

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ
ΑΥΤΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.**

Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1. Χονδροκούκης Γρηγόριος, Καθηγητής (Επιβλέπων Καθηγητής)
2. Μαντάς Ιωάννης, Καθηγητής (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής)
3. Καϊτελίδου Δάφνη, Επίκουρη Καθηγήτρια (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής)
4. Βελονάκης Εμμανουήλ, Καθηγητής
5. Βοζίκης Αθανάσιος, Επίκουρος Καθηγητής
6. Ντάνος Αναστάσιος, Καθηγητής
7. Γιαννατσής Ιωάννης, Λέκτορας

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΥΤΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.**

ΕΛΕΝΗ Γ. ΣΤΟΚΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συμμετοχή στο κόστος για τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας καθιερώθηκε ώστε να περιορισθούν οι δημόσιες δαπάνες, να αυξηθεί η εισροή πόρων στο σύστημα υγείας καθώς και για τη συνειδητοποίηση του κόστους από την πλευρά των χρηστών.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει τη διερεύνηση της άποψης των χρηστών και των επαγγελματιών των κέντρων υγείας όσον αφορά στο μέτρο της συμμετοχής στο κόστος, μέσα από την οποία θα προκύψει η αξιολόγηση του καθώς και η διατύπωση βελτιωτικών προτάσεων.

Για το λόγο αυτό, διαμορφώθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια τα οποία διανεμήθηκαν στους διοικητικούς υπαλλήλους, στους διευθυντές και στους χρήστες των κέντρων υγείας. Έλαβαν μέρος 193 διοικητικοί υπάλληλοι (96% ποσοστό ανταπόκρισης) και 188 διευθυντές (93% ποσοστό ανταπόκρισης) από το σύνολο των 202 κέντρων υγείας της Ελλάδας. Επίσης, συμμετείχαν 626 χρήστες, οι οποίοι προέκυψαν δειγματοληπτικά από 18 κέντρα υγείας σε 6 Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας.

Η λήψη των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, μέσω τηλεομοιοτύπου, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου καθώς και με τη μορφή προσωπικών συνεντεύξεων σε απευθείας επικοινωνία. Η συλλογή των ερωτηματολογίων από τους επαγγελματίες υγείας διήρκησε από τον Ιούνιο 2011 έως το Μάιο 2012, ενώ για τους χρήστες από τον Μάιο 2012 έως τον Απρίλιο 2013.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, ενώ χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία Pearson χ^2 test, Kolmogorov-Smirnov test, t-test, Mann-Whitney test, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των διοικητικών υπαλλήλων το 92% αναφέρει ότι η πλειοψηφία των ασθενών συμμορφώνονται με την πληρωμή των εξετάσεων, ενώ το 41,5% διαπιστώνει τη μείωση της επισκεψιμότητας στο κέντρο υγείας. Επίσης, το

64% των κέντρων υγείας δεν απασχολεί αποκλειστικά διοικητικό προσωπικό για την είσπραξη των εξετάστρων, αλλά απασχολεί επιπλέον νοσηλευτές, γιατρούς και τεχνικούς. Παράλληλα, στο 85% των κέντρων υγείας δεν χρησιμοποιούνται πληροφοριακά συστήματα υποστήριξης της είσπραξης των εξετάστρων.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των διευθυντών, σύμφωνα με το 73% η εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού στα κέντρα υγείας είχε θετικό αντίκτυπο στη συμμόρφωση των ασθενών, ενώ το 66% σημείωσε ότι συνέβαλε στη συνειδητοποίηση του κόστους από τους χρήστες και τους υπαλλήλους. Από την άλλη μεριά, όμως, το 81,5% δήλωσε ότι τα έσοδα αυτά δεν καλύπτουν τα τρέχοντα έξοδα των κέντρων υγείας και σύμφωνα με το 80% δεν συμβάλλουν στην παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το 61% των διευθυντών χαρακτήρισε θετική εξέλιξη τη συμμετοχή στο κόστος και το 80% υποστήριξε την ανάγκη για οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των χρηστών, το 54% εξέφρασε πολύ και πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας, ενώ από αυτούς το 59% δεν κατέβαλλε το εξέταστρο. Το 75% δεν συμφωνεί με την πληρωμή εξετάστρων ως έναν τρόπο αναβάθμισης των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, ενώ από αυτούς το 53% εξέφρασε μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση από τα κέντρα υγείας. Παράλληλα, το 98% δήλωσε ότι θα επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας αν χρειαστεί.

Συμπερασματικά, η συμμετοχή στο κόστος έχει συμβάλλει στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, μέσω της συνειδητοποίησης του κόστους από ασθενείς και υπαλλήλους, καθώς επίσης έχει συμβάλλει στην εισροή πόρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όμως, δεν έχει ανταποκριθεί στις προσδοκίες για αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να αυξηθεί η συναίνεση των χρηστών για το νέο μέτρο. Τέλος, κρίνεται αναγκαία η αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών και η πραγματοποίηση συστηματικού ελέγχου για την ομαλή λειτουργία της είσπραξης των εξετάστρων.

Λέξεις-Κλειδιά

Κέντρα υγείας, Συμμετοχή στο κόστος, Ασθενείς - χρήστες, Διοικητικοί υπάλληλοι, Διευθυντές.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF NURSING

**INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT AND HEALTH CARE INFORMATICS**

DISSERTATION

**STUDY OF PART SELF-FINANCING MODEL OF HEALTH CENTERS IN
GREECE AS PRIMARY HEALTH CARE UNITS IN THE FRAME OF N.H.S.
OPERATION**

BY ELENI G. STOKOU

SUMMARY

Cost-sharing in health centers was introduced in order to mitigate state expenditures, to supplement health system's resources and make patients cost-conscious.

The aim of this research is to investigate the aspects of users and professionals of health centers as far as cost sharing is concerned. This will result to the evaluation of the measure and the expression of proposals for improvement.

For this reason three different questionnaires were developed and distributed to administrative personnel, to managers and to users of health centers. 193 administrative employees (response rate 96%) and 188 managers (response rate 93%) were participated, out of 202 health centers in Greece. Moreover, 626 users from 18 health centers of 6 Health Districts of Greece, sampling participated.

The questionnaires were completed by telephone, by fax, via email, or through live interview. The collection of questionnaires from health professionals was accomplished during June 2011 to May 2012 and the questionnaires from users were accomplished during May 2012 to April 2013.

Statistical analysis was performed by statistical package SPSS using the Pearson χ^2 test, the Kolmogorov-Smirnov test, the t-test and the Mann-Whitney test at $p < 0.05$ level of significance.

According to 92% of administrative personnel, patients complied with the payment of fees and according to 41.5% their visits to health centers have been reduced.

Moreover, 64% of health centers do not employ only administrative personnel for the collection of medical fees but also nurses, physicians and technicians. At 85% of health centers information technology systems are not used for the collection of medical fees.

According to 73% of the managers the introduction of cost-sharing had a positive impact on patients' compliance and according to 66% the financing mechanism has contributed to cost consciousness from both patients and personnel. Although, 81.5% said that the revenues from medical fees do not cover the running costs of health centers and 80% said that they do not promote a more effective delivery of services. In addition, 61% of managers characterise cost-sharing as a positive step and 80% of them support the economic autonomy of health centers.

According to users' results 54% expressed much and too much satisfaction from health centers, 59% from whom do not pay fees. Moreover, 75% of participants do not agree with cost sharing as a way to improve the quality of health services, 53% from whom expressed from moderate to no satisfaction from health centers. Although, 98% of respondents said that they will visit again health centers if there is a reason.

In conclusion, cost sharing has contributed to the rational use of health centers' services, due to cost-consciousness from patients and professionals, as well as in the financing of the primary health care. However, it does not sufficiently correspond to the expectations for effective provision of health care services, in order to increase the agreement of the patients. Finally, the improvement in quality of health services and the accomplishment of systematic control are necessary for the success of cost sharing.

Keywords: Health centers, Cost-sharing, Patients-users, Administrative personnel, Managers.

Περιεχόμενα

Περίληψη	
Absrtact	
Περιεχόμενα	
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων-Εικόνων-Πινάκων	
Ευχαριστίες	
Ακρωνύμια	
Πρόλογος	

Γενικό Μέρος

1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

1.1. Ίδρυση και Μορφή του Ε.Σ.Υ.....	24
1.2. Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ.....	24
1.3. Φορείς παροχής υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	25
1.4. Δαπάνες Υγείας.....	27

2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.1. Η σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	33
2.2. Προοπτική ενίσχυσης και αξιολόγησης της Π.Φ.Υ.....	39
2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	41
2.4. Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	47
2.5. Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας.....	53
2.6. Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.....	54
2.7. Χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας.....	57

3. Η Συμμετοχή των Ασθενών στο Κόστος

3.1. Η πολιτική της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος.....	59
3.2. Η συμμετοχή στο κόστος και η οικονομική ύφεση.....	68
3.3. Οι επαγγελματίες υγείας και η συμμετοχή στο κόστος.....	70
3.4. Δεδομένα εσόδων, κόστους και κίνησης των κέντρων υγείας μετά την εφαρμογή της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος για τα έτη 2011-2012.....	71

Ειδικό Μέρος

4. Μεθοδολογία της Μελέτης

4.1. Σκοπός της μελέτης.....	78
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	79
4.3. Σχεδιασμός της μελέτης.....	79
4.4. Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου.....	80
4.5. Τα ερωτηματολόγια.....	82
4.5.1. Ερωτηματολόγια διευθυντών και διοικητικών υπαλλήλων.....	82
4.5.2. Ερωτηματολόγια χρηστών υπηρεσιών κέντρων υγείας.....	85
4.6. Στατιστική επεξεργασία αποτελεσμάτων.....	87

5. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων

διοικητικού προσωπικού κέντρων υγείας

5.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη διοικητικού προσωπικού.....	91
5.2. Ανάλυση της λειτουργίας του μηχανισμού είσπραξης εξετάστρων από το διοικητικό προσωπικό των κέντρων υγείας.....	93

6. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων διευθυντών κέντρων υγείας

6.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των διευθυντών.....	101
6.2. Η άποψη των διευθυντών αναφορικά με την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας και την οικονομική λειτουργία τους.....	103
6.3. Αποτελέσματα διμεταβλητών αναλύσεων.....	107
6.4. Λογιστική παλινδρόμηση.....	111

7. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων χρηστών υπηρεσιών κέντρων υγείας

7.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών.....	113
7.2. Απαντήσεις των χρηστών αναφορικά με την επίσκεψη στο κέντρο υγείας και τη συμμετοχή στο κόστος.....	115
7.3. Αποτελέσματα διμεταβλητών αναλύσεων.....	126
7.4. Λογιστική παλινδρόμηση.....	165

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

8.1. Συνολικά συμπεράσματα – προτάσεις.....	166
8.2. Συμπεράσματα από απαντήσεις διοικητικών υπαλλήλων.....	168
8.3. Συμπεράσματα από απαντήσεις διευθυντών.....	170
8.4. Συμπεράσματα από απαντήσεις χρηστών.....	172
8.5. Οικονομική και διοικητική αυτονομία κέντρων υγείας.....	179
8.6. Συμβολή της μελέτης.....	180
8.7. Περιορισμοί της μελέτης και περαιτέρω έρευνα.....	181

Αρθρογραφία – Βιβλιογραφία

Παράρτημα

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων-Εικόνων-Πινάκων

Διαγράμματα

Κεφάλαιο 1:

Διάγραμμα 1.1.: Ροή χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....26

Κεφάλαιο 2:

Διάγραμμα 2.1.: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο σε σχέση με την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.....38

Διάγραμμα 2.2.: Ποσοστά επαφής με επαγγελματία υγείας ανά μήνα.....50

Διάγραμμα 2.3.: Συχνότητα επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας τον τελευταίο μήνα ανά υπηρεσία υγείας.....51

Διάγραμμα 2.4.: Λόγοι επαφής με επαγγελματία υγείας.....52

Διάγραμμα 2.5.: Κατανομή αιτιών επισκέψης σε υπηρεσίες ΠΦΥ τον τελευταίο μήνα.....53

Κεφάλαιο 7:

Διάγραμμα 7.1.: Διαγραμματική απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας.....118

Διάγραμμα 7.2.: Αναλογία χρηστών που θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων.....119

Εικόνες

Κεφάλαιο 1:

Εικόνα 1.1.: ΑΕΠ, Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας σε δις ευρώ από το 2003 έως το 2011.....31

Εικόνα 1.2.: Ενδονοσοκομειακή, φαρμακευτική και εξωνοσοκομειακή δαπάνη ως ποσοστά του Α.Ε.Π. από το 2003 έως το 2011.....32

Κεφάλαιο 2:

Εικόνα 2.1.: Κέντρα Υγείας της Ελλάδας ανά Υ.Πε.....56

Πίνακες

Κεφάλαιο 2:

Πίνακας 2.1.: Κατανομή αιτιών επίσκεψης σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. τον τελευταίο μήνα, ανά υπηρεσία υγείας.....45

Πίνακας 2.2.: Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά αστικότητα και οικογενειακή κατάσταση.....45

Πίνακας 2.3.: Χαρακτηριστικά κυριότερων δομών ελληνικής Π.Φ.Υ.....49

Πίνακας 2.4.: Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά φύλο και ηλικία.....51

Κεφάλαιο 3:

Πίνακας 3.1.: Η συμμετοχή στο κόστος για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στις 27 χώρες της Ε.Ε.....60

Πίνακας 3.2.: Έσοδα από εξέταστρα Κέντρων Υγείας Ελλάδας ανά Υ.Πε. ετών 2011 και 2012.....72

Πίνακας 3.3.: Δαπάνες Κέντρων Υγείας Ελλάδας για το 2011.....72

Πίνακας 3.4.: Ετήσια κίνηση Κ.Υ. ανά Υ.Πε. για το έτος 2011 και 2012.....	74
Πίνακας 3.5.: Συνολική ετήσια κίνηση Κ.Υ. του ΕΣΥ για το έτος 2012.....	75
Πίνακας 3.6.: Ποσοστό χρηστών που κατέβαλλαν το εξετάστρο με βάση τα στοιχεία κίνησης και εσόδων του 2012.....	76

Κεφάλαιο 4:

Πίνακας 4.1.: Κέντρα υγείας συλλογής ερωτηματολογίων χρηστών.....	81
Πίνακας 4.2.: Οι υποθέσεις που εξετάστηκαν για την εύρεση συσχέτισης στα ερωτηματολόγια των διευθυντών.....	88
Πίνακας 4.3.: Οι υποθέσεις που εξετάστηκαν για την εύρεση συσχέτισης στα ερωτηματολόγια των χρηστών.....	90

Κεφάλαιο 5:

Πίνακας 5.1.: Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διοικητικών υπαλλήλων.....	92
Πίνακας 5.2.: Χρόνος έναρξης είσπραξης εξετάστρων από τα κέντρα υγείας.....	93
Πίνακας 5.3.: Μεταβολή στην προσέλευση χρηστών στο κέντρο υγείας μετά την καθιέρωση της συμμετοχής στο κόστος.....	94
Πίνακας 5.4.: Πόσοι ασθενείς καταβάλλουν άμεσα το αντίτιμο του εξετάστρου κατ' εκτίμηση και αν χρεώνονται επιπλέον για την επίσκεψη σε περισσότερους από έναν ιατρούς σε μια ημέρα.....	95
Πίνακας 5.5.: Ωράριο λειτουργίας κέντρων υγείας και αριθμός υπαλλήλων που εισπράττει σε κάθε βάρδια.....	96
Πίνακας 5.6.: Λόγοι μη είσπραξης εξετάστρων κατά την απογευματινή και τη βραδινή λειτουργία των κέντρων υγείας.....	97

Πίνακας 5.7.: Χρόνος αναμονής των χρηστών στο ταμείο σε κάθε βάρδια για την πληρωμή εξετάσεων.....98

Πίνακας 5.8.: Κατηγορίες προσωπικού με καθήκοντα είσπραξης των εξετάσεων.....99

Πίνακας 5.9.: Ποσοστό κέντρων υγείας που πραγματοποιούν τις ακόλουθες κατηγορίες εξετάσεων.....100

Κεφάλαιο 6:

Πίνακας 6.1.: Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διευθυντών.....102

Πίνακας 6.2.: Απόψεις των διευθυντών σχετικά με τη λειτουργία της είσπραξης των εξετάσεων.....104

Πίνακας 6.3.: Απόψεις των διευθυντών σχετικά με τη συμβολή των εξετάσεων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας.....106

Πίνακας 6.4.: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού των διευθυντών.....107

Πίνακας 6.5.: Συσχέτιση στάσης διευθυντών για την είσπραξη εξετάσεων με τα αποτελέσματα του νέου μέτρου.....109

Πίνακας 6.6.: Συσχέτιση άποψης διευθυντών για οικονομική αυτονομία Κ.Υ. με τη γνώμη τους για τη συμβολή των εξετάσεων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ. υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους.....111

Πίνακας 6.7.: Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την άποψη (θετική-αρνητική) των διευθυντών σχετικά με την είσπραξη εξετάσεων.....112

Κεφάλαιο 7:

Πίνακας 7.1.: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών.....	113
Πίνακας 7.2.: Κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα του υπό μελέτη πληθυσμού.....	114
Πίνακας 7.3.: Κοινωνικοοικονομική κατάσταση του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών.....	115
Πίνακας 7.4.: Αιτία επίσκεψης του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών στο κέντρο υγείας.....	115
Πίνακας 7.5.: Πόσοι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας κατέβαλλαν το εξέταστρο.....	116
Πίνακας 7.6.: Συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών των κέντρων υγείας.....	117
Πίνακας 7.7.: Βαθμός ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας.....	117
Πίνακας 7.8.: Πόσοι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων.....	118
Πίνακας 7.9.: Θετική άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος.....	121
Πίνακας 7.10.: Αρνητική άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος.....	123
Πίνακας 7.11.: Μεταβολές στα κέντρα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων.....	124
Πίνακας 7.12.: Απαντήσεις χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας αν χρειαστεί.....	126

Πίνακας 7.13.: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών.....	127
Πίνακας 7.14.: Αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας και συσχέτιση με ηλικία χρηστών.....	128
Πίνακας 7.15.: Συσχέτιση αιτίας επίσκεψης με κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	129
Πίνακας 7.16.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με πληρωμή εξετάστρου.....	130
Πίνακας 7.17.: Συσχέτιση πληρωμής εξετάστρου με κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	131
Πίνακας 7.18.: Συσχέτιση πληρωμής εξετάστρου με αιτία επίσκεψης.....	132
Πίνακας 7.19.: Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης από το κέντρο υγείας με ηλικία χρηστών.....	133
Πίνακας 7.20.: Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης από το κέντρο υγείας με πληρωμή εξετάστρου.....	133
Πίνακας 7.21.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση χρηστών για την εξέλιξη της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος.....	134
Πίνακας 7.22.: Συσχέτιση απόψεων για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος με την κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	135
Πίνακας 7.23.: Συσχέτιση απόψεων για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος με την ικανοποίηση από το κέντρο υγείας.....	136
Πίνακας 7.24.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση χρηστών για συμβολή εξετάστρων στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. και στη μείωση των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα.....	137
Πίνακας 7.25.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση των χρηστών για την ενίσχυση των πόρων των κέντρων υγείας.....	137

Πίνακας 7.26.: Συσχέτιση απόψεων για την πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας με την πληρωμή εξετάστρων.....	138
Πίνακας 7.27.: Συσχέτιση ηλικίας με άποψη χρηστών για τη συμβολή των εξετάστρων στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας.....	139
Πίνακας 7.28.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με φύλο.....	140
Πίνακας 7.29.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με υπηκοότητα.....	141
Πίνακας 7.30.: Συσχέτιση αρνητικής άποψης χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων, διότι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλουν το ποσό, με την ηλικία.....	142
Πίνακας 7.31.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	142
Πίνακας 7.32.: Συσχέτιση καταβολής εξετάστρου με οικονομική δυνατότητα.....	143
Πίνακας 7.33.: Συσχέτιση απαντήσεων για την επάρκεια των ασφαλιστικών εισφορών με το φύλο.....	144
Πίνακας 7.34.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών αν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με το φύλο.....	145
Πίνακας 7.35.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών αν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την ηλικία.....	146
Πίνακας 7.36.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών αν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την οικογενειακή κατάσταση.....	147

Πίνακας 7.37.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	148
Πίνακας 7.38.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας.....	149
Πίνακας 7.39.: Συσχέτιση ηλικίας με αρνητική γνώμη των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας.....	150
Πίνακας 7.40.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας.....	151
Πίνακας 7.41.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με αρνητική άποψη για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν ευχαριστημένοι με τις υπηρεσίες που παρέχονταν από τα κέντρα υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων.....	152
Πίνακας 7.42.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το κέντρο υγείας πριν την πληρωμή, με την κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	153
Πίνακας 7.43.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το κέντρο υγείας πριν την πληρωμή, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας.....	154
Πίνακας 7.44.: Συσχέτιση μεταβολής ποιότητας και αποτελεσματικότητας υπηρεσιών κέντρων υγείας, με την άποψη των χρηστών για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος.....	155
Πίνακας 7.45.: Συσχέτιση άποψης χρηστών για τη μεταβολή της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας σε σχέση με πριν την πληρωμή εξετάστρων, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας.....	156

Πίνακας 7.46.: Συσχέτιση απόψεων χρηστών για την μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή των κέντρων υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων με τη γνώμη τους για την εξέλιξη της πληρωμής των εξετάστρων.....	157
Πίνακας 7.47.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας.....	158
Πίνακας 7.48.: Συσχέτιση απόψεων χρηστών για την μεταβολή των επισκέψεών τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας, με το κοινωνικοοικονομικό προφίλ.....	159
Πίνακας 7.49.: Συσχέτιση μεταβολής επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας.....	160
Πίνακας 7.50.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών άν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας με το φύλο.....	161
Πίνακας 7.51.: Συσχέτιση ηλικίας με επανάληψη της επίσκεψης στο κέντρο υγείας στο μέλλον.....	162
Πίνακας 7.52.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών άν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας, με την κοινωνικοοικονομική ομάδα.....	163
Πίνακας 7.53.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών άν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας, με την προτίμησή τους προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας αν είναι να πληρώνουν.....	164
Πίνακας 7.54.: Λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «θετική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρου ως ένα μέσο για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών» (Ναι=1, Όχι=2).....	165

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στον Καθηγητή κ. Γρηγόρη Χονδροκούκη για την επίβλεψη της παρούσας μελέτης. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, τον Καθηγητή κ. Ιωάννη Μαντά και την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Δάφνη Καϊτελίδου. Επίσης, ευχαριστώ ολόψυχα τους Διδάκτορες και Επιστημονικούς Συνεργάτες του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Όλγα Σίσκου και κ. Πέτρο Γαλάνη για την πολύτιμη συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Ευχαριστώ όλους τους διευθυντές, τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, οι οποίοι συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, καθώς και τους ερευνητές οι οποίοι συνέλλεξαν τα ερωτηματολόγια των χρηστών σε απομακρυσμένα κέντρα υγείας. Επίσης, ευχαριστώ τους κριτές των περιοδικών, όπου πραγματοποιήθηκαν οι δημοσιεύσεις, για τα καίρια σχόλιά τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη στήριξη και την κατανόηση που επέδειξαν συμβάλλοντας στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος ΙΙ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

Ακρωνύμια

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σ.Υ.: Σύστημα Υγείας

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Κ.Υ.: Κέντρα Υγείας

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Ε.Λ.Υ.: Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας

Σ.Λ.Υ.: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Ε.Σ.Δ.Υ.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Π.Σ.: Πληροφοριακό Σύστημα

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

Πρόλογος

Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας αποτελεί αντικείμενο αντιπαράθεσης σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε εποχή περιορισμού των δημοσίων πόρων. Η εφαρμογή συστημάτων συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο κόστος υποστηρίζεται ως ένας τρόπος ενίσχυσης των οικονομικών πόρων που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, η συμμετοχή στο κόστος επιδρά περιοριστικά στην ανεξέλεγκτη ζήτηση υπηρεσιών υγείας μειώνοντας το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου. Από την άλλη μεριά, όμως, παρουσιάζονται αντιδράσεις για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω της οικονομικής δυσχέρειας των πολιτών, της παράλληλης καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών, καθώς και εξαιτίας της παγιωμένης αντίληψης των χρηστών για δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας τους στο δημόσιο τομέα.

Η παρούσα μελέτη αναλύει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ιδιαιτέρως την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, και εξετάζει τη λειτουργία του συστήματος συμμετοχής στο κόστος, ως μοντέλο μερικής αυτοχρηματοδότησης των κέντρων υγείας, διερευνώντας την άποψη των χρηστών, των διευθυντών και των διοικητικών υπαλλήλων των μονάδων αυτών. Επίσης, διατυπώνονται συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης του υφιστάμενου συστήματος συμμετοχής στο κόστος. Τα κεφάλαια της μελέτης αναλύονται ακολούθως:

Κεφάλαιο 1: Περιγράφεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα όσον αφορά στην ίδρυση και στη μορφή του, στις πηγές χρηματοδότησής του, στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και στην ανάλυση των δαπανών υγείας.

