χώρο της υγείας, *«ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και εναρμονίζονται με την τρέχουσα ιατρική γνώση»* (OECD, 2009, όπως παρατίθεται στον Λιαρόπουλο, 2010, σελ. 105). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι *«η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα»*, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας καθόρισε ότι *«πρέπει να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο»* (Παυλάκης, 2007, σελ. 4). Σύμφωνα με τον Donabedian ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται *«η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης»* (Τούντας, 2008). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως *«το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους*

πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τους Parasuraman et al. (1985, όπως παρατίθενται στον Κρητικό, 2005), οι διαστάσεις της ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών γενικά είναι οι εξής: αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια, ακρίβεια, μοναδικότητα. Όπως επισημαίνει ο Λιαρόπουλος (2010), η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει τα εξής: α) τη μεγιστοποίηση της ισοτιμίας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, β) την εξασφάλιση της προσβασιμότητας και την καλή σχέση κόστους / αποτελέσματος, γ) τις έννοιες της ασφάλειας και της ανταπόκρισης στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς, και τέλος δ) τις έννοιες της ικανοποίησης του πολίτη και της προστασίας του από το υπερβολικό κόστος της περίθαλψης.

Γενικά η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη είναι η ικανοποίηση των ασθενών με βάση τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, η δεύτερη είναι «η επιστημονική καταλληλότητα των παροχών με το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό του ιατρογενούς κινδύνου» και τέλος η τρίτη είναι η διοίκηση και η διαχείριση των πόρων για την υγεία με ορθολογικό και αποτελεσματικό τρόπο (Παπαθανασίου, 2007, σελ. 67). Όπως τονίζει ο Παυλάκης (2007) η ποιότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται αφενός με την πλευρά του πελάτη αναφορικά με την ικανοποίηση που νιώθει και τη σχέση αποτελέσματος και προσδοκιών, και αφετέρου με την πλευρά του παραγωγού αναφορικά με το σχεδιασμό και κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές αυτού του σχεδιασμού.

Ο Λιαρόπουλος (2010) επισημαίνει ότι οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν το βαθμό στον οποίο τα συστήματα υγείας εξασφαλίζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι: α) η ασφάλεια στις υπηρεσίες υγείας, β) η κατάλληλη φροντίδα, στην οποία εντάσσονται και οι αποφευκτές εισαγωγές στα νοσοκομεία, γ) η προσβασιμότητα, όπως αυτή εκφράζεται από το χρόνο αναμονής, δ) η προστασία των πολιτών από το υψηλό κόστος της περίθαλψης, ε) η αποτελεσματική χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών (e – health) και η διασύνδεση βάσεων δεδομένων, στ) η ικανοποίηση του πληθυσμού από το σύστημα υγείας που εκτιμάται αφενός με τη μέθοδο της έρευνας της κοινής γνώμης και αφετέρου με τη μέθοδο της χρησιμοποίησης

υποκατάστατων παραγόντων (proxies) όπως για παράδειγμα ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη στον ιατρό.

Από την παραπάνω ανάλυση μπορεί κανείς να εξάγει το συμπέρασμα ότι η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχετίζεται *«με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους»* (Τούντας, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, το ερώτημα που εγείρεται είναι αν η εισαγωγή του μέτρου που εξετάζουμε αυξάνει το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζοντας, είτε θετικά είτε αρνητικά, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το ερώτημα αυτό καλείται να απαντήσει η έρευνα που διεξήχθη σε χρήστες των Κέντρων Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΑΜΟΙΒΗΣ (ΕΞΕΤΑΣΤΡΟ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μερικοί από τους κύριους στόχους ενός συστήματος υγείας είναι η ισοτιμία στην πρόσβαση, που σημαίνει να διασφαλίζεται η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, με παράλληλη προστασία του εισοδήματος αυτών, κυρίως των ασθενέστερων οικονομικά κοινωνικών τάξεων.

Σε αυτό το πλαίσιο, η εφαρμογή του μέτρου συμμετοχής των πέντε (5) Ευρώ από τους πολίτες που προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας μπορούμε να ισχυριστούμε ότι παραβιάζει την αρχή της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς επιβαρύνει το εισόδημα των χαμηλών κοινωνικών τάξεων (Thomson και Mossialos, 2010). Η συμμετοχή στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί το πρώτο εμπόδιο όσον αφορά στην πρόσβαση των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Doctors of the World Report, 2008).

Για παράδειγμα, η εφαρμογή του μέτρου της συμμετοχής των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Κένυα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των επισκέψεων στα νοσοκομεία κατά 45% και στα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας κατά 38%. Από τη δεκαετία του 1990 έχει ξεκινήσει η εφαρμογή του εν λόγω μέτρου σε πολλές αφρικανικές χώρες. Το αποτέλεσμα ήταν η μείωση της κατάστασης της υγείας πολλών πολιτών, καθώς και η αύξηση της παιδικής θνησιμότητας, εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας στην οποία ζούσαν και η οποία δεν τους επέτρεπε την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Doctors of the World Report, 2008).

Στον αντίποδα αυτής της άποψης βρίσκεται η έρευνα των Thomson και Mossialos (2010) η οποία επισημαίνει ότι η συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας δεν αποτελεί εμπόδιο για την πρόσβασή τους σε αυτές. Χαρακτηριστικά οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το 2007 λιγότερο από το 5% των πολιτών σε Δανία, Αγγλία και Σουηδία και λιγότερο από το 10% των πολιτών σε Γαλλία, Γερμανία και Ολλανδία αντιμετώπισαν πρόβλημα στην

πρόσβασή τους σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας εξαιτίας του εξέταστρου που έπρεπε να πληρώσουν.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, παρατηρεί κανείς ότι στην ΕΕ δεν υπάρχει κοινή πολιτική σε θέματα περίθαλψης. Η εφαρμογή ή μη του συγκεκριμένου μέτρου παραμένει στη δικαιοδοσία των κρατών – μελών. Υπάρχει μια διαρκής σύγκρουση ανάμεσα στις απόψεις για διατήρηση ή μείωση του κράτους πρόνοιας. Για παράδειγμα, στη Γαλλία θεσπίζεται ειδικός φόρος για την υγεία με παράλληλη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών για να μην υπάρξουν αντιδράσεις. Οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν κατά 30% στις ιατρικές υπηρεσίες, 35% στα φάρμακα, 40% στις εργαστηριακές εξετάσεις και 20% στην εισαγωγή στο νοσοκομείο. Στη Σκανδιναβία το 20% των δαπανών υγείας προέρχεται από συμμετοχή των πολιτών, κάτι που γίνεται ανεπίσημα και στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Στην Ολλανδία και τη Γερμανία επιτρέπεται η ελεύθερη επιλογή ταμείου πάνω από ένα εισόδημα. Γενικά υπάρχει η τάση ενδυνάμωσης των ταμείων με συμβάσεις με νοσοκομεία του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα με ελεγχόμενο κόστος υπηρεσιών και αποτροπή της προκλητής ζήτησης. Η αύξηση των δαπανών αναγκάζει και χώρες με πατροπαράδοτα δημόσια συστήματα καθολικής ασφάλισης, στην ανάπτυξη ιδιωτικού συμπληρωματικού δικτύου (Grosse και Figueras, 2004).

Κατά συνέπεια, το μέτρο αυτό απαντά στην ανάγκη πολλών κρατών για τη βελτίωση των δυσλειτουργιών των συστημάτων υγείας, λόγω της μείωσης της κρατικής χρηματοδότησης και μίας σφιχτής δημοσιονομικής πολιτικής (Doctors of the World Report, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, ωστόσο, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και το επίπεδο του ΑΕΠ και του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών σε κάθε χώρα, καθώς οι διαφορές που προκύπτουν από τις έρευνες σε χώρες της Ευρώπης και της Αφρικής καταδεικνύουν αυτήν ακριβώς την ανισοκατανομή του εισοδήματος.

Από την άλλη πλευρά, η οικονομική συμμετοχή των πολιτών κατά την προσέλευσή τους στα Κέντρα Υγείας ενθαρρύνει τα άτομα να επιλέξουν υπηρεσίες χαμηλότερου κόστους, όταν υπάρχουν εναλλακτικές ίσης ποιότητας, αλλά και να μειώσουν την αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας, γεγονός που οδηγεί στη μη οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας (Thomson και Mossialos, 2010) και στην εξασθένηση του φαινομένου του ηθικού κινδύνου (Chandra et al., 2007).

Η συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των φαρμάκων και στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής συνέβαλε στη μείωση της δαπάνης των πολιτών για υπηρεσίες υγείας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η καταβολή ενός ποσού 10 δολαρίων συμβάλλει στη μείωση της επίσκεψης σε ιατρούς κατά 20% και στη μείωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων κατά επίσης 20% με την καταβολή του ποσού των 6 δολαρίων (Chandra et al., 2007).

Ωστόσο η αποτελεσματικότητα αυτού του μέτρου τίθεται υπό αμφισβήτηση. Έρευνες που έχουν γίνει σε αυτό το πεδίο καταδεικνύουν ότι το κόστος που επωμίζονται οι πολίτες συνήθως καλύπτει το 5 – 10% των συνολικών δαπανών που είναι απαραίτητες για να λειτουργήσει ένα σύστημα υγείας, ενώ έρευνα που διεξήχθη το 2004 σε 19 Αφρικάνικες χώρες έδειξε ότι η απευθείας πληρωμή από τους πολίτες για τις υπηρεσίες υγείας κάλυψε μόνο το 6,99% της κρατικής δαπάνης (Doctors of the World Report, 2008). Αυτό εν μέρει συμβαίνει γιατί το όφελος από τη συμμετοχή των πολιτών αντισταθμίζεται από τη μείωση των πολιτών που προσέρχονται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Doctors of the World Report, 2008).

Τέλος, αναφορικά με το ερώτημα αν το αυξημένο κόστος μπορεί να οδηγήσει και σε αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ο Al-Assaf (2004) απαντά ότι η αύξηση του κόστους μπορεί να μην συμβάλει πάντα στην αύξηση της ποιότητας, ενώ αντίστοιχα η αύξηση της ποιότητας δεν σημαίνει πάντα και αύξηση του κόστους. Η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν οι χαράζοντες την πολιτική υγείας αντιληφθούν τι πραγματικά χρειάζονται οι πολίτες σε επίπεδο υγείας και κάνουν τον σωστό προγραμματισμό ανθρώπινου δυναμικού και κόστους (Al-Assaf, 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος

· Σκοπός και στόχοι

Η παρούσα έρευνα καλείται να εξετάσει το μέτρο σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν ένα χρηματικό ποσό ως εξέταστρα, κάθε φορά που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στόχος της εν λόγω έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις των χρηστών των Κέντρων Υγείας σχετικά με την αναγκαιότητα αλλά και την αποτελεσματικότητα του μέτρου αυτού.

Με βάση το σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται είναι τα εξής:

1. Ποια είναι η εμπειρία χωρών που ήδη έχουν εφαρμόσει ανάλογα μέτρα;
2. Σε ποιο βαθμό το μέτρο της επιβολής συμμετοχής στο κόστος εξέτασης στα Κέντρα Υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ανεξέλεγκτης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στη μείωση του κόστους;
3. Ποιες είναι οι συνέπειες της επιβολής του μέτρου αυτού στο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών;

· Υλικό και μέθοδος

Η μέθοδος είναι η συστηματική προσέγγιση σε ένα φαινόμενο που ερευνάται (Clark – Carter, 2004). Ουσιαστικά η μεθοδολογία είναι ο τρόπος με τον οποίο διεξήχθη η έρευνα. Οι δύο μέθοδοι που υπάρχουν στο πλαίσιο της έρευνας είναι η ποσοτική και η ποιοτική (Clark – Carter, 2004).

Η ποσοτική έρευνα σχετίζεται με τη μέτρηση των απόψεων, των αντιλήψεων και της συμπεριφοράς των ατόμων, είτε μέσω της παρατήρησης και του πειραματισμού, είτε – όπως γίνεται συνήθως – μέσω των άμεσων ερωτήσεων στα υποκείμενα της έρευνας (Clark – Carter, 2004). Η ποιοτική έρευνα είναι εμπειρική και χρησιμοποιεί αριθμητικά και ποσοτικά μετρήσιμα στοιχεία. Στοχεύει στην ανάλυση των φαινομένων που εξετάζονται

μέσω της εύρεσης των τάσεων και των συσχετισμών των μεταβλητών, χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον τη στατιστική ανάλυση (Gorard και Taylor, 2004). Επίσης, όπως επισημαίνουν οι Χασσάνδρα και Γούδας (2003), ο ερευνητής που χρησιμοποιεί την ποσοτική έρευνα θεωρεί ότι υπάρχει μία αντικειμενική πραγματικότητα και ότι τα φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα συμβαίνουν ανεξάρτητα από την εμπλοκή των ατόμων, τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους.

Αντίθετα, η ποιοτική έρευνα θεμελιώνεται σε μία φιλοσοφική θέση, η οποία είναι ερμηνευτική. Αυτό σημαίνει ότι η ποιοτική έρευνα ασχολείται με τον τρόπο που ερμηνεύεται, γίνεται κατανοητό, βιώνεται και παράγεται ο κοινωνικός κόσμος (Mason, 2003).

Προκειμένου να επιλέξουμε την κατάλληλη μέθοδο αφενός εξετάσαμε το βαθμό στον οποίο είναι κατάλληλη η κάθε μία από τις προαναφερθείσες μεθόδους για το σκοπό της έρευνας και αφετέρου λήφθηκε υπόψη το κατά πόσο κάθε μέθοδος μπορεί να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί (Brewerton και Millward, 2001).

Η επιλεγμένη μέθοδος έρευνας είναι η ποσοτική. Αυτή η μέθοδος επιλέχθηκε αφού στόχος της έρευνας είναι να καταγραφούν οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την εφαρμογή του νέου μέτρου στα Κέντρα Υγείας. Επίσης, η ποσοτική μέθοδος έρευνας επιλέχθηκε καθώς έτσι έχουμε τη δυνατότητα να συνδέσουμε δύο ή περισσότερες μεταβλητές, αν τις συσχετίσουμε και να αναλύσουμε τυχόν τάσεις που παρουσιάζονται στο δείγμα (Boodhoo και Purmessur, 2009). Η ποσοτική έρευνα είναι σε μεγάλο βαθμό δομημένη και παράγει αντικειμενικά δεδομένα τα οποία μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να επεξεργαστούν στατιστικά, ενώ αντίθετα η ποιοτική έρευνα παράγει δεδομένα σε μορφή περιγραφής, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα των υποκειμένων και υποστηρίζοντας ότι η πραγματικότητα δεν είναι αντικειμενική, αλλά διαμορφώνεται βάσει των απόψεων, των στάσεων και των συμπεριφορών των ατόμων (Scanlon, 2001). Όπως αναφέρει ο Abawi (2008), η ποσοτική έρευνα είναι εκείνη η ερευνητική διαδικασία που βασίζεται στην εξέταση μίας θεωρίας, η οποία με τη σειρά της αποτελείται από μεταβλητές που μπορούν να μετρηθούν αριθμητικά και να χρησιμοποιηθούν στατιστικές μέθοδοι. Ο στόχος της ποσοτικής έρευνας είναι να προσδιοριστεί αν η εκτιμώμενη γενίκευση της θεωρίας είναι δυνατή. Επίσης, όπως επισημαίνουν οι Χασσάνδρα & Γούδας (2003), ο ερευνητής που

χρησιμοποιεί την ποσοτική έρευνα θεωρεί ότι υπάρχει μία αντικειμενική πραγματικότητα και ότι τα φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα συμβαίνουν ανεξάρτητα από την εμπλοκή των ατόμων, τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους. Έτσι, η ποσοτική έρευνα έχει ως στόχο της τη διερεύνηση και την παραγωγή αποτελεσμάτων και θεωριών που μπορούν να γενικευθούν. Τέλος, η εν λόγω μέθοδος επιλέχθηκε καθώς παρέχει στον ερευνητή αφενός την προοπτική να στοχεύει σε συγκεκριμένο πληθυσμό μέσω της εμβάθυνσης σε μία κατάσταση και αφετέρου την απευθείας αλληλεπίδραση με τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα (Weinreich, 2006).

Αναφορικά με την έρευνα στο χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα της μέτρησης των απόψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η Παπανικολάου (2007) τονίζει ότι κατά την ποσοτική ανάλυση δεδομένων, επιδιώκεται η μέτρηση των απόψεων, των αντιδράσεων και των αξιών των χρηστών όσον αφορά στην εμπειρία της φροντίδας υγείας τους μέσω αριθμητικών αναπαραστάσεων.

Εφόσον επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα, το επόμενο στάδιο ήταν να επιλεγθεί το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας. Θεωρήθηκε ότι η απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα θα έπρεπε να δοθεί μέσω των απευθείας ερωτήσεων στα υποκείμενα της έρευνας, προκειμένου να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι απόψεις τους. Σύμφωνα με τον Creswell (2002) τα δύο κύρια μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην ποσοτική έρευνα είναι τα πειράματα και οι έρευνες με τη χρήση ερωτηματολογίων ή δομημένων συνεντεύξεων. Προς αυτόν τον σκοπό, έπρεπε να επιλέξουμε ανάμεσα στο εργαλείο της συνέντευξης και του ερωτηματολογίου. Για τον σκοπό της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ως το καταλληλότερο μεθοδολογικό εργαλείο.