Κεφάλαιο 2: Παρουσιάζεται ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε ένα σύστημα υγείας, η προοπτική ενίσχυσης και τα κριτήρια αξιολόγησής της, η δυναμικότητα και οι δομές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, ο θεσμός των κέντρων υγείας ως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας, η λειτουργία των κέντρων υγείας στην Ελλάδα και η χρηματοδότησή τους.

Κεφάλαιο 3: Αναλύεται το σύστημα συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, όπως εφαρμόζεται διεθνώς, καθώς και η εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου υπό συνθήκες οικονομικής ύφεσης. Επίσης, πραγματοποιείται βιβλιογραφική

ανασκόπηση για τη συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη, παρουσιάζονται και συγκρίνονται τα δεδομένα εσόδων, κόστους και κίνησης των κέντρων υγείας μετά την εφαρμογή του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος για τα έτη 2011 και 2012.

Κεφάλαιο 4: Πραγματοποιείται αναφορά στη μεθοδολογία της μελέτης, αναλύοντας το σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα και το σχεδιασμό της. Επιπλέον, γίνεται περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε, παρουσιάζονται αναλυτικά η δομή, τα χαρακτηριστικά και η στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων των διευθυντών, των διοικητικών υπαλλήλων και των χρηστών των κέντρων υγείας.

Κεφάλαιο 5: Αναλύονται τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διοικητικών υπαλλήλων των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς και οι απαντήσεις τους σχετικά με τη λειτουργία του μηχανισμού είσπραξης των εξετάστρων.

Κεφάλαιο 6: Αναλύονται τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διευθυντών των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς και οι απόψεις τους σχετικά με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού και τα αποτελέσματά αυτού. Επίσης, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων και της λογιστικής παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε.

Κεφάλαιο 7: Αναλύονται τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς και οι απαντήσεις τους όσον αφορά στις προσφερόμενες από αυτά υπηρεσίες αλλά και στις απόψεις τους για τη συμμετοχή στο κόστος. Ακόμη, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων και της λογιστικής παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε.

Κεφάλαιο 8: Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συνολικά συμπεράσματα και οι προτάσεις μας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της είσπραξης των εξετάστρων. Επίσης, γίνεται αναφορά αναλυτικά στα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των διοικητικών υπαλλήλων, των διευθυντών καθώς και των χρηστών. Ακόμη, αναπτύσσονται τα οφέλη από τη δυνητική οικονομική και

διοικητική αυτονομία των κέντρων υγείας. Τέλος, αναλύονται οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης καθώς και ορισμένα θέματα για περαιτέρω έρευνα.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος ΙΙ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**1. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**3. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ
ΚΟΣΤΟΣ**

1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

1.1. Ίδρυση και Μορφή του Ε.Σ.Υ.

Το Ε.Σ.Υ. με τον ιδρυτικό του νόμο το 1983 καθιερώθηκε ως ένα καθολικό σύστημα υγείας, στο οποίο προβλεπόταν η ολιστική παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε πολίτες χωρίς οικονομικούς περιορισμούς (Ν. 1397/Φ. 143^Α/7.10.83). Όμως, η σημερινή μορφή του Ε.Σ.Υ., είναι ένα μικτό σύστημα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, δεν ανταποκρίνεται επακριβώς στους αρχικούς στόχους, αλλά παρουσιάζει ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι αιτίες αυτής της κατάστασης είναι η επιρροή που ασκούν οι κοινωνικοί εταίροι, η επικράτηση πελατειακών σχέσεων μεταξύ πολιτικών και κοινωνικών ομάδων καθώς και οι οικονομικοί περιορισμοί που δεν επιτρέπουν στη φροντίδα υγείας να ανταποκριθεί στα ζητήματα πολιτικής προτεραιότητας, παρεκωλύοντας τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις (Mossialos et al., 2005).

Η αρχή της ισότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι κρίσιμης σημασίας και αναφέρεται στη δυνατότητα πρόσβασης που πρέπει να έχουν όλοι οι ασθενείς στις υπηρεσίες υγείας με βάση την ανάγκη υγείας τους και όχι βάσει της ικανότητας να πληρώσουν. Η ισότητα μπορεί να κατανοηθεί ως τήρηση κανόνων ώστε οι άνθρωποι να αντιμετωπίζονται δίκαια, γεγονός που αποβαίνει στον διοικητικό εξορθολογισμό. Επίσης, η ισότητα διασφαλίζει ότι όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν ισότιμη φροντίδα και αντιμετωπίζονται με τον ίδιο σεβασμό (Weale and Clark, 2010).

1.2. Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ.

Θεωρητικά, το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία ευθύνονται για τη χρηματοδότησή τους. Παρόλ' αυτά, όμως, στην πραγματικότητα τα ασφαλιστικά ταμεία, με κεντρικό φορέα τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), πληρώνουν περίπου τα μισά έξοδα των μονάδων υγείας, ενώ το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικονομικών αναλαμβάνουν την πληρωμή των μισθών των επαγγελματιών υγείας και καλύπτουν τα ελλείμματα αυτών των μονάδων

μέσω της φορολογίας. Επίσης, το Ε.Σ.Υ. προσφέρει έμμεσα κάλυψη για τους ανασφάλιστους πολίτες ή τους μετανάστες που εισέρχονται στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, χωρίς να πληρώνουν και αποτελούν περίπου το 4%-5% του πληθυσμού (Mossialos et al., 2005).

Η λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ξεκίνησε από την 1^η Ιανουαρίου 2012 (Φ.2456^B/3.11.11) με τη συνένωση των μεγαλύτερων δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα για την μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Επίσης, οι ιδιωτικές δαπάνες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας με τη μορφή τόσο άμεσων και άτυπων πληρωμών όσο και με την ιδιωτική ασφάλιση.

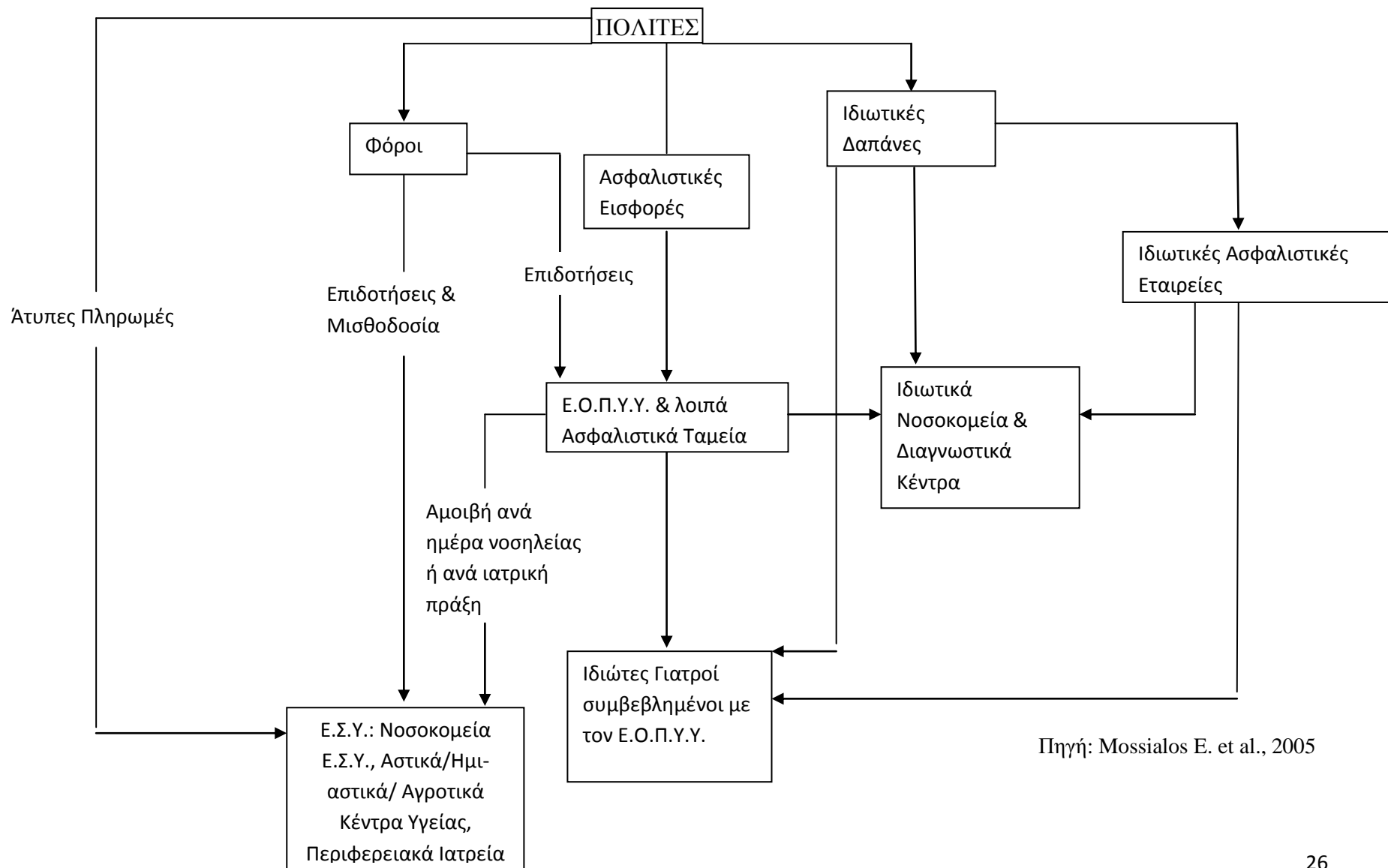
1.3. Φορείς παροχής υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από:

- Το Ε.Σ.Υ. όπου περιλαμβάνονται τα δημόσια νοσοκομεία στις αστικές περιοχές, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, κυρίως στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.
- Τον ιδιωτικό τομέα που συμπράττει με τις ασφαλιστικές εταιρείες ή χρηματοδοτείται άμεσα από τους ασθενείς για νοσοκομειακές υπηρεσίες, ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις (Mossialos et al., 2005).

Το διάγραμμα 1.1. απεικονίζει αναλυτικά τη ροή της χρηματοδότησης και τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Διάγραμμα 1.1.: Ροή χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα



1.4. Δαπάνες Υγείας

Οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια διεθνώς. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στους παρακάτω λόγους (OECD, 2012, ΕΣΔΥ 2010, Worthington, 2004, Gruber and Wise, 2001):

- στην αύξηση του μέσου όρου ζωής,
- στη γήρανση του πληθυσμού,
- στην επικράτηση των χρονίων νοσημάτων,
- στην καθολική ασφάλιση του πληθυσμού,
- στη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών,
- στην αύξηση των απαιτήσεων της κοινωνίας για πληρέστερη υγειονομική κάλυψη,
- στην προκλητή ζήτηση από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας,
- καθώς και εν μέρει στην αναποτελεσματικότητα παροχής υπηρεσιών υγείας

Υποστηρίζεται ότι είναι αναγκαία η εφαρμογή συστημάτων συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, ώστε να μοιράζεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας και να μην επιβαρύνεται υπέρμετρα ένα διαρκώς μειούμενο ποσοστό εργαζομένων. Σημειώνουμε ότι λόγω της γήρανσης του πληθυσμού η αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους έχει διαμορφωθεί σε επίπεδο χαμηλότερο του 2 προς 1 στη χώρα μας. Ενώ, η αναλογία για τη βιωσιμότητα του κοινωνικού συστήματος είναι 4 εργαζόμενοι προς 1 συνταξιούχο. Στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεγγύης, είναι επιθυμητή η συνεισφορά μιας υγιούς ομάδας του πληθυσμού στο κόστος εκείνων που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας (Fine and Chalmers, 2000).

Η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου της Αυστραλίας υποστηρίζει ότι αν οι δαπάνες υγείας για τους ηλικιωμένους αυξάνονται κατά 2% ετησίως, ενώ το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. αυξάνεται κατά 1,25%, τότε οι δαπάνες υγείας για τους ηλικιωμένους θα ανέλθουν στο 9,6% του Α.Ε.Π. μέχρι το 2041, ή ακόμα και στο διπλάσιο του κόστους για συντάξεις (NCA, 1996).

Στη Γαλλία τα μέτρα που υιοθετούνται για τον έλεγχο των δαπανών υγείας και την ενίσχυση της ποιότητας αφορούν τόσο στον περιορισμό της ζήτησης, με τις χρεώσεις των ασθενών, όσο και τον περιορισμό του όγκου της προσφοράς των υπηρεσιών

υγείας, με τη μείωση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας και τον εξορθολογισμό της νοσοκομειακής δυναμικότητας. Ακόμη, λαμβάνονται μέτρα όπως είναι ο καθορισμός οικονομικών στόχων για τα ασφαλιστικά ταμεία, η τήρηση συστήματος παραπομπών από το γενικό-οικογενειακό γιατρό, η συνέχεια της ιατρικής φροντίδας μέσω τήρησης ιατρικού φακέλου, η ανάπτυξη ιατρικών πρωτοκόλλων-οδηγιών και ο έλεγχος της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, για το σύστημα παραπομπών εφαρμόστηκαν οικονομικά κίνητρα όπως η μείωση του ποσού συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος όταν έχει παραπεμπτικό από γενικό-οικογενειακό γιατρό (Lancry and Sandier, 1999).

Οι καθυστερήσεις και η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι χαρακτηριστικά δαπανηρών συστημάτων καθώς και μη επαρκώς σχεδιασμένων συστημάτων υγείας. Η βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας ώστε να μειωθούν οι καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών και η αύξηση της χρήσης των πόρων υγείας διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη μείωση του κόστους υγείας (Chand et al., 2009). Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών επισκέπτονται συχνότερα τον ιδιωτικό τομέα υγείας σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών (Siskou et al., 2008).

Σύμφωνα με έρευνα του Ευροβαρόμετρου που διεξήχθη το 1998 σε δείγμα 1000 ατόμων από ευρωπαϊκές χώρες, το 63,1% των ερωτηθέντων διατυπώνουν την αντίθετη στάση τους όσον αφορά στον περιορισμό της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, θεωρούν προτεραιότητα την υγεία και συνεπώς η κάλυψη των επιπλέον δαπανών που προκύπτουν από τις νέες τεχνολογίες και την αύξηση της ζήτησης θα μπορούσαν να καλυφθούν από τη μείωση της χρηματοδότησης που λαμβάνουν άλλοι τομείς, από την αύξηση της φορολογίας στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, από την προσφυγή στην ιδιωτική ασφάλιση και στις ασφαλιστικές εισφορές. Ενώ, η πιθανότητα αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος συγκέντρωσε τα χαμηλότερα ποσοστά προτίμησης των ερωτηθέντων στη συγκεκριμένη έρευνα (Mossialos and King, 1999).

Στο ελληνικό Σύστημα Υγείας εμφανίζεται το παράδοξο φαινόμενο των υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας παρόλο που το σύστημα είναι δημόσιο. Πιο συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές δαπάνες αγγίζουν ποσοστά χωρών με ιδιωτικό σύστημα υγείας όπως οι Η.Π.Α. Οι αιτίες στις οποίες οφείλεται το μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών είναι η

ελλειπής οργάνωση και η λειτουργική ασυνέχεια της Π.Φ.Υ., καθώς επίσης η προκλητή ζήτηση και η παραοικονομία (Τούντας και συν., 2009, Tountas et al., 2002, Γεωργούση και Κυριόπουλος, 1996, Κυριόπουλος, 1995).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη το 2004-2005, ο μέσος όρος των δαπανών υγείας μιας οικογένειας ανερχόταν σε 479€ ετησίως, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 5,6% των συνολικών δαπανών υγείας. Αυτά τα ποσά αποδεικνύουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι υψηλές και ξεπερνούν τις αντίστοιχες των χωρών του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με τα στοιχεία για το 2003 οι ιδιωτικές πληρωμές στην Ελλάδα ανέρχονταν στο 3,5% του Α.Ε.Π., στο 41% όλων των δαπανών υγείας και σε 718\$ ανά κάτοικο (ακολουθώντας την Ελβετία, τις Η.Π.Α. και τη Νορβηγία) (Matsaganis, 2009). Ενώ, το 2011 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν στο 3,1% του Α.Ε.Π. λόγω της οικονομικής ύφεσης της χώρας και αποτελούσαν το 34% των συνολικών δαπανών υγείας (ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013). Ακόμη, τονίζεται ότι περίπου το 66% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας αφορούν εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Siskou et al., 2008). Αν το ποσοστό αυτό διοχετευθεί συνολικά στη δημόσια Π.Φ.Υ. υπό την προϋπόθεση της ορθής διαχείρισης των εσόδων και της εφαρμογής των κατάλληλων εξαιρέσεων θα γίνει εφικτή η αναβάθμιση της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Τα νοικοκυριά που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας ξοδεύουν σχεδόν διπλάσια σε σύγκριση με εκείνα χωρίς ανάλογη ασφάλιση. Επίσης, ενώ οι δαπάνες υγείας αυξάνονται όσο αυξάνεται το οικογενειακό εισόδημα, ωστόσο η αναλογία τους στον οικογενειακό προϋπολογισμό μειώνεται. Επιπλέον, τα νοικοκυριά με ηλικιωμένους και χαμηλοεισοδηματίες δαπανούν μεγαλύτερα ποσά για υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το 11% του οικογενειακού προϋπολογισμού αφορά δαπάνες για την υγεία ηλικιωμένων καθώς και νεογνών (Matsaganis, 2009).

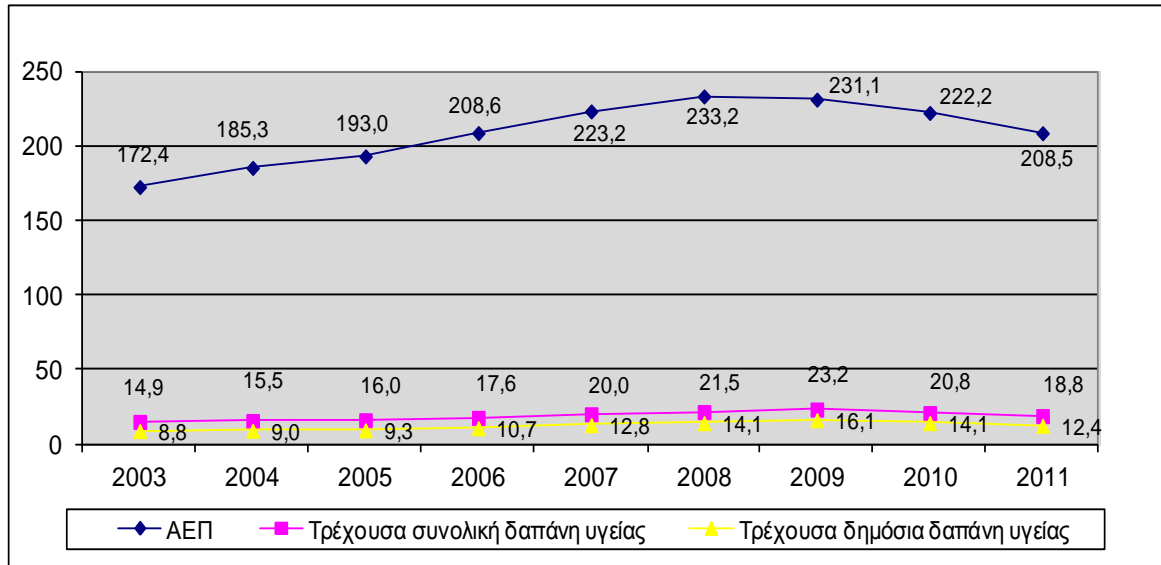
Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. και της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, στην Ελλάδα η αύξηση των δαπανών υγείας ανά δεκαετία είναι η ακόλουθη: από 5,9% του Α.Ε.Π. το 1980, σε 6,7% το 1990, 8% το 2000 και 9,4% το 2010. Όσον αφορά στις δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας το 1980 ήταν 55,6%, το 1990 ήταν 53,7%, το 2000 ήταν 60% και το 2010 ήταν 67,8% (OECD 2012, ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών

Υγείας ΕΚΠΑ, 2013). Ενώ το υπόλοιπο ποσοστό των δαπανών υγείας καλύπτεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικές πληρωμές, μεγάλο ποσοστό των οποίων είναι άτυπες. Μια προσέγγιση του ποσοστού των άτυπων πληρωμών αναφέρει ότι αυτές αναλογούν στο 20% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας (Liaropoulos et al., 2008).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των μεταολυμπιακών ετών 2005-2009 ήταν η αύξηση του Α.Ε.Π. της χώρας, στην οποία ο τομέας της υγείας διαδραμάτισε τον ρόλο αναπτυξιακού μηχανισμού της οικονομίας. Πιο συγκεκριμένα, το 18,9% αυτής της αύξησης αποδίδεται στην αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας, όπου η δημόσια δαπάνη ήταν το 17,8% της αύξησης του Α.Ε.Π. (ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013).

Όπως παρατηρείται στην εικόνα 1.1. και σύμφωνα με τα στοιχεία δαπανών υγείας με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) η πτώση του Α.Ε.Π. της Ελλάδας που σημειώθηκε από το 2009, λόγω της οικονομικής ύφεσης της χώρας, παρέσυρε και τις δαπάνες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2009 ακολούθησαν πτωτική τάση φθάνοντας το 2011 τα ποσοστά του 2006. Παράλληλη ήταν η πορεία των δημοσίων δαπανών υγείας προσεγγίζοντας το 2011 τις αντίστοιχες δαπάνες του 2007 (ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ. το 2011 οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 36%, λόγω της οικονομικής ύφεσης που υφίσταται η χώρα (Kentikelenis et al., 2012)

Εικόνα 1.1.: ΑΕΠ, Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας σε δις ευρώ από το 2003 έως το 2011



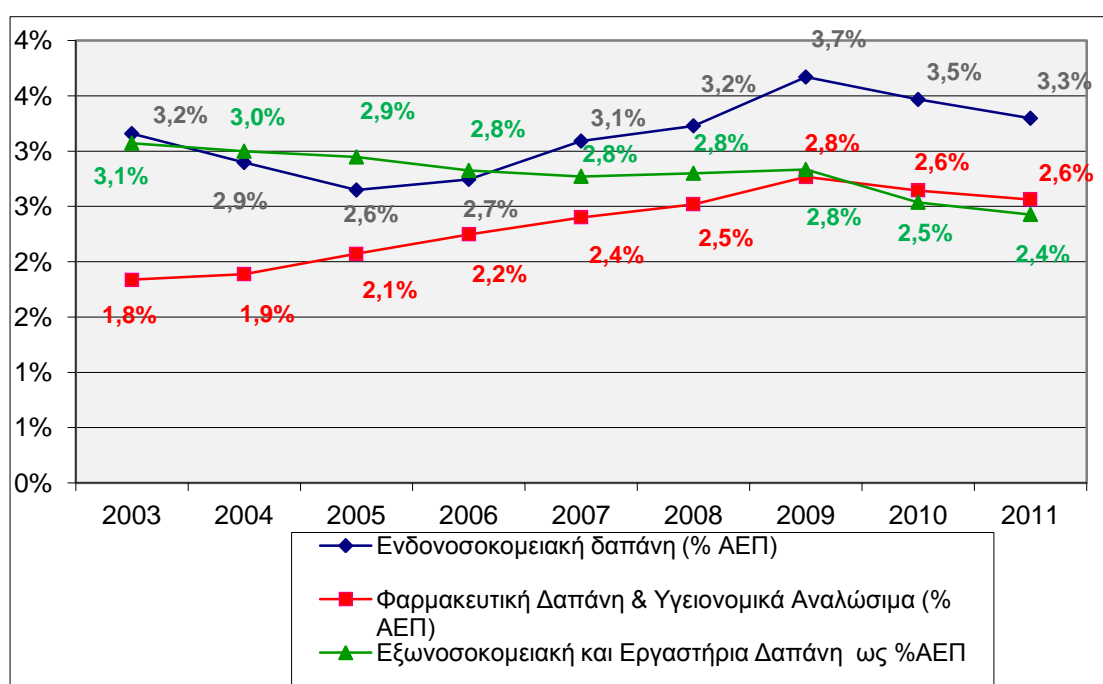
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ & Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013

Επομένως, διαπιστώνουμε ότι ο τομέας της υγείας από μηχανή «ανάπτυξης» που ήταν κατά τη διάρκεια των ετών 2005-2009 μεταβλήθηκε σε έναν από τους κύριους φορείς μείωσης του δημοσιονομικού ελλείμματος από το 2009 μέχρι σήμερα. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η εξέλιξη αυτή χαρακτηρίζεται θετική εάν και εφόσον προκύπτει από τη μείωση της σπατάλης και της διαφθοράς στον υγειονομικό τομέα. Αντίθετα, αν η μείωση των δαπανών υγείας συνοδεύεται από υποχρηματοδότηση των παρόχων φροντίδας υγείας η εξέλιξη αυτή θα προκαλέσει αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Επιπροσθέτως, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα (όπου εντάσσονται και τα κέντρα υγείας) από υψηλότερες που ήταν το 2005 κατά €600 εκ. σε σχέση με τις ενδονοσοκομειακές δαπάνες, το 2009 υστερούν κατά €2 δις. Ενώ, η μείωση από το 2009 έως το 2011 στην εξωνοσοκομειακή δαπάνη άγγιξε τα €500 εκ. λόγω της επιβαλλόμενης πίεσης από τους δανειστές της Ελλάδας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την επακόλουθη μείωση στον προϋπολογισμό για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης συμβάλλει αρνητικά στα επίπεδα νοσηρότητας της χώρας. Επιπλέον, σημειώνεται ότι ως ποσοστό του Α.Ε.Π. οι εξωνοσοκομειακές δαπάνες το 2011 ήταν 2,4%, ενώ οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες ήταν 3,3% και οι φαρμακευτικές και λοιπές δαπάνες

αποτελούσαν το 2,6% του Α.Ε.Π. Ακόμη, είναι αισθητή στην εικόνα 1.2. η σταδιακή μείωση των δαπανών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από το 2003, που απορροφούσε το 3,1% του Α.Ε.Π., καθώς και το άνοιγμα της ψαλίδας με τις υπόλοιπες δαπάνες (ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013). Το μικρό ποσοστό του Α.Ε.Π. που λαμβάνει διαχρονικά η Π.Φ.Υ. δηλώνει την έλλειψη προσανατολισμού του συστήματος υγείας προς την κατεύθυνση ενίσχυσής της.

Εικόνα 1.2.: Ενδονοσοκομειακή, φαρμακευτική και εξωνοσοκομειακή δαπάνη ως ποσοστά του Α.Ε.Π. από το 2003 έως το 2011



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ & Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013

Συνεπώς, η συμμετοχή στο κόστος στα κέντρα υγείας δύναται να εξασφαλίσει επιπλέον πόρους για τις δημόσιες μονάδες υγείας, καλύπτοντας τα ελλείμματα τους και βελτιώνοντας τις υπηρεσίες τους, ώστε να μειωθούν οι επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα. Επομένως, η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας από τους δημόσιους φορείς είναι εξεχούσης σημασίας καθώς εξασφαλίζεται η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος σε μικρότερο ποσοστό συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.1. Η σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αποτελεσματικής παροχής της ιατρικής φροντίδας (WHO, 2002, Saltman and Figueras, 1997). Επιπλέον, τα Συστήματα Υγείας που στηρίζονται σε ισχυρή Π.Φ.Υ. έχουν οικονομικότερη λειτουργία (cost effective) (Campbell, 2004, Brown et al., 2003, Murchie et al., 2003, Oakeshott et al., 2003, Vlek et al., 2003, Shum et al., 2000, Temmink, 2000, Calnan et al., 1996, Vierhout et al., 1995) συγκριτικά με τα «ανοικτά» συστήματα υγείας όπου δεν ισχύει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (Macinko et al., 2003, Shi et al., 2002, Doescher et al., 1999, Starfield, 1994), καθώς επίσης παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα ανισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Wolters et al., 2004, Faulkner, 2003, Poulton and West, 1993). Επομένως, η χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ. αποτελεί επένδυση στην πρόληψη, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας καθώς συμβάλλει στην ευημερία της τοπικής κοινότητας και του συνολικού πληθυσμού (Saltman et al., 2006).

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη – ασθενούς με την επαγγελματική ιατρική φροντίδα του Συστήματος Υγείας. Στην Π.Φ.Υ. περιλαμβάνονται τα ακόλουθα (Haggerty et al., 2003, Wonca, 2002):

- Η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας.
- Η παροχή υπηρεσιών πρόληψης στον πληθυσμό ευθύνης, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής και προαγωγής της υγείας.
- Η λήψη προσωπικών και κοινωνικών δεδομένων των ασθενών. Λαμβάνεται υπόψη το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και οι ανάγκες υγείας του.
- Η συνέχεια της ιατρικής φροντίδας τόσο σε πληροφοριακό επίπεδο, μεταξύ ασθενούς και γιατρού και μεταξύ επαγγελματιών υγείας, όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο μεταξύ ασθενούς και γιατρού.
- Η επικέντρωση στον ασθενή και η συμμετοχή του στη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την υγεία του, λαμβάνοντας υπόψη τη σωματική, κοινωνική και ψυχική διάσταση του ατόμου.

Στον προσανατολισμό της Π.Φ.Υ. ενσωματώνονται οι ακόλουθες αρχές (WHO, 1998, McWhinney, 1998, Starfield, 1998, Donaldson et al., 1994, Starfield, 1992, Donabedian, 1973):

- Η διαθεσιμότητα (*availability*)
- Η προσβασιμότητα (*accessibility*), που σχετίζεται με την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας για κάθε δικαιούχο χωρίς γεωγραφικούς ή οικονομικούς περιορισμούς
- Η αποδοχή (*acceptability*)
- Η συνέχεια της φροντίδας (*continuity of care*)
- Η πληρότητα της φροντίδας (*comprehensiveness*), που αφορά την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία επεκτείνεται πέρα από τη διάγνωση και θεραπεία, στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας και στην αποκατάσταση και απαιτεί την εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων για την ικανοποίησή τους.
- Ο συντονισμός (*coordination*), που αφορά τη σωστή οργάνωση και εναρμόνιση των διαφόρων υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας προς μια κοινή δράση.
- Ο προσανατολισμός στην κοινότητα (*community orientation*)
- Η ασθενοκεντρικότητα (*patient-centeredness*)

Η λειτουργία της Π.Φ.Υ. διαφέρει στις χώρες της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, η συνέχεια της φροντίδας δεν εξασφαλίζεται εάν η Π.Φ.Υ. είναι περιορισμένη καθώς και στην περίπτωση που δεν υπάρχει ένα μοναδικό σημείο εισόδου στο Σ.Υ. Ο τρόπος χρηματοδότησης, η εθνική πολιτική και η δομή του Σ.Υ. καθορίζουν τον τόπο και τον τρόπο εισόδου των ασθενών στην ιατρική φροντίδα, την δυνατότητα καθιέρωσης μακροχρόνιας σχέσης μεταξύ ασθενών και παρόχων Π.Φ.Υ., επηρεάζει τη διατήρηση ιατρικού φακέλου των ασθενών, την επαρκή επαγγελματική εκπαίδευση και την ποιότητα της φροντίδας, καθώς επίσης την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των παρόχων ιατρικής φροντίδας σε διαφορετικά επίπεδα. (Saltman, 2006)

Ο ρόλος που η τοπική αυτοδιοίκηση διαδραματίζει στην Π.Φ.Υ. ποικίλει από χώρα σε χώρα. Πιο συγκεκριμένα, στη Σουηδία και στην Ιταλία, η ευθύνη της Π.Φ.Υ. έχει ανατεθεί στην τοπική αυτοδιοίκηση αποκλειστικά, ενώ στην Ελλάδα λειτουργούν

μονάδες Π.Φ.Υ. από τους Δήμους σε περιοχές όπου η απόσταση από το Κέντρο Υγείας είναι μεγάλη.

Οι φορείς που απαρτίζουν την Π.Φ.Υ. πρέπει να λειτουργούν ως ομάδα, συνεργατικά, στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης του ατόμου και να παρέχεται αποτελεσματικά όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. (Τούντας, 2008).

Οι υπηρεσίες που εντάσσονται στην Π.Φ.Υ., σύμφωνα με τον Kark (1981) είναι:

- Προσυμπτωματικός έλεγχος
- Παροχή φαρμάκων
- Βραχεία νοσηλεία
- Διακομιδή ασθενών
- Νοσηλεία στο σπίτι
- Μετανοσοκομειακή Φροντίδα
- Αποκατάσταση των αναπήρων ή των χρονίων πασχόντων
- Οδοντιατρικές υπηρεσίες
- Αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών
- Μικρές χειρουργικές πράξεις
- Εκπαίδευση ασθενών
- Βιοστατιστική έρευνα
- Επιδημιολογική έρευνα
- Κλινικές δοκιμές για φάρμακα
- Σχολική υγιεινή
- Κοινωνικές/κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας

Οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι (Borras, 1994):

- Δημογραφικοί, π.χ. φύλο, ηλικία. Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Bertakis et al., 2000). Η δημογραφική γήρανση προκάλεσε αύξηση των χρονίων νοσημάτων και της συχνότητας συνταγογράφησης (Philippant et al., 2000, Vladeck and Firman, 1983)
- Κοινωνικοοικονομικοί, π.χ. το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης και η κοινωνική τάξη. Παρατηρείται αυξημένη χρήση υπηρεσιών από ειδικούς γιατρούς κυρίως από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

- Επιδημιολογικοί, π.χ. το επίπεδο υγείας (Mendoza-Sassi and Beria, 2001)
- Δομικά χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας, π.χ. οργάνωση και χρηματοδότηση, είδος και έκταση ασφαλιστικής κάλυψης. Η μεγαλύτερη ασφαλιστική κάλυψη προκαλεί αύξηση των ποσοστών χρήσης της Π.Φ.Υ. (Faulkner and Schauffler, 1997).

Ως ζήτημα υψίστης σημασίας θεωρείται η κατανομή των πόρων σε υποδομές και προγράμματα Π.Φ.Υ. για την βελτίωση της ισότητας στην πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης, η μεταβολή του ρόλου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η διαχείριση περισσότερο σημαντικών και χρονίων περιστατικών στην τοπική κοινωνία εντείνει την ανάγκη ενίσχυσης της Π.Φ.Υ. (Saltman, 2006). Τα πλεονεκτήματα από την μεταφορά των υπηρεσιών υγείας από το δευτεροβάθμιο στο πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι:

- Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας πιο κοντά στην κατοικία των ασθενών.
- Η βελτίωση της προσβασιμότητας των ασθενών και η αύξηση της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η μεταφορά της φροντίδας συχνών χρονίων περιστατικών από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Η μείωση της απασχόλησης των νοσοκομειακών μονάδων για περιστατικά εξωνοσοκομειακής φροντίδας.
- Η ενίσχυση της ισότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αναπτύσσοντας μονάδες Π.Φ.Υ. σε απομακρυσμένες από ιατρική φροντίδα περιοχές. (Mossialos, 2005)

Η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται την ασθενοκεντρική προαγωγή και φροντίδα υγείας και την ευελιξία έκφρασης και εφαρμογής δραστηριοτήτων από τους ίδιους τους ασθενείς, που αντικατοπτρίζει ακριβέστερα τις ανάγκες υγείας της τοπικής κοινωνίας. Η λειτουργία των γενικών γιατρών στη Π.Φ.Υ. ως φύλακες (gate-keepers) για την είσοδο στη δευτεροβάθμια φροντίδα συμβάλλει στον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και στη δυνατότητα εξοικονόμησης πόρων από την ενίσχυση της Π.Φ.Υ. (Brown and Crampton, 1997).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα Υγείας, οι στρατηγικές κατευθύνσεις προς τις οποίες πρέπει να κινηθεί η Π.Φ.Υ. όσον αφορά στην επένδυση στις νέες ηλικίες ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα για την υγεία των παιδιών κατά την γέννηση καθώς και σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, είναι:

- Η παροχή ενεργητικής φροντίδας πριν και μετά τον τοκετό σε ευάλωτες κοινωνικά οικογένειες.
- Η διάθεση πόρων για προγράμματα κατ' οίκον επισκέψεων.
- Η υιοθέτηση κυβερνητικού προσανατολισμού στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τα παιδιά.
- Η ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων σε οικογένειες με παιδιά στη νηπιακή ηλικία.
- Η υποστήριξη της μετάβασης του παιδιού από το σπίτι στο σχολείο.
- Η βελτίωση της πρόσβασης από ευάλωτες οικογένειες σε θρεπτική, οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας διατροφή.
- Η ενίσχυση των υπηρεσιών φροντίδας της στοματικής υγιεινής.

Επιπλέον, οι στρατηγικές κατευθύνσεις που προτείνονται για την ενίσχυση της συμμετοχής της κοινότητας στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, είναι:

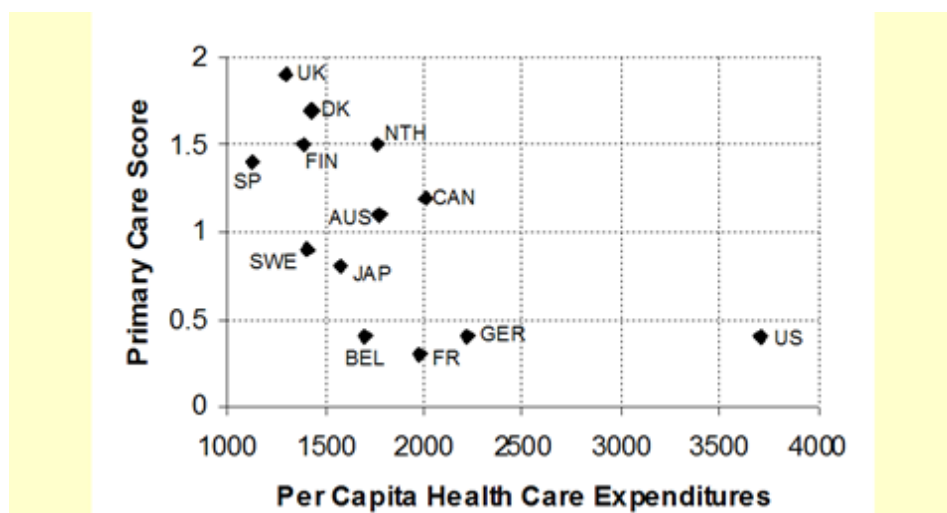
- Η αύξηση της συμμετοχής από μη προνομιούχες κοινωνικές ομάδες.
- Η αύξηση της συμμετοχής του ασθενούς-καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας.
- Η ενίσχυση της συνεισφοράς μη κυβερνητικών οργανισμών.
- Η ενίσχυση της συμμετοχής της κοινότητας στο στάδιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας.
- Η καταγραφή και αξιολόγηση μοντέλων αποτελεσματικής συμμετοχής των κοινοτήτων στις κατά τόπους υπηρεσίες υγείας.

Τα πλεονεκτήματα από τη λειτουργία της Π.Φ.Υ. εντοπίζονται στη βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού στις χώρες όπου αυτή εφαρμόζεται αποτελεσματικά (Lakhani, 2003). Πιο συγκεκριμένα, σε αυτές τις χώρες παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά γενικής θνησιμότητας, αλλά και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά επεισόδια, από καρκίνο, παιδικής θνησιμότητας, αύξηση του

προσδόκιμου ζωής, αύξηση της αυτοαξιολόγησης της υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών (Starfield et al. 2005, Starfield, 1991).

Παρατηρείται ότι οι χώρες εκείνες οι οποίες έχουν αναπτύξει την Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν χαμηλές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (διάγραμμα 2.1.), ενώ η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού συμβάλλει στον έλεγχο της εξωνοσοκομειακής δαπάνης (Delnoij et al., 2000).

Διάγραμμα 2.1.: Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο
σε σχέση με την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.



Πηγή: Starfield and Shi, 2002

Η σημασία της ενίσχυσης της Π.Φ.Υ. για την εξοικονόμηση πόρων καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι από το 75% του πληθυσμού που παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας σε διάστημα ενός μήνα, το 1/3 θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. και το 80-90% των περιστατικών που προσφεύγουν στην Π.Φ.Υ. μπορούν να αντιμετωπιστούν σε αυτό το επίπεδο (Τούντας, 2008). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Starfield (1998) εκτιμάται ότι το 60-65% του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών κάνει χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε διάστημα ενός χρόνου. Ενώ, ο κατά κεφαλήν δείκτης ετήσιας χρήσης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κυμαίνεται από 4-8 επισκέψεις στην Π.Φ.Υ.

Επιπλέον, από μελέτες προκύπτει ότι η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. προκαλεί μείωση των ανισοτήτων υγείας και πιο συγκεκριμένα σε υποβαθμισμένες περιοχές όπου υπάρχουν τοπικά Κ.Υ. έχει παρατηρηθεί μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (Starfield et al., 2005, Gordis, 1973).

2.2. Προοπτική ενίσχυσης και αξιολόγησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα κεφάλαια για την ενίσχυση της επέκτασης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. θα διατίθενται από τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, στα πλαίσια μείωσης του όγκου των δραστηριοτήτων τους. Η εξοικονόμηση του κόστους από την μεταφορά της δευτεροβάθμιας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επιτυγχάνεται μέσω του χαμηλότερου μισθολογικού κόστους για την Π.Φ.Υ. σε σχέση με τη δευτεροβάθμια, μέσω της μείωσης των γενικών εξόδων και της μείωσης του χρόνου και του κόστους μετακίνησης των ασθενών. Από την άλλη μεριά, πραγματοποιείται απώλεια των οικονομιών κλίμακος στα νοσοκομεία, το κόστος αυτό όμως αντισταθμίζεται από το όφελος της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μακροπρόθεσμα. Επιπροσθέτως, ο κίνδυνος παροχής μη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας από ενδεχομένως λιγότερο έμπειρους επαγγελματίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δύναται να αντιμετωπιστεί από την αξιολόγηση και την εκπαίδευσή τους (Οικονόμου Ν., 2012).

Τα κριτήρια αξιολόγησης της Π.Φ.Υ. είναι (Cochrane, 1972, Κυριόπουλος, 2000):

- Η ισότητα
- Η αποτελεσματικότητα
- Η ποιότητα
- Η διαθεσιμότητα
- Η προσβασιμότητα και
- Η αποδοτικότητα

Ισότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισότητα στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους. Σκοπός είναι να αποφευχθούν οι διακρίσεις λόγω της κοινωνικής, οικονομικής, φυλετικής, πολιτισμικής διαφοροποίησης των ασθενών και να διαφυλαχθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας ως κοινωνικό αγαθό (Κυριόπουλος και συν., 1999). Απώτερος στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων και η σύγκλιση των δεικτών υγείας ανεξαρτήτως γεωγραφικών ή πληθυσμιακών παραγόντων (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Αποτελεσματικότητα

Σύμφωνα με τους Long & Harrison (1985), αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας υγείας είναι ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός. Αλλά σύμφωνα με τους Arah et al., (2003) η αποτελεσματικότητα αναφέρεται κυρίως στα κλινικά αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού.

Ποιότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), ποιότητα είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Διαθεσιμότητα

Η δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς περιορισμούς.

Προσβασιμότητα

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. επηρεάζεται από:

- Την εγγύτητα της υπηρεσίας
- Το κόστος
- Τις ώρες λειτουργίας και το πρόγραμμα των ραντεβού

- Το φάσμα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που παρέχονται
- Την καταλληλότητα του προσωπικού και
- Την πολιτιστική ταυτότητα (OECD, 2012)

Αποδοτικότητα

Ως αποδοτικότητα μιας υπηρεσίας ορίζεται ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων της (οικονομικών πόρων, ανθρώπινου δυναμικού, κτιριακών εγκαταστάσεων, υλικού εξοπλισμού κ.ά.) για την παραγωγή έργου (π.χ. εξετασθέντες ασθενείς, εργαστηριακές εξετάσεις, θεραπείες που εφαρμόστηκαν κ.λ.π.) ή τελικών αποτελεσμάτων στην υγεία (π.χ. μείωση της θνησιμότητας, αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών κ.ά.) (Palmer and Torgerson, 1999, Peacock et al. 2001). Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία οι διαθέσιμοι πόροι υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών υγείας. Επομένως, πρέπει να αναζητηθεί η πιο αποδοτική κατανομή των πόρων ώστε να μεγιστοποιηθεί η ωφέλεια του κοινωνικού συνόλου (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Τις τελευταίες δεκαετίες η Π.Φ.Υ. αποτελεί κοινό τόπο των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών του Υπουργείου Υγείας, ως κύριο συστατικό αυτών (Σουλιάτης και Λιονής, 2003). Παρόλ' αυτά οι εν λόγω σχεδιασμοί δεν έχουν οδηγήσει σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα Π.Φ.Υ. που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών (Lionis et al., 2009). Κύριο έλλειμμα αποτελεί η απουσία σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών που συνδέονται με την Π.Φ.Υ., ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης (Τούντας και συν., 2008). Κυρίως τα προβλήματα εντοπίζονται στην οργάνωση των υποστηρικτικών συστημάτων στο επίπεδο της οικονομικής διαχείρισης, της τεχνολογίας, της εκπαίδευσης και της έρευνας αλλά και στην κάλυψη των θέσεων αυτών με ανάλογα εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό (Κυριόπουλος και συν., 2007). Στις ελλείψεις αυτές οφείλονται οι δυσλειτουργίες της Π.Φ.Υ. σε επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης, σχεδιασμού και εφαρμογής ενιαίας εθνικής πολιτικής για ολοκληρωμένη Π.Φ.Υ. (Τούντας και συν., 2009, Οικονομου and Mariolis, 2010).

Αξιολόγηση εισροών

Όσον αφορά στη στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ. έχει επισημανθεί η έλλειψη επαρκούς και συστηματικά εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού λόγω ελλειπούς προγραμματισμού των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό με βάση τις προτεραιότητες που έχουν τεθεί από τους στόχους της Π.Φ.Υ. και από τον πληθυσμό ευθύνης (Κομματάς και συν., 2008, Κυριόπουλος και συν., 2007). Η εκπαίδευση του προσωπικού παρουσιάζει έντονο νοσοκομειακό χαρακτήρα με έλλειψη επικέντρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας και προαγωγής της υγείας (Adamakidou and Kalokerinou, 2010, Κυριόπουλος και συν., 2000, Μπένος, 1996). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., εντοπίζεται έλλειψη γενικών ιατρών που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ρόλο οικογενειακού γιατρού, ενώ αντίθετα παρουσιάζεται πληθώρα γιατρών με ειδικευση (OECD, 2009, Oikonomou and Mariolis, 2010).

Επιπροσθέτως, η παρατηρούμενη έλλειψη του αναγκαίου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, πληροφοριακών συστημάτων και του κατάλληλου προσωπικού για το χειρισμό τους έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή λειτουργία της δημόσιας Π.Φ.Υ. και τον προσανατολισμό των ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η έλλειψη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και η αδυναμία λειτουργίας της Π.Φ.Υ. στα πλαίσια συστηματικής και συνεχούς φροντίδας υγείας του πληθυσμού οδηγεί στην περιπλάνηση του ασθενούς στο σύστημα υγείας και στην αύξηση των δαπανών υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2000, Κυριόπουλος και συν., 1996, Θεοδωράκης και Λιονής, 2003). Η έλλειψη συντονισμένης παρακολούθησης των ασθενών και οι αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ των υπηρεσιών υγείας προκαλεί μειωμένη αποτελεσματικότητα και δυσάρεστες προεκτάσεις στην υγεία του πληθυσμού (Γεωργούση και συν., 2000, Λιονής και Μερκούρης, 2000). Ακόμα η απουσία συστήματος τήρησης και διαχείρισης ιατρικών αρχείων και ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου αποτελεί αρνητικό παράγοντα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της συνέχειας της φροντίδας (Mossialos et al. 2005).

Αξιολόγηση εκροών

Οι εκροές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα επικεντρώνονται κυρίως γύρω από τη συνταγογράφηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία, ενώ σποραδικά υλοποιούνται υπηρεσίες αποκατάστασης, πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας καθώς και η κατ' οίκον επισκέψεις (Κυριόπουλος και συν., 2007, Κομματάς και συν., 2008). Επιπλέον, οι ασθενείς κατά τις απογευματινές ή βραδινές ώρες καταφεύγουν στα τμήματα επειγόντων περιστατικών του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες γιατρούς εξαιτίας της έλλειψης διαθέσιμων δημόσιων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Λιονής και Μερκούρης, 2000, Βερενίκη και Υφαντής, 2003)

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας παρουσιάζεται υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας λόγω των δυσκολιών πρόσβασης, του μεγάλου χρόνου αναμονής, των άτυπων πληρωμών, της χαμηλής ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, της κακής ξενοδοχειακής υποδομής και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (Abel Smith et al., 1994, Health Statistics, 2002, Σουλιώτης και συν., 2003, Τούντας και συν., 2008, Κυριόπουλος και συν., 2000).

Οι ανισότητες που εμφανίζονται στο ελληνικό σύστημα Π.Φ.Υ. εντοπίζονται σε γεωγραφικό επίπεδο μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, καθώς και μεταξύ ασφαλισμένων διαφορετικών ταμείων όσον αφορά στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, παράγοντας ανισότητας υπέρ των πλουσίων αποτελεί η αυξανόμενη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας καθώς και οι άτυπες πληρωμές (Tountas et al., 2011, Oikonomou and Tountas, 2011, Siskou et al., 2008, Oikonomou et al., 2012).