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο συλλογής και εξαγωγής πολλών δεδομένων σχετικά με τις απόψεις, συμπεριφορές και εμπειρίες ενός αρκετά μεγάλου δείγματος ατόμων και μάλιστα το πιο διαδεδομένο (Brewerton και Millward, 2001; Hayden και Shawyer, 2007). Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε ως το καταλληλότερο μεθοδολογικό εργαλείο, καθώς ο ερευνητής (Hinds, 2001):

1. Αναζητά όχι πολύπλοκες πληροφορίες
2. Αναζητά πληροφορίες σχετικά με κάποια συγκεκριμένα γεγονότα

3. Επιθυμεί να εξετάσει συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού σε έναν συγκεκριμένο τομέα

Ο λόγος για τον οποίο επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο ως το μεθοδολογικό εργαλείο της παρούσας έρευνας είναι ότι μπορεί να απευθυνθεί ταυτόχρονα σε πολλούς ερωτηθέντες, αυξάνοντας το μέγεθος του δείγματος, ότι δεν χρειάζεται υψηλό προϋπολογισμό για την κατασκευή, διανομή και συλλογή του, αλλά και ότι είναι εύκολο στην κωδικοποίησή του (Brewerton και Millward, 2001).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας έχει δημιουργηθεί από την ερευνήτρια Όλγα Σίσκου στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας της φοιτήτριας Ι. Αναγνωστοπούλου, του Τμήματος Πληροφορικής με εφαρμογές στη Βιοϊατρική Τεχνολογία του Πανεπιστημίου Στερεάς Ελλάδος (2010). Έχει ζητηθεί και χορηγήθηκε η σχετική άδεια χρήσης του (Παράρτημα) Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι δομημένο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν συγκεκριμένες ερωτήσεις, με συγκεκριμένη σειρά, στις οποίες κλήθηκαν όλοι ανεξαιρέτως οι ερωτηθέντες να απαντήσουν (Clark – Carter, 2004). Η μέθοδος των δομημένων ερωτηματολογίων επιλέχθηκε καθώς δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να απευθυνθεί ταυτόχρονα σε ένα μεγάλο μέρος ερωτηθέντων, να καλύψει μία μεγάλη γεωγραφική περιοχή, να σταθμίσει τις ερωτήσεις προκειμένου να διαπιστώσει ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις απόψεις των ερωτηθέντων, να κωδικοποιήσει τις ερωτήσεις και τέλος να ποσοτικοποιήσει τα δεδομένα (Bechhofer και Lindsay, 2000). Επίσης, το δομημένο ερωτηματολόγιο μειώνει τον κίνδυνο αξιοπιστίας, καθώς αν θέταμε τις ίδιες ερωτήσεις στους ερωτηθέντες αλλά με διαφορετική διατύπωση, τότε ενδεχομένως τα αποτελέσματα να μην μας επέτρεπαν να εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα (Clark – Carter, 2004).

Οι ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί στο ερωτηματολόγιο είναι κλειστού τύπου. Οι κλειστές ερωτήσεις επιτρέπουν την πιο εύκολη και γρήγορη συμπλήρωσή του από τον ερωτώμενο, ενώ παράλληλα είναι και πιο εύκολο στην ανάλυσή του μέσω των στατιστικών μεθόδων (Lewin, 2005).

Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου που έχουν χρησιμοποιηθεί στο ερωτηματολόγιο είναι τριών ειδών:

1. Δημογραφικές, οι οποίες είναι «απλά και απευθείας περιγραφικά ερωτήματα σχετικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του» συμμετέχοντος», τα οποία ο ερευνητής θα πρέπει να λάβει υπόψη του στην ανάλυση, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και τα έτη προϋπηρεσίας (King και Horrocks, 2010).
2. Πολλαπλής επιλογής: Στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής οι ερωτηθέντες μπορούν να επιλέξουν μεταξύ πολλών απαντήσεων, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί και ερωτήσεις διαζευκτικού τύπου, όπου οι απαντήσεις περιορίζονται στο «ναι» και «όχι» (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).
3. Κλίμακας: Αναφορικά με τις ερωτήσεις κλίμακας, έχει χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Likert (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).

Προκειμένου να συλλεχθούν οι πληροφορίες που χρειάζονται για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, υπάρχουν τρεις τρόποι συλλογής (Κιόχος, 1997):

- i. Η μέθοδος της παρατήρησης: η παρατήρηση χρησιμοποιείται κυρίως όταν η έρευνα επικεντρώνεται στη μελέτη πιο ανθρωπολογικών στοιχείων και γενικότερα στη μελέτη και καταγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς.
- ii. Η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης: η μέθοδος αυτή έχει αρκετά πλεονεκτήματα, καθώς επιτρέπει τη συγκέντρωση ποιοτικότερων αποτελεσμάτων, καθώς ο ερευνητής είναι σε θέση να απαντήσει σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις και να διευκρινίσει απορίες, προκειμένου οι ερωτηθέντες να δώσουν πιο ολοκληρωμένες και σωστές απαντήσεις. Επιπλέον, το ποσοστό απόκρισης των ερωτηθέντων είναι μεγαλύτερο, αλλά το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι είναι μία διαδικασία χρονοβόρα.
- iii. Η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής του ερωτηματολογίου: το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η συλλογή στοιχείων ταυτόχρονα από ερωτηθέντες με γεωγραφική διασπορά. Ωστόσο, το ποσοστό απόκρισης των ερωτηθέντων δεν είναι τόσο μεγάλο όσο με τη μέθοδο της συνέντευξης, ενώ δεν μπορούν να δοθούν και διευκρινίσεις όπως στην προηγούμενη μέθοδο

Δεδομένων των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των πιο πάνω μεθόδων, χρησιμοποιήθηκε ως κύρια μέθοδος η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων βάσει της συνέντευξης.

Η ηθική στην έρευνα :Το ζήτημα της ηθικής είναι αρκετά σημαντικό, καθώς τα ηθικά προβλήματα και διλήμματα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεξαγωγής μίας έρευνας (Hayden και Shawyer, 2007). Το ενδιαφέρον γύρω από την ηθική στην έρευνα έχει αυξηθεί κυρίως εξαιτίας του αυξημένου ενδιαφέροντος της κοινής γνώμης γύρω από τα όρια στα οποία πρέπει να κινείται μία έρευνα αλλά και την προστασία των προσωπικών δεδομένων (Ethical guidelines, 2003). Οι ηθικές κατευθυντήριες γραμμές σύμφωνα με το Canada Tri-Council είναι: α) σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, β) σεβασμός στα ευαίσθητα πρόσωπα, γ) σεβασμός στην ατομικότητα και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, δ) ελαχιστοποίηση της βλάβης που μπορεί να προκληθεί από τη διεξαγωγή μίας έρευνας (Coupal, 2005).

Τα ηθικά διλήμματα τα οποία ανακύπτουν σε μία έρευνα είναι η εθελοντική συμμετοχή των ερωτηθέντων και η ενήμερη συγκατάθεση, η τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των στοιχείων, η μη πρόκληση βλάβης στους συμμετέχοντες και ο τρόπος με τον οποίο τα αποτελέσματα καταγράφονται, συμπεριλαμβανομένων και των πολιτικών πεποιθήσεων (Hayden και Shawyer, 2007).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ερευνήτρια προσπάθησε να ακολουθήσει τις ηθικές κατευθυντήριες γραμμές, όπως αυτές αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Robson, 1993; Dawson, 2002; Simons, 2005; Hayden και Shawyer, 2007). Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη κατευθυντήρια γραμμή στο πλαίσιο της ηθικής την οποία σεβάστηκε η ερευνήτρια είναι η ενήμερη συγκατάθεση των ερωτηθέντων. Αυτό σημαίνει ότι η έρευνα διεξήχθη μόνο μετά την ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων σε αυτήν. Προκειμένου να γίνει αυτό, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας και τη σημαντικότητα της συμμετοχής τους σε αυτήν, το πανεπιστημιακό ίδρυμα στο πλαίσιο του οποίου εκπονείται η έρευνα καθώς και για τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να μην υπάρξει ο κίνδυνος πρόκλησης ηθικής βλάβης.

Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας: Η εγκυρότητα αφορά στο εάν η μέτρηση συλλέγει τα δεδομένα που απαιτούνται προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Σύμφωνα με τη Bell (1997, σελ. 108) η εγκυρότητα αφορά «στον έλεγχο του κατά πόσο ένα θέμα μετρά ή περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρά ή να

περιγράφει». Ο Lewin (2005) διακρίνει δύο είδη εγκυρότητας. Το πρώτο είναι η εσωτερική εγκυρότητα, η οποία σχετίζεται με την εμπιστοσύνη που μπορεί να ισχύσει αναφορικά με τα αιτιώδη συμπεράσματα. Το δεύτερο είναι η εξωτερική εγκυρότητα, η οποία αναφέρεται στη δυνατότητα επέκτασης τυχόν αξιώσεων της αιτιότητας από το δείγμα στον πληθυσμό που αντιπροσωπεύει.

Η αξιοπιστία αναφέρεται στη σταθερότητα ή τη συνοχή των μετρήσεων, ήτοι το κατά πόσο ή όχι τα ίδια αποτελέσματα θα μπορούσαν να επιτευχθούν εάν η έρευνα ή η μέτρηση εφαρμοζόταν επανειλημμένα. Σύμφωνα με την Bell (1997, σελ. 107) η «αξιοπιστία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα τεστ ή μία διαδικασία παράγει τα ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις».

Προκειμένου να διασφαλιστούν η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας η ερευνήτρια:

1. Μελέτησε τη διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με το υπό εξέταση ζήτημα
2. Έθεσε συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα βάσει του σκοπού της έρευνας
3. Χρησιμοποίησε εκείνη την ποσοτική μέθοδο έρευνα και το ερωτηματολόγιο ως μεθοδολογικό εργαλείο, καθώς θεώρησε ότι με αυτόν τον τρόπο μπορούσε να συλλέξει τα δεδομένα που χρειαζόταν για να δώσει απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα
4. Ακολούθησε τη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τους κανόνες σύνταξης του ερωτηματολογίου

Σύμφωνα με τους Hayden και Shawyer (2007) η δειγματοληψία είναι η διαδικασία εκείνη κατά την οποία άτομα που είναι κατάλληλα για να απαντήσουν στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί και για τα οποία διεξάγεται η έρευνα επιλέγονται από τον πληθυσμό. Οι δύο κύριες τεχνικές δειγματοληψίας είναι η τυχαία και η μη τυχαία.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η τυχαία δειγματοληψία. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε χρήστες των Κέντρων Υγείας, οι οποίοι δεν είναι άλλοι από τους πολίτες. Έτσι, δόθηκαν ερωτηματολόγια στους χρήστες κατά την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας. Οι περιοχές στις οποίες δόθηκαν τα ερωτηματολόγια είναι: Γύθειο (42 άτομα), Βλαχιώτη (20 άτομα), Νεάπολη (36 άτομα), Καστόρι (24 άτομα) και Αρεόπολη (63 άτομα). Συνολικά μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν 185

ερωτηματολόγια. Από την έρευνα δεν εξαιρέθηκε κανένα από αυτά, καθώς ήταν όλα συμπληρωμένα σωστά και ολοκληρωμένα.

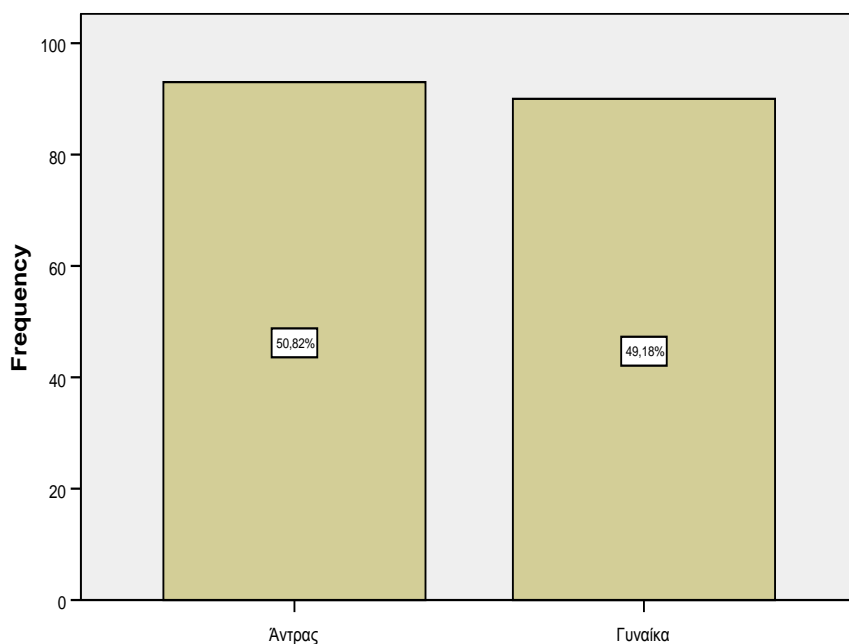
Εξαιτίας του ό,τι το μέτρο της εφαρμογής της οικονομικής συμμετοχής όσων προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας είναι καινούργιο, η διαθέσιμη βιβλιογραφία ήταν ελάχιστη. Ως εκ τούτου, τα συμπεράσματα και η γενίκευση αυτών στηρίζονται σε ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό στα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη.

Αποτελέσματα της έρευνας

· Περιγραφική στατιστική

Φύλο

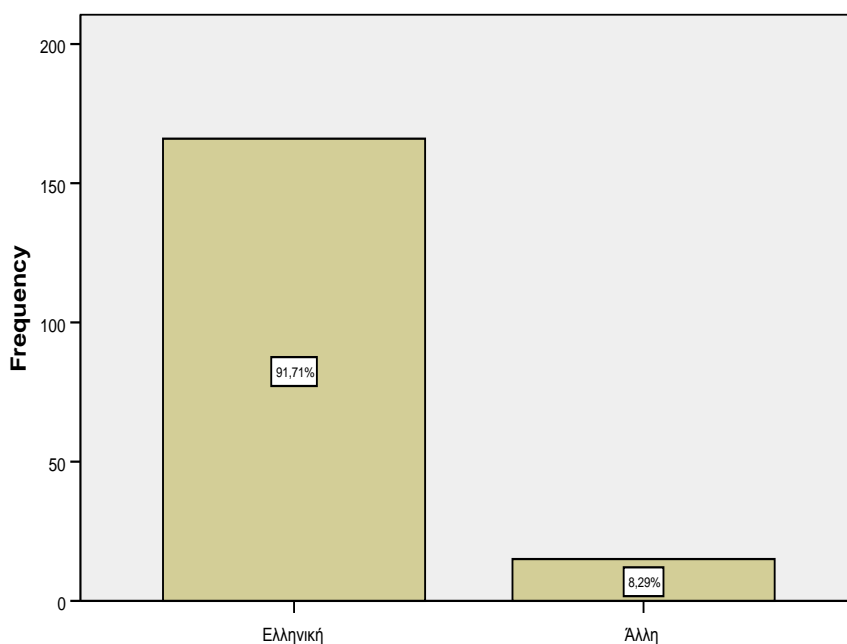
Το 50,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι γυναίκες, ενώ το υπόλοιπο 48,6% είναι άντρες, όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει και από το παρακάτω γράφημα.



Εικόνα 1. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει φύλου

Υπηκοότητα

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι ελληνικής υπηκοότητας σε ποσοστό 89,7%, ενώ ξένης υπηκοότητας είναι το 8,1% όσων συμμετείχαν στην έρευνα. Από αυτό το ποσοστό, ένας ερωτηθείς δήλωσε ότι είναι αλβανικής καταγωγής, δύο άτομα ότι είναι από τη Βουλγαρία, ενώ οι υπόλοιποι δεν διευκρίνισαν¹.

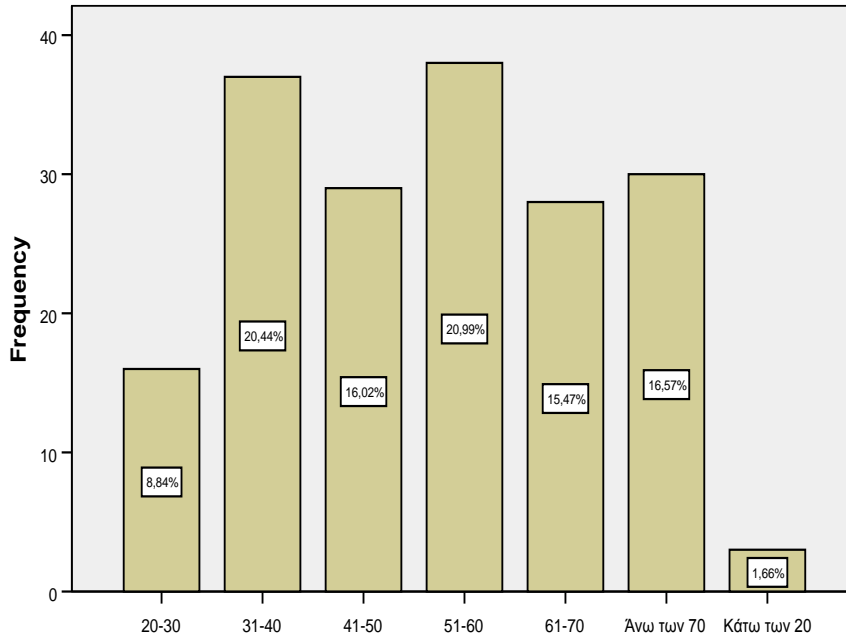


Εικόνα 2. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει υπηκοότητας

Ηλικία

Όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει και από το παρακάτω γράφημα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι ηλικίας 51 – 60 ετών (50,5%), ενώ ακολουθούν όσοι είναι ηλικίας 31 – 40 ετών (20%). Το 16,2% είναι άνω των 70 ετών, το 15,% είναι μεταξύ 61 και 70 ετών, ενώ το 8,6% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 20 – 30 ετών. Τέλος, υπήρξε και ένα πολύ μικρό ποσοστό (1,6%) το οποίο αντιστοιχεί σε μόλις τρία (3) άτομα.