Αξιολόγηση αποδοτικότητας

Η έλλειψη αποδοτικότητας των φορέων παροχής Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα έχει συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες (Worthington, 2004, Mossialos et al., 2005). Επομένως, η μέτρηση και η αύξηση της αποδοτικότητας είναι επιτακτική, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση

που υφίσταται η χώρα τα τελευταία έτη και στην οποία συμβάλλει η σπατάλη πόρων στον χώρο της υγείας (Oikonomou et al., 2012). Η Π.Φ.Υ. έχει αναγνωριστεί διεθνώς ως πιο αποτελεσματική και αποδοτική σε σχέση με την εξειδικευμένη φροντίδα από νοσοκομεία και επομένως το ζητούμενο δεν θα πρέπει να είναι η συρρίκνωση της αλλά η βελτίωση της (Delnoij et al., 2000, Lakhani, 2003, Starfield et al., 2005, WHO, 2008). Η σωστή καθοδήγηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας καθώς και η οργάνωση των εν λόγω υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της αποδοτικότητας (ΕΣΔΥ, 2006). Μεσοπρόθεσμα η αύξηση της αποδοτικότητας μπορεί να επιτευχθεί με την απορρόφηση από τα Κ.Υ. των οξέων περιστατικών που απευθύνονται σε ιδιώτες γιατρούς ή ΤΕΠ νοσοκομείων. Η τρέχουσα συγκυρία του περιορισμού των οικονομικών πόρων μπορεί να συμβάλλει σε αυτό, διότι αποθαρρύνει τους πολίτες από την χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ή την προσφυγή σε απομακρυσμένες δομές υγείας. Επιπλέον τρόπος αύξησης της αποδοτικότητας είναι η τόνωση των κατ' οίκον επισκέψεων για οξέα περιστατικά (Οικονόμου, 2012). Ενώ μακροπρόθεσμα η αύξηση των δράσεων πρόληψης και αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων θα οδηγήσει στην επιθυμητή μείωση των εκτάκτων περιστατικών (Θεοδωράκης και Λιονής, 2003).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας η οποία συμβάλλει στην αποδοτικότητα, προκαλώντας μείωση του κόστους και καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το περιβάλλον των μονάδων υγείας και η συμπεριφορά του προσωπικού στην εξασφάλιση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Murillo-Zamorano, 2004, Πετσετάκη, 1993)

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΣΔΥ (2006) οι αιτίες για τις οποίες κάποιος ασθενής επισκέπτεται μονάδες Π.Φ.Υ. παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1.:

Πίνακας 2.1.: Κατανομή αιτιών επίσκεψης σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. τον τελευταίο μήνα, ανά υπηρεσία υγείας

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΕΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ					
	Ιδιωτικό ιατρείο	Περιφερειακό ιατρείο	Εξωτερικά Ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων	Κέντρο υγείας	Πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού	Διαγνωστικό κέντρο
Προληπτικές εξετάσεις	26,1	10,0	16,5	17,4	13,7	37,6
Συμπτώματα ή άλλες καταστάσεις υγείας	17,7	12,7	14,5	9,8	8,6	0,9
Αντιμετώπιση χρόνιου νοσήματος	17,2	13,6	24,5	15,8	24,3	2,8
Αναγραφή συνταγών	25,5	55,5	21,1	39,1	40,2	5,5
Εργαστηριακές εξετάσεις	11,2	7,3	18,5	15,2	12,7	53,2
Άλλη αιτία	2,3	0,9	4,8	2,7	0,6	0,0

Πηγή: ΕΣΔΥ 2006

Έχει διαπιστωθεί από την έρευνα «Hellas Health I» ότι από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών μόνο το 20% επισκέπτεται κάποιο Κ.Υ. ή περιφερειακό ιατρείο (7,5% και 12,5% αντίστοιχα) για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας, ενώ οι υπόλοιποι απευθύνονται σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους ή μη με τα ταμεία (47,5%), στα Εξωτερικά Ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων (15,3%) και στα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων (13,7%) (πίνακας 2.2.) (Oikonomou and Tountas, 2011a). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος μετακίνησης και το κόστος χρόνου για τους ασθενείς. Επομένως, υπάρχει ευρύ πεδίο δράσης για την προσέλκυση ασθενών στα Κ.Υ.

Πίνακας 2.2.: Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά αστικότητα και οικογενειακή κατάσταση

Σημεία ιατρικής φροντίδας	Σύνολο	Αστικότητα		Οικογενειακή κατάσταση		
		Αστικά	Αγροτικά	Παντρεμένοι	Άγαμοι	Άλλο
Σε ιδιώτη γιατρό	26,0%	24,0%	31,8%	27,2%	26,2%	18,3%
Σε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με ταμείο	25,6%	28,9%	15,7%	26,8%	24,2%	21,7%
Σε ιατρεία ασφαλιστικού ταμείου	24,5%	28,1%	13,7%	24,0%	22,5%	31,3%
Σε εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων	12,7%	11,9%	15,3%	9,6%	18,9%	17,4%
Σε κέντρα υγείας	4,9%	4,0%	7,5%	5,3%	3,3%	6,1%
Σε περιφερειακά ιατρεία	4,7%	2,0%	12,5%	5,3%	3,3%	4,3%
Σε εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων	0,3%	*	1,2%	0,5%	*	*
ΔΑ	1,4%	1,1%	2,4%	1,4%	1,6%	0,9%

Πηγή: Tountas Y. et al. 2011

Οι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. έχουν τη δυνατότητα να οργανώσουν προγράμματα προαγωγής της υγείας, αλλά από την άλλη μεριά, εμπόδιο αποτελεί η νοσοκομειοκεντρική εκπαίδευσή τους (Οικονομου and Mariolis, 2009, Vivilaki et al., 2005). Παράλληλα, σύμφωνα με τον Ζηλίδη (1995) τα Κ.Υ. έχουν ελλείψεις σε προσωπικό εξειδικευμένο σε δράσεις προαγωγής υγείας, όπως επισκέπτες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς, όσο και σε κατάλληλο εξοπλισμό αγωγής υγείας (π.χ. επιδείξεων και προβολών), παροχής ιατρικής εργασίας, δημόσιας και περιβαλλοντικής υγιεινής, εκπαίδευσης προσωπικού και πληροφορικής τεχνολογίας. Η επιστημονική επάρκεια και συμπεριφορά του προσωπικού και οι διοικητικές ικανότητες του διευθυντή μπορούν να κάνουν τη διαφορά στην αποδοτικότητα μεταξύ ομοειδών μονάδων (Οικονόμου, 2012).

Οι λόγοι για τους οποίους είναι αναγκαία η ενίσχυση των δημόσιων φορέων παροχής Π.Φ.Υ. είναι:

- Οι ιδιωτικοί φορείς δεν παρέχουν τη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας (continuity) όπως οι δημόσιες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.
- Οι ιδιωτικοί φορείς δεν παρέχουν υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, προγράμματα σχεδιασμένα για την κοινότητα και υπηρεσίες πρόληψης της υγείας, σε αντίθεση τις δημόσιες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.
- Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα απευθύνονται λιγότερο σε ιδιωτικούς φορείς Π.Φ.Υ. εν συγκρίσει με τους δημόσιους φορείς.
- Η μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, που εκτός του ότι διοχετεύονται σε ιδιώτες ενώ θα μπορούσαν να παραμείνουν στο Ε.Σ.Υ. και να το βελτιώσουν, αυξάνουν και τις συνολικές δαπάνες υγείας (Mossialos et al., 2005).

Η ενδυνάμωση του ρόλου της Π.Φ.Υ. θα μπορούσε να προκαλέσει τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τον περιορισμό των ανισοτήτων και τη μείωση των δαπανών υγείας του συστήματος, περιορίζοντας μακροπρόθεσμα τη μη αναγκαία νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό θα ενθάρρυνε μια προσέγγιση κόστους-αποτελεσματικότητας, παρέχοντας τη δυνατότητα στη νοσοκομειακή περίθαλψη να

επικεντρώσει τις δαπάνες της προς όφελος εκείνων που χρήζουν ανάλογης φροντίδας (Cumming and Mays, 2011).

Επιπλέον, η ισχυροποίηση της Π.Φ.Υ. κρίνεται αναγκαία λόγω της αύξησης των χρονίων νοσημάτων, ως αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού. Έχει διαπιστωθεί ότι το 20% - 40% του πληθυσμού της Ε.Ε. άνω των 15 ετών θεωρείται ότι πάσχει από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, τα οποία ως επί το πλείστον οφείλονται σε λανθασμένες συμπεριφορές (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ) αλλά και σε κλινικούς παράγοντες (αρτηριακή υπέρταση κλπ) (Nolte and McKee, 2008, Beaglehole et al., 2007). Αυτό αποτελεί πεδίο στο οποίο η Π.Φ.Υ. μπορεί να συμβάλλει εκτός από τη διάγνωση και την αντιμετώπιση, στην πρόληψη των εν λόγω παθήσεων, με συντονισμένες προσπάθειες και δημιουργία κατάλληλων πρωτοκόλλων για τη διαχείρισή τους (Maher et al., 2009, Graham et al., 2007).

2.4. Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία από τους Θεοδώρου και συν. (2005) και Τούντας και συν. (2008), παρέχεται από τις ακόλουθες δομές:

- *Τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.:*
 - τα Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων - πρωινά και απογευματινά
 - τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία

- *Τις δομές της κοινωνικής ασφάλισης που αποτελούνται από:*
 - το δίκτυο των μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (πολυϊατρεία, εργαστήρια κ.λ.π.) και τα λίγα πολυϊατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΔΕΗ, ΟΣΕ, ΤΥΠΕΤ κλπ)
 - τους συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες γιατρούς και τα διαγνωστικά εργαστήρια

- *Τον ευρύτερο δημόσιο τομέα που περιλαμβάνει:*
 - τις στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης

- τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία)
- άλλες υπηρεσίες πρόνοιας (ΚΑΠΗ)
- τις μη κυβερνητικές - μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (ΜΚΟ) μέσω των πολυϊατρείων τους

➤ *Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει:*

- ιδιώτες γιατρούς
- διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια
- εξωτερικά Ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
- κέντρα αποκατάστασης
- ορισμένες άλλες εξειδικευμένες μονάδες

Στον πίνακα 2.3. απεικονίζονται οι κυριότερες δομές Π.Φ.Υ. βασισμένες σε στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη, ανάλογα με την τοποθεσία, τον αριθμό, το προσωπικό και ποιοί έχουν το δικαίωμα να χρησιμοποιούν τις εν λόγω υπηρεσίες.

Πίνακας 2.3.: Χαρακτηριστικά κυριότερων δομών ελληνικής Π.Φ.Υ.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	Ημί-αστική	202	1953 ιατρικό (από τους οποίους οι 964 αγροτικοί)	Όλοι οι πολίτες
	Αγροτική		οι 387 αγροτικοί) 1780 νοσηλευτικό 1376 παραϊατρικό	
	Αστική (σπάνια)		2010 λοιπό	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	Αγροτική	1409	1684 ιατρικό (από τους οποίους οι 964 αγροτικοί) 236 νοσηλευτικό 83 παραϊατρικό	Όλοι οι πολίτες
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	Αστική	132	Μη προσδιορισμένο	Όλοι οι πολίτες
ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ (ΠΡΩΗΝ ΙΚΑ)	Αστική Ημί-αστική (σπάνια)	292	8077 ιατρικό 3814 νοσηλευτικό	Ασφαλισμένοι ΕΟΠΥΥ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	Αστική	20.000 ιατρεία	5.000 ιατρικό	Δωρεάν σε συμβεβλημένα ιατρεία με ταμείο
	Ημί-αστική (σπάνια)	400 διαγνωστικά κέντρα	30.000 λοιπό	Κατά πράξη και περίπτωση για τα υπόλοιπα

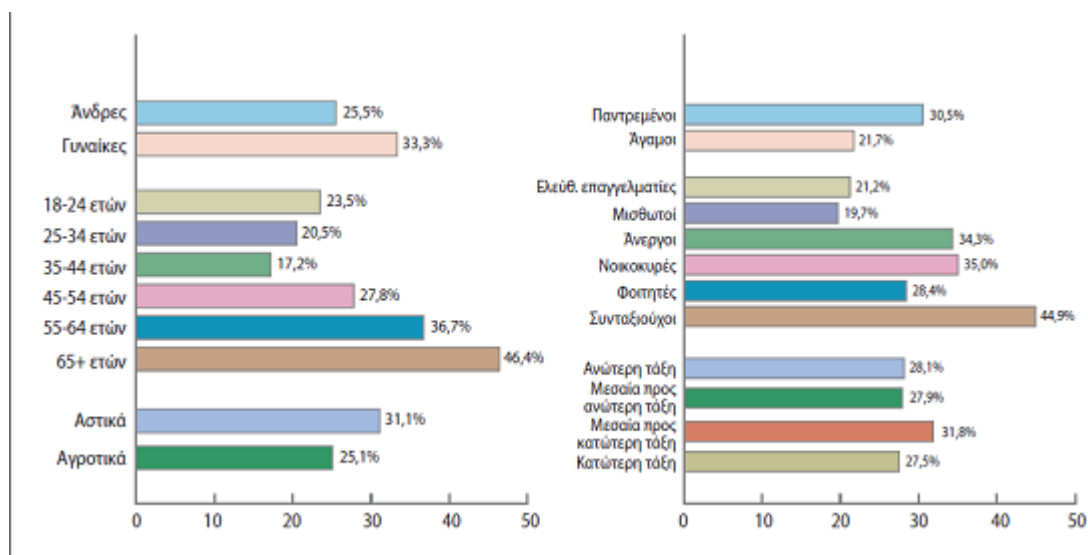
Πηγή: Οικονόμου Ν., 2012

Συνολικά οι πάροχοι της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα είναι:

- Γενικοί Ιατροί (GPs)
- Οι Νοσηλευτές/τριες
- Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας, π.χ. μαιές, φυσιοθεραπευτές
- Φαρμακοποιοί
- Οδοντίατροι
- Κέντρα Υγείας
- Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Κοινωνικά Ιατρεία

Σύμφωνα με την έρευνα “Hellas Health I” που πραγματοποιήθηκε το 2006 (ΙΚΠΙ, 2006), το 66,6% του ελληνικού πληθυσμού έχει επισκεφθεί γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Από αυτούς το 25% έχει πραγματοποιήσει μια επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, ενώ το υπόλοιπο 51% έχει επισκεφθεί δύο έως και δέκα φορές κάποιον επαγγελματία υγείας τον τελευταίο χρόνο. Στην ίδια έρευνα οι κατηγορίες των ατόμων που παρουσίασαν τη μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε κάποιο επαγγελματία υγείας σ’ ένα μήνα είναι οι γυναίκες (33,3%), οι παντρεμένοι (30,5%), τα άτομα άνω των 65 ετών (46,4%) και οι κάτοικοι των αστικών κέντρων (31,1%) (διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 2.2.: Ποσοστά επαφής με επαγγελματία υγείας ανά μήνα



Πηγή: Τούντας και συν. 2008

Επιπλέον, από τα ευρήματα της Hellas Health I προκύπτει ότι το 26% των ασθενών επισκέπτονται ιδιώτη γιατρό για Π.Φ.Υ., το 25,6% επισκέπτονται ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο και μόνο το 4,9% επισκέπτονται Κ.Υ. (πίνακας 2.4.). Βέβαια, το ποσοστό των επισκέψεων στα Κ.Υ. πρέπει να μελετηθεί σε συνάφεια με τον τόπο κατοικίας των ερωτώμενων, αλλά παρόλ’ αυτά είναι ενδεικτικό της υποβάθμισης των υπηρεσιών των Κ.Υ. Επίσης, παρατηρείται ότι οι πολίτες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας δαπανώντας ιδιωτικούς πόρους. Επομένως, η καταβολή ενός συμβολικού αντιτίμου από τους ασθενείς για να

λάβουν υπηρεσίες από τα Κ.Υ. είναι οικονομικότερη επιλογή και τα έσοδα συμβάλλουν στην ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας.

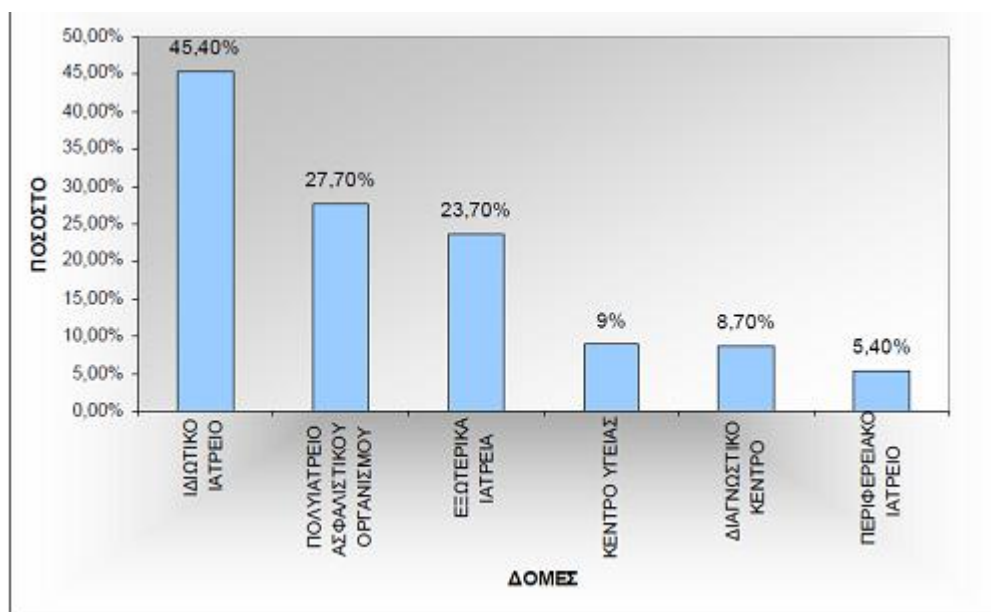
Πίνακας 2.4.: Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά φύλο και ηλικία

Σημεία ιατρικής φροντίδας	Σύνολο	Φύλο		Ηλικία					
		Ανδρες	Γυναίκες	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Σε ιδιώτη ιατρό	26,0%	24,6%	27,2%	23,5%	30,3%	33,9%	26,5%	23,3%	18,8%
Σε ιδιώτη ιατρό συμβεβλημένο με ταμείο	25,6%	26,5%	24,7%	27,8%	27,0%	27,8%	32,5%	20,0%	20,5%
Σε ιατρεία ασφαλιστικού ταμείου	24,5%	22,6%	26,2%	20,9%	19,5%	21,1%	25,2%	28,9%	30,4%
Σε εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων	12,7%	14,9%	10,7%	19,1%	14,6%	7,2%	9,3%	15,3%	12,9%
Σε κέντρα υγείας	4,9%	5,0%	4,8%	3,5%	3,8%	5,0%	2,6%	5,3%	7,6%
Σε περιφερειακά ιατρεία	4,7%	4,6%	4,8%	3,5%	3,8%	3,3%	2,0%	4,7%	8,9%
Σε εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων	0,3%	0,2%	0,4%	*	*	*	0,7%	0,7%	0,4%
ΔΑ	1,4%	1,7%	1,1%	1,7%	1,1%	1,7%	1,3%	2,7%	0,4%

Πηγή: Τούντας και συν. 2008

Ανάλογα αποτελέσματα απεικονίζονται στο διάγραμμα 2.3. από έρευνα της ΕΣΔΥ (2006). Ενδεικτικό και στην εν λόγω έρευνα είναι το χαμηλό ποσοστό των επισκέψεων στα Κ.Υ.

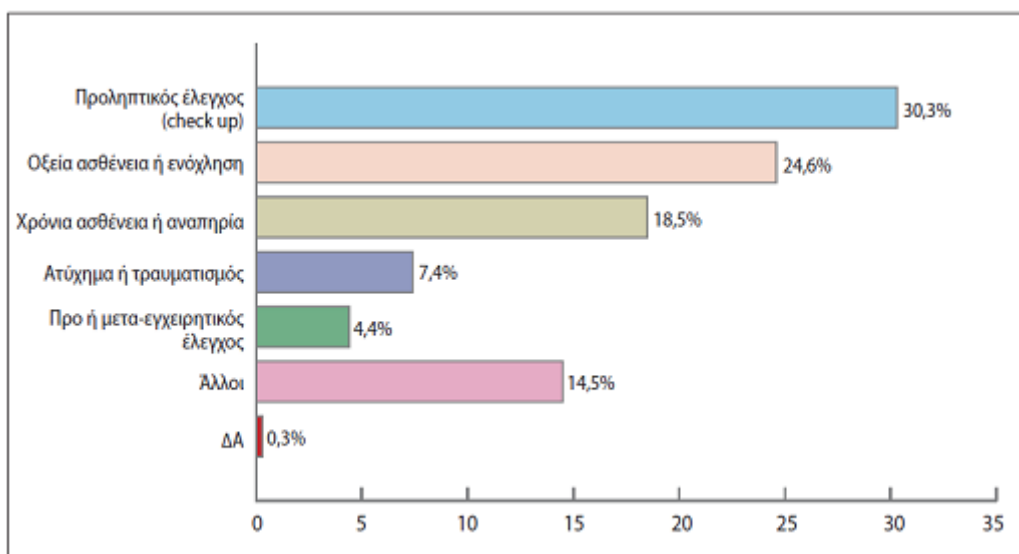
Διάγραμμα 2.3.: Συχνότητα επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας τον τελευταίο μήνα ανά υπηρεσία υγείας



Πηγή: ΕΣΔΥ 2006

Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς επισκέπτονται κάποιον επαγγελματία υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι κυρίως ο προληπτικός έλεγχος (check up), (διάγραμμα 2.4.). Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει τη σημασία που δίνουν οι πολίτες στην πρόληψη και το ευρύ πεδίο δράσης της Π.Φ.Υ.

Διάγραμμα 2.4.: Λόγοι επαφής με επαγγελματία υγείας

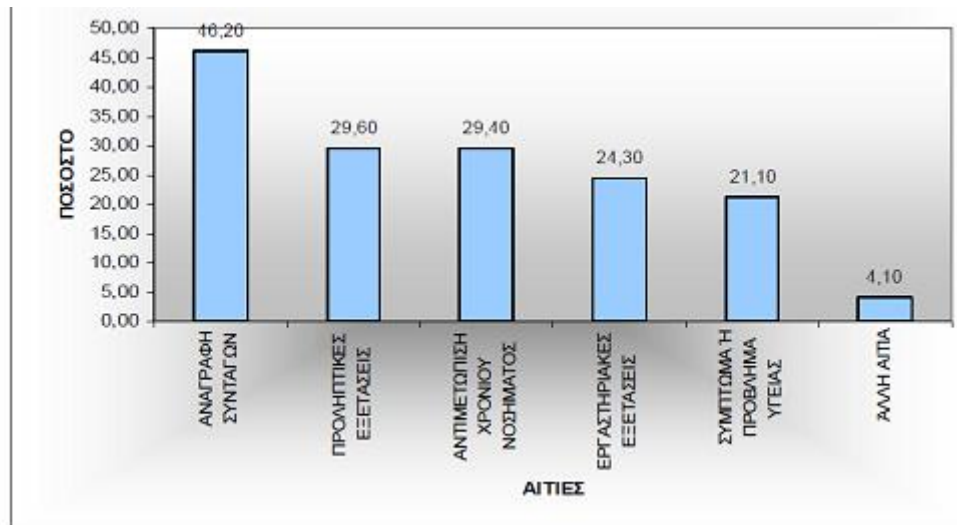


Πηγή: Τούντας και συν. 2009

Από την εν λόγω μελέτη, διακρίνοντας τους ερωτώμενους με βάση το βαθμό αστικότητας του τόπου κατοικίας τους, διαπιστώνεται ότι στις αστικές περιοχές οι κάτοικοι προσφεύγουν περισσότερο σε υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής συγκριτικά με τους κατοίκους των μη αστικών περιοχών, οι οποίοι επισκέπτονται κάποιον επαγγελματία υγείας κυρίως σε περίπτωση οξείας ενόχλησης (ΙΚΠΙ 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας της ΕΣΔΥ (2006) για τις αιτίες επίσκεψης στην Π.Φ.Υ., η συχνότερη αιτία επίσκεψης εμφανίζεται να είναι η συνταγογράφηση (διάγραμμα 2.5.).

Διάγραμμα 2.5.: Κατανομή αιτιών επίσκεψης σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. τον τελευταίο μήνα



Πηγή: ΕΣΔΥ 2006

2.5. Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας

Τα κέντρα υγείας οργανώνονται για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο (Fry, 1978). Ενώ, κυρίαρχος είναι ο εν λόγω θεσμός των κέντρων υγείας στη Σουηδία, στην Ισπανία και στην Πορτογαλία. (Philalithis, 2004).

Οι συνέπειες λειτουργίας των τοπικών κέντρων υγείας είναι:

- η μείωση της χρήσης των κλινών επείγουσας φροντίδας στα νοσοκομεία
- η μείωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας σε περιπτώσεις μη επειγόντων περιστατικών
- η αύξηση του ελέγχου για ασθένειες ρουτίνας από τα κέντρα υγείας
- η βελτίωση της συμμετοχής των ασθενών-καταναλωτών σε αποφάσεις για την υγεία τους
- και επιτυγχάνονται οι στόχοι της Π.Φ.Υ. σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Blumenthal et al., 1995)

Ο προσανατολισμός και οι υπηρεσίες που παρέχουν τα Κ.Υ. παρατηρείται ότι διαφέρει στις πόλεις από την επαρχία. Τα Κ.Υ. στις πόλεις επικεντρώνονται κυρίως στην πρόληψη, καθώς τα νοσοκομεία που βρίσκονται εγγύς παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες, ενώ στην επαρχία κυρίως αντιμετωπίζουν χρόνια και οξεία περαστικά

(Τούντας, 2002). Έχει διαπιστώθει η συνεισφορά των Κ.Υ. στην τοπική κοινωνία συμβάλλοντας στην οικονομική και κοινωνική αναβάθμιση, καθώς και στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών σε θέματα σχετικά με την υγεία τους (Davis and Warner, 1981). Ενώ, συνολικά η ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως φορέων Π.Φ.Υ. συνεπάγεται τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την εξοικονόμηση κόστους λόγω της αποφυγής ακριβών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων με αποτέλεσμα τη μείωση του συνολικού κόστους για το σύστημα υγείας (Starfield, 1998).

2.6. Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα

Η ίδρυση των Κ.Υ. πραγματοποιήθηκε το 1983 με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, ο Νόμος: 1397/1983 στο άρθρο 15 διευκρινίζει τον σκοπό των Κ.Υ. (Ζηλίδης, 1989, Ζηλίδης, 1995, Κυριόπουλος, 1995, Φιλαλήθης, 1996), ο οποίος είναι να παρέχει:

1. Ιατρική φροντίδα (διάγνωση, θεραπεία)
2. Προληπτική ιατρική, Αγωγή και Προαγωγή Υγείας
3. Κοινωνική φροντίδα και Αποκατάσταση
4. Εκπαίδευση προσωπικού και Έρευνα

Η τοποθεσία των Κ.Υ. σχεδιάστηκε με βάση πληθυσμιακά, δημογραφικά, γεωγραφικά και κοινωνικοοικονομικά κριτήρια με στόχο να είναι προσβάσιμα στους κατοίκους σε χρονικό διάστημα μισής ώρας. Ο πληθυσμός ευθύνης που προγραμματικά θα κάλυπταν τα Κ.Υ. κυμαινόταν από 2.500 έως 35.000 κατοίκους, ενώ ο συνολικός πληθυσμός που θα είχε πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες ανερχόταν σε 3.000.000 κατοίκους μη αστικών περιοχών καθώς και στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε τουρίστες αυτών των περιοχών (Μωραϊτάκη, 2004).

Επιπλέον, ορίστηκε τα Κ.Υ. να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και να βρίσκονται σε ιατρική, νοσηλευτική, λειτουργική και χρηματοδοτική σύνδεση με αυτά. Οι οικονομικοί πόροι των Κ.Υ. διατίθενται από και προς τα νοσοκομεία (Μωραϊτής και συν. 1986). Επίσης, κάθε Κ.Υ. διαθέτει

Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες. Σύμφωνα με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (1984) τα Κ.Υ. διοικητικά απαρτίζονται από:

- Την ιατρική υπηρεσία
- Τη νοσηλευτική υπηρεσία, όπου εντάσσονται οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι μαιευτές και οι τραυματιοφορείς
- Τη διοικητική υπηρεσία, όπου εντάσσεται το διοικητικό, το τεχνικό προσωπικό καθώς και το τμήμα επιστασίας (θυρωροί, καθαριστές, οδηγοί κ.λπ.)
- Τα τμήματα των λοιπών συναφών επαγγελμάτων υγείας, π.χ. φυσιοθεραπείας

Όσον αφορά στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ορισμένα Κ.Υ. διαθέτουν αξιόλογα μηχανήματα διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας, ενώ αντίθετα υπάρχουν μονάδες που παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις σε ακτινολογικά μηχανήματα, απινιδωτές, αυτόματους αναλυτές και άλλα παρόμοια, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Ζηλίδης, 1995, Κυριόπουλος και συν., 2007, Oikonomidou et al., 2010).

Στην εικόνα 2.1. παρουσιάζεται ο αριθμός των κέντρων υγείας ανά Υγειονομική Περιφέρεια στην Ελλάδα.

Εικόνα 2.1.: Κέντρα Υγείας της Ελλάδας ανά Υ.Πε.



Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης (στοιχεία 2009)

Με βάση τα ευρήματα του Οικονόμου (2012) ορισμένα Κ.Υ. της 6^{ης} Υ.Πε. είναι σχεδόν αστικά, απέχουν μόλις 10 λεπτά από το πλησιέστερο νοσοκομείο, ενώ κάποια άλλα βρίσκονται απομονωμένα σε μικρά νησιά. Παράλληλα, υπάρχουν Κ.Υ. που προσομοιάζουν σε Περιφερειακά Ιατρεία από πλευράς στελέχωσης και πληθυσμού ευθύνης, ενώ άλλα Κ.Υ. λειτουργούν ως μικρά νοσοκομεία. Αυτή η εικόνα αποτελεί μικρογραφία της γενικότερης κατάστασης λειτουργίας των Κ.Υ. στην Ελλάδα. Επομένως, είναι απαραίτητο να επανεξεταστούν οι συνθήκες που επικρατούν σε κάθε Κ.Υ. ώστε να διαμορφωθούν πολιτικές σχετικά με τη λειτουργία τους.

Η πρόληψη αν και είναι ουσιώδες συστατικό της Π.Φ.Υ. παρατηρείται ότι δεν εφαρμόζεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Σύμφωνα με τη μελέτη του Οικονόμου (2012) διαπιστώθηκε μικρός αριθμός επισκέψεων στα Κ.Υ. για εμβολιασμό και ακόμα

μικρότερες τιμές για κατ' οίκον εμβολιασμούς. Επίσης, προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης (screening), διενεργούνται σε πολύ λίγα Κ.Υ., ενώ θα μπορούσαν να οργανωθούν κατάλληλα προγράμματα, όπως τεστ-Παπανικολάου, χωρίς υψηλό κόστος, σε συνεννόηση με το Νοσοκομείο ευθύνης. Η βελτίωση της αποδοτικότητας των Κ.Υ. μπορεί να επιτευχθεί με τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών τους από τη συνταγογράφηση στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον περίθαλψη (Γεωργούση και συν., 1999, Λιονής και Κυριόπουλος, 2000, Λιονής και Μερκούρης, 2000, Brotons et al., 2005).

2.7. Χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας

Το έτος 1997, ψηφίζεται ο Νόμος 2519 (Ν. 2519/Φ.165^Α/21.8.1997), όπου στο άρθρο 28 ορίζονται οι πηγές εσόδων για τα Κ.Υ., που δεν διαφοροποιούνται από τις αντίστοιχες των νοσοκομείων. Έτσι, εκτός από την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων, προβλεπόταν η εισπραξη εξετάστρων από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Όμως, στην πράξη δεν εισπράττονταν εξέταστρα από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το 2002 σύμφωνα με υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1223/Τεύχος Β/20 Σεπτεμβρίου 2002) εισάγεται η πληρωμή τριών Ευρώ (3€) από τους χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας για εξέταστρα. Η απόφαση αυτή, όμως, εξαιρούσε από την υποχρέωση καταβολής των εξετάστρων ορισμένες κατηγορίες χρηστών, ενώ για τους ασφαλισμένους τα εξέταστρα θα επιβαρύνουν τον ασφαλιστικό τους φορέα. Με αυτή την απόφαση, ουσιαστικά, επιδιώχθηκε να καταβάλλουν οι τουρίστες τα εξέταστρα που τους αναλογούν από τη χρήση των υπηρεσιών των Κ.Υ., ώστε να αποτραπεί η απώλεια εσόδων. Το ίδιο έτος σε εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (αριθμός: 961421/10/2002) αναφέρεται ότι τα εξέταστρα των τριών Ευρώ (3€) δεν καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία προς τα Κ.Υ., μέχρι τα Κ.Υ. να αποκτήσουν οργανωτική αυτοτέλεια και υπηρεσία εισπραξης των εξετάστρων.

Έτσι, μέχρι το 2010, δεν εφαρμόζονταν στην πράξη οι προβλεπόμενες διατάξεις. Τα Κ.Υ. είχαν ως αποκλειστική πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό. Παράλληλα, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει αυτονομία των Κ.Υ. στη διαχείριση των

οικονομικών πόρων τους, αλλά φορέας διαχείρισης είναι το Δ.Σ. του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται κάθε Κ.Υ.

Είναι γεγονός ότι η εξάρτηση από τον Γενικό Προϋπολογισμό για το Ε.Σ.Υ., η κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και οι άσκοπες δαπάνες ευθύνονται όχι μόνο για τις ανεπάρκειες των Κ.Υ. σε τεχνολογικά και πληροφοριακά συστήματα, αλλά και για τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Γαλανάκη, 2000). Επίσης, παρατηρείται απουσία συγκεκριμένης στρατηγικής σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας για την κατανομή των πόρων μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας, καθώς και έλλειψη ενός μηχανισμού για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων στην Π.Φ.Υ. Έτσι, ενώ είναι επιτακτική η ανάγκη καθορισμού προτεραιοτήτων για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής απόδοσης των περιορισμένων πόρων, εντούτοις υπάρχει αδυναμία κάλυψης των αναγκών υψίστης προτεραιότητας ή ανάπτυξης δραστηριοτήτων που εκλείπουν.

Το βασικό κόστος λειτουργίας των Κ.Υ. αφορά στην αμοιβή των απασχολούμενων, η οποία είναι πάγια, ενώ το ποσό του προϋπολογισμού που κατευθύνεται προς τα Κ.Υ. δεν διαμορφώνεται με βάση την πληθυσμιακή κάλυψη, την παραγωγικότητα ή τις ειδικές ανάγκες της συγκεκριμένης περιοχής στην οποία εδρεύει το Κ.Υ. Αντιθέτως, οι πόροι προς τα Κ.Υ. στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαδίζουν με τις προσλήψεις, που επιτυγχάνονται ευκολότερα στις πιο προνομιούχες περιοχές εις βάρος των μη προνομιούχων περιοχών, όπου όμως οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες (Ζηλίδης, 1995). Αυτή η κατάσταση έχει σαν αποτέλεσμα την απουσία κινήτρων τόσο συνολικά του Κ.Υ., όσο και επιμέρους της Διοίκησης και του προσωπικού για την αύξηση της παραγωγικότητας, τη βελτίωση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1994).

Από το Σεπτέμβριο του 2010 το Υπουργείο Υγείας έθεσε σε λειτουργία τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας. Αρχικά το ποσό της συμμετοχής στο κόστος ορίστηκε στα 3 € για κάθε ιατρική επίσκεψη, αλλά από τον Ιανουάριο του 2011 αυτό το ποσό καθιερώθηκε στα 5€ (Υπουργείο Υγείας Εγκύκλιος 17/09/2010 - ΓΠ ΟΙΚ 116038, Εγκύκλιος 4/1/2011 – Υ4α/οικ. 1329, Εγκύκλιος 14/1/2011 – Υ4α/οικ 4456, Εγκύκλιος 8/4/2011 – Υ3α/ΓΠ/10784).

Όσον αφορά στις ιατρικές - εργαστηριακές εξετάσεις το ποσό της συμμετοχής των ασθενών ορίζεται από το σχετικό διάταγμα «Περί κανονισμού αμοιβής ιατρικών επισκέψεων και πράξεων» του Υπουργείου Υγείας. Παράλληλα, προβλέπονται εξαιρέσεις για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, όπως είναι οι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., οι κάτοχοι βιβλιαρίου «Απορίας», οι πρόσφυγες, οι ανασφάλιστοι κάτω των 18 ετών και άνω των 70 ετών, καθώς και οι χρόνιοι ασθενείς. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια εγκύκλιο εξαιρούνται της πληρωμής τα επείγοντα περιστατικά των κέντρων υγείας.

3. Η Συμμετοχή των Ασθενών στο Κόστος

3.1. Η πολιτική της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος

Στα περισσότερα συστήματα υγείας διεθνώς εφαρμόζονται πολιτικές συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας ή των φαρμακευτικών προϊόντων ως ένας τρόπος συγκράτησης των δαπανών υγείας και αποτροπής της περιττής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (O'Reilly et al., 2007, U.S. General Accounting Office, 2004). Επιπλέον, έτσι, μετακυλύεται το κόστος από το σύνολο της κοινωνίας στο άτομο-ασθενή, ελαχιστοποιώντας τα καθαρά έξοδα του συστήματος υγείας (Rui and Changhoon, 2012, Tambor et al., 2010, Gargett, 2010, Hurst and Danis, 2006, Caleb et al., 2006, Griffin, 1992) καθώς επίσης συνδέεται η χρήση υπηρεσιών υγείας με την καταβολή του αντίστοιχου αντιτίμου (Bolin et al., 2009, Wagner, 2008, Rice and Matsuoka, 2004, Hurst and Danis, 2006). Ακόμη, οι χρεώσεις επιτρέπουν στο σύστημα υγείας να δημιουργήσει έσοδα κατά τέτοιον τρόπο ώστε να μην ανταγωνίζεται τους οικονομικούς πόρους άλλων τομέων του δημοσίου που προκύπτουν από τη φορολογία (Weale and Clark, 2010), καθώς και για τη βελτίωση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας (Rui and Changhoon, 2012). Παράλληλα, δημιουργείται ενσυναίσθηση του κόστους τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας για τη χρήση των πόρων υγείας (Hoffman and Beatrix, 2006, Stevens and Stevens, 1974).

Ο πίνακας 3.1. παρουσιάζει τις χώρες μέλη της Ε.Ε. οι οποίες εφαρμόζουν συστήματα συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. Το Ηνωμένο Βασίλειο δεν χρησιμοποιεί εκτενή προγράμματα συμμετοχής στο κόστος, διότι ένα από τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της χώρας από την ίδρυσή του είναι η καθολική δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Η γερμανική τακτική όσον αφορά στη συμμετοχή στο κόστος διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτικό κλίμα, ενώ στη Σουηδία η συμμετοχή στο κόστος εφαρμόζεται εκτενώς (Mossialos et al., 2002).

Πίνακας 3.1.: Η συμμετοχή στο κόστος για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στις 27 χώρες της Ε.Ε.

Χώρες της Ε.Ε.	Συμμετοχή στο κόστος για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
Αυστρία	v
Βέλγιο	v
Βουλγαρία	v
Κύπρος	v
Τσεχία	x
Δανία	x
Εσθονία	v
Φινλανδία	v
Γαλλία	v
Γερμανία	v
Ελλάδα	x
Ιρλανδία	v
Ιταλία	x
Λουξεμβούργο	v
Ολλανδία	x
Πορτογαλία	v
Ισπανία	x
Σουηδία	v
Ηνωμένο Βασίλειο	x
Ουγγαρία	v
Λετονία	v
Λιθουανία	x
Μάλτα	v
Πολωνία	x
Ρουμανία	x
Σλοβενία	x
Σλοβακία	v

Πηγή: Thomson S. et al., 2009

Σύμφωνα με έρευνες, έχει διαπιστωθεί η αρνητική επίδραση που έχει η αύξηση των χρεώσεων των ασθενών στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα που δεν τυγχάνουν κάποιας εξαίρεσης από τις χρεώσεις για τις ιατρικές υπηρεσίες είναι περισσότερο πιθανόν να μειώσουν την κατανάλωσή τους. Όμως, αυτές οι συνέπειες διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο χρέωσης και τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας (Hassell et al., 2003).

Η συμμετοχή των ασθενών εκτός από το κόστος των υπηρεσιών υγείας (σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία, οδοντιατρεία), αφορά και το κόστος για τα φαρμακευτικά προϊόντα τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Από τη μια μεριά, οι αντίπαλοι της συμμετοχής στο κόστος υποστηρίζουν ότι αυτή είναι άδικη και αντιτάσσεται στους όρους περί ισότητας του συστήματος υγείας, διότι οι χαμηλοεισοδηματίες επιβαρύνονται περισσότερο αναλογικά με το εισόδημά τους, προκαλεί μείωση της χρήσης των αναγκαίων και μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας κυρίως από πλευράς των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων και επιδρά αρνητικά στη δημόσια υγεία (Roos et al., 2004, Tuohy et al., 2004, Tamblyn, 2001, Lancry and Sandier, 1999, Soumerai et al., 1991). Συνεπώς, τα οικονομικά οφέλη από τη συγκεκριμένη πολιτική συγκρούονται με τα μειονεκτήματά της αναφορικά με την ισότητα και το διοικητικό κόστος. Από την άλλη μεριά, όμως, οι υποστηρικτές της θεωρούν ότι το σύστημα υγείας επιβάλλει συμμετοχή των ασθενών ως συνεισφορά στις υπηρεσίες που παρέχει ή επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν συμπληρωματική φροντίδα υγείας (Mossialos et al., 2002). Επιπλέον, θεωρείται ότι το ατομικό αυτό κόστος δεν είναι τόσο υψηλό ώστε να αποτρέψει εντελώς κάποιον από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ότι ο σκοπός είναι σημαντικότερος από το οποιοδήποτε μειονέκτημα προς τους ασθενείς (Hurst and Danis, 2006). Ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης της συμμετοχής στο κόστος υποστηρίζει ότι πρόκειται για επιπλέον υποχρέωση που επιβάλλεται σε όσους βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση ως προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του δημόσιου συστήματος υγείας (Weale and Clark, 2010). Παράλληλα, εμφανίζονται πιέσεις και διαπραγματεύσεις σε πολιτικό, οικονομικό και διοικητικό επίπεδο για τη διαμόρωση της στρατηγικής των εξαιρέσεων όσον αφορά στη συμμετοχή στο κόστος για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (McKay et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Phelps (1982) και με βάση ένα πείραμα που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στο κόστος με ποσοστό 25% μείωσαν

τη χρήση υπηρεσιών υγείας κατά 20%, ενώ οι ασθενείς που συμμετείχαν στο κόστος με ποσοστό 50% μείωσαν τη χρήση υπηρεσιών υγείας κατά 33%. Από την άλλη πλευρά, μελετητές αναφέρουν ότι η μείωση της ζήτησης είχε μια μικρή μόνο επίδραση στην υγεία των ασθενών, αναφερόμενοι βέβαια στο μέσο πολίτη που δεν αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας και χωρίς χαμηλό εισόδημα. Ενώ, όσον αφορά στους πολίτες με χαμηλό εισόδημα και επιβαρυσμένη υγεία, η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ήταν ζημιογόνα κατά μέσον όρο. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και υψηλή αρτηριακή πίεση αντιμετώπιζαν κατά 10% μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με την περίοδο πριν την επιβολή συμμετοχής στο κόστος (Newhouse, 2004, Newhouse, 1993, Keeler et al., 1987, Valdez et al., 1985). Σύμφωνα με τον Hensley (2005) η μείωση του ποσού της συμμετοχής στο κόστος για τη θεραπεία διαβητικών είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και τελικώς οδήγησε στη μείωση των δαπανών υγείας.

Μια άλλη διάσταση της συμμετοχής στο κόστος είναι η κοινωνική αλληλεγγύη, με την οποία οι έχοντες την οικονομική δυνατότητα και οι οποίοι δεν εξαιρούνται από την πληρωμή, εισφέρουν στο σύστημα υγείας ώστε να μην θιγούν εκείνοι που δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια και εκείνοι που χρήζουν ανάγκη θεραπείας. Η πρακτική έκφραση της αλληλεγγύης στα δυτικοευρωπαϊκά συστήματα υγείας των οποίων η χρηματοδότηση στηρίζεται στις φορολογικές και ασφαλιστικές εισφορές είναι η επιδότηση των υπηρεσιών υγείας με τις ακόλουθες πέντε κατευθύνσεις (Saltman, 2002):

- από τους υγιείς στους ασθενείς,
- από τους ευκατάστατους στους φτωχούς,
- από τους νέους στους ηλικιωμένους,
- από τα άτομα στις οικογένειες
- από τους άνδρες στις γυναίκες

Σύμφωνα με την αρχή Pareto εάν κάποιες κοινωνικές ομάδες ωφελούνται από μια πολιτική αλλαγή και κανείς δεν ζημιώνεται τότε η πολιτική αυτή αποβαίνει προς ενίσχυση της κοινωνικής ευημερίας (Weale and Clark, 2010).

Επιπροσθέτως, η ασφάλιση υγείας έχει ως σκοπό να καθιστά διαθέσιμη τη φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους, καθώς και να παρέχει προστασία από τον κίνδυνο

πρόκλησης φτώχειας εξαιτίας της ασθένειας. Η επίτευξη αυτού του σκοπού πραγματοποιείται με την μετακύλιση του κινδύνου, που λαμβάνει τη μορφή συλλογικής συμμετοχής, έναντι της ατομικής προστασίας από τις συνέπειες της ασθένειας. Αυτές οι διαστάσεις της υγειονομικής ασφάλισης είναι υψίστης σημασίας και πρέπει να διασφαλίζονται όταν σχεδιάζονται αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της (Hurst and Danis, 2006).

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος έχει σαν αποτέλεσμα όσοι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας και οι φτωχοί να επιβαρύνονται αναλογικά περισσότερο συγκριτικά με τους υγιείς και όσους έχουν οικονομική ευμάρεια, γεγονός που έρχεται σε σύγκρουση με τους στόχους της κοινωνικής ασφάλισης που μοιράζει το κόστος ισότιμα μεταξύ των ασφαλισμένων (Gemmill et al., 2008, Hoffman and Beatrix, 2006, Hassell et al., 2003, Robinson, 2002). Η εξαίρεση από τη συμμετοχή στο κόστος ορισμένων ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων προφυλάσσει την πρόσβασή τους σε αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, αλλά από την άλλη δυσχεραίνει από διοικητικής πλευράς τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού και την καθιστά περισσότερο κοστοβόρα (Mossialos and Le Grand, 1999).

Η Παγκόσμια Τράπεζα που υποστηρίζει τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος έρχεται σε αντιπαράθεση με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), όσον αφορά στο συγκεκριμένο ζήτημα σε πέντε σημεία (Eversley, 2010):

1. Ζήτηση φροντίδας υγείας
2. Παροχή φροντίδας υγείας
3. Ποιότητα φροντίδας υγείας
4. Πόροι φροντίδας υγείας
5. Δημόσια Υγεία, γενικά και ειδικά για την ισότιμη πρόσβαση

Πιο συγκεκριμένα, ο Π.Ο.Υ. διατυπώνει τις εξής ενστάσεις:

- Οι χρεώσεις των ασθενών δεν αποτελούν επαρκές συμπλήρωμα των φορολογικών εσόδων σε αρκετές χώρες εξαιτίας των χαμηλών ποσών χρέωσης, των εξαιρέσεων, της αναποτελεσματικότητας και της κατάχρησης.
- Δεν έχει επιτευχθεί στην πράξη η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι αδύναμες οικονομικά κοινωνικές ομάδες αποθαρρύνονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις χρεώσεις.

- Υπάρχει αρνητική επίδραση στη δημόσια υγεία διότι αποθαρρύνονται από τη χρήση υπηρεσιών υγείας ασθενείς με λοιμώδεις νόσους.
- Το πλεόνασμα από την εξοικονόμηση κόστους δεν επενδύεται προς όφελος των μη προνομιούχων οικονομικά κοινωνικών ομάδων ή για την ενίσχυση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας.
- Οι χρεώσεις αποτελούν «φόρο στην ασθένεια».
- Το διοικητικό κόστος διαχείρισης των χρεώσεων είναι υψηλό.

Στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία εφαρμόζεται εκτενώς το σύστημα πληρωμών από τους ασθενείς για νοσηλευτικές υπηρεσίες περιορίζοντας την κρατική χρηματοδότηση σε ορισμένο ποσοστό των εξετάστρων (Tuohy et al., 2004). Στη Νέα Ζηλανδία οι κρατικές δαπάνες υγείας συνδέονται με το εισόδημα των ασθενών, την ηλικία, το μέγεθος της οικογένειας και με δεδομένα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με το μεγαλύτερο ποσοστό να κατευθύνεται σε φτωχούς, σε νέους και σε ασθενείς με συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, διακρίνονται οι ασθενείς σε τέσσερις κατηγορίες:

- οι ενήλικες που δεν λαμβάνουν καμία κοινωνική επιδότηση, λόγω της οικονομικής ανεξαρτησίας τους
- οι ενήλικες που λαμβάνουν κοινωνική επιδότηση λόγω οικονομικής αδυναμίας
- τα παιδιά κάτω από την ηλικία των πέντε ετών, που λαμβάνουν μεγαλύτερη κρατική συνεισφορά σε σχέση με
- τα παιδιά πάνω από την ηλικία των πέντε ετών, τα οποία λαμβάνουν και αυτά κρατική επιδότηση (Brown and Crampton, 1997).

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος ενέχει την πιθανότητα το αντικίνητρο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας να επεκταθεί ακόμα και σε αναγκαίες για τους πολίτες υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. το 47,4% των Αμερικανών που δεν έλαβαν αναγκαία ιατρική φροντίδα για οικονομικούς λόγους, είχαν ασφάλιση υγείας, καθώς και το 54,2% εκείνων που καθυστέρησαν να λάβουν την αναγκαία περίθαλψη είχαν υγειονομική ασφάλιση. Συνεπώς, διαπιστώνεται μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας με αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας των πολιτών, ακόμα και χαμηλά ποσοστά αναζήτησης φροντίδας υγείας από τους χρόνιους πάσχοντες. Παράλληλα, μειώνεται η χρήση των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής (Hurst and Danis, 2006). Παράλληλα, στη Νέα Ζηλανδία οι

ασθενείς με χαμηλό εισόδημα χρησιμοποιούν υπηρεσίες από γενικούς γιατρούς σε ποσοστό 37% - 61% σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι κοινωνικοοικονομικά μη προνομιούχες κοινωνικές ομάδες επισκέπτονται λιγότερο το γιατρό συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες του πληθυσμού (Brown and Crampton, 1997).

Στην Καλιφόρνια μετά την επικράτηση της συμμετοχής στο κόστος για εξωνοσοκομειακή φροντίδα μειώθηκαν οι ιατρικές επισκέψεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, αλλά αυξήθηκαν τα ποσοστά νοσοκομειακής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια του πλεονεκτήματος για το κράτος από την εξοικονόμηση δαπανών υγείας για την Π.Φ.Υ. (Roemer et al., 1975).