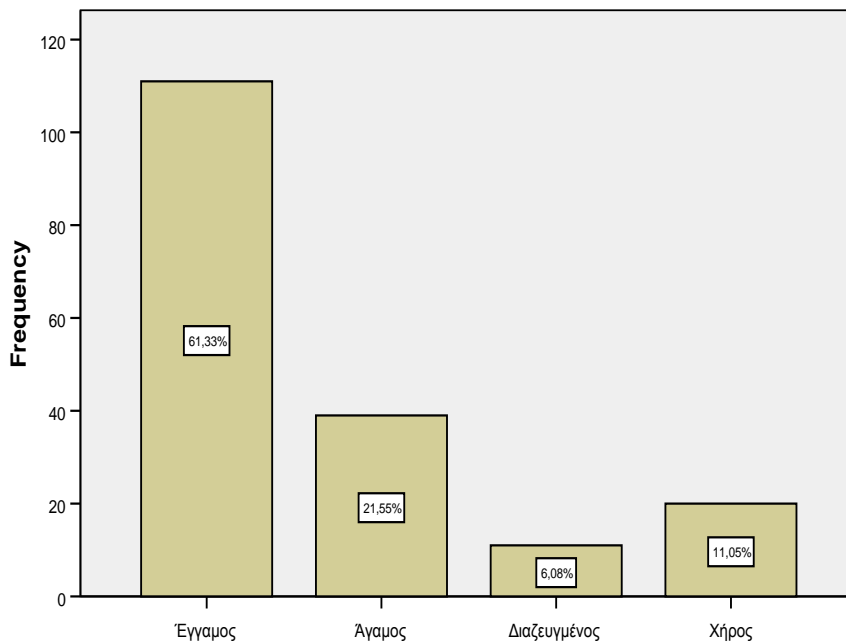
¹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε ορισμένους πίνακες υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των ποσοστών που αναγράφονται στους πίνακες και των ποσοστών που σχολιάζονται στο κείμενο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ποσοστά που αναλύονται στο κείμενο προκύπτουν ως ποσοστό όσων έδωσαν τη συγκεκριμένη απάντηση, χωρίς να υπολογίζονται τα άτομα που δεν απάντησαν καθόλου, ενώ το ποσοστό των πινάκων προκύπτει ως ποσοστό του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν έχουν απαντήσει. Θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε και στο κείμενο τα ποσοστά που υπάρχουν στους πίνακες, ωστόσο δεν επιλέξαμε αυτόν τον τρόπο προκειμένου για την πληρέστερη παράθεση των αποτελεσμάτων.



Εικόνα 3. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει ηλικίας

Οικογενειακή κατάσταση

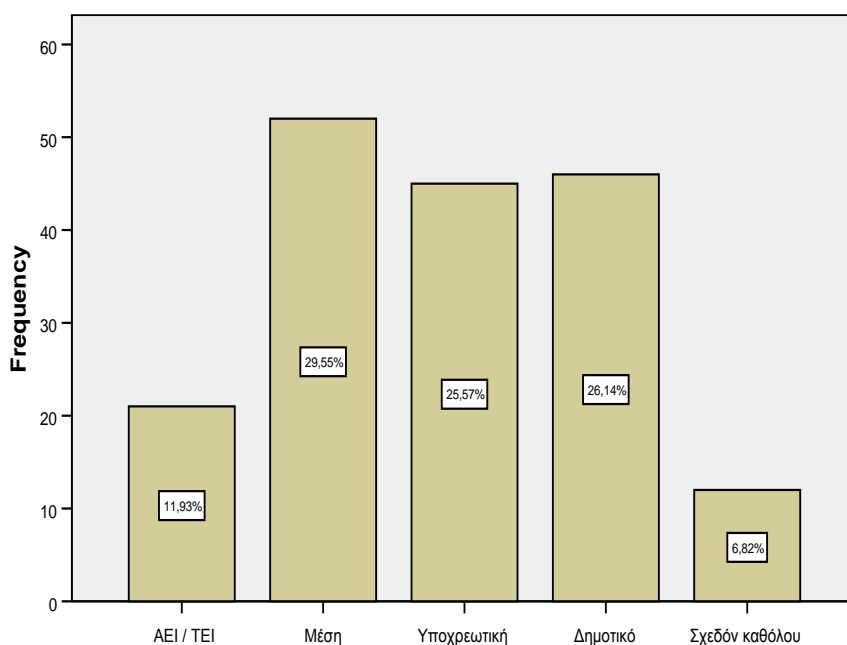
Το 60% όσων συμμετείχαν στην έρευνα είναι έγγαμοι, ενώ το 21,1% είναι άγαμοι. Το 10,8% των συμμετεχόντων είναι χήροι, ενώ τέλος το 5,9% είναι διαζευγμένοι.



Εικόνα 4. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει οικογενειακής κατάστασης

Εκπαιδευτικό υπόβαθρο

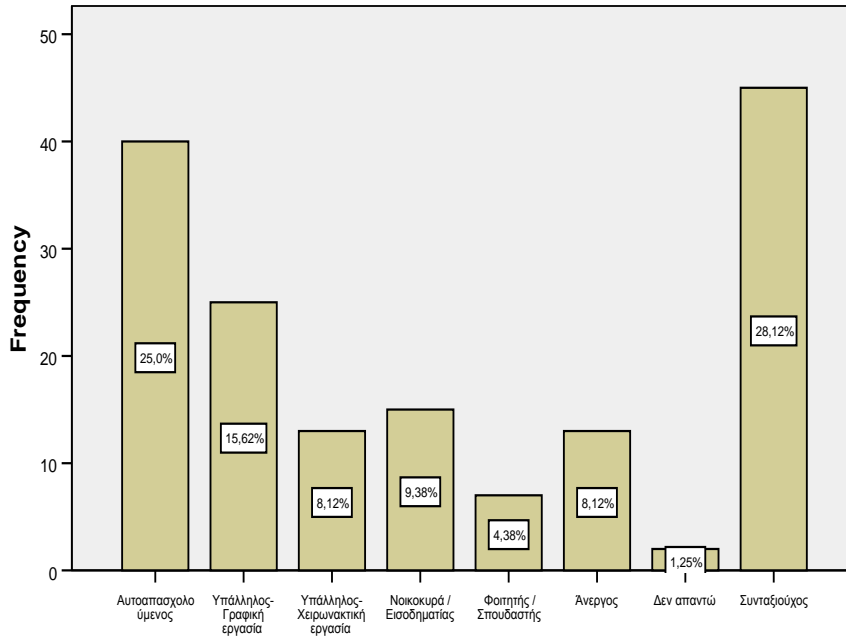
Αναφορικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων, όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει από το παρακάτω γράφημα, το 28,1% είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, το 24,9% είναι απόφοιτοι δημοτικού και το 24,3% είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, δηλαδή απόφοιτοι γυμνασίου. Μόλις το 11,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ), ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 6,5%, το οποίο αντιστοιχεί σε 12 άτομα, το οποίο δήλωσε ότι είτε έχει παρακολουθήσει μερικές τάξεις του δημοτικού ή δεν έχει πάει καθόλου σχολείο. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν είναι κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.



Εικόνα 5. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει εκπαίδευσης

Επάγγελμα

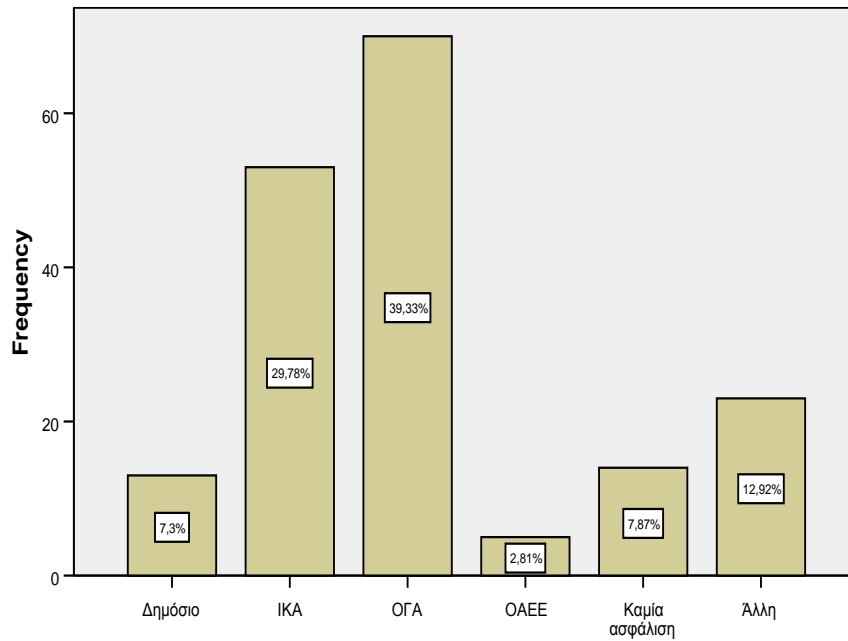
Όσον αφορά το επάγγελμα των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία σε ποσοστό 24,3% είναι συνταξιούχοι, σε ποσοστό 21,6% είναι αυτοαπασχολούμενοι, είτε αγρότες είτε ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ σε ποσοστό 13,5% είναι υπάλληλοι γραφείου. Επίσης, το 8,1% είναι είτε νοικοκυρές είτε εισοδηματίες, το 7% είναι άνεργοι, ενώ το ίδιο ποσοστό είναι και οι υπάλληλοι χειρωνακτικής εργασίας. Τέλος, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 3,8%, το οποίο δήλωσε ότι σπουδάζουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.



Εικόνα 6. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει επαγγέλματος

Ασφάλιση

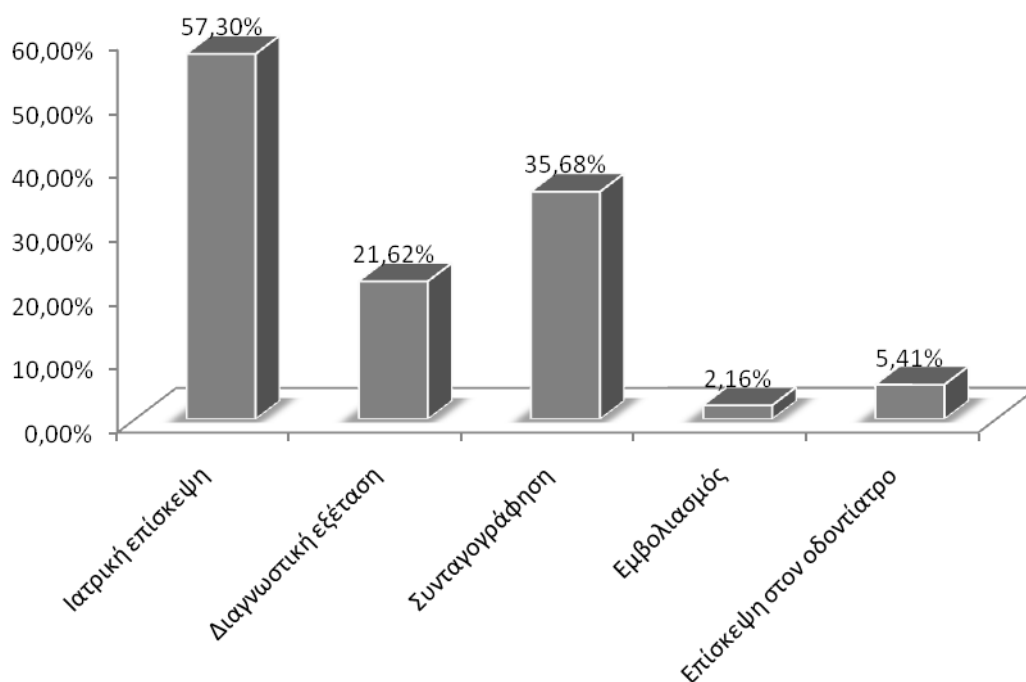
Αναφορικά με την ασφάλιση που έχουν οι ερωτηθέντες, η πλειοψηφία σε ποσοστό 37,8% είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, ενώ το 28,6% είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Το 7,6% δήλωσε ότι δεν είναι ασφαλισμένο σε κανένα ταμείο, το 7% είναι ασφαλισμένοι Δημοσίου (ΟΠΑΔ), το 2,7% είναι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, ενώ το 12,7% έχει άλλη ασφάλιση, όπως NAT, ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ.



Εικόνα 7. Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει του ασφαλιστικού τους φορέα

Λόγος επίσκεψης των ερωτηθέντων στο Κέντρο Υγείας

Το παρακάτω γράφημα απεικονίζει το λόγο για τον οποίον οι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας. Όπως μπορούμε να δούμε, το 57,3% των ερωτηθέντων το επισκέφθηκε για κλινική εξέταση από τον ιατρό, το 35,7% για συνταγογράφηση, το 21,6% για διαγνωστική εξέταση, το 5,4% για επίσκεψη στον οδοντίατρο και τέλος το 2,2% για εμβολιασμό. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας για φυσιοθεραπεία.



Εικόνα 8. Λόγος επίσκεψης των ερωτηθέντων στο Κέντρο Υγείας

Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει το ποσοστό των ερωτηθέντων που προσήλθε στο Κέντρο Υγείας βάσει του λόγου για τον οποίο προσήλθε και το φύλο. Όπως μπορούμε να δούμε, οι άντρες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό για διαγνωστικές εξετάσεις, για συνταγογράφηση και για να επισκεφθούν τον οδοντίατρο. Αντίθετα, οι γυναίκες προσήλθαν για κλινικές εξετάσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες.

Πίνακας 1. Λόγος για τον οποίο οι ερωτηθέντες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας σε σχέση με το φύλο

		Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
Ιατρική επίσκεψη	Συχνότητα	46	59	105
	Ποσοστό	25,1%	32,2%	57,4%
Διαγνωστική εξέταση	Συχνότητα	21	19	40
	Ποσοστό	11,5%	10,4%	21,9%
Συνταγογράφηση	Συχνότητα	35	31	66
	Ποσοστό	19,1%	16,9%	36,1%
Εμβολιασμός	Συχνότητα	2	2	4
	Ποσοστό	1,1%	1,1%	2,2%

Επίσκεψη στον οδοντίατρο	Συχνότητα	8	1	9
	Ποσοστό	4,4%	,5%	4,9%

Ο Πίνακας 5.1.2. απεικονίζει τους λόγους για τους οποίους οι ερωτηθέντες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας καθώς και την ηλικιακή ομάδα στην οποία αυτοί ανήκουν. Έτσι, για κλινικές εξετάσεις προσήλθαν περισσότερο τα άτομα ηλικίας 31 – 40 ετών, για διαγνωστικές εξετάσεις τα άτομα 41 – 50 ετών, για συνταγογράφηση τα άτομα επίσης 41 – 50 ετών και τέλος για τον οδοντίατρο τα άτομα ηλικίας 51 – 60 ετών.

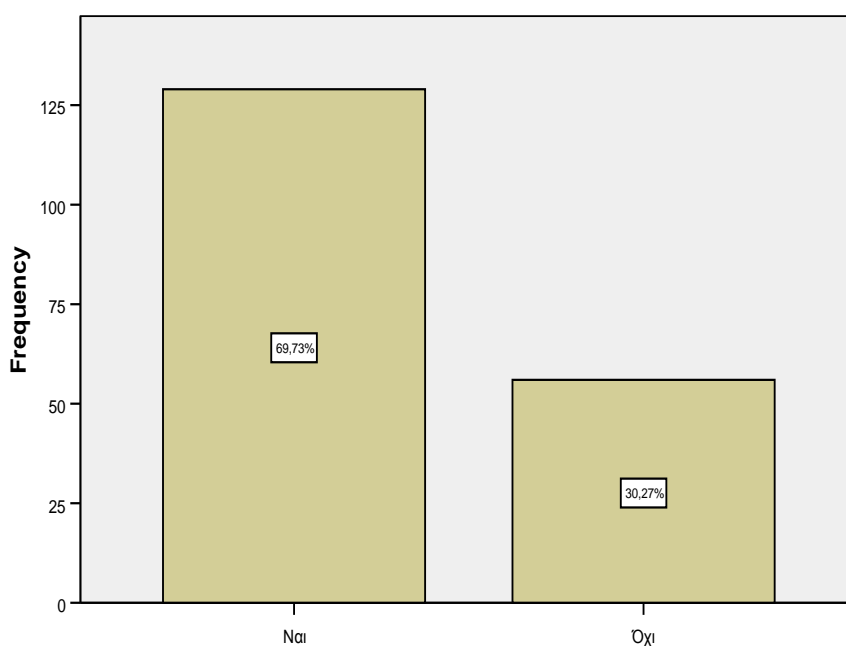
Πίνακας 2. Λόγος για τον οποίο οι ερωτηθέντες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας σε σχέση με την ηλικία τους

		Κάτω των 20	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Άνω των 70	Σύνολο
Ιατρική επίσκεψη	Συχνότητα	0	12	28	18	26	9	12	105
	Ποσοστό	,0%	6,6%	15,5%	9,9%	14,4%	5,0%	6,6%	58,0%
Διαγνωστική εξέταση	Συχνότητα	0	7	9	10	3	6	3	38
	Ποσοστό	,0%	3,9%	5,0%	5,5%	1,7%	3,3%	1,7%	21,0%
Συνταγογράφηση	Συχνότητα	1	3	10	16	8	13	15	66
	Ποσοστό	,6%	1,7%	5,5%	8,8%	4,4%	7,2%	8,3%	36,5%
Εμβολιασμός	Συχνότητα	2	0	0	2	0	0	0	4
	Ποσοστό	1,1%	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,0%	2,2%
Επίσκεψη στον οδοντίατρο	Συχνότητα	0	0	2	1	5	0	1	9
	Ποσοστό	,0%	,0%	1,1%	,6%	2,8%	,0%	,6%	5,0%

Οικονομική συμμετοχή ερωτηθέντων κατά την επίσκεψη των ερωτηθέντων στο Κέντρο Υγείας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, το 69,7% εξ αυτών πλήρωσε κάποιο ποσό κατά την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας, ενώ το υπόλοιπο 30,27% δεν πλήρωσε. Αυτό, ωστόσο, σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με το λόγο για τον οποίον οι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας, όπως θα δούμε αμέσως παρακάτω. Το ποσό αυτό

ποικίλει, με κατώτατο το ποσό των 5 Ευρώ. Το ανώτατο ποσό εξαρτάται και από τον αριθμό των λόγων για τους οποίους οι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας.