Σύμφωνα με τον Reschovsky (1998) η τιμή της ελαστικότητας της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας όπου εφαρμόζεται η συμμετοχή στο κόστος, για κατηγορίες ασθενών με αναπηρία μεγάλου βαθμού είναι 0,36, ενώ για τα χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας η ελαστικότητα είναι 1,92.

Επιπροσθέτως, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η συμμετοχή στο κόστος περιορίζει το σκοπό και το εύρος συνεισφοράς της ασφάλισης υγείας, κυρίως για τους χρόνιους ασθενείς, για εκείνους που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας και για όσους έχουν μεγάλες οικογένειες για τους οποίους οι συχνές ιατρικές επισκέψεις μπορεί να έχουν πλήξει τον οικογενειακό προϋπολογισμό (Hoffman and Beatrix, 2006, Margolius, 1962). Για την αποφυγή αυτών των αρνητικών συνεπειών προτείνεται η διαμόρφωση της συμμετοχής στο κόστος με βάση το εισόδημα. Κατ' αυτόν τον τρόπο η συμμετοχή στο κόστος είναι δίκαιη και διαφυλάσσονται οι προτεραιότητες της υγειονομικής φροντίδας (Hurst and Danis, 2006, Rice and Morrison, 1994).

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας στο Βιετνάμ είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των εσόδων, τόσο ώστε τα έσοδα ανήλθαν στο 30% των συνολικών εσόδων των δημοσίων φορέων υγείας. Από την άλλη μεριά, η αύξηση των εσόδων από τους ασθενείς προκάλεσε την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους ώστε να αντισταθμιστεί ο περιορισμός των δημοσίων εσόδων. Επιπλέον, το ποσό της συμμετοχής είχε καθοριστεί υψηλότερο για τις κοινωνικές ομάδες με οικονομική ευχέρεια, σε σχέση με τις μη προνομιούχες κατηγορίες ασθενών (Sepehri et al., 2005).

Διαπιστώνεται ότι το ποσό της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει την πραγματοποίηση ιατρικών επισκέψεων. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται η απροθυμία πραγματοποίησης ιατρικών επισκέψεων όταν η χρέωση των ασθενών είναι 5€, σε σημείο που μπορεί να αποφεύγεται και ο προληπτικός έλεγχος, ενώ δεν παρατηρείται ο ίδιος δισταγμός όταν το ποσό είναι 1€ (Columbia University, 1962).

Σύμφωνα με τον συγγραφέα Pauly (2007) οι κυβερνήσεις θα πρέπει να αφήσουν στους πολίτες την επιλογή μεταξύ του επιπέδου συμμετοχής στο κόστος και της ιδιωτικής ασφάλισης και να συνδράμουν μόνο στα χαμηλά εισοδήματα και στους ασθενείς με υψηλό ρίσκο ώστε να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν. Η άποψη του Pauly στηρίζεται σε δεδομένα ότι η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ως αποτέλεσμα της αύξησης της συμμετοχής στο κόστος για τις κοινωνικές ομάδες χωρίς οικονομικά προβλήματα και χωρίς υψηλή επικινδυνότητα υγείας δεν επέφερε αρνητικές επιδράσεις στο επίπεδο υγείας τους. Ο ίδιος συγγραφέας διατυπώνει την πρόταση οι φτωχοί και οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα να απαλλάσσονται γενικότερα από τη συμμετοχή στο κόστος και οι υπόλοιποι να χρεώνονται, έτσι ώστε να περιορίζεται η φροντίδα που έχει χαμηλό οριακό όφελος και να ενθαρρύνεται η χρήση υπηρεσιών υγείας με υψηλό οριακό όφελος που δεν έχει ιδιαίτερη ζήτηση. Επομένως, η πρόκληση των συστημάτων υγείας αφορά το δίλημμα μεταξύ της κρατικής αποζημίωσης των φορέων Π.Φ.Υ. για το κόστος υγείας των ασθενών με υψηλή ανάγκη ή της διατήρησης χαμηλών χρεώσεων για όλους τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τον Gray (2001) η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος διατηρεί βιώσιμη τη βιομηχανία της Υγείας, αλλά ορισμένα νοικοκυριά έχουν ανάγκη από επιπλέον επιδότηση. Επίσης, η συμμετοχή στο κόστος, όπως επίσης η ιδιωτική ασφάλιση, αποτελούν αποτρεπτικούς παράγοντες για τους πολίτες από την τήρηση ανθυγιεινού τρόπου ζωής. Πιο συγκεκριμένα, όπως υποστηρίζει ο Rezayatmand et al. (2012), η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών, καθώς όχι μόνο μειώνει την αναίτια χρήση τους αλλά και ενθαρρύνει την προληπτική φροντίδα, εάν είναι δωρεάν ή αν έχει χαμηλή χρέωση.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Στόκου, 2008) πριν την καθιέρωση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των κέντρων υγείας και στην οποία υπολογίζονται τα δυνητικά έσοδα από την εισπραξη των εξετάστρων, διαπιστώθηκε ότι τα εν λόγω έσοδα στα αστικά κέντρα υγείας και στα μη αστικά σε τουριστικές περιοχές ξεπερνούν το κόστος λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού. Όμως, στην ίδια μελέτη διαπιστώνεται ότι δεν ισχύει το ίδιο για τα κέντρα υγείας αμιγώς αγροτικών περιοχών, όπου οι κάτοικοι είναι κυρίως ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., οι οποίοι εξαιρούνται από την πληρωμή εξετάστρων. Παρόλα αυτά, η αύξηση των εσόδων από τα υπόλοιπα κέντρα υγείας θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, ώστε να καλύψει τα ελλείμματα των αμιγώς αγροτικών κέντρων υγείας.

Επίσης, η συμμετοχή στο κόστος μπορεί να έχει μικρά οικονομικά οφέλη αλλά είναι ουσιαστική η συμβολή της στην αύξηση της συνειδητοποίησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας τόσο από τους χρήστες όσο και από τους επαγγελματίες υγείας (Hassell et al., 2003, Reichmann and Sommersguter-Reichmann, 2004). Επιπλέον, σύμφωνα με τον McPake et al. (2011) στις μονάδες υγείας όπου εφαρμόζεται η συμμετοχή στο κόστος, η κατάργησή της μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της ποιότητας και υπερβολική αύξηση της ζήτησης.

Σύμφωνα με την Wranik Dominika (2012) το προσδόκιμο ζωής στις χώρες όπου εφαρμόζεται η συμμετοχή στο κόστος είναι μεγαλύτερο κατά 1,01 έτη, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες, όπου δεν προβλέπεται η συγκεκριμένη ρύθμιση. Επίσης, η αποδοτικότητα των δαπανών υγείας είναι υψηλότερη στα συστήματα υγείας όπου συνυπάρχουν η ασφαλιστική κάλυψη και η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Βέβαια, υπάρχει η πιθανότητα οι ασθενείς λόγω ελλιπούς ενημέρωσης και λόγω κόστους να αποφύγουν την κατάλληλη θεραπεία εις βάρος της υγείας τους, το οποίο μακροπρόθεσμα ενδέχεται να συντελέσει στην αύξηση των δαπανών υγείας και στην αύξηση της χρήσης υπηρεσιών εντατικής φροντίδας, υποσκάπτωντας την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Για τον λόγο αυτό η θέσπιση του ποσού συμμετοχής στο κόστος θα πρέπει να καθιερώνεται σε λογικά πλαίσια ώστε να έχουν την δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σε αυτό όλα τα κοινωνικά στρώματα. Έτσι, θα αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες από τη μείωση της χρήσης των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας και την αύξηση της νοσηρότητας (Gemmill et al., 2008). Ακόμη, πρέπει να σημειωθεί ότι οι άτυπες πληρωμές που αποτελούν συχνό φαινόμενο στις

υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίο να ελαχιστοποιηθούν και να πραγματοποιηθεί ένας δημόσιος διάλογος σχετικά με τους στόχους και τη λειτουργία της συμμετοχής στο κόστος (Tambor et al., 2010, Rice et al., 2004).

3.2. Η συμμετοχή στο κόστος και η οικονομική ύφεση

Η καθιέρωση του μέτρου της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκε σε περίοδο κατά την οποία η χώρα αντιμετωπίζει οικονομική κρίση. Χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η προσπάθεια μείωσης των δημοσίων δαπανών και η αναζήτηση πόρων για την ενίσχυση των κρατικών ταμείων. Ιδιαίτερα ο τομέας της Υγείας τίθεται στο προσκήνιο, διότι καταναλώνει σημαντικό μέρος των κοινωνικών πόρων (Oikonomou and Tountas, 2011b). Έτσι, οι χώρες που αντιμετωπίζουν οικονομική ύφεση και στις οποίες τα φορολογικά έσοδα και οι ασφαλιστικές εισφορές αδυνατούν να καλύψουν τις δαπάνες υγείας, θεσμοθετούν τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (Mossialos et al., 2002).

Οι επιπτώσεις του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος όσον αφορά στην κίνηση στα κέντρα υγείας για το 2010, έτος κατά το οποίο τέθηκε η χώρα σε δημοσιονομική επιτήρηση, είναι αύξηση κατά 4% σε σύγκριση με το 2009 και για το 2011 είναι αύξηση κατά 22% συγκριτικά με το 2010. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την παρατηρηθείσα αύξηση της νοσηλευτικής κίνησης κατά 30% το 2011 συγκριτικά με το 2010 και κατά 11% για το 2012 σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση είχε σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να στραφούν περισσότερο σε δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά τη συμμετοχή τους στο κόστος (Πολύζος και συν., 2012, Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Από την άλλη πλευρά, όμως, σημειώνεται ότι η κατάργηση των χρεώσεων των χρηστών θα βελτιώνει την υγειονομική κάλυψη των πολιτών και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα για τις μη προνομιούχες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αλλά μια τέτοια κίνηση ενδέχεται να προκαλέσει μη επιθυμητά αποτελέσματα, όπως είναι η αλλοίωση της ποιότητας και η υπερβολική αύξηση της ζήτησης για τους επαγγελματίες υγείας (McPake et al., 2011, Cumming and Mays, 2011). Σε κάθε

περίπτωση, η επιτυχής υιοθέτηση ή η κατάργηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος προϋποθέτει την επαρκώς σχεδιασμένη εφαρμογή της, λαμβάνοντας υπόψη την υφιστάμενη δημόσια πολιτική, την πολιτική υγείας και την πολιτική χρηματοδότησης της υγείας (Hercot et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Kentikelenis et al. (2011) το 2009 με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, περισσότεροι άνθρωποι σε σχέση με το 2007 (πριν την κρίση), ανέφεραν ότι απέφυγαν να επισκεφθούν κάποιον γιατρό παρά το γεγονός ότι αυτό ήταν αναγκαίο, λόγω αδυναμίας να ανταποκριθούν στο κόστος, καθώς επίσης ότι η κατάσταση της υγείας τους χειροτέρευσε, κυρίως στα άτομα με ευαίσθητη υγεία. Επιπλέον, σε μια έρευνα που διενήργησε η Ε.Σ.Δ.Υ. το Σεπτέμβριο του 2012 σε σύνολο 2.206 ατόμων πανελλαδικά, το 59% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες λόγω των χρημάτων που πρέπει να καταβάλλει και λόγω της δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάστηκαν (Σκρουμπέλος, 2013).

Σύμφωνα με τον κ. Λιαρόπουλο, καθηγητή των Οικονομικών της Υγείας, η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας βραχυπρόθεσμα, με την μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά, ενέχει τον κίνδυνο να προκαλέσει αλματώδη αύξηση των δαπανών υγείας μακροπρόθεσμα, λόγω της αύξησης των αναγκών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Σύμφωνα με την κ. Καϊτελίδου, επίκουρη καθηγήτρια των Οικονομικών της Υγείας, η συμμετοχή στο κόστος χωρίς εισοδηματικά κριτήρια στην παρούσα οικονομική ύφεση, έχει σαν αποτέλεσμα οι πολίτες να επισκέπτονται τις μονάδες υγείας μόνο όταν αρρωστήσουν, οπότε χρειάζονται και νοσηλεία. Ενώ, από την άλλη μεριά, η πρόληψη σε επίπεδο Π.Φ.Υ. έχει ως σκοπό να προλάβει την εκδήλωση νόσων ώστε να μειωθεί το κόστος από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και τη φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας (www.esynet.gr) από το 2009-2010 έως το 2013 οι νοσηλευθέντες στα δημόσια νοσοκομεία έχουν αυξηθεί κατά 15%. Τα επόμενα χρόνια θα αποτυπωθεί πιο καθαρά η αύξηση αυτή αν οφείλεται ή όχι στη συμμετοχή στο κόστος και πού θα οδηγήσει (Μπλάτσιου, 2013).

Όσον αφορά στους χρονίως πάσχοντες, σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Δ.Υ., το 60% αντιμετωπίζει οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, ενώ το 30% αξιολογεί αρνητικά τις δομές της Π.Φ.Υ. Επιπλέον,

κατά την τριετία 2011-2013, οι χρονίως πάσχοντες έχουν περιορίσει τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ κατά 30% και τις δαπάνες για Π.Φ.Υ. κατά 50% (Κυριόπουλος, 2013).

3.3. Οι επαγγελματίες υγείας και η συμμετοχή στο κόστος

Έχει παρατηρηθεί ότι οι γιατροί επιδρούν στα αποτελέσματα του συστήματος συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, αυξάνοντας την παραπομπή σε ιατρικές επισκέψεις ως αντιστάθισμα της απώλειας εσόδων από την μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, η συμμετοχή στο κόστος προκαλεί μετατόπιση του κόστους (cost-shifting). Αυτό βέβαια εξαρτάται από τον τρόπο αποζημίωσης που εφαρμόζεται στο σύστημα υγείας, δηλαδή αν εφαρμόζεται η αποζημίωση ανά ιατρική πράξη ή κατά κεφαλή (fee for service or capitation) (Fahs, 1992).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ αντίθετα αυξήθηκε στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, με την επιβολή της πληρωμής εξετάστρων από τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται στη συμπεριφορά των γιατρών που στοχεύουν να αναπληρώσουν τη μειωμένη ζήτηση με την αύξηση των επιπέδων χρήσης υπηρεσιών υγείας από λιγότερο ελαστικές στις μεταβολές της τιμής κοινωνικές ομάδες. Επομένως, οι συνέπειες του καθεστώτος συμμετοχής στο κόστος είναι εξαρτώμενες από τις αντιδράσεις τόσο των ασθενών όσο και των παρόχων υπηρεσιών υγείας (Tuohy et al., 2004).

Έχει παρατηρηθεί στο Βιετνάμ, όπου ισχύει η πληρωμή εξετάστρων, οι επαγγελματίες υγείας προκαλούν αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να ισορροπήσουν τον περιορισμό των κρατικών πόρων. Επομένως, στη συγκεκριμένη χώρα η συμμετοχή στο κόστος συνδέεται με αύξηση του όγκου της φροντίδας υγείας (Sepehri, 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και στην Ιταλία μελετώντας την άποψη των γενικών γιατρών για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας διαπιστώθηκε ότι οι συγκεκριμένοι γιατροί θεωρούν ότι οι κρατικές δαπάνες υγείας είναι εξίσου σημαντικές και έχουν την ίδια βαρύτητα και

αξία με τις ατομικές δαπάνες υγείας. Οι γιατροί ήταν ευαισθητοποιημένοι για το κόστος που συνεπάγεται η συνταγογράφηση και οι παραπομπές τους και συνεπώς προσπαθούσαν να αποθαρρύνουν τους ασθενείς από τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων που οι γιατροί θεωρούσαν μη αναγκαία (Hassell et al., 2003).

Σύμφωνα με έναν γιατρό από την Καλιφόρνια, η μη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος είχε σαν αποτέλεσμα την πληθώρα των επισκέψεων στα ιατρεία για τετριμμένους λόγους και κατά φαντασίαν παράπονα. Συνεπώς, οι γιατροί ήταν περισσότερο ανήσυχοι για την υπερβολική χρήση των πόρων υγείας παρά για τα εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (American Medical Association, 1960).

Με την επικράτηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα και οι γιατροί ειδικότερα θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τη σχέση τους με τους ασθενείς στη βάση συνδυασμού της ποιότητας της φροντίδας, της δίκαιης και ισότιμης αντιμετώπισης των ασθενών με την ετερογένειά τους και τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (Caleb, 2006).

3.4. Δεδομένα εσόδων, κόστους και κίνησης των κέντρων υγείας μετά την εφαρμογή της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος για τα έτη 2011-2012

Σύγκριση εσόδων-κόστους

Τα έσοδα των Κ.Υ. της Ελλάδας από τα εξέταστρα για το 2011, με βάση τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας ανήλθαν σε 5.831.000 € περίπου (πίνακας 3.2.). Για το ίδιο έτος το συνολικό κόστος των Κ.Υ., από στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ και του Εργαστήριου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, ανήλθε στο ποσό των 294.000.000 € περίπου. Από το συνολικό κόστος οι μισθοί των υπαλλήλων που καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό ανήλθαν σε 226.000.000 €, ενώ το υπόλοιπο ποσό των 68.000.000 € αποτελεί τις λειτουργικές δαπάνες των Κ.Υ. για αναλώσιμα, φάρμακα, αντιδραστήρια, μη αναλώσιμο υλικό και λοιπές τρέχουσες δαπάνες (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, ενοίκια, πετρέλαιο) (πίνακας 3.3.). Επομένως, τα έσοδα των εξετάστρων του 2011 καλύπτουν το 8,6% των λειτουργικών δαπανών των Κ.Υ. Το υπόλοιπο ποσό των 62.169.000 € που δεν καλύπτεται από τα

έσοδα των εξετάστρων είναι κόστος που καλύπτεται από τις κρατικές επιχορηγήσεις. Για το έτος 2012 τα έσοδα από τα εξέταστρα στα Κ.Υ. σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας μειώθηκαν κατά 24% (4.404.000 €), αλλά δεν είναι διαθέσιμα τα δεδομένα κόστους για τα κέντρα υγείας για το 2012. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα έσοδα από τα εξέταστρα δεν δηλώθηκαν από το σύνολο των Κ.Υ. (ορισμένα Κ.Υ. παρουσιάζουν μηδενικά έσοδα) με αποτέλεσμα να υπολείπονται τα δηλωθέντα έσοδα σε σχέση με τα πραγματικά.

Πίνακας 3.2.: Έσοδα από εξέταστρα Κέντρων Υγείας Ελλάδας ανά Υ.Πε.

ετών 2011 και 2012

Υ.Πε.	2011	2012
1η	210.047,05	191.946,64
2η	497.103,91	366.270,02
3η	1.016.555,64	669.925,59
4η	1.241.807,60	1.159.231,33
5η	716.106,87	837.155,39
6η	1.470.046,58	921.169,90
7η	679.279,64	258.571,46
ΣΥΝΟΛΟ	5.830.947,29	4.404.270,33

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2013, www.esynet.gr

Πίνακας 3.3.: Δαπάνες Κέντρων Υγείας Ελλάδας για το 2011

Κατηγορία Εξόδου	Ποσό
Μισθοί προσωπικού Κ.Υ.	226.000.000 €
Λειτουργικές δαπάνες Κ.Υ.	68.000.000 €
Σύνολο	294.000.000 €

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013.

Το ποσό στο οποίο έχει καθοριστεί το εξέταστρο είναι συμβολικό (5 €) και δεν είναι δυνατόν να καλύψει το συνολικό λειτουργικό κόστος των Κ.Υ., αλλά δεν ενδείκνυται

η αύξησή του, διότι η οικονομική κρίση έχει υπεισέλθει στα νοικοκυριά και μια ενδεχόμενη αύξηση του εξετάστρου θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα για το επίπεδο υγείας των πολιτών, λόγω αδυναμίας ανταπόκρισης στο κόστος. Εξάλλου, στόχος της υιοθέτησης της πολιτικής για τη συμμετοχή στο κόστος (cost sharing) είναι η συνειδητοποίηση του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η ενίσχυση των πόρων υγείας.

Δεδομένα κίνησης κέντρων υγείας

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας η ετήσια κίνηση των κέντρων υγείας για το 2011 και το 2012 ανά Υ.Πε. καθώς και η ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ των δυο ετών αποτυπώνεται στον πίνακα 3.4. Τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα αφορούν το σύνολο των εξετασθέντων στις συγκεκριμένες μονάδες, όπου περιλαμβάνονται τα τακτικά και τα επείγοντα περιστατικά, καθώς και τα περιστατικά για συνταγογράφηση. Στο συγκεκριμένο πίνακα παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία των Υ.Πε. έχει μειωθεί ο αριθμός των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας το 2012 συγκριτικά με το 2011, που ήταν το πρώτο έτος εφαρμογής της συμμετοχής στο κόστος.

Πίνακας 3.4.: Ετήσια κίνηση ΚΥ ανά Υ.Πε. για το έτος 2011 και 2012

Υ.Πε.	ΕΞΕΤΑ ΣΘΕΝΤΕΣ 2011	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ ΦΗΣΗ 2011	ΣΥΝΟΛΟ 2011	ΕΞΕΤΑ ΣΘΕΝΤΕΣ 2012	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ ΦΗΣΗ 2012	ΣΥΝΟΛΟ 2012	% ΜΕΤΑ ΒΟΛΗ 2012 vs 2011
1 ^η	345.855	61.146	407.001	298.369	67.597	365.966	-10%
2 ^η	623.093	259.020	882.113	604.413	253.309	857.722	-3%
3 ^η	599.483	267.254	866.737	539.048	256.121	795.169	-8%
4 ^η	1.194.285	454.362	1.648.647	1.110.094	478.436	1.588.530	-4%
5 ^η	847.232	402.212	1.249.444	797.642	569.795	1.367.437	9%
6 ^η	1.152.733	822.462	1.975.195	1.039.241	842.662	1.881.903	-5%
7 ^η	478.368	88.893	567.261	373.253	94.855	468.108	-17%
ΣΥΝΟΛΟ	5.333.898	2.355.349	7.689.247	4.762.060	2.562.775	7.324.835	-5%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2013, www.esynet.gr

Για το 2012, στον πίνακα 3.5., είναι διαθέσιμα τα στοιχεία κίνησης των κέντρων υγείας με τη διάκριση σε τακτικά και επείγοντα περιστατικά, καθώς επίσης και το σύνολο των χρηστών που επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας αποκλειστικά για συνταγογράφηση (βλ. αναλυτικό πίνακα 3 στο παράρτημα). Από το συγκεκριμένο πίνακα διαπιστώνουμε ότι από το σύνολο των περιστατικών των Κ.Υ. για το 2012 τα τακτικά περιστατικά ήταν το 41%, η συνταγογράφηση ήταν το 35%, ενώ τα επείγοντα περιστατικά ήταν το 24% του συνόλου.

Πίνακας 3.5.: Συνολική ετήσια κίνηση Κ.Υ. του ΕΣΥ για το έτος 2012

Είδος Περιστατικού	Αριθμός Χρηστών
Τακτικά Περιστατικά	3.037.607
Επείγοντα Περιστατικά	1.724.453
Μόνο για Συνταγογράφηση	2.562.775
Σύνολο	7.324.835

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2013, www.esynet.gr

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 3.6. το ποσοστό των ασθενών που επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας και οι οποίοι συμμετείχαν στο κόστος καταβάλλοντας τα 5€, ανήλθε στο 16%. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη οικονομικών δεδομένων από ορισμένα Κ.Υ. συμπεραίνουμε προσεγγιστικά ότι το ποσοστό των ασθενών που συμμετέχουν στο κόστος είναι πολύ χαμηλό.

Πίνακας 3.6.: Ποσοστό χρηστών που κατέβαλλε το εξέταστρο με βάση τα στοιχεία κίνησης και εσόδων του 2012

Είδος Περιστατικού	Αριθμός Χρηστών
Τακτικά Περιστατικά	3.037.607
Μόνο για Συνταγογράφηση	2.562.775
Σύνολο (Τακτ. Περιστ. & Συνταγ.)	5.600.382
Συνολικά Έσοδα εξετάστρων	4.404.270
Ποσό εξετάστρου (€)	5
Αριθμός χρηστών που κατέβαλλαν το εξέταστρο	$4.404.270/5 = 880.854$
% χρηστών που κατέβαλλε το εξέταστρο	$880.854/5.600.382 = 16\%$

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4. Μεθοδολογία της Μελέτης

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία εκπόνησης της εν λόγω μελέτης. Το αντικείμενο της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας είναι η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων από την εφαρμογή της είσπραξης εξετάστρων στα κέντρα υγείας ως μοντέλο μερικής αυτοχρηματοδότησης των μονάδων αυτών. Τα ευρήματα της μελέτης κρίνονται αξιοποιήσιμα ως προς την υλοποίηση βελτιωτικών κινήσεων για την ορθή και αποτελεσματική εφαρμογή του εν λόγω μέτρου.

4.1. Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την αξιολόγηση της λειτουργίας και των αρχικών αποτελεσμάτων του νέου μέτρου της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος ως μοντέλο μερικής αυτοχρηματοδότησης των κέντρων υγείας της Ελλάδας, τόσο από τη σκοπιά των επαγγελματιών υγείας, όσο και από τη σκοπιά των χρηστών. Πολλές μελέτες πραγματοποιούνται για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, αλλά λίγες είναι εκείνες που αφορούν στην άποψη των επαγγελματιών υγείας. Η πρωτοτυπία της μελέτης έγκειται στην αναζήτηση της άποψης για τη συμμετοχή στο κόστος από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας από όλη την Ελλάδα που βιώνουν τα αποτελέσματα του νέου μέτρου καθώς και η αξιολόγησή του με τη διατύπωση βελτιωτικών προτάσεων.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο γνώμονα για την πραγματοποίηση διορθωτικών κινήσεων από την πλευρά των ηθινόντων στη λήψη αποφάσεων. Η μέτρηση της άποψης των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική για τη χάραξη πολιτικής υγείας, διότι επισημαίνονται οι αδυναμίες λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού. Η βελτίωση των ελλείψεων που εντοπίζονται στη δραστηριοποίηση των κέντρων υγείας θα έχει σαν αποτέλεσμα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε αυτά και την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

- Πώς λειτουργεί το μοντέλο μερικής αυτοχρηματοδότησης στα κέντρα υγείας με την είσπραξη εξετάστρων;
- Πώς κρίνουν οι χρήστες και οι επαγγελματίες υγείας την εξέλιξη της θέσπισης του μηχανισμού πληρωμής εξετάστρων, σε σχέση με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους και με τα αποτελέσματα του μέτρου;
- Πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται οι χρήστες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα κέντρα υγείας;
- Ποιές μεταβολές παρατηρούνται στις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν οι χρήστες μετά την καθιέρωση της πληρωμής εξετάστρων;
- Η είσπραξη εξετάστρων κρίνεται αποτελεσματικότερη από τους διευθυντές όταν συνοδεύεται από την οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας;

4.3. Σχεδιασμός της μελέτης

Η μελέτη αυτή είναι περιγραφική καθώς και μελέτη συσχετίσεων, ενώ αφορά τρεις ομάδες πληθυσμού, τους διευθυντές, τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους χρήστες των κέντρων υγείας. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης αφορά στους διευθυντές και στους διοικητικούς υπαλλήλους όλων των κέντρων υγείας που λειτουργούν στην Ελλάδα, καθώς και στη λήψη δείγματος ασθενών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας σε διαφορετικές περιοχές της χώρας, αστικές, ημιαστικές και αγροτικές. Η συμμετοχή όλων των διευθυντών και των διοικητικών υπαλλήλων των κέντρων υγείας στη μελέτη κρίθηκε απαραίτητη ώστε να είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο της χώρας. Όσον αφορά στο δείγμα των ασθενών-χρηστών επιδιώχθηκε να είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου του πληθυσμού καθώς και του βαθμού αστικότητας των κέντρων υγείας. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν τα κέντρα ψυχικής υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία.

4.4. Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επιλογή του δείγματος της μελέτης αποτελεί διαδικασία καθοριστικής σημασίας όσον αφορά στην αντιπροσωπευτικότητα του συνολικού πληθυσμού ώστε να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων (Σαχίνη-Καρδάση, 1997). Η κύρια πηγή λήψης των δεδομένων είναι το δείγμα, που αποτελεί την υπομονάδα του πληθυσμού της μελέτης. Η επιλογή του κατάλληλου πληθυσμού αναφοράς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη του δείγματος, καθώς και η αντιπροσωπευτικότητα, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται με τη διαστρωμάτωση του δείγματος (Παναγιωτάκος, 2006).

Η παρούσα μελέτη, όπως προαναφέρθηκε, πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς – χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, καθώς επίσης σε διευθυντές και διοικητικούς υπαλλήλους των μονάδων αυτών πανελλαδικά. Το μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού αποτέλεσαν 626 ασθενείς-χρήστες, 188 διευθυντές και 193 διοικητικοί υπάλληλοι (συνολικά 1007). Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε για τους διευθυντές και τους διοικητικούς υπαλλήλους από τον Ιούνιο 2011 έως το Μάιο 2012, ενώ για τους χρήστες από το Μάιο 2012 έως τον Απρίλιο 2013.

Ο σχεδιασμός της επιλογής του δείγματος των χρηστών πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη την ετήσια κίνηση των κέντρων υγείας ανά Υ.Πε. Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των χρηστών που κρίθηκε αναγκαίο να συμμετάσχουν στη μελέτη ανά Υ.Πε. προέκυψε υπολογίζοντας την ποσοστιαία αναλογία των εξετασθέντων ανά Υ.Πε. στο σύνολο των εξετασθέντων σε όλα τα κέντρα υγείας της Ελλάδας, με βάση τα στοιχεία του 2010. Έτσι, η αναλογία των συμμετεχόντων χρηστών υπολογίστηκε ανά Υ.Πε. ως εξής: 8% από την 1^η Υ.Πε., 12% από τη 2^η Υ.Πε., 10% από την 3^η Υ.Πε., 19% από την 4^η Υ.Πε., 15% από την 5^η Υ.Πε., 25% από την 6^η Υ.Πε. και 11% από την 7^η Υ.Πε. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η αντιπροσώπευση κέντρων υγείας όλων των τύπων, δηλαδή αστικών, ημιαστικών, αμιγώς αγροτικών και αγροτικών σε τουριστικές περιοχές από διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη ότι για την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ο αριθμός των συμμετεχόντων πρέπει να είναι πέντε με δέκα φορές μεγαλύτερος από τον αριθμό των στοιχείων του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013) καθώς και για το είδος της μελέτης θεωρήθηκε ως

ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος οι 610 χρήστες τουλάχιστον. Κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων, βέβαια, κατέστη δυνατή η λήψη 626 ερωτηματολογίων, χωρίς όμως να επιτευχθεί η συμμετοχή κέντρων υγείας της 5^{ης} Υ.Πε. Στον πίνακα 4.1. παρουσιάζονται αναλυτικά τα κέντρα υγείας από τα οποία ήταν δυνατή η συμμετοχή των χρηστών στη μελέτη και τα οποία συνολικά ανέρχονται σε 18.

Πίνακας 4.1.: Κέντρα υγείας συλλογής ερωτηματολογίων χρηστών

	N	%	Αθροιστικό %
Κ.Υ. Γαλατά	30	4,79	4,79
Κ.Υ. Κρασιδίου	17	2,72	7,51
Κ.Υ. Λυγουριού	17	2,72	10,22
Κ.Υ. Βύρωνα	27	4,31	14,54
Κ.Υ. Γυθείου	16	2,56	17,09
Κ.Υ. Φιλιατρών	13	2,08	19,17
Κ.Υ. Μελιγαλά	35	5,59	24,76
Κ.Υ. Λιτόχωρου	46	7,35	32,11
Κ.Υ. Ευόσμου	15	2,40	34,50
Κ.Υ. Θέρμης	19	3,04	37,54
Κ.Υ. Σοχού	20	3,19	40,73
Κ.Υ. Χάρακα	52	8,31	49,04
Κ.Υ. Ανωγείων	19	3,04	52,08
Κ.Υ. Στρυμονικού	80	12,78	64,86
Κ.Υ. Μεγάρων	44	7,03	71,88
Κ.Υ. Μυτιλήνης	29	4,63	76,52
Κ.Υ. Κάτω Αχαΐας	57	9,11	85,62
Κ.Υ. Αταλάντης	90	14,38	100,00
Σύνολο	626	100,00	

Επίσης, στην επιλογή του δείγματος τηρήθηκαν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Συναίνεση του δείγματος (χρηστών και επαγγελματιών υγείας) για συμμετοχή στη μελέτη, εφόσον προηγουμένως ενημερώθηκαν για το σκοπό διεξαγωγής της καθώς και για τη συνολική και όχι ατομική μορφή απεικόνισης των συμπερασμάτων αυτής.
- Επίσκεψη των ασθενών ή των συνοδών τους στο κέντρο υγείας και πριν το Σεπτέμβριο - Οκτώβριο του 2010, οπότε και καθιερώθηκε η συμμετοχή στο κόστος.
- Ικανότητα των ασθενών να επικοινωνούν, να μην πάσχουν από άνοια ή ψύχωση.

- Συμμετοχή διευθυντών ή αναπληρωτών διευθυντών ή διευθυντών οικονομικής υπηρεσίας των κέντρων υγείας που έχουν εφαρμόσει την είσπραξη εξετάστρων.
- Συμμετοχή υπαλλήλων των κέντρων υγείας που εκτελούν χρέη διοικητικού προσωπικού εισπράττωντας τα εξέταστρα.

4.5. Τα ερωτηματολόγια

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, το ερωτηματολόγιο λειτουργεί ως ένα από τα σπουδαιότερα εργαλεία για την εκτέλεση δειγματοληπτικών ερευνών καθώς παρέχει στους ερευνητές χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά, τις πεποιθήσεις, τα πιστεύω και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν στη μελέτη (Παναγιωτάκος, 2006). Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να συλλεχθούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες με το μικρότερο δυνατό σφάλμα, με τη λιγότερη δυνατή ενόχληση των ερωτηθέντων και την κατάλληλη μορφή για περαιτέρω επεξεργασία των στοιχείων (Πραμαγγιούλης, 2008).

Η κατάλληλη σύνταξη του ερωτηματολογίου είναι υψίστης σημασίας, διότι η σαφήνεια των ερωτήσεων συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της πιθανότητας του λάθους κατά την καταγραφή της διερευνούμενης πληροφορίας (Παναγιωτάκος, 2006).

Στη συγκεκριμένη μελέτη, για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια (βλ. Παράρτημα). Ένα ερωτηματολόγιο για τους διευθυντές, το δεύτερο για τους διοικητικούς υπαλλήλους και το τρίτο για τους χρήστες. Τα ερωτηματολόγια ήταν δομημένα, ανώνυμα και ειδικά διαμορφωμένα, σε συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες στην οργάνωση υπηρεσιών υγείας για την εξασφάλιση της εγκυρότητας του περιεχομένου τους (Γαλάνης, 2013).

4.5.1. Ερωτηματολόγια διευθυντών και διοικητικών υπαλλήλων

Τα ερωτηματολόγια των διευθυντών και των διοικητικών υπαλλήλων διανεμήθηκαν στο σύνολο των 202 κέντρων υγείας της Ελλάδας. Πριν την επίσημη διανομή τους προηγήθηκε η πιλοτική έρευνα σε 25 κέντρα υγείας. Από τα 202 κέντρα υγείας,

δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη και απάντησαν τα ερωτηματολόγια, 188 διευθυντές κέντρων υγείας με το ποσοστό ανταπόκρισης να ανέρχεται στο 93% και 193 διοικητικοί υπάλληλοι, με το ποσοστό ανταπόκρισης να ανέρχεται στο 96%. Από το σύνολο των κέντρων υγείας της Ελλάδας, πέντε δεν εφαρμόζουν καθόλου τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (3%).

Η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, με τη χρήση τηλεμοιότυπου (fax) και με τη χρήση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η συμμετοχή των διευθυντών και των διοικητικών υπαλλήλων πραγματοποιήθηκε με προσωπική επικοινωνία από κοντά¹. Εκτός από τις απαντήσεις στο δομημένο ερωτηματολόγιο, οι επιπλέον απόψεις των ερωτώμενων από την προσωπική επικοινωνία μαζί τους λήφθηκαν υπόψη για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας με τους ερωτώμενους γινόταν μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της μελέτης και δίνονταν επιπρόσθετες διευκρινήσεις σε όσους τις ζητούσαν, τόσο για τις ερωτήσεις όσο και για την ίδια την μελέτη. Ορισμένα από τα ερωτηματολόγια λήφθησαν συμπληρωμένα την ίδια ημέρα με την αποστολή τους, ενώ τα περισσότερα συλλέχθησαν συμπληρωμένα μετά την πάροδο ορισμένων ημερών, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στους ερωτώμενους να τα συμπληρώσουν.

Δομή ερωτηματολογίου διευθυντών

Το ερωτηματολόγιο των διευθυντών αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις, από τις οποίες οι πέντε είναι κλειστού τύπου και οι δύο είναι ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διευθυντών, όπως φύλο, ηλικία, έτη εργασίας στο κέντρο υγείας, ειδικότητα και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις κλειστού τύπου, όσον αφορά στη λειτουργία και στα αποτελέσματα από τη συμμετοχή στο κόστος, στη στάση των χρηστών, των διοικητικών υπαλλήλων και στη διάσταση των εσόδων. Οι ερωτήσεις είναι διχοτόμες και οι απαντήσεις έχουν τη μορφή «Θετική - Αρνητική» και «Ναι –

¹ Η αποστολή και λήψη των ερωτηματολογίων έγινε με την υποστήριξη του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του τμήματος Νοσηλευτικής του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Όχι». Ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας παρουσίασε ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach's alpha ($\alpha=0,75$).

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει έντεκα ερωτήσεις κλειστού τύπου, σχετικά με την άποψη των διευθυντών για τη χρηματοδότηση των κέντρων υγείας. Ειδικότερα, διερευνήθηκε η άποψη των διευθυντών για ενδεχόμενη οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας, για τη συμβολή των εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων αυτών υπό την προϋπόθεση της οικονομικής αυτονομίας τους, καθώς επίσης περιελάμβανε την αιτιολόγηση των απαντήσεων αυτών. Οι ερωτήσεις αυτές είναι διχοτόμες και οι απαντήσεις έχουν τη μορφή «Ναι – Όχι».

Δομή ερωτηματολογίου διοικητικών υπαλλήλων

Το ερωτηματολόγιο των διοικητικών υπαλλήλων σε έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας παρουσίασε ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach's alpha ($\alpha=0,85$). Επίσης, το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις, από τις οποίες οι τρεις είναι κλειστού τύπου και οι δύο είναι ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, όπως φύλο, ηλικία, έτη εργασίας στο κέντρο υγείας, ειδικότητα και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με το ωράριο λειτουργίας του κέντρου υγείας και το είδος των εξετάσεων που προσφέρονται στον πληθυσμό ευθύνης του. Οι ερωτήσεις αυτές είναι κατηγορικές, ενώ η απάντηση σημειωνόταν δίπλα με «X».

Στο τρίτο μέρος περιλαμβάνονται δεκαεννέα ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες διαπραγματεύονται το αντικείμενο της μελέτης, δηλαδή τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν διχοτόμες και κατηγορικές.

Πιο συγκεκριμένα, οι διαστάσεις των ερωτήσεων σε αυτό το μέρος είναι οι εξής:

- Από πότε εφαρμόζεται η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος.
- Αν εισπράττονται τα εξέταστρα σε όλες τις βάρδιες λειτουργίας του κέντρου υγείας με την αντίστοιχη αιτιολόγηση.

- Ποιοί και πόσοι υπάλληλοι εισπράττουν τα εξετάστρα σε κάθε βάρδια.
- Ποιός είναι ο μέσος χρόνος εξυπηρέτησης των χρηστών για την είσπραξη των εξετάστρων σε κάθε βάρδια.
- Αν χρησιμοποιείται πληροφοριακό σύστημα υποστήριξης του εισπρακτικού μηχανισμού.
- Αν προκύπτει μεταβολή στις επισκέψεις των χρηστών καθώς και η διαπιστωθείσα ανταπόκρισή τους στην πληρωμή των εξετάστρων.
- Η πολιτική που εφαρμόζεται από το κέντρο υγείας όσον αφορά στην είσπραξη εξετάστρων στις περιπτώσεις επισκέψεως των χρηστών σε περισσότερες από μία ιατρικές ειδικότητες σε μια ημέρα.

4.5.2. Ερωτηματολόγια χρηστών υπηρεσιών κέντρων υγείας

Η λήψη των ερωτηματολογίων των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας έγινε με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης. Η πλειονότητα των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και ένα άλλο μέρος των συνεντεύξεων σε απομακρυσμένες περιοχές διενεργήθηκε από συνεργαζόμενους ερευνητές πεδίου, κυρίως νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν στις αντίστοιχες μονάδες. Σε αυτούς τους ερευνητές δόθηκαν αναλυτικές και σαφείς για τους σκοπούς της έρευνας οδηγίες καθώς και για τον τρόπο επικοινωνίας με τους χρήστες.

Επιλέχθηκε η διανομή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων να γίνει σε προσωπικό επίπεδο στους χρήστες ώστε να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινήσεις και να απαντηθούν οι απορίες των ερωτώμενων. Πριν τη συμπλήρωσή του γινόταν μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της μελέτης και διαβεβαιώνονταν οι χρήστες ότι οι απαντήσεις τους ήταν εμπιστευτικές και δεν θα χρησιμοποιούνταν για άλλο σκοπό εκτός από την ανάλυση της συγκεκριμένης μελέτης. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης των χρηστών στα κέντρα υγείας κατά τις πρωινές ώρες λειτουργίας τους. Έτσι, λοιπόν, συμπληρώθηκαν συνολικά 626 ερωτηματολόγια χρηστών από 18 κέντρα υγείας, ενώ είχε προηγηθεί η πιλοτική έρευνα σε 25 χρήστες-ασθενείς.

Δομή ερωτηματολογίου χρηστών

Το ερωτηματολόγιο των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις, από τις οποίες οι έξι είναι κλειστού τύπου και δύο είναι ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονται στα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού και αφορούν στο φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, τον ασφαλιστικό φορέα και το ποσό ασφάλισης.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις σχετικά με την αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας και το ποσό συμμετοχής στο κόστος. Από τις ερωτήσεις αυτές μία είναι κατηγορική, η δεύτερη είναι διχοτόμος με «Ναι – Όχι» και η τρίτη είναι ποσοτική ανοικτού τύπου.

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από το κέντρο υγείας, τη μεταβολή στις προσφερόμενες υπηρεσίες του κέντρου υγείας μετά την καθιέρωση της λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού, τη μεταβολή στις επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα καθώς και το ενδεχόμενο επανάληψης της επίσκεψής τους στο κέντρο υγείας αν χρειαστεί μελλοντικά. Η ερώτηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από το κέντρο υγείας περιλαμβάνει την πενταβάθμια κλίμακα Likert που αντιστοιχεί στο «καθόλου», «λίγο», «μέτρια», «πολύ», «πάρα πολύ». Οι επόμενες ερωτήσεις είναι κατηγορικές και μία είναι διχοτόμος. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας παρουσίασε ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach's alpha ($\alpha=0,9$).

Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει δώδεκα ερωτήσεις σχετικά με την άποψη των χρηστών για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος και την αιτιολόγηση αυτής. Οι ερωτήσεις αυτές είναι διχοτόμες και οι απαντήσεις έχουν τη μορφή «Ναί – Όχι».

4.6. Στατιστική επεξεργασία αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα των τριών ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε βάση του στατιστικού προγράμματος SPSS, το οποίο θεωρείται ισχυρό σύστημα ανάλυσης και διαχείρισης δεδομένων, ενώ χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα test:

- Pearson χ^2 test, για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών.
- Kolmogorov Smirnov test, για τον έλεγχο της κανονικότητας ή μη της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.
- Student t-test, για τον έλεγχο της μέσης τιμής μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής σχετικά με μια συγκεκριμένη κατηγορική μεταβλητή με δυο εναλλακτικές απαντήσεις και
- One-way ANOVA, για τον έλεγχο της μέσης τιμής μεταξύ μιας συγκεκριμένης ποσοτικής μεταβλητής σχετικά με μια συγκεκριμένη κατηγορική μεταβλητή με περισσότερες από δυο εναλλακτικές απαντήσεις.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τις παραπάνω αναλύσεις ορίστηκε σε $p < 0,05$. Για τις ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζεται η μέση τιμή, ενώ στις κατηγορικές μεταβλητές τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως συχνότητες και ποσοστά. Η παρουσίαση των ευρημάτων της μελέτης γίνεται μέσα από περιγραφικούς πίνακες, διαγράμματα και πίνακες συνάφειας.

Όσον αφορά στην αναζήτηση συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων, για τα ερωτηματολόγια των διευθυντών και των χρηστών, οι υποθέσεις που εξετάστηκαν παρουσιάζονται στους πίνακες 1.0 και 1.1. Ενώ, στο ερωτηματολόγιο των διοικητικών υπαλλήλων δεν αναζητήθηκαν συσχετίσεις, εξαιτίας της μορφής του, καθώς εξετάζει τον τρόπο εφαρμογής του εισπρακτικού μηχανισμού και επιμέρους λειτουργίες των κέντρων υγείας.

Στον Πίνακα 4.2. παρουσιάζονται οι υποθέσεις που εξετάστηκαν ώστε να προσδιοριστούν και να ερμηνευθούν οι διαφορές στις απόψεις των διευθυντών αναφορικά με την εφαρμογή του εξετάστρου και την ενδεχόμενη οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας.

Πίνακας 4.2.: Οι υποθέσεις που εξετάστηκαν για την εύρεση συσχέτισης στα ερωτηματολόγια των διευθυντών

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Υποθέσεις που εξετάστηκαν: Εξαρτημένη μεταβλητή/ Ανεξάρτητη
α) Στάση των διευθυντών αναφορικά με την εφαρμογή του εξετάστρου των €5 (1=Θετική, 2=Αρνητική)	1) Φύλο	α / 1,2,3,4,5,6,7,8,9
β) Γνώμη διευθυντών αναφορικά με την οικονομική αυτονομία των Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι)	2) Ηλικία	β / 1,2,3,4,5,6,7,9
γ) Γνώμη διευθυντών για συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία Κ.Υ. υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους από τα Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι)	3) Έτη εργασίας στο Κ.Υ.	γ / 1,2,3,4,5,6,7,8
	4) Σχολή αποφοίτησης (1=Ιατρική, 2=Οδοντιατρική, 3=Άλλη)	
	5) Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος (1=Ναι, 2=Όχι)	
	6) Κάτοχος μεταπτυχιακού στην Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (1=Ναι, 2=Όχι)	
	7) Κάτοχος διδακτορικού (1=Ναι, 2=Όχι)	
	8) Αποτελέσματα λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού (βλ. Πίνακα 6.2)	
	9) Επιμέρους απόψεις διευθυντών σχετικά με τη συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ. υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους (βλ. Πίνακα 6.3)	

Όσον αφορά στους χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (εκπαίδευση, επάγγελμα, εισόδημα) καθώς και της πληρωμής του εξετάστρου με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος. Πιο συγκεκριμένα, σε αντίστοιχες μελέτες σημειώνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία χρήστες εκφράζουν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας και μεγαλύτερη προθυμία συμμετοχής στο κόστος (Anagnostopoulou et al., 2011, Delcheva et al., 1997), εκτός από την έρευνα των O' Reilly et al. (2007) στην οποία παρουσιάζεται μεγαλύτερη προθυμία συμμετοχής στο κόστος από άτομα άνω των 70 ετών. Επιπλέον, σε ανάλογη μελέτη περισσότεροι ήταν οι άνδρες που εξέφρασαν επιθυμία συμμετοχής στο κόστος σε σχέση με τις γυναίκες (Delcheva et al., 1997).

Επίσης, όσον αφορά στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση, παρουσιάζεται μικρότερος βαθμός ικανοποίησης από τα κέντρα υγείας σε χρήστες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι οποίοι ασχολούνται με μη χειρωνακτική εργασία. Παράλληλα οι ίδιοι εμφανίζονται περισσότερο θετικοί στη συμμετοχή στο κόστος. Ενώ, οι χρήστες με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα δηλώνουν λιγότερο πρόθυμοι να συμμετάσχουν στο κόστος. (Anagnostopoulou et al., 2011, Delcheva et al., 1997, O' Reilly et al., 2007). Επιπροσθέτως, όσοι πληρώνουν εξέταστρα εκφράζουν μεγαλύτερη προθυμία συμμετοχής σε σχέση με όσους δεν πληρώνουν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Habbani et al. (2006).

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας επιδιώχθηκε η τεκμηρίωση των παραπάνω συσχετίσεων καθώς και των υποθέσεων που παρουσιάζονται στον πίνακα 4.3. οι οποίες εξετάστηκαν ώστε να προσδιοριστούν και να ερμηνευθούν οι διαφορές στις απόψεις των χρηστών αναφορικά με την εφαρμογή του εξετάστρου.