Εικόνα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που πλήρωσε κατά την επίσκεψή του στο Κέντρο Υγείας

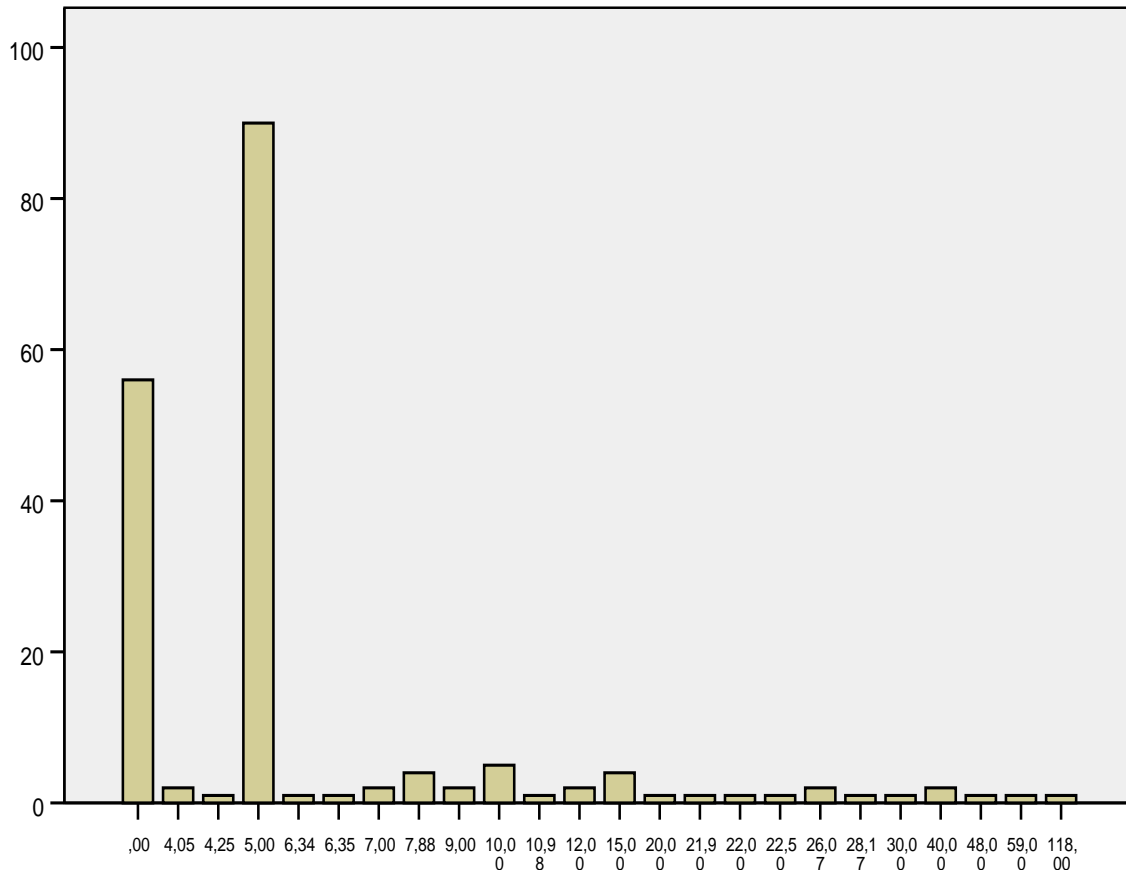
Ο Πίνακας 5.1.3. απεικονίζει το εάν οι ερωτηθέντες πλήρωσαν κατά την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας σε σχέση με το λόγο για τον οποίον επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του Πίνακα, όσοι προσήλθαν για ιατρική επίσκεψη και διαγνωστική εξέταση πλήρωσαν κάποιο ποσό. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι όσοι προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας για εμβολιασμό ή για συνταγογράφηση, δεν ήταν υποχρεωμένοι να πληρώσουν κάποιο ποσό. Το γεγονός ότι στις αντίστοιχες γραμμές του Πίνακα υπάρχει η απάντηση «ναι» οφείλεται στο ότι πολλοί εξ αυτών επισκέφθηκαν και για κάποιον άλλο λόγο το Κέντρο Υγείας.

Πίνακας 3. Ποσοστό ερωτηθέντων που πλήρωσε κάποιο ποσό σε αντιστοιχία με τον λόγο επίσκεψής τους στο Κέντρο Υγείας

		Οικονομική συμμετοχή επισκεπτών		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ιατρική επίσκεψη	Συχνότητα	100	6	106

	Ποσοστό	54,1%	3,2%	57,3%
Διαγνωστική εξέταση	Συχνότητα	39	1	40
	Ποσοστό	21,1%	,5%	21,6%
Συνταγογράφηση	Συχνότητα	19	47	66
	Ποσοστό	10,3%	25,4%	35,7%
Εμβολιασμός	Συχνότητα	2	2	4
	Ποσοστό	1,1%	1,1%	2,2%
Επίσκεψη στον οδοντίατρο	Συχνότητα	10	0	10
	Ποσοστό	5,4%	,0%	5,4%

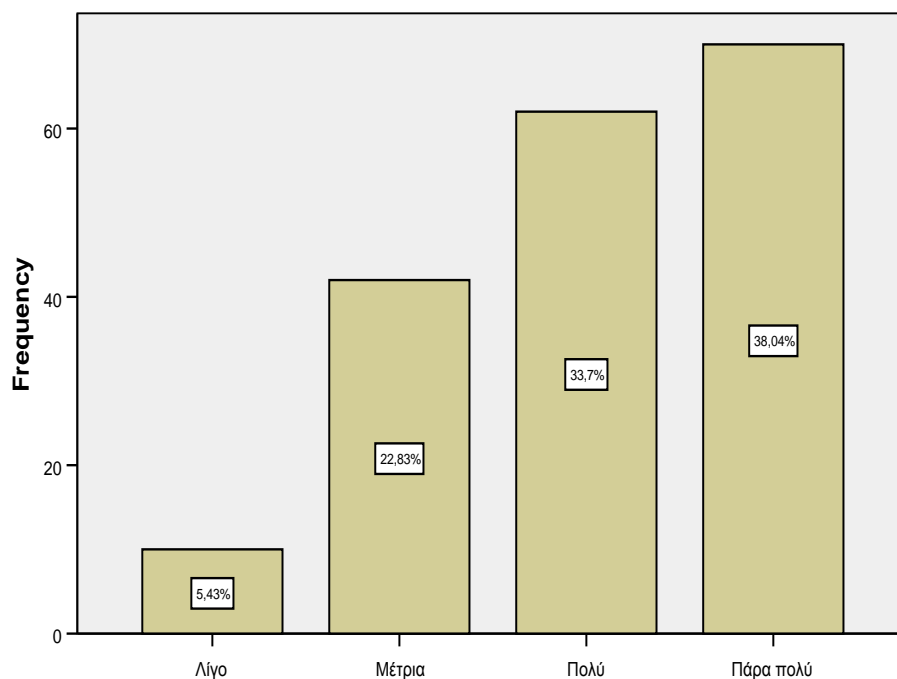
Το ποσό το οποίο κλήθηκαν να πληρώσουν οι ερωτηθέντες κατά την επίσκεψή τους στον οδοντίατρο απεικονίζεται στην Εικόνα 5.1.10.. Όπως μπορούμε να δούμε, η συντριπτική πλειοψηφία πλήρωσε 5,00 Ευρώ ή 0,00 Ευρώ, ανάλογα με το λόγο της επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας. Επίσης, ανάλογα με τον λόγο ορισμένοι ερωτηθέντες κατέβαλαν μεγαλύτερα ποσά, με ανώτατο το ποσό των 118,00 Ευρώ.



Εικόνα 10. Ποσό που κατέβαλαν οι ερωτηθέντες κατά την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας

Ικανοποίηση ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας κατά τη διάρκεια της παραμονής τους σε αυτό

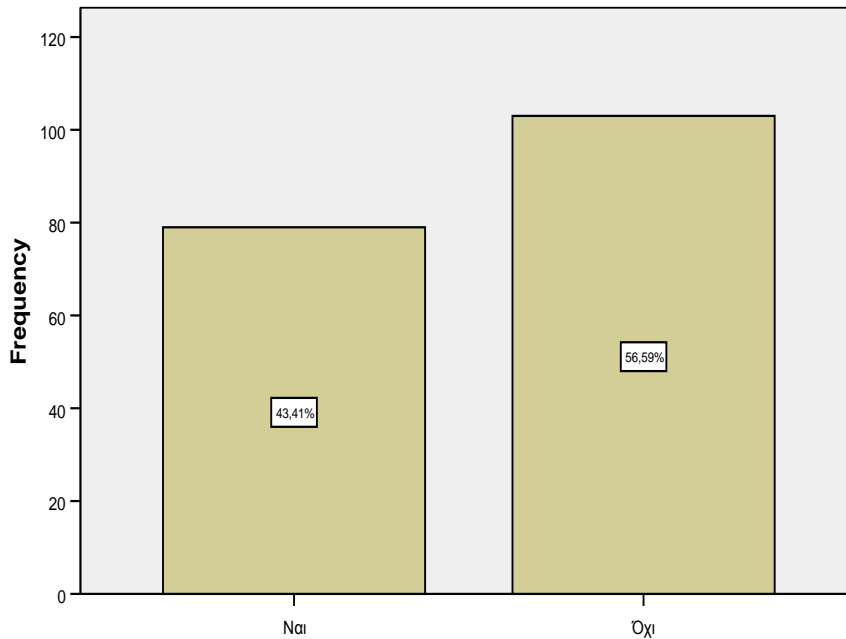
Όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει από το παρακάτω γράφημα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 37,8% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένη από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, ενώ το 33,5% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο. Μέτρια ικανοποιημένο δηλώνει το 22,7% των ερωτηθέντων, ενώ το υπόλοιπο 5,4% απάντησε πως είναι σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που του παρασχέθηκαν κατά την παραμονή του στο Κέντρο Υγείας.



Εικόνα 11. Βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

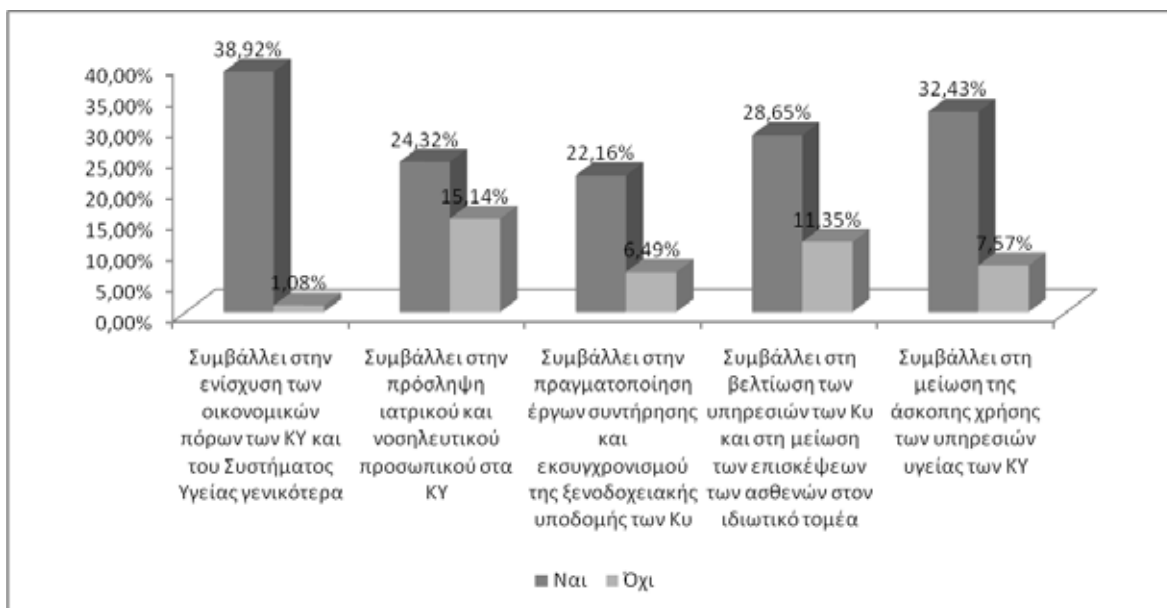
Άποψη ερωτηθέντων σχετικά με τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα σε ποσοστό 55,7% θεωρεί ότι η θέσπιση μηχανισμού εξετάστρων κατά την προσέλευση των επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας δεν αποτελεί θετική εξέλιξη προκειμένου για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας.



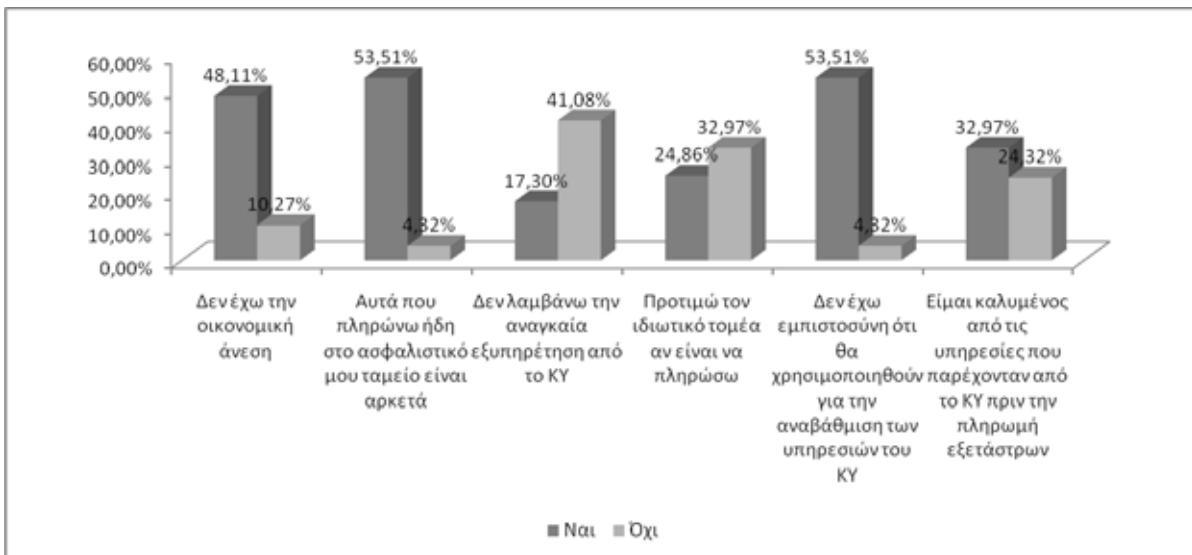
Εικόνα 12. Ποσοστό ερωτηθέντων που θεωρεί θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών

Από όσους απάντησαν ότι η θέσπιση μηχανισμού εξετάστρων κατά την προσέλευση επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας, η πλειοψηφία εξ αυτών σε ποσοστό 38,92% πιστεύει ότι αυτό το μέτρο συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του Συστήματος Υγείας γενικότερα. Επίσης, το 32,43% πιστεύει ότι συμβάλλει στη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων Υγείας. Το 28,65% πιστεύει ότι αυτό το μέτρο συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα. Το 24,32% θεωρεί ότι με το μέτρο αυτό μπορεί να προσληφθεί επιπλέον ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα Κέντρα Υγείας, ενώ τέλος το 22,16% θεωρεί ότι το εν λόγω μέτρο συμβάλλει στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κέντρων Υγείας. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων συγκέντρωσε η απάντηση ότι το μέτρο της επιβολής εξετάστρων συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στη μείωση των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα.



Εικόνα 13. Απόψεις ερωτηθέντων που θεωρούν θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας

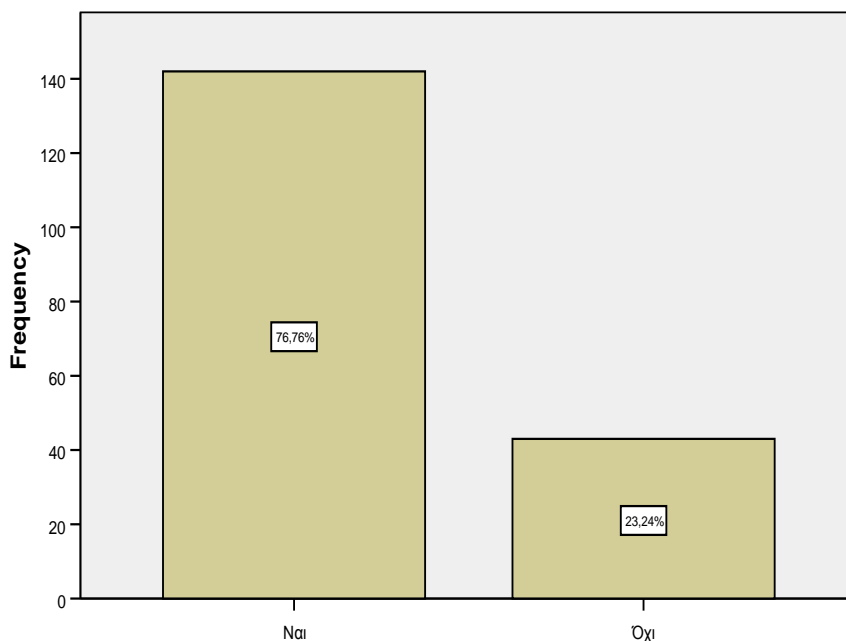
Αναφορικά με όσους απάντησαν ότι δεν θεωρούν ως θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι λόγοι για τους οποίους κρίνουν αρνητικά αυτό το μέτρο. Έτσι, η πλειοψηφία εξ αυτών (53,1%) απάντησε αφενός ότι θεωρούν ότι αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο είναι αρκετά και αφετέρου ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα εξέταστρα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας. Το 48,11% δηλώνει ότι δεν έχει την οικονομική άνεση να πληρώνει τα εξέταστρα, το 41,08% ότι δεν λαμβάνει την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας, το 32,79% δηλώνει ότι είναι καλυμμένο από τις υπηρεσίες που παρέχονταν πριν από την επιβολή των εξετάστρων, ενώ τέλος το 24,86% απάντησε ότι προτιμά τον ιδιωτικό τομέα, δεδομένου ότι στα Κέντρα Υγείας που είναι δημόσια είναι αναγκασμένο επίσης να πληρώσει. Ωστόσο, η απάντηση αυτή συγκέντρωσε και το μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων, ενδεχομένως λόγω του ότι το ποσό που θα καλούνται να καταβάλουν οι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας είναι μικρότερο από ό,τι στην περίπτωση επίσκεψής τους στον ιδιωτικό τομέα.



Εικόνα 14. Απόψεις ερωτηθέντων που δε θεωρούν θετική εξέλιξη τη θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάσεων στα Κέντρα Υγείας

Απόψεις ερωτηθέντων σχετικά με τις διαφορές των Κέντρων Υγείας πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

Η πλειοψηφία του 76,8% έχει επισκεφθεί και παλαιότερα το Κέντρο Υγείας για κάποιο λόγο, όπως μπορεί κανείς να δει από το παρακάτω γράφημα. Αντίθετα, το 23,24% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αυτή.

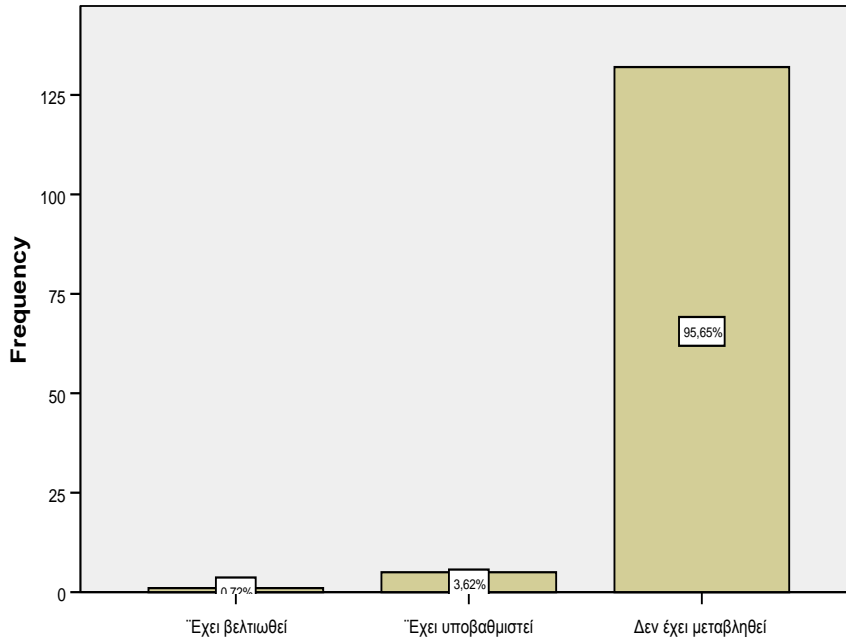


Εικόνα 15. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει επισκεφθεί ξανά το Κέντρο Υγείας

Όσοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι έχουν επισκεφθεί ξανά στο παρελθόν το Κέντρο Υγείας, κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία σειρά από ερωτήσεις, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στο Κέντρο Υγείας πριν και μετά την εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού.

A) Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας:

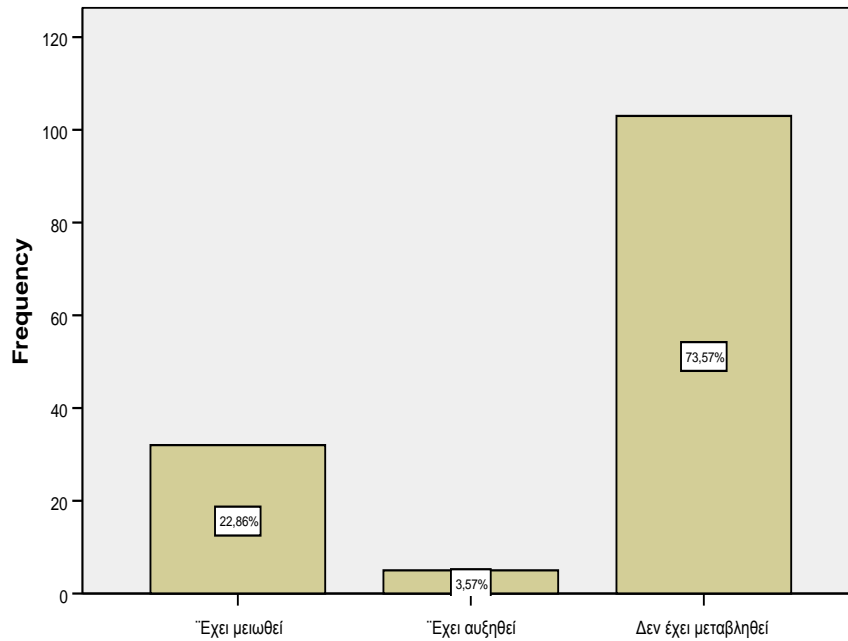
Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας δεν έχει μεταβληθεί (71,4%). Το 2,7% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τόσο η ποιότητα όσο και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών έχει υποβαθμιστεί, ενώ μόλις ένα άτομο (0,5%) απάντησε ότι έχουν βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από το Κέντρο Υγείας.



Εικόνα 16. Η διαφορά στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

B) Ο χρόνος αναμονής για εξέταση και για κλείσιμο ραντεβού στο Κέντρο Υγείας:

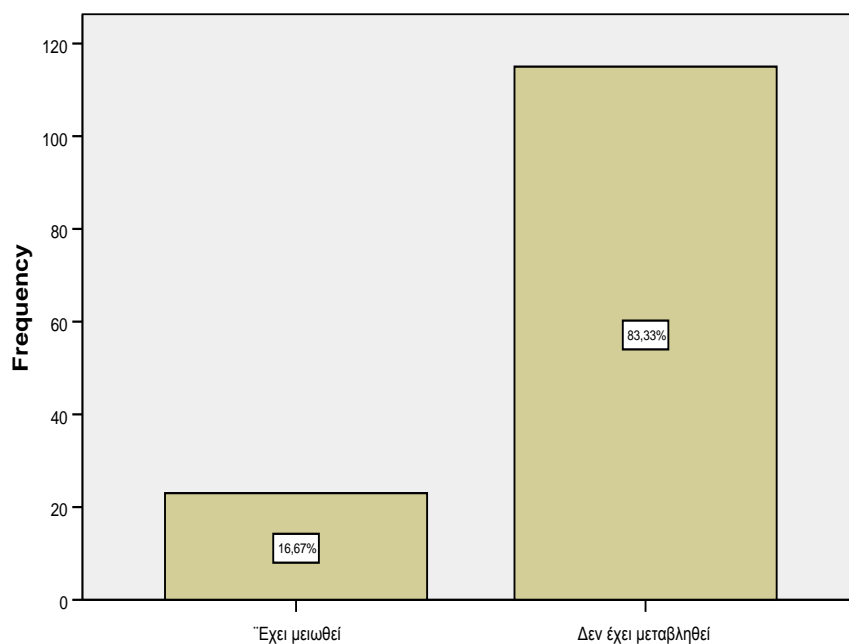
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα σε ποσοστό 55,7% πιστεύει ότι ο χρόνος αναμονής για εξέταση και για κλείσιμο ραντεβού στο Κέντρο Υγείας δεν έχει μεταβληθεί μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού σε σύγκριση με παλαιότερα που δεν ίσχυε αυτό το μέτρο. Το 17,3% απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής έχει μειωθεί σημειώνοντας βελτίωση, ενώ τέλος το 2,7% απάντησε ότι έχει αυξηθεί.



Εικόνα 17. Η διαφορά στο χρόνο αναμονής για εξέταση και για κλείσιμο ραντεβού του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

Γ) Το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας:

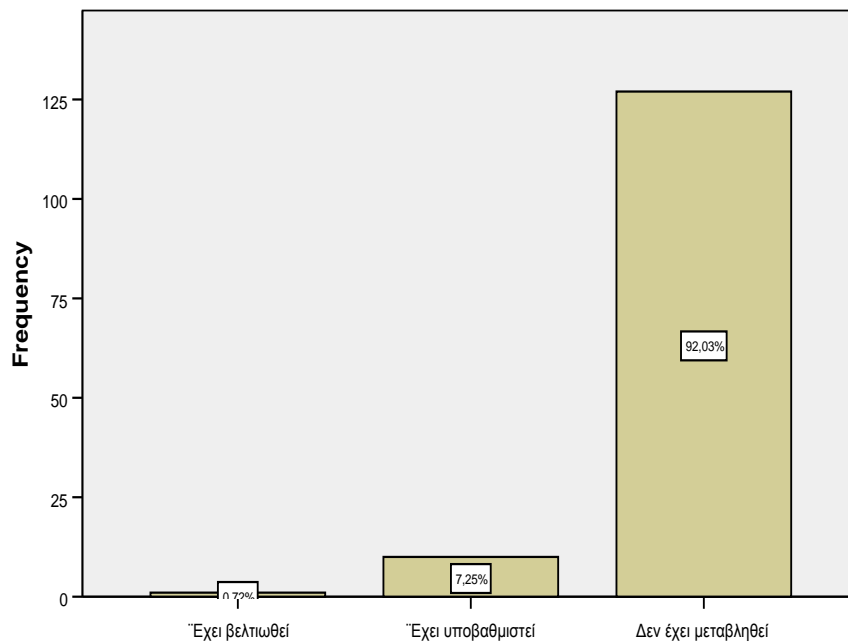
Αναφορικά με το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 62,2% απάντησε ότι δεν έχει μεταβληθεί, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 12,4% απάντησε ότι έχει μειωθεί.



Εικόνα 18. Η διαφορά στο εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

Δ) Η ξενοδοχειακή υποδομή του Κέντρου Υγείας (κτηριακές εγκαταστάσεις, έργα συντήρησης, έργα εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού):

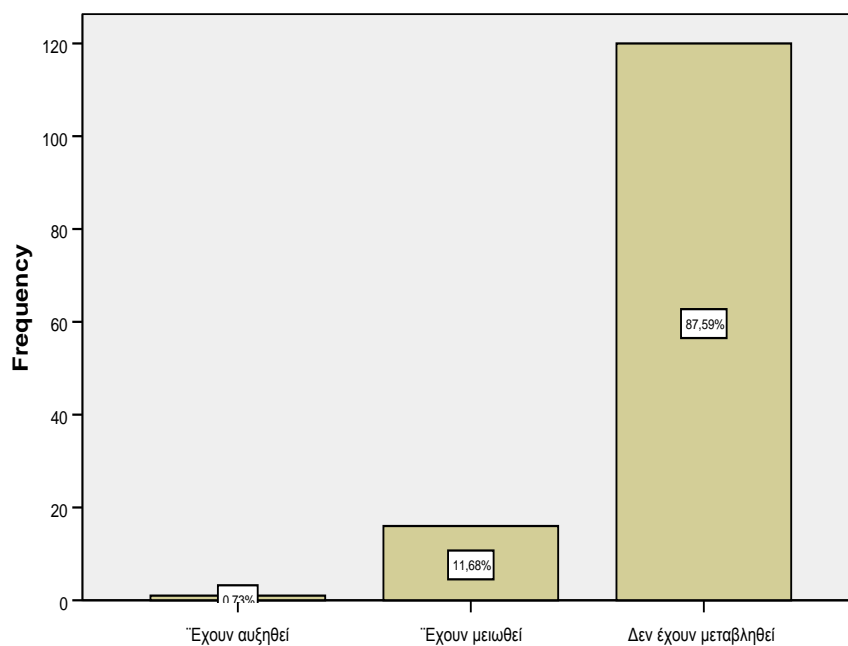
Σε ποσοστό 68,6% οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι η ξενοδοχειακή υποδομή του Κέντρου Υγείας δεν έχει μεταβληθεί μετά την επιβολή των εξέταστων σε σχέση με παλαιότερα. Το 5,4% απάντησε ότι η εν λόγω υποδομή έχει υποβαθμιστεί, ενώ μόνο ένας από τους ερωτηθέντες (0,5%) απάντησε ότι αυτή η υποδομή έχει βελτιωθεί.



Εικόνα 19. Η διαφορά στην ξενοδοχειακή υποδομή του Κέντρου Υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

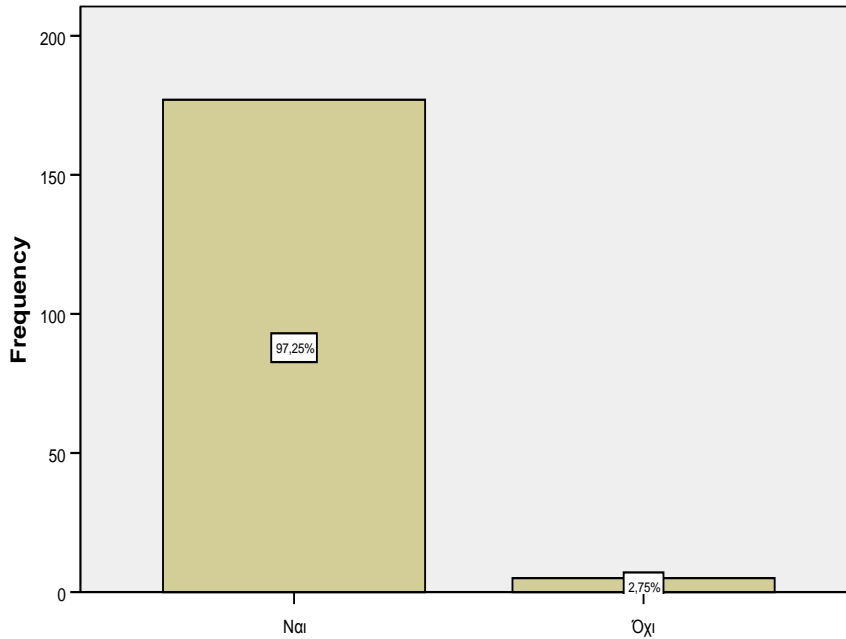
Ε) Οι επισκέψεις των ερωτηθέντων στον ιδιωτικό τομέα υγείας:

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 64,9% απάντησε ότι οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας δεν έχουν μεταβληθεί ως αποτέλεσμα της επιβολής του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας. Αντίθετα, το 8,6% απάντησε ότι έχει μειώσει τις επισκέψεις του στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ενώ μόνο ένας από τους ερωτηθέντες (0,5%) απάντησε ότι τις έχει αυξήσει.



Εικόνα 20. Η διαφορά στις επισκέψεις των ερωτηθέντων στον ιδιωτικό τομέα υγείας κατά τους ερωτηθέντες πριν και μετά την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού

Σχετικά με το αν οι ερωτηθέντες θα επισκέπτονταν ξανά το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας που επισκέφθηκαν σε περίπτωση που χρειαστεί, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα σε ποσοστό 95,7% απάντησε θετικά, με μόλις ένα ποσοστό της τάξης του 2,7%, το οποίο αντιστοιχεί σε πέντε άτομα, να απαντά ότι δεν θα επισκεπτόταν ξανά το Κέντρο Υγείας.



Εικόνα 21. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα επισκεπτόταν ξανά το Κέντρο Υγείας αν χρειαστεί

· Συσχετίσεις

Σε αυτό το σημείο εξετάζεται το πώς διάφορες μεταβλητές επηρεάζουν κάποιες άλλες. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται το πώς κάποια δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις τους. Αρχικά εξετάζεται το πώς το φύλο, η υπηκοότητα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και το επάγγελμα επηρεάζουν την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Κέντρο Υγείας.

Προκειμένου για να εξετάσουμε τις παραπάνω συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το Chi Square test. Το τεστ αυτό εξετάζει την εξής μηδενική υπόθεση και την εναλλακτική της:

H_0 : Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

H_1 : Υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

Αν το p – value (Sig.) είναι μεγαλύτερο του 0,05, τότε δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, άρα η μία μεταβλητή δεν επηρεάζει την άλλη. Αντίθετα, αν το p – value είναι μικρότερο του 0,05, τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που έχει επιλεγεί είναι το $\alpha = 5\%$.

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, p – value = 0.380 > 0.05. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης που εισπράττουν οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας.

Πίνακας 4. Συσχέτιση φύλου και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,075(a)	3	,380
Likelihood Ratio	3,122	3	,373
Linear-by-Linear Association	,096	1	,757
N of Valid Cases	182		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η υπηκοότητα επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, p – value = 0.808 > 0.05. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υπηκοότητας και της ικανοποίησης που εισπράττουν οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας.

Πίνακας 5. Συσχέτιση υπηκοότητας και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,974(a)	3	,808
Likelihood Ratio	1,057	3	,787
Linear-by-Linear Association	,474	1	,491
N of Valid Cases	180		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.000 < 0.05$. Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και της ικανοποίησης που εισπράττουν οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας ή αλλιώς ότι η ηλικία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας.

Πίνακας 6. Συσχέτιση ηλικίας και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,293(a)	18	,000
Likelihood Ratio	67,756	18	,000
Linear-by-Linear Association	16,046	1	,000
N of Valid Cases	180		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.002 < 0.05$. Επομένως, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και εξάγουμε το συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ικανοποίησης που εισπράττουν οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση που νιώθουν οι επισκέπτες ενός Κέντρου Υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Πίνακας 7. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,679(a)	9	,002
Likelihood Ratio	25,228	9	,003
Linear-by-Linear Association	,006	1	,938
N of Valid Cases	180		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το εκπαιδευτικό υπόβαθρο επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, $p - \text{value} = 0.031 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ικανοποίησης που νιώθουν οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται.

Πίνακας 8. Συσχέτιση εκπαιδευτικού υπόβαθρου και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,629(a)	12	,031
Likelihood Ratio	23,624	12	,023
Linear-by-Linear Association	9,696	1	,002
N of Valid Cases	175		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το επάγγελμα αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτηθέντες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας που επισκέφθηκαν. Όπως παρατηρούμε, $p - \text{value} = 0.003 < 0.05$. Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της ικανοποίησης που νιώθουν από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας.

Πίνακας 9. Συσχέτιση επαγγέλματος και της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,524(a)	21	,003
Likelihood Ratio	49,292	21	,000
Linear-by-Linear Association	,537	1	,464
N of Valid Cases	159		

Στη συνέχεια εξετάζεται το πώς το φύλο, η υπηκοότητα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και το επάγγελμα επηρεάζουν την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το φύλο επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.011 < 0.05$. Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και του ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η επιβολή του εξετάστρου είναι μία θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 10. Συσχέτιση φύλου και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,437(b)	1	,011
Continuity Correction(a)	5,696	1	,017
Likelihood Ratio	6,476	1	,011
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	6,401	1	,011
N of Valid Cases	180		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η υπηκοότητα επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - \text{value} = 0.284 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υπηκοότητας και του ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η επιβολή του εξετάστρου είναι μία θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 11. Συσχέτιση υπηκοότητας και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,147(b)	1	,284
Continuity Correction(a)	,622	1	,430
Likelihood Ratio	1,194	1	,275
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	1,140	1	,286
N of Valid Cases	178		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η ηλικία επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - \text{value} = 0.333 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και του ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η επιβολή του εξετάστρου είναι μία θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 12. Συσχέτιση ηλικίας και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,868(a)	6	,333
Likelihood Ratio	7,976	6	,240
Linear-by-Linear Association	,232	1	,630
N of Valid Cases	178		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.025 < 0.05$. Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του κατά πόσο οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 13. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,329(a)	3	,025
Likelihood Ratio	9,623	3	,022
Linear-by-Linear Association	4,141	1	,042
N of Valid Cases	178		

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψή τους σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.533 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και του ότι θεωρούν την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 14. Συσχέτιση εκπαίδευσης και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,147(a)	4	,533
Likelihood Ratio	3,160	4	,531
Linear-by-Linear Association	1,749	1	,186

N of Valid Cases	173		
------------------	-----	--	--

Ο παρακάτω Πίνακας εξετάζει το κατά πόσο το επάγγελμα επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού. Όπως παρατηρούμε, $p - value = 0.636 > 0.05$. Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος που ασκούν οι ερωτηθέντες και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου είναι θετική εξέλιξη για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 15. Συσχέτιση επαγγέλματος και της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική εξέλιξη

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,193(a)	7	,636
Likelihood Ratio	6,126	7	,525
Linear-by-Linear Association	,011	1	,917
N of Valid Cases	157		

Εν συνεχεία εξετάζεται το πώς το φύλο, η υπηκοότητα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και το επάγγελμα επηρεάζουν την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εξετάστρου στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά, ήτοι η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού αποτελεί μία θετική εξέλιξη προς την κατεύθυνση της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από την στατιστική ανάλυση Chi Square προέκυψαν τα εξής.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου και του ό,τι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού θα συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα ($p - value = 0.02 < 0.05$)

Πίνακας 16. Συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,239(a)	4	,002
Likelihood Ratio	6,041	4	,196
Linear-by-Linear Association	4,211	1	,040
N of Valid Cases	72		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου και του ό,τι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα ($p - \text{value} = 0.02 < 0.05$)

Πίνακας 17. Συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,529(a)	4	,002
Likelihood Ratio	17,275	4	,002
Linear-by-Linear Association	8,588	1	,003
N of Valid Cases	71		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και του ό,τι οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα ($p - \text{value} = 0.028 < 0.05$)

Πίνακας 18. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου θα συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,183(a)	6	,028
Likelihood Ratio	18,917	6	,004
Linear-by-Linear Association	,006	1	,938
N of Valid Cases	66		

Τέλος, εξετάζεται το πώς το φύλο, η υπηκοότητα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και το επάγγελμα επηρεάζουν την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την επιβολή του εξετάστρου στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά, ήτοι η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού δεν αποτελεί μία θετική εξέλιξη προς την κατεύθυνση της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τη στατιστική ανάλυση Chi Square προέκυψαν τα εξής.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υπηκοότητας και του ό,τι οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας ($p - \text{value} = 0.021 < 0.05$).

Πίνακας 19. Συσχέτιση μεταξύ της υπηκοότητας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,334(b)	1	,021		
Continuity Correction(a)	3,898	1	,048		
Likelihood Ratio	4,851	1	,028		
Fisher's Exact Test				,039	,028
Linear-by-Linear Association	5,285	1	,022		
N of Valid Cases	108				

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υπηκοότητας και του ότι οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δεν θεωρούν ότι οι πόροι αυτοί θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ($p - value = 0.014 < 0.05$).

Πίνακας 20. Συσχέτιση μεταξύ της υπηκοότητας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα εξέταστρα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,000(b)	1	,014		
Continuity Correction(a)	3,486	1	,062		
Likelihood Ratio	4,208	1	,040		
Fisher's Exact Test				,044	,044
Linear-by-Linear Association	5,943	1	,015		
N of Valid Cases	107				

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και του ότι οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας ($p - value = 0.004 < 0.05$).

Πίνακας 21. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,112(a)	6	,004
Likelihood Ratio	19,930	6	,003
Linear-by-Linear Association	6,987	1	,008
N of Valid Cases	107		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και του ό,τι οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν ($p - \text{value} = 0.039 < 0.05$).

Πίνακας 22. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,255(a)	6	,039
Likelihood Ratio	14,611	6	,024
Linear-by-Linear Association	2,694	1	,101
N of Valid Cases	106		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και του ό,τι οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν από τα Κέντρα Υγείας και πριν από την επιβολή αυτού του μέτρου ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

Πίνακας 23. Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,018(a)	6	,000
Likelihood Ratio	41,311	6	,000
Linear-by-Linear Association	23,638	1	,000
N of Valid Cases	105		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη,

γιατί δηλώνουν ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν από τα Κέντρα Υγείας και πριν από την επιβολή αυτού του μέτρου ($p - \text{value} = 0.049 < 0.05$).

Πίνακας 24. Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,844(a)	3	,049
Likelihood Ratio	8,279	3	,041
Linear-by-Linear Association	,149	1	,700
N of Valid Cases	105		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας ($p - \text{value} = 0.000 < 0.05$).

Πίνακας 25. Συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,792(a)	4	,000
Likelihood Ratio	26,837	4	,000
Linear-by-Linear Association	19,654	1	,000
N of Valid Cases	103		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν ($p - \text{value} = 0.004 < 0.05$).

Πίνακας 26. Συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,545(a)	4	,004
Likelihood Ratio	16,579	4	,002
Linear-by-Linear Association	6,779	1	,009
N of Valid Cases	102		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν από τα Κέντρα Υγείας και πριν από την επιβολή αυτού του μέτρου ($p - \text{value} = 0.002 < 0.05$).

Πίνακας 27. Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί ήταν και πριν από την επιβολή του καλυμμένοι από τις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,045(a)	4	,002
Likelihood Ratio	18,726	4	,001
Linear-by-Linear Association	13,693	1	,000
N of Valid Cases	101		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος που ασκούν οι ερωτηθέντες και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι δεν έχουν την οικονομική άνεση ($p - \text{value} = 0.039 < 0.05$).

Πίνακας 28. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν έχουν την οικονομική άνεση

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,761(a)	7	,039
Likelihood Ratio	15,549	7	,030
Linear-by-Linear Association	4,111	1	,043
N of Valid Cases	91		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος που ασκούν οι ερωτηθέντες και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δηλώνουν ότι αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο είναι ήδη αρκετά ($p - \text{value} = 0.037 < 0.05$).

Πίνακας 29. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξετάστρου δεν είναι θετική, γιατί είναι αρκετά αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,926(a)	7	,037
Likelihood Ratio	9,442	7	,222
Linear-by-Linear Association	,704	1	,401
N of Valid Cases	90		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και του ό,τι δεν θεωρούν την επιβολή του εξετάστρου ως θετική εξέλιξη, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας ($p - \text{value} = 0.002 < 0.05$).

Πίνακας 30. Συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος των ερωτηθέντων και της άποψης ότι η επιβολή του εξέταστρου δεν είναι θετική, γιατί δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,801(a)	7	,002
Likelihood Ratio	23,776	7	,001
Linear-by-Linear Association	9,334	1	,002
N of Valid Cases	91		

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Η έρευνα κατέδειξε ότι η πλειοψηφία των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας θεωρούν ότι η επιβολή του εξέταστρου των πέντε (5) Ευρώ δεν αποτελεί μέτρο προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αναβάθμισης της υποδομής των Κέντρων Υγείας. Ο κυριότερος λόγος είναι η μη ύπαρξη εμπιστοσύνης στους κρατικούς φορείς αναφορικά με την ορθή αξιοποίηση των όρων που εισέρχονται στο σύστημα υγείας, αλλά και το γεγονός ότι οι εισφορές των ασφαλισμένων στα ασφαλιστικά ταμεία είναι ήδη υψηλές. Κατά συνέπεια, αρκετοί από τους ερωτηθέντες ενδεχομένως να θεωρούν ότι η αύξηση του κόστους για τις υπηρεσίες υγείας δεν είναι σίγουρο ότι θα οδηγήσει σε αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, κάτι που υποστηρίζεται και από τον Al – Assaf (2004).

Ωστόσο, υπάρχει και η αντίθετη άποψη, ότι η επιβολή του εν λόγω εισπρακτικού μέτρου θα οδηγήσει στη μείωση της αλόγιστης χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη μείωση του ηθικού κινδύνου, αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από τα Κέντρα Υγείας. Παρόλα αυτά, τα προαναφερθέντα μπορούν να επιτευχθούν μόνο αν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (Al – Assaf, 2004).

Έτσι, παρόλο που τα προβλήματα του ηθικού κινδύνου και της υπερκατανάλωσης των ιατρικών υπηρεσιών μπορεί να μειώνονται με την επιβολή ενός εξέταστρου από όσους προσέρχονται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Ros et al., 2000; Baicker και Goldman, 2011), θα πρέπει κανείς να αναλογιστεί και τον αρνητικό αντίκτυπο αυτού του μέτρου. Σε αυτό το πλαίσιο, αξίζει να αναφερθεί η άποψη των Reerink και Sauerborn (1996), οι οποίοι επισημαίνουν ότι χώρες που έχουν σημαντικούς περιορισμούς όσον αφορά την εξεύρεση πόρων, όπως για παράδειγμα η Ελλάδα, όπου το ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού για το σύστημα υγείας μειώνεται, θα πρέπει να επικεντρώνονται όχι στην εισροή πόρων, αλλά στη διαδικασία. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα στη χώρα να αναβαθμίσει την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση συγκεκριμένους πόρους.

Εκτός από την άποψη των Reerink και Sauerborn (1996), οι Baicker και Goldman (2011) εκφράζουν την άποψη ότι η περισσότερο σωστή πληροφόρηση σχετικά με τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών από μέρους των καταναλωτών μπορεί να οδηγήσει θετικά προς την κατεύθυνση της υιοθέτησης άλλων σχημάτων, τα οποία ενδεχομένως δεν θα χρειάζεται να βασίζονται σε επιβολή εισπρακτικών μηχανισμών. Έτσι, συμμεριζόμενοι την άποψη του Al – Assaf (2004), καθώς και των Reerink και Sauerborn (1996), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι μοντέλα τα οποία βασίζονται στην αξία (εννοώντας την αξία – ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι απλά την αύξηση των προσφερόμενων υπηρεσιών) αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο για τον περιορισμό της αύξησης του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσα από την ενθάρρυνση της χρήσης συγκεκριμένων υπηρεσιών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι θα πρέπει να γίνει και ένας υπολογισμός σχετικά με το είδος των ασθενειών στις οποίες γίνεται περισσότερη χρήση. Μεταφέροντας το παράδειγμα αυτό στην υπό εξέταση περίπτωση, θα μπορούσε να γίνει ένας υπολογισμός από το Υπουργείο Υγείας και τις ΥΠΕ. σε συνεργασία με τα Κέντρα Υγείας, έτσι ώστε να διαπιστωθεί το είδος των υπηρεσιών οι οποίες χρησιμοποιούνται περισσότερο, σε συνάρτηση με τα δημογραφικά στοιχεία των καταναλωτών, όπως ηλικία, εισόδημα και επάγγελμα, ώστε να προσδιοριστεί καλύτερα αν θα πρέπει να εισαχθεί ένα μέτρο επιβολής εξέταστρου και αν ναι σε ποιες κατηγορίες πολιτών και ποιο θα πρέπει να είναι αυτό το ποσό. Εν κατακλείδι, αυτό που προτείνεται είναι η δημιουργία μίας αναφοράς, βάσει της οποίας θα γίνει μία πιο ορθολογική τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο σχεδιασμός της πολιτικής υγείας από το Υπουργείο Υγείας σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει και την αναθεώρηση της επιβολής του μηχανισμού είσπραξης εξέταστρου βάσει της γεωγραφικής περιοχής (Newbrander και Sacca, 1996; Barnett, 2001). Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσε το εξέταστρο που έχει επιβληθεί να διαφέρει βάσει γεωγραφικής κατανομής, ώστε περιοχές με χαμηλό εισόδημα να έχουν χαμηλότερο εξέταστρο από κάποιες άλλες, όπου το κατά κεφαλήν εισόδημα είναι μεγαλύτερο (Newbrander και Sacca, 1996).

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψαν ορισμένα πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Έτσι, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι προσφερόμενες από τα Κέντρα Υγείας υπηρεσίες αφήνουν ικανοποιημένη την πλειοψηφία των επισκεπτών σε πολύ

μεγάλο βαθμό. Επίσης, από τη στατιστική ανάλυση που διεξήχθη βρέθηκε ότι η ικανοποίηση αυτή επηρεάζεται από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση καθώς και το επάγγελμα των ερωτηθέντων.

Ωστόσο, το πιο ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα είναι ότι η πλειοψηφία των πολιτών που ερωτήθηκαν πιστεύουν ότι η θέσπιση μηχανισμού εξετάστρων κατά την προσέλευση των επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας δεν αποτελεί θετική εξέλιξη προκειμένου για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας. Οι κυριότεροι λόγοι της άρνησής τους είναι ότι αφενός θεωρούν ότι προσφέρουν αρκετά μέσω των εισφορών τους στα ασφαλιστικά ταμεία και αφετέρου ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι οι πόροι που θα εισαχθούν στα Κέντρα Υγείας από την επιβολή αυτού του μέτρου θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας. Αυτές οι απαντήσεις εγείρουν ορισμένους πολύ ενδιαφέροντες προβληματισμούς αφενός με τη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων μέσω των εισφορών των ασφαλισμένων και αφετέρου σχετικά με την εμπιστοσύνη των πολιτών στον κρατικό μηχανισμό για την αξιοποίηση των οικονομικών πόρων που λαμβάνουν. Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Αναγνωστοπούλου και συν. (2010) βρέθηκε ότι οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ ήταν περισσότερο πρόθυμοι να καταβάλλουν ένα χρηματικό ποσό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, υποδηλώνοντας έμμεσα ότι οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ δεν είναι επαρκώς ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το ταμείο τους.

Επίσης, αρκετοί από τους πολίτες απάντησαν ότι δεν έχουν την οικονομική άνεση να πληρώνουν τα εξέταστρα που επιβάλλονται. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει τη θεωρία, καθώς αποτελεί επιβάρυνση στο εισόδημα των πολιτών και κυρίως εκείνων που ανήκουν στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις (Thomson και Mossialos, 2010). Αυτό ενδέχεται να προκαλέσει προβλήματα και αδυναμία πρόσβασης συγκεκριμένων ομάδων των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Doctors of the World Report, 2008). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Αναγνωστοπούλου και συν. (2010), οι οποίοι εξέτασαν το κατά πόσο οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας Αταλάντης ήταν διατεθειμένοι να συμμετάσχουν στο κόστος πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών που τους παρέχονται, με την καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού, με σκοπό την αναβάθμισή τους. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους κατέδειξαν ότι περίπου οι μισοί από

τους ερωτηθέντες ήταν πρόθυμοι να καταβάλλουν ένα χρηματικό ποσό, ενώ οι υπόλοιποι αρνήθηκαν εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας. Επιπρόσθετα, ορισμένοι απάντησαν ότι δεν βρίσκουν σωστή την επιβολή αυτού του μέτρου είτε γιατί δεν είναι καλυμμένοι από την εξυπηρέτηση που λαμβάνουν είτε γιατί και πριν την επιβολή αυτού του μέτρου λάμβαναν την εξυπηρέτηση που τους ικανοποιούσε.

Από όσους απάντησαν ότι η θέσπιση μηχανισμού εξετάστρων κατά την προσέλευση επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας είναι θετικό μέτρο, η πλειοψηφία εκφράζει την άποψη ότι αυτό το μέτρο συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του Συστήματος Υγείας γενικότερα, και ότι έτσι μπορεί αφενός να προσληφθεί επιπλέον ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και αφετέρου να πραγματοποιηθούν έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κέντρων Υγείας. Κατά συνέπεια, το μέτρο αυτό μπορεί να αποτελέσει μία λύση για το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας (Doctors of the World Report, 2008), το οποίο χαρακτηρίζεται από αρκετές δυσλειτουργίες, κυρίως λόγω της μείωσης των κρατικών κονδυλίων και της οικονομικής κρίσης που είχε ως συνέπεια την ακόμα μεγαλύτερη μείωση της χρηματοδότησης της υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι Αναγνωστοπούλου και συν. (2010) στη μελέτη τους βρήκαν ότι οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας της Αταλάντης θεωρούσαν ότι η επιβολή ενός χρηματικού ποσού θα οδηγούσε την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, μία μερίδα ατόμων πιστεύει ότι συμβάλλει στη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων Υγείας, καθώς και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα. Κατά συνέπεια, αναμένεται ότι η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας θα αποτελέσει λύση στο πρόβλημα του ηθικού κινδύνου (Chandra et al., 2007; Thomson και Mossialos, 2010; Baicker και Goldman, 2011), καθώς θα συμβάλλει στη μείωση της υπερκατανάλωσης των ιατρικών υπηρεσιών (Bardey και Lesur, 2006; Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Κυριόπουλος, 2007; Μπορμπουδάκη, 2007).

Το γεγονός ότι ορισμένοι ερωτηθέντες θεωρούν ως θετική εξέλιξη τη θέσπιση του εν λόγω μέτρου επηρεάζεται από το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Επίσης, ορισμένες παράμετροι επηρεάζονται και από άλλες δημογραφικές μεταβλητές.

Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός ότι ορισμένοι θεωρούν ότι το μέτρο αυτό θα συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κέντρων Υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα, αλλά στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Επίσης, η τελευταία άποψη επηρεάζεται και από το επάγγελμα που ασκούν οι ερωτηθέντες.

Ομοίως, η αρνητική άποψη που έχουν ορισμένοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα σχετικά με την επιβολή του εξέταστρου επηρεάζεται και αυτή από τα επιμέρους δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός ότι η επιβολή αυτού του μέτρου δεν αποτελεί θετική εξέλιξη γιατί οι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας δεν λαμβάνουν την απαραίτητη εξυπηρέτηση επηρεάζεται από την υπηκοότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επίσης, το γεγονός ότι αρκετοί θεωρούν ότι οι πόροι αυτοί δεν θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζεται από την υπηκοότητα των συμμετεχόντων.

Η ηλικία επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το ό,τι δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας, ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν, καθώς και ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν από τα Κέντρα Υγείας και πριν από την επιβολή αυτού του μέτρου. Αυτή η τελευταία άποψη επηρεάζεται και από την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων.

Τέλος, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων στην έρευνα επηρεάζει την άποψη που έχουν ότι δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας, ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσουν καθώς και ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν από τα Κέντρα Υγείας και πριν από την επιβολή αυτού του μέτρου.

Τέλος, το επάγγελμα που ασκούν οι ερωτηθέντες σχετίζεται με το γεγονός ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες δεν έχουν την οικονομική άνεση να πληρώσουν τα εξέταστρα, ότι αυτά που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο είναι ήδη αρκετά, αλλά και ότι δεν λαμβάνουν την αναγκαία εξυπηρέτηση από τα Κέντρα Υγείας.

Στο ίδιο πλαίσιο, οι Αναγνωστοπούλου και συν. (2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική τάξη επηρεάζουν την πρόθεση των χρηστών των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας να καταβάλλουν ένα χρηματικό ποσό για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα νεαρής ηλικίας (18 – 44 ετών) είναι πιο πρόθυμα να πληρώσουν από ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, βρέθηκε ότι όσοι από τους χρήστες ανήκαν στη μεσαία κοινωνική τάξη ήταν περισσότερο πρόθυμοι να συμμετάσχουν στο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν και οι απαντήσεις που κλήθηκαν να δώσουν οι ερωτηθέντες σχετικά με τις διαφορές που έχουν εντοπίσει ως επισκέπτες των Κέντρων Υγείας πριν και μετά την επιβολή του μηχανισμού είσπραξης. Έτσι, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην έρευνα η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας, ο χρόνος αναμονής για εξέταση και για κλείσιμο ραντεβού στο Κέντρο Υγείας, το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται, η ξενοδοχειακή υποδομή καθώς και οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας δεν έχουν μεταβληθεί. Κατά συνέπεια, παρατηρούμε ότι η επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού δεν έχει οδηγήσει σε κάποια βελτίωση στις παραμέτρους της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τα Κέντρα Υγείας (Λαζάρου και Οικονομοπούλου, 2007; Λιαρόπουλος, 2010; Μανωλιάδης και Δημοπούλου, 2007; Παπαθανασίου, 2007; Παυλάκης, 2007; Τούντας, 2008; Parasuraman et al., 1985, όπως παρατίθενται στον Κρητικό, 2005) τουλάχιστον μέχρι και την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

Το ερώτημα, ωστόσο, που ανακύπτει είναι πώς μπορούν αυτά τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν πρακτικά. Προκειμένου να δοθεί απάντηση σε αυτό το ερώτημα, θα πρέπει να εξεταστούν οι αρνητικές απαντήσεις των ερωτηθέντων. Η στατιστική έρευνα κατέδειξε ότι ο χρόνος αναμονής είναι μία παράμετρος που ορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Επιπρόσθετα, αναφέρθηκε ότι δεν έχει βελτιωθεί το εύρος των ιατρικών υπηρεσιών, η ξενοδοχειακή υποδομή καθώς και η ποιότητα και αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων από τα Κέντρα Υγείας υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια, χρειάζεται να γίνουν παρεμβάσεις στους παραπάνω τομείς. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρξουν παρεμβάσεις προκειμένου να μειωθεί ο χρόνος

αναμονής τόσο για το κλείσιμο των ραντεβού όσο και κατά την παραμονή των επισκεπτών στο Κέντρο Υγείας (Bamidele et al., 2011).

Επιπρόσθετα, αναφέρθηκε ότι οι πόροι που θα προκύψουν από την επιβολή του εισπρακτικού μηχανισμού θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση της ξενοδοχειακής υποδομής των Κέντρων Υγείας και την πρόσληψη προσωπικού. Ωστόσο, προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματικότητα σε αυτούς τους τομείς, τα Κέντρα Υγείας, ως μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα πρέπει να προβούν στη δημιουργία ενός στρατηγικού σχεδίου, βάσει του οποίου θα γίνει ο προγραμματισμός της διαδικασίας παροχών υγείας.

Εκτός από αυτό, προγραμματισμός θα πρέπει να υπάρξει και στο επίπεδο της πρόσληψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε αυτό να μην είναι πλεονάζον. Αντί της υπερβολικής πρόσληψης ατόμων, μπορούν να δημιουργηθούν ενδοϋπηρεσιακά εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια τόσο για το ιατρικό, όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τέλος, πολύ σημαντικό στοιχείο προς την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων που θα εισρέουν στα Κέντρα Υγείας από τα εξέταστρα είναι και η υιοθέτηση δεικτών, οι οποίοι θα αξιολογούν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα στα Κέντρα Υγείας να επαναξιολογήσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν, όπως για παράδειγμα το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που, όπως δήλωσαν οι ερωτηθέντες, δεν έχει μεταβληθεί.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα: Η παρούσα εργασία εξέτασε το κατά πόσο οι πολίτες συμφωνούν με την εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας, καθώς και ποια είναι κατά την άποψή τους τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτού του μέτρου. Επίσης, εξέτασε το αν οι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας παρατήρησαν κάποιες διαφορές όσον αφορά στην ξενοδοχειακή υποδομή των Κέντρων Υγείας, το εύρος των εξετάσεων και εν γένει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών πριν και μετά την επιβολή του μέτρου αυτού.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα, αν και υπήρξαν ενδιαφέροντα, είναι αρκετά πρώιμα, καθώς δεν έχει περάσει πάρα πολύ καιρός από την επιβολή του μέτρου. Κατά συνέπεια, θα ήταν

αναγκαία μία παρόμοια έρευνα μετά την πάροδο ενός ή δύο ετών από την επιβολή του μέτρου, ώστε να αξιολογηθεί πιο συγκεντρωτικά και ολοκληρωμένα η επιβολή του και οι συνέπειες που είχε στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρονται από τα Κέντρα Υγείας. Επίσης, η μελέτη αυτή θα έδινε τη δυνατότητα να αξιολογηθούν πιο ολοκληρωμένα και οι απόψεις των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας, δεδομένου ότι το μέτρο επιβλήθηκε σε μία δύσκολη για την Ελλάδα περίοδο. Συνεπώς, μία τέτοια μελέτη θα μπορούσε να εξετάσει καλύτερα την επίπτωση αυτού του μέτρου στο εισόδημα των πολιτών με βάση την οικονομική τους δυνατότητα.

Μία ακόμα ενδιαφέρουσα μελέτη θα ήταν η διεξαγωγή μίας παρόμοια έρευνας σε Κέντρα Υγείας όλης της Ελληνικής επικράτειας. Αυτό θα έδινε τη δυνατότητα να αξιολογηθεί αυτό το μέτρο ως προς την αποτελεσματικότητα και τις επιπτώσεις του σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, προκειμένου αφενός να παραχθούν πιο ολοκληρωμένα και αξιόπιστα αποτελέσματα και αφετέρου να διαπιστωθεί κατά πόσο η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού αξιολογεί ή όχι διαφορετικά αυτό το μέτρο της επιβολής του εξετάστρου κατά την προσέλευση των πολιτών στα Κέντρα Υγείας. Επίσης, μία τέτοια μελέτη θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει και στην διαφορετική τιμολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα Κέντρα Υγείας, βάσει του εισοδήματος των διαφορετικών περιοχών ανά την Ελλάδα.

Τέλος, ενδιαφέρον θα είχε και μία συγκριτική μελέτη μεταξύ της Ελλάδας και άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην οποία έχει επιβληθεί ένα παρόμοιο μέτρο. Παρόλο που τα συστήματα υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαφέρει μεταξύ των χωρών, μία τέτοια μελέτη θα έδινε τη δυνατότητα να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα ενός εισπρακτικού μηχανισμού στη βάση διαφορετικών συνθηκών και συνεπώς διαφορετικών απαιτήσεων των καταναλωτών. Πιο συγκεκριμένα, η σύγκριση των αποτελεσμάτων και των επιπτώσεων της επιβολής ενός εισπρακτικού μηχανισμού στα κέντρα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα μπορούσαν να αξιολογηθούν με βάση το υπάρχον σύστημα υγείας και να προσδιοριστούν ποιες είναι εκείνες οι παράμετροι που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα ή μη του μέτρου. Ειδικά για την περίπτωση της Ελλάδας, η οποία αφενός έχει ένα μικτό σύστημα χρηματοδότησης και αφετέρου βρίσκεται δυσλειτουργιών, η εκπόνηση μίας τέτοιας συγκριτικής μελέτης θα παρουσίαζε αξιοσημείωτο ενδιαφέρον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2009) Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(1): 37 – 49
2. Αποστολίδης, Γ. (2010) Να γιατί βουλιάζουν τα Ταμεία. Εφημερίδα «ΤΟ ΕΘΝΟΣ», 20.02.2010. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11424&subid=2&pubid=10364973>
3. Αναγνωστοπούλου, Ι., (2010) Διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος, των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας. Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοιατρική, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας.
4. Βαρουφάκης, Γ., Θεοχαράκης, Ν. (2005) Μικροοικονομικά υποδείγματα μερικής και γενικής ισορροπίας. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από <http://www.econ.uoa.gr/UA/files/1280621568..pdf>
5. Έλληνας, Δ. (2009) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. *Ιατρικά Θέματα*, 48: 17 – 23
6. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Κλειδάριθμος, Αθήνα
7. Κιόχος, Π.Α. (1997) *Μεθοδολογία διεξαγωγής ερευνών*. Σταμούλης, Αθήνα
8. Κρητικός, Α. (2005) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μία θεωρητική προσέγγιση. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakes_spoudes/ergasies%20Msc/2004_05/KRHTI_KOS_ANDREAS/krhtikos_andreas.pdf
9. Κυριόπουλος, Γ. (2007) *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Παπαζήση, Αθήνα
10. Κυριόπουλος, Γ. (2010α) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από <http://www.internalmedicine.gr/files/OIKONOMIKH-KRISH-KAI-YGEIA-PAROYSIASH-13-10-2010-SYNEDRIO-ESWTERIKHS-PATHOLOGIAS.pdf>

11. Κυριόπουλος, Γ. (2010β) Τα Οικονομικά της “Τροϊκα” στην Υγεία. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από http://pasyno.gr/wp-content/uploads/2010/12/TROIKA_ECONOMICS.pdf
12. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2007) Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Παπασωτηρίου, Αθήνα
13. Λαζάρου, Π., Οικονομοπούλου, Χ, (2007) Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 46(2): 199 – 214
14. Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (2010) *Διεθνή συστήματα υγείας*. Βήτα, Αθήνα
15. Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. (2009) Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 380 – 400
16. Μανωλιάδης, Ι., Δημοπούλου, Σ. (2007) Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. *Ιατρικά Θέματα*, 47: 17 – 21
17. Ματσαγγάνης, Μ. (2006) *Δημόσιος τομέας και δημόσιες πολιτικές*. Διδακτικές σημειώσεις, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
18. Μπορμπουδάκη, Λ. (2007) Αρχές οικονομικών υγείας. Διδακτικές σημειώσεις, Πανεπιστήμιο Κρήτης
19. Νικολάκης, Κ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Τσάκος, Γ., Κυριόπουλος, Γ. (2000) Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: Το παράδειγμα του ΙΚΑ. *Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας*, 12(2): 57 – 61
20. Παπαθανασίου, Α. (2007) Προτεραιότητες των συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες: ο ρόλος της διατροφής στα συστήματα υγείας. Ανάκτηση 25 Ιουλίου 2011 από <http://estia.hua.gr:8080/dspace/items-by-author?author=%CE%A0%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%BF%CF%85%2C+%CE%91%CE%B8%CE%B7%CE%BD%CE%AC>
21. Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Παπαζήση, Αθήνα
22. Παυλάκης, Α. (2007) Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα; 14^ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από <http://www.cyna.org/14th/articles/031.pdf>

23. Σιγάλας, Ι. (1994) Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(4): 35 – 45
24. Σιγάλας, Ι. (2008) Η δημόσια περίθαλψη. Προβλήματα και Προοπτικές. Σεμινάριο στα Ιωάννινα, Απρίλιος 2008 του τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ανάκτηση 21 Ιουλίου 2011 από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
25. Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ.(2008) Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5): 663 – 672
26. Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., (2002) *Αρχές Marketing: Η ελληνική προσέγγιση*. Rosili, Αθήνα
27. Τούντας, Γ.Κ. (2007). Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>
28. Τούντας, Γ. (2008) Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Ανάκτηση 18 Ιουλίου 2011 από <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=785>
29. Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2006) *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός, Αθήνα
30. Χασσάνδρα, Μ., Γούδας, Μ. (2003) Κριτήρια εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ποιοτική – ερμηνευτική έρευνα. *Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος*, Τόμος 2: σελ. 31 – 48

Μεταφρασμένα

31. Bell, J. (1997) *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. Gutenberg, Αθήνα
32. Mason, J. (2003) *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Ξενόγλωσση

33. Abawi, K. (2008) Qualitative and quantitative research. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/Afghanistan_2008/pdf/Qualitative_quantitative_research_Abawi_Afghanistan_2008.pdf

34. Al-Assaf, A.F. (2004) *Quality improvement in primary health care*. World Health Organization, Cairo
35. Altaras, R. (2009) Increasing financial access to primary health care for the rural poor. Ανάκτηση 20 Αυγούστου από http://www.aerztewelt.org/fileadmin/pdf/increasing%20financial%20access%20haiti%20Full_Report.pdf
36. Appleby J. (2008) The credit crisis and health care. *British Medical Journal*, 337: 1022 – 1024
37. Baicker, K., Goldman, D. (2011) Patient cost – sharing and healthcare spending growth. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2): 47 – 68
38. Bardey, D., Lesur, R. (2006) Optimal regulation of Health System with induced demand and ex post moral hazard. *Annales d'économie et de statistique*, No 83/84. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από <http://adres.ensae.fr/anciens/n8384/vol8384-11.pdf>
39. Barnett, R. (2001) Coping with the costs of primary care? Household and locational variations in the survival strategies of the urban poor. *Health & Place*, 7(2): 141 – 157
40. Bechhofer, F., Lindsay, P. (2000) *Principles of research design in the social sciences*. Routledge, London
41. Boodhoo, R., Purmessur, R.D. (2009) Justifications for Qualitative Research in Organisations: A Step Forward. *The Journal of Online Education*. Ανάκτηση 18 Ιουλίου 2011 από <http://ssrn.com/abstract=1325607>
42. Brewerton, P., Millward, L. (2001) *Organizational research methods*. Sage, London
43. Chandra, A., Gruber, J., McKnight, R. (2007) Patient co – sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly. Ανάκτηση 18 Ιουλίου 2011 από http://www.hks.harvard.edu/fs/achandr/NBER_PatientCostSharing.pdf
44. Clark – Carter, D. (2004) *Quantitative psychological research*. Psychology Press, New York
45. Creswell, J.W. (2002) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. Sage, London
46. Coupal, L. (2005) Practitioner-Research and the Regulation of Research Ethics: The Challenge of Individual, Organizational, and Social Interests. Ανάκτηση 20

47. Dawson, C. (2002) *Practical research methods*. Cromwell Press, Wiltshire
48. Doctors of the World Report (2008) Improving financial free access to primary health care: a rewarding strategy. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από <http://www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/174227-userfeesmdmreport.pdf>
49. Ethical guidelines (2003) Social Research Association. Ανάκτηση 29 Αυγούστου 2011 από <http://www.the-sra.org.uk/documents/pdfs/ethics03.pdf>
50. Gorard, S., Taylor, C. (2004) *Combining methods in educational and social research*. Open University Press, Berkshire
51. Grosse, S.T., Figueras, J. (2004) *Snapshots of Health Systems*. European Observatory on Health Systems and Policies. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2011 από http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/110242/E87303.pdf
52. Hayden, C., Shawyer, A. (2007) *Research methods*. University of Portsmouth
53. Hinds, D. (2001) Research instruments. Στο: Wilkinson, D (2001). *The researcher's toolkit*. Taylor & Francis, London
54. King, N., Horrocks, C., (2010) *Interviews in Qualitative Research*. Sage, London
55. Lewin, C. (2005) Elementary quantitative methods. Στο: Somekh, B., Lewin, C. (2005). *Research methods in the social science*. Sage, London
56. Lundy, J., Finder, B.D. (2009) Cost sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland. Kaiser Family Foundation's Health Care Marketplace Project 2009. Ανάκτηση 02 Αυγούστου 2011 από <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>
57. Newbrander, W., Sacca, S. (1996) Cost sharing and access to health care for the poor: Equity experiences in Tanzania. Ανάκτηση 18 Αυγούστου 2011 από http://www4.msh.org/resources/online_reports/pdf/tanzania_equity.pdf
58. Reerink, I.H., Sauerborn, R. (1996) Quality of primary health care in developing countries: Recent experiences and future directions. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(2): 131 – 139
59. Robson, C. (1993) *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Blackwell, Oxford
60. Ros, C.C., Groenewegen, P.P., Delnoij, D.M.J. (2000) All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. *Health Policy*, 52(1): 1 – 13

61. Scanlon, M. (2001) Issues in research. Στο: Wilkinson, D (2001). *The researcher's toolkit*. Taylor & Francis, London
62. Simons, H. (2005) Ethical responsibility in social research. Στο: Somekh, B., Lewin, C., *Research methods in the social science*. Sage, London
63. Thomson, S., Mosialos, E. (2010) Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries. Commonwealth Fund, Vol. 82. Ανάκτηση 02 Αυγούστου 2011 από <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Issue-Briefs/2010/Mar/Primary-Care-and-Prescription-Drugs-Coverage-Cost-Sharing-and-Financial-Protection.aspx>
64. Weinreich, N.K. (2006) Integrating Quantitative and Qualitative Methods in Social Marketing Research. Ανάκτηση 03 Αυγούστου 2011 από <http://www.social-marketing.com/research.html>

Διαδίκτυο

65. «Νέα διευκρινιστική εγκύκλιος για τα 5 ευρώ». Ανάκτηση 02 Ιουλίου 2011 από <http://www.healthview.gr/node/27507>
66. «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη». Ανάκτηση 02 Ιουλίου 2011 από <http://www.healthview.gr/node/25156>
67. «Πως επηρεάζει η οικονομική κρίση το ελληνικό σύστημα υγείας». Ανάκτηση 02 Ιουλίου 2011 από <http://www.healthview.gr/node/25334>
68. «Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση» (2010). Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ανάκτηση 02 Ιουλίου 2011 από <http://www.e-syntagografisi.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο για Χρήστες Υπηρεσιών Κέντρων Υγείας

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αφορά στην αξιολόγηση της είσπραξης εξετάστρων στα Κέντρα Υγείας. Δεν ζητούνται προσωπικά στοιχεία και διατηρείται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας. Κυκλώστε την απάντησή σας ή σημειώστε x στο αντίστοιχο πλαίσιο.

Κέντρο Υγείας:

1. Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας στο Κέντρο Υγείας;

(σημειώστε x στο αντίστοιχο πλαίσιο)

ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Ιατρική επίσκεψη (κλινική εξέταση από γιατρό)		
β. Διαγνωστική εξέταση		
γ. Συνταγογράφηση		
δ. Εμβολιασμός		
ε. Επίσκεψη στον οδοντίατρο		
στ. Φυσιοθεραπεία		

2. α. Πληρώσατε κάποιο ποσό;

Ναι Όχι

2. β. Εάν ναί τί ποσό;

3. Γενικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες του Κ.Υ. κατά τη διάρκεια της παραμονής σας σε αυτό;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

4. Πιστεύετε ότι είναι θετική εξέλιξη η θέσπιση μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων, ως έναν τρόπο για την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα Κ.Υ.;

Ναι Όχι

Εάν απαντήσατε «Ναι» στην ερώτηση 4 πηγαίνετε στην ερώτηση 5

Εάν απαντήσατε «Όχι» στην ερώτηση 4 πηγαίνετε στην ερώτηση 6

5. Εάν στην ερώτηση 4 απαντήσατε «Ναι», σημειώστε όσες από τις παρακάτω δηλώσεις σας εκφράζουν βάζοντας x στο Ναι και σε όσες δεν σας εκφράζουν σημειώστε x στο Όχι:

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κ.Υ. και του Συστήματος Υγείας γενικότερα		
β. Συμβάλλει στην πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα Κ.Υ.		
γ. Συμβάλλει στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κ.Υ.		
δ. Συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα		
ε. Συμβάλλει στη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας των Κ.Υ.		

6. Εάν στην ερώτηση 4 απαντήσατε «Όχι», σημειώστε όσες από τις παρακάτω δηλώσεις σας εκφράζουν βάζοντας x στο Ναι και σε όσες δεν σας εκφράζουν σημειώστε x στο Όχι:

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Δεν έχω την οικονομική άνεση		
β. Αυτά που πληρώνω ήδη στο ασφαλιστικό μου ταμείο είναι αρκετά		
γ. Δεν λαμβάνω την αναγκαία εξυπηρέτηση από το Κ.Υ.		
δ. Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσω		
ε. Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κ.Υ.		
στ. Είμαι καλυμμένος από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων		

7. Έχετε επισκεφθεί ξανά το Κέντρο Υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων (πριν τον Οκτώβριο του 2010);

Ναι Όχι

8. Εάν στην ερώτηση 7 απαντήσατε «Ναι», σήμερα σε σχέση με πριν την εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού τί από τα ακόλουθα συμβαίνουν;

α. Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ.:

Έχει βελτιωθεί Έχει υποβαθμιστεί Δεν έχει μεταβληθεί

β. Ο χρόνος αναμονής για εξέταση και για να κλείσετε ραντεβού στο Κ.Υ.:

Έχει μειωθεί Έχει αυξηθεί Δεν έχει μεταβληθεί

γ. Το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κ.Υ.:

Έχει αυξηθεί Έχει μειωθεί Δεν έχει μεταβληθεί

δ. Η ξενοδοχειακή υποδομή του Κ.Υ. (κτιριακές εγκαταστάσεις, έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού):

Έχει βελτιωθεί Έχει υποβαθμιστεί Δεν έχει μεταβληθεί

ε. Οι επισκέψεις σας στον ιδιωτικό τομέα υγείας:

Έχουν αυξηθεί Έχουν μειωθεί Δεν έχουν μεταβληθεί

9. Θα ξαναέρθετε στο Κέντρο Υγείας αν χρειαστεί;

Ναι Όχι

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΕ ΣΤΟ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

10. Φύλο: α. Άντρας β. Γυναίκα

11. Υπηκοότητα: α. Ελληνική β. Άλλη.....

12. Ηλικία: ετών

13. Οικογενειακή Κατάσταση: α. Έγγαμος/η
β. Άγαμος/η
γ. Διαζευγμένος/η
δ. Χήρος/α

14. Εκπαίδευση: α. Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό
β. ΑΕΙ ή ΤΕΙ (ή ΚΑΤΕΕ)
γ. Μέση (Λύκειο, Τεχνικές Σχολές)
δ. Υποχρεωτική (Γυμνάσιο)
ε. Δημοτικό
στ. Σχεδόν καθόλου (μερικές τάξεις δημοτικού ή καθόλου φοίτηση)

15.

Επάγγελμα:

- Αυτοαπασχολούμενος:*
- α) Αγρότης (έως και 50 Στρέμματα)
 - β) Αγρότης (>50 Στρέμματα)
 - γ) Ελεύθερος Επαγγελματίας (Χωρίς Υπαλλήλους)
 - δ) Ελεύθερος Επαγγελματίας (1-2 Υπαλλήλους)
 - ε) Ελεύθερος Επαγγελματίας (3-5 Υπαλλήλους)
 - στ) Ελεύθερος Επαγγελματίας (6-10 Υπαλλήλους)
 - ζ) Ελεύθερος Επαγγελματίας (11-49 Υπαλλήλους)
 - η) Ελεύθερος Επαγγελματίας (>50 Υπαλλήλους)
 - θ) Επιστήμονας Ειδικός (π.χ. γιατρός, δικηγόρος)
- Υπάλληλος - Γραφική Εργασία:*
- α) Επιστήμονας Ειδικός (π.χ. Δημόσιος Υπάλληλος)
 - β) Γενικός Διευθυντής (έως και 5 Υπαλλήλους)
 - γ) Γενικός Διευθυντής (6-10 Υπαλλήλους)
 - δ) Γενικός Διευθυντής (>11 Υπαλλήλους)
 - ε) Προϊστάμενος (έως και 5 Υπαλλήλους)
 - στ) Προϊστάμενος (>5 Υπαλλήλους)
 - ζ) Υπάλληλος Γραφείου
 - η) Υπάλληλος Εκτός Γραφείου
- Υπάλληλος - Χειρονακτική Εργασία:*
- α) Ειδικευμένος
 - β) Ανειδίκευτος
 - Νοικοκυρά / Εισοδηματίας
 - Φοιτητής-τρια / Σπουδαστής
 - Άνεργος
 - Δεν απαντώ

16. *Ασφάλιση:* α. Δημόσιο (ΟΠΑΔ)

β. ΙΚΑ

γ. ΟΓΑ

δ. ΟΑΕΕ

ε. Ιδιωτική ασφάλιση, ετήσιο ποσό ασφαλίσεων €.....

στ. Καμία ασφάλιση

ζ. Άλλη π.χ. ΝΑΤ, ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠΕΖΩΝ.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Άδεια εκπόνησης μελέτης


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

 **6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
« ΙΩΑΝΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΣΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ »

Ημερομηνία : 11/07/2011
Αρ. Πρωτ. : Φ/Γ/2/10518

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας
Πληροφορίες : Ελ. Κωνσταντοπούλου, Τηλ. 2731093376, FAX : 2731029068 email : ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ

κ. Αθανασοπούλου Γεωργία,
Γενική Ιατρώ Κ.Υ Βλαχιώτη
Βλαχιώτη - Λακωνίας

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης στοιχείων .

ΣΧΕΤΙΚΑ : α) Η από 06-05-2011 αίτησή σας.
β) Η υπ' αρ. πρωτ.15168/ 07-07-2011 έγκριση της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας για την συλλογή στοιχείων από το Νοσοκομείο μας για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης με τίτλο « Διερεύνηση του βαθμού αποδοχής του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος από τους χρήστες των Κέντρων Υγείας του Νομού Λακωνίας », με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των ερευνών στην Διοίκηση της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

1.Γραφείο Εκπαίδευσης
2. Δ/ντες Υπηρεσιών
3. Τμήμα Προσωπικού
4. Τμήμα Γραμματείας

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ
ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

 ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Διευθύντρια: Επίκουρη καθηγήτρια Δάφνη Κατσιλάου
Πακαδισματισσούλου 123, 115 27 Αθήνα
Τηλ./ Fax: 210 74 61 473
<http://chesme.nurs.uoa.gr>

 ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αθήνα, 10 ΜΑΡ 2011

Προς: Γεωργία Αθανασοπούλου
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Παν/μιο Πελοποννήσου

Αγαπητή κυρία Αθανασοπούλου,

Θα ήθελα να σας συγχαρώ για την εφαρμογή των κανόνων δεοντολογίας κατά την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας με θέμα «Διερεύνηση του βαθμού αποδοχής του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος από τους χρήστες των Κέντρων Υγείας του Νομού Λακωνίας» και παράλληλα να σας χορηγήσω την άδεια χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Ευχόμενη κάθε επιτυχία στην ολοκλήρωση της εργασίας σας,

Όλγα Σίσκου,
Ερευνήτρια



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Εγκύκλιος

Υπ. Υγείας αρ. πρωτ.: Υ4α/οικ.1329/4.1.2011

Διευκρινίσεις σχετικά με αμοιβή (εξέταστρο) στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ και κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας

Αθήνα, 4/1/2011

Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. 1329

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε Γ Κ Υ Κ Λ Ι Ο Σ

ΕΣ.ΕΠΕΙΓΟΝ

ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με αμοιβή (εξέταστρο) στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ και κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.

Όλοι οι προσερχόμενοι για εξέταση στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς και στα Κέντρα Υγείας καταβάλλουν από 1-1-2011 αμοιβή πέντε (5) ευρώ ως αμοιβή εξέταστρον.

Της ανωτέρω καταβολής εξαιρούνται ρηώς μόνο οι κάτωθι κατηγορίες ασθενών:

1. Οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά.
2. Οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας (απαραίτητη η προσκόμιση του βιβλιαρίου ή πιστοποιητικού το οποίο θα πρέπει να είναι σε ισχύ).
3. Οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί, με την επίδειξη του Δελτίου Ταυτότητας πρόσφυγα ή του Δελτίου αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού σε ισχύ.

Επιπλέον για τα Κέντρα Υγείας εξαιρούνται της καταβολής οι κάτωθι:

1. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας Α.Μ.Ε.Α. που έχουν πιστοποιημένο αρμοδίως ποσοστό αναπηρίας 67%, προσκομίζοντας το πιστοποιητικό και την αστυνομική τους ταυτότητα.
2. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας άτομα που πιστοποιημένα πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μετασχευθέντες νεφροπαθείς, σύνδρομο επικτητής ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και προσκομίζουν για τα ανωτέρω ιατρική βεβαίωση σε ισχύ ότι παρακολουθούνται από ειδική μονάδα Νοσηλευτικού Ιδρύματος λόγω της παθολογίας τους, πλέον της αστυνομική τους ταυτότητας.
3. Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας τυφλοί που προσκομίζουν βεβαίωση ότι είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τυφλών (ή κάρτα αναπηρίας όπου εφαρμόζεται), πλέον της αστυνομική τους ταυτότητας.

Σημειώνεται ότι είναι προς δημοσίευση σχετικό σχέδιο ΚΥΑ το οποίο και θα σας αποσταλεί άμεσα.

Οι Διοικητές των ΥΠΕ στους οποίους κοινοποιείται το παρόν παρακαλούνται να μεριμνήσουν για την πιστή εφαρμογή του.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Α. ΛΟΒΕΡΔΟΣ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Ο Προϊστάμενος της γραμματείας