Πίνακας 4.3.: Οι υποθέσεις που εξετάστηκαν για την εύρεση συσχέτισης στα ερωτηματολόγια των χρηστών

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Υποθέσεις που εξετάστηκαν: Εξαρτημένη μεταβλητή / Ανεξάρτητη
α) Στάση των χρηστών αναφορικά με την εφαρμογή του εξετάστρου των €5 ως μέσο για την αναβάθμιση των δημοσίων υπηρεσιών ΠΦΥ (1=Θετική, 2=Αρνητική)	1) Φύλο	α / 1,2,3,4,5,6,7,8,10
β) Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ/Πάρα πολύ)	2) Ηλικία	β / 1,2,3,4,5,6,7,9,10
γ) Πληρωμή του εξετάστρου (1= Ναι, 2= Όχι)	3) Υπηκοότητα (1=Ελληνική, 2=Άλλη)	γ / 2,3,4,7
δ) Επιμέρους απόψεις των χρηστών για την εφαρμογή του εξετάστρου (βλ. Πίνακες 7.10 & 7.11)	4) Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (1=D,E χαμηλή, 2= A/B,C1,C2 υψηλή)	δ / 1,2,3,4,5,6,8,10
ε) Αιτία επίσκεψης (1= Ιατρική επίσκεψη-κλινική εξέταση, 2= Συνταγογράφηση, 3=Διαγνωστική/εργαστηριακή εξέταση, 4= Άλλος)	5) Οικογενειακή κατάσταση (1=Εγγαμος/η, 2=Άγαμος/η, 3=Διαζευγμένος/η, 4=Χήρος/α)	ε / 1,2,3,4,5
στ) Μεταβολές μετά την πληρωμή εξετάστρων (βλ. Πίνακας 7.12)	6) Πληρωμή εξετάστρου (1= Ναι, 2= Όχι)	στ / 1,2,3,4,5,6,8,9,10
ζ) Επανάληψη επίσκεψης στο Κ.Υ. (1= Ναι, 2= Όχι)	7) Αιτία επίσκεψης (1=Ιατρική επίσκεψη-κλινική εξέταση, 2=Συνταγογράφηση, 3=Διαγνωστική/εργαστηριακή εξέταση, 4= Άλλος)	ζ / 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
	8) Βαθμός ικανοποίησης από το Κ.Υ. (1= Καθόλου, 2=Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ/Πάρα πολύ)	
	9) Άποψη για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος	
	10) Προτίμηση προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας	

5. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων διοικητικού προσωπικού κέντρων υγείας

5.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη διοικητικού προσωπικού

Τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του διοικητικού υπο μελέτη πληθυσμού παρουσιάζονται στον πίνακα 5.1. Το 65% του διοικητικού προσωπικού που συμμετείχε στη μελέτη ήταν γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία του συνόλου ήταν τα 47 έτη. Ο μέσος όρος των ετών υπηρεσίας στο κέντρο υγείας ήταν τα 15 έτη. Όσον αφορά στην εκπαίδευσή τους το 22% είχε πτυχίο από Τ.Ε.Ι. και το 8% είχε πτυχίο από Α.Ε.Ι. Επιπλέον, οι ειδικότητες του προσωπικού που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν διοικητικού, λογιστικού και οικονομικού κλάδου σε ποσοστό 76%. Όμως, τις εισπράξεις των εξετάστρων και την εκτέλεση καθηκόντων του διοικητικού προσωπικού αναλάμβαναν εργαζόμενοι και από άλλες ειδικότητες όπως νοσηλευτές, τεχνικοί, παθολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Το γεγονός αυτό παραπέμπει σε δυσλειτουργία του συστήματος του εισπρακτικού μηχανισμού, λόγω αλληλοεπικαλύψεων και λόγω έλλειψης εξειδικευμένης γνώσης.

Πίνακας 5.1.: Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διοικητικών υπαλλήλων

Χαρακτηριστικά	N	%	Αθροιστικό %
Φύλο (n=193)			
Ανδρας	67	34,7	34,7
Γυναίκα	126	65,3	100,0
Εκπαίδευση			
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	2	1	1
A.E.I.	16	8,3	9,3
Μεταλυκειακή	4	2,1	11,4
T.E.I.	43	22,3	33,7
Μέσες Τεχνικές Σχολές	28	14,5	48,2
Εξαθέσιο Γυμνάσιο ή Λύκειο	94	48,7	96,9
Γυμνάσιο (3 χρόνια)	4	2,1	99
Δημοτικό	2	1	100
Ειδικότητα			
Κλάδος Διοικητικού-Λογιστικού-Οικονομικού	146	76	76
Νοσηλεύτης/τρια-Μαία/Μαιευτής-Επισκέπτης/τρια Υγείας	29	15,1	91,1
Τεχνικός-Κλητήρας	12	6,3	97,4
Παθολόγος	4	2,1	99,5
Κοινωνικός Λειτουργός	1	0,5	100
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο/Μέγιστο
Ηλικία (n=191)	47	7,466	28/63
Έτη υπηρεσίας στο Κ.Υ. (n=193)	15	9,633	1/28

5.2. Ανάλυση της λειτουργίας του μηχανισμού είσπραξης εξετάστρων από το διοικητικό προσωπικό των κέντρων υγείας

Καταρχήν, ο χρόνος έναρξης εφαρμογής της είσπραξης εξετάστρων, όπως δείχνει ο πίνακας 5.2., ήταν άμεσος για τα περισσότερα κέντρα υγείας. Έτσι, το 69% των κέντρων υγείας της μελέτης προσαρμοσε τη λειτουργία του για την είσπραξη των εξετάστρων μέσα στους δύο πρώτους μήνες από την έκδοση της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας. Όμως, υπήρχαν και κέντρα υγείας τα οποία σύμφωνα με τις απαντήσεις των διοικητικών υπαλλήλων, εφάρμοσαν τον εισπρακτικό μηχανισμό σε διάστημα μεγαλύτερο των πέντε μηνών.

Πίνακας 5.2.: Χρόνος έναρξης είσπραξης εξετάστρων από τα κέντρα υγείας

Χρόνος έναρξης είσπραξης εξετάστρων από τα Κ.Υ. (σε μήνες)	N	%	Αθροιστικό %
0	56	29,0	29,0
1	42	21,8	50,8
2	35	18,1	68,9
3	32	16,6	85,5
4	9	4,7	90,2
5	6	3,1	93,3
>5	13	6,7	100,0
Σύνολο	193	100,0	

Όσον αφορά στη μεταβολή των επισκέψεων των χρηστών στο κέντρο υγείας μετά την εφαρμογή της συμμετοχής στο κόστος, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του διοικητικού προσωπικού, στο 43% των κέντρων υγείας έχουν παραμείνει σταθερές και στο 41,5% έχουν μειωθεί (πίνακας 5.3.). Η μείωση αυτή μπορεί να οφείλεται τόσο στην ορθολογικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και στον περιορισμό λόγω κόστους για τις μη προνομιούχες οικονομικά κοινωνικές ομάδες.

Πίνακας 5.3.: Μεταβολή στην προσέλευση χρηστών στο κέντρο υγείας μετά την καθιέρωση της συμμετοχής στο κόστος

Οι επισκέψεις των ασθενών στο Κ.Υ.	N	%	Αθροιστικό %
Έχουν αυξηθεί	30	15,5	15,5
Έχουν μειωθεί	80	41,5	57,0
Έχουν παραμείνει σταθερές	83	43,0	100,0
Σύνολο	193	100,0	

Στην ερώτηση εάν οι χρήστες πληρώνουν όλοι άμεσα τα εξέταστρα ή προβάλλουν αντιρρήσεις, εξαιρώντας εκείνους οι οποίοι απαλλάσσονται από την καταβολή εξετάστρων σύμφωνα με τις οδηγίες της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας, το 92,2% απάντησε ότι όλοι ή και περισσότεροι από τα 2/3 των χρηστών πληρώνουν άμεσα. Όμως, παρατηρείται κάποιο έλλειμμα στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας όσον αφορά στη διευκρίνηση για το αν πληρώνουν επιπλέον οι ασθενείς που επισκέπτονται δυο διαφορετικές ειδικότητες γιατρών σε μια ημέρα. Έτσι, το 88% των διοικητικών υπαλλήλων απάντησε αρνητικά στο εν λόγω ερώτημα, ενώ οι υπόλοιποι απάντησαν καταφατικά (πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.4.: Πόσοι ασθενείς καταβάλλουν άμεσα το αντίτιμο του εξετάστρου κατ' εκτίμηση και άν χρεώνονται επιπλέον για την επίσκεψη σε περισσότερους από έναν ιατρούς σε μια ημέρα

Πόσοι ασθενείς καταβάλλουν άμεσα το εξετάστρο	N	%	Αθροιστικό %
Όλοι	130	67,4	67,4
Περισσότεροι από τα 2/3	48	24,8	92,2
Οι μισοί	5	2,6	94,8
Μόνο το 1/3	5	2,6	97,4
Λιγότεροι από το 1/3	5	2,6	100,0
Σύνολο	193	100,0	
Επιπλέον χρέωση της επίσκεψης σε περισσότερους από έναν ιατρούς την ίδια ημέρα	N	%	Αθροιστικό %
Ναι	23	12,0	12,0
Όχι	168	88,0	100,0
Σύνολο	191	100,0	

Επίσης, σύμφωνα με τις δηλώσεις των διοικητικών υπαλλήλων για το ωράριο λειτουργίας του κέντρου υγείας, όπου εργάζονται, διαπιστώθηκε ότι το 95,8% λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Επιπλέον, σημειώνεται ότι η πλειοψηφία των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη (64,2%) απασχολούν στην πρωινή βάρδια έναν υπάλληλο για την εκτέλεση των καθηκόντων εισπραξης εξετάστρων. Ενώ, στην ερώτηση εάν απασχολούν υπαλλήλους για την εισπραξη εξετάστρων κατά την απογευματινή και τη βραδινή βάρδια το 47,7% και το 61,1% αντίστοιχα απάντησαν αρνητικά (πίνακας 5.5), παρά την αναφορά στην εγκύκλιο του Υπουργείου ότι η εισπραξη πρέπει να πραγματοποιείται καθ' όλο το 24ωρο στις μονάδες υγείας.

Πίνακας 5.5.: Ωράριο λειτουργίας κέντρων υγείας και αριθμός υπαλλήλων που εισπράττει σε κάθε βάρδια

Ωράριο Λειτουργίας Κ.Υ. (σε ώρες)	N	%	Αθροιστικό %
8	3	1,6	1,6
13	1	0,5	2,1
16	4	2,1	4,2
24	185	95,8	100,0
Σύνολο	193	100,0	
Αριθμός υπαλλήλων για εισπραξη στην πρωινή βάρδια			
1	124	64,2	64,2
2	56	29,1	93,3
3	8	4,2	97,5
>3	5	2,5	100,0
Σύνολο	193	100,0	
Αριθμός υπαλλήλων για εισπραξη στην απογευματινή βάρδια			
0	92	47,7	47,7
1	94	48,7	96,4
2	7	3,6	100,0
Σύνολο	193	100,0	
Αριθμός υπαλλήλων για εισπραξη στη βραδινή βάρδια			
0	118	61,1	61,1
1	67	34,8	95,9
2	8	4,1	100,0
Σύνολο	193	100,0	

Το 54,6% και το 66,4% των ερωτηθέντων, για την απογευματινή και τη βραδινή βάρδια αντίστοιχα, ανέφερε ότι η μη είσπραξη εξετάστρων καθ'όλο το 24ωρο λειτουργίας των κέντρων υγείας οφείλεται στην έλλειψη διοικητικού προσωπικού στις συγκεκριμένες βάρδιες, για να καλύψει τις ανάγκες είσπραξης των εξετάστρων (πίνακας 5.6). Ακόμη, μια αιτία μη είσπραξης των εξετάστρων κατά τη διάρκεια της απογευματινής και της βραδινής λειτουργίας των κέντρων υγείας είναι το γεγονός ότι σε εκείνες τις βάρδιες ορισμένα κέντρα υγείας δέχονται αποκλειστικά τα επείγοντα περιστατικά (51,3%), από τα οποία όπως ορίζεται από τη σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου δεν εισπράττονται εξέταστρα.

Πίνακας 5.6.: Λόγοι μη είσπραξης εξετάστρων κατά την απογευματινή και τη βραδινή λειτουργία των κέντρων υγείας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	Ναι (n, %)	Όχι (n, %)
Δεν υπάρχουν οι αρμόδιοι υπάλληλοι για την απογευματινή λειτουργία (N=119)	65/54,6	54/45,4
Δεν υπάρχουν οι αρμόδιοι υπάλληλοι για τη βραδινή λειτουργία (N=119)	79/66,4	40/33,6
Δεν λειτουργεί το Κ.Υ. απόγευμα (N=119)	3/2,5	116/97,5
Δεν λειτουργεί το Κ.Υ. βράδυ (N=119)	8/6,7	111/93,3
Το απόγευμα και το βράδυ δεχόμαστε μόνο τα επείγοντα περιστατικά και από αυτά δεν εισπράτουμε εξέταστρα (N=119)	61/51,3	58/48,7

Η διαδικασία της πληρωμής εξετάστρων από τους χρήστες για τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας αναλύεται παρακάτω. Από τη στιγμή της άφιξης στο κέντρο υγείας, απαιτείται οι ασθενείς να κατευθυνθούν αρχικά στο ταμείο για την πληρωμή του εξετάστρου. Για κάθε χρήστη-ασθενή ο εντεταλμένος υπάλληλος ελέγχει τα προσωπικά στοιχεία, το ασφαλιστικό ταμείο, εισπράττει τα εξέταστρα, εάν δεν εντάσσεται σε μια από τις κατηγορίες που εξαιρούνται, και εκδίδει το ανάλογο παραπεμπτικό. Κατόπιν, ο χρήστης κατευθύνεται στο χώρο αναμονής για την ιατρική επίσκεψη. Όσον αφορά στον χρόνο αναμονής των χρηστών στο ταμείο, είναι

μικρότερος από τρία λεπτά σε κάθε βάρδια, σύμφωνα με εκτιμήσεις των διοικητικών υπαλλήλων που συμμετείχαν στη μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, στο 58,5% των κέντρων υγείας οι χρήστες περιμένουν λιγότερο από τρία λεπτά στην πρωινή βάρδια. Επίσης, στο 81,5% των κέντρων υγείας στην απογευματινή βάρδια και στο 81% στη βραδινή βάρδια ο χρόνος αναμονής των χρηστών είναι ο ίδιος (πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7.: Χρόνος αναμονής των χρηστών στο ταμείο σε κάθε βάρδια για την πληρωμή εξετάστρων

Χρόνος αναμονής στην πρωινή βάρδια (σε λεπτά)	N	%	Αθροιστικό %
<3	113	58,5	58,5
3-6	68	35,3	93,8
7-10	11	5,7	99,5
>10	1	0,5	100,0
Σύνολο	193	100,0	
Χρόνος αναμονής στην απογευματινή βάρδια (σε λεπτά)			
<3	84	81,5	81,5
3-6	15	14,5	96,0
7-10	4	4,0	100,0
Σύνολο	103*	100,0	
Χρόνος αναμονής στη βραδινή βάρδια (σε λεπτά)			
<3	60	81,0	81,0
3-6	11	15,0	96,0
7-10	3	4,0	100,0
Σύνολο	74**	100,0	

*Τα κέντρα υγείας τα οποία εισπράττουν εξέταστρα στην απογευματινή λειτουργία

**Τα κέντρα υγείας τα οποία εισπράττουν εξέταστρα στη βραδινή λειτουργία

Όσον αφορά στους υπαλλήλους που αναλαμβάνουν την είσπραξη των εξετάστρων, σύμφωνα με τις απαντήσεις στο αντίστοιχο ερώτημα, στο 52,8% των κέντρων υγείας δεν είναι αποκλειστικά διοικητικοί υπάλληλοι, αλλά είναι και νοσηλευτές/τριες, γιατροί και τεχνικοί (πίνακας 5.8). Η ετεροαπασχόληση, όπως σημειώθηκε και παραπάνω, δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα κέντρα υγείας, καθώς επίσης προκαλεί σύγχυση για τις αρμοδιότητες των ειδικοτήτων που δεν εντάσσονται στο διοικητικό προσωπικό.

Επιπροσθέτως, από το ερώτημα που τέθηκε στους διοικητικούς υπαλλήλους όσον αφορά στη λειτουργία πληροφοριακού συστήματος κατάλληλου για την υποστήριξη του εισπρακτικού μηχανισμού, διαπιστώθηκε ότι το 85% των κέντρων υγείας δεν το διαθέτουν (πίνακας 5.8). Από την άλλη μεριά, η χρήση του κατάλληλου πληροφοριακού συστήματος θα υποστήριζε την είσπραξη εξετάστρων ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα εξυπηρέτησης των χρηστών.

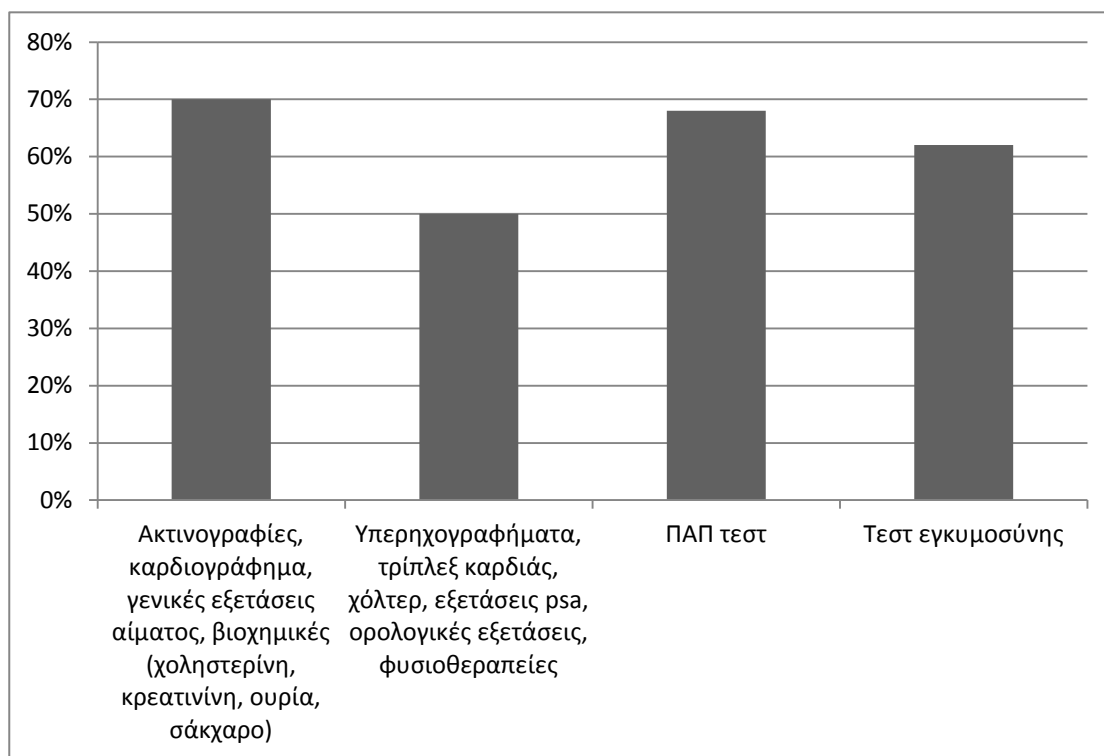
Πίνακας 5.8.: Κατηγορίες προσωπικού με αρμοδιότητες είσπραξης εξετάστρων

Προσωπικό που εισπράττει τα εξέταστρα στα Κ.Υ.	N	%	Αθροιστικό %
Διοικητικό	69	35,8	35,8
Νοσηλευτικό- Ιατρικό	17	8,8	44,6
Τεχνικό	5	2,6	47,2
Συνδυασμός των παραπάνω	102	52,8	100,0
Σύνολο	193	100,0	

Χρήση Π.Σ. για είσπραξη εξετάστρων	N	%	Αθροιστικό %
Ναι	29	15,0	15,0
Όχι	164	85,0	100,0
Σύνολο	193	100,0	

Τέλος, οι συμμετέχοντες στη μελέτη ερωτήθηκαν για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο κέντρο υγείας όπου εργάζονται, ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός που καλύπτουν τις ανάγκες Π.Φ.Υ. των χρηστών τους. Όπως, απεικονίζεται στον πίνακα 5.9. ορισμένες βασικές εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες περιλαμβάνονται στον προληπτικό έλεγχο στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. πραγματοποιούνται σε λιγότερο από το 70% των κέντρων υγείας, λόγω ελλείψεων σε βιοϊατρικό εξοπλισμό και σε εξειδικευμένο προσωπικό. Συνεπώς, διαπιστώνεται η αδυναμία ανταπόκρισης μεγάλου ποσοστού των κέντρων υγείας με τις υφιστάμενες δομές τους στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. Επίσης, σημειώνουμε ότι τα έσοδα από τα εξέταστρα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην ενίσχυση του βιοϊατρικού εξοπλισμού των κέντρων υγείας.

Πίνακας 5.9.: Ποσοστό κέντρων υγείας που πραγματοποιούν τις ακόλουθες κατηγορίες εξετάσεων



6. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων διευθυντών κέντρων υγείας

6.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των διευθυντών

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των διευθυντών που συμμετείχαν στη μελέτη αποτυπώνονται στον πίνακα 6.1. Παρατηρούμε ότι το 71,3% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες, ενώ η μέση ηλικία του συνόλου ήταν τα 56 έτη. Ο μέσος όρος των ετών εργασίας τους στο κέντρο υγείας ήταν τα 19 έτη. Επίσης, το 92,6% των διευθυντών ήταν απόφοιτοι της ιατρικής σχολής και το 27,7% είχαν μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών. Μόνο το 7,2% των διευθυντών είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα σχετικό με την οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας και το 8,9% είχε διδακτορικό τίτλο.

Πίνακας 6.1.: Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των διευθυντών

Χαρακτηριστικά	N	%	Αθροιστικό %
Φύλο (n=188)			
Ανδρας	134	71,3	71,3
Γυναίκα	54	28,7	100,0
Εκπαίδευση			
Ιατρική σχολή	174	92,6	92,6
Οδοντιατρική σχολή	14	7,4	100,0
Μεταπτυχιακές σπουδές			
Ναι	51	27,7	27,7
Όχι	133	72,3	100,0
Μεταπτυχιακό στην Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας			
Ναι	13	7,2	7,2
Όχι	168	92,8	100,0
Διδακτορικό			
Ναι	16	8,9	8,9
Όχι	164	91,1	100,0
	Μέση	Τυπική	Ελάχιστο/
	Τιμή	Απόκλιση	Μέγιστο
Ηλικία (n=188)	56	5,504	35/67
Έτη υπηρεσίας στο Κ.Υ. (n=187)	19	7,322	1/34

6.2. Η άποψη των διευθυντών αναφορικά με την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας και την οικονομική λειτουργία τους

Όσον αφορά στη λειτουργία του μέτρου της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος στα κέντρα υγείας, όπως φαίνεται στον πίνακα 6.2., το 60,6% των διευθυντών τη χαρακτήρισε ως θετική και το 72,9% δήλωσε ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται με την πληρωμή των εξετάστρων. Σχετικά με τη στάση των διοικητικών υπαλλήλων στην εισαγωγή του νέου μέτρου το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησε ότι οι υπάλληλοι συμμορφώνονται είναι 56%. Στο ερώτημα εάν τα έσοδα από τα εξέταστρα είναι επαρκή και αν συμβάλλουν στην κάλυψη μέρους των εξόδων των κέντρων υγείας μόνο το 18,5% απάντησε θετικά. Ορισμένοι διευθυντές, σε προσωπική επικοινωνία, δικαιολόγησαν αυτή την απάντηση δηλώνοντας ότι τα έσοδα από τα εξέταστρα προωθούνται προς τα αρμόδια νοσοκομεία ευθύνης και έτσι δεν χρησιμοποιούνται από τα ίδια τα κέντρα υγείας για την κάλυψη των τρεχόντων εξόδων τους. Για τον ανωτέρω λόγο, μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (19,7%) σημείωσε ότι η είσπραξη εξετάστρων έχει συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών από το κέντρο υγείας.

Από την άλλη μεριά, βέβαια, το 66,3% των διευθυντών δήλωσε ότι η συμμετοχή στο κόστος έχει συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της έννοιας της δαπάνης των υπηρεσιών υγείας τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους υπαλλήλους. Επίσης, όταν οι διευθυντές ερωτήθηκαν αν συμφωνούν με τη δυνητική οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας αναφορικά με τη δυνατότητα να διαχειρίζονται αυτόνομα τα έσοδα από τα εξέταστρα, το 80,3% απάντησε καταφατικά. Επίσης, σχετικά με το ερώτημα αν πιστεύουν ότι τα έσοδα των εξετάστρων θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας, στην περίπτωση που εφαρμοζόταν η διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία τους, το 80,3% απάντησε καταφατικά. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι διευθυντές (100%) κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στην οργάνωση και διοίκηση μονάδων υγείας απάντησαν θετικά στο εν λόγω ερώτημα (οριακά στατιστικά σημαντική σχέση $\chi^2=3,5$, $p=0,06$).

Πίνακας 6.2.: Απόψεις των διευθυντών σχετικά με τη λειτουργία της είσπραξης των εξετάστρων

Παράμετροι	$N_{\Theta}/N_{(\Theta+A)}$ * (%)
<i>Η μέχρι τώρα εμπειρία σας από τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού είναι θετική;</i>	114 / 188 (60,6%)
<i>Οι ασθενείς συμμορφώνονται;</i>	137 / 188 (72,9%)
<i>Οι διοικητικοί υπάλληλοι εξέφρασαν ικανοποίηση;</i>	102 / 182 (56%)
<i>Τα έσοδα από τα εξεταστρα είναι επαρκή και συμβάλλουν στην κάλυψη εξόδων του Κ.Υ.;</i>	34 / 184 (18,5%)
<i>Η είσπραξη εξετάστρων έχει συμβάλει στην αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών από το Κ.Υ.;</i>	37 / 188 (19,7%)
<i>Η είσπραξη εξετάστρων έχει συμβάλει στη συνειδητοποίηση της έννοιας της δαπάνης των υπηρεσιών από ασθενείς και υπαλλήλους;</i>	124 / 187 (66,3%)
<i>Συμφωνείτε με την οικονομική αυτονομία των Κ.Υ. ως προς τη δυνατότητα αυτόνομης διαχείρισης των ιδίων εσόδων;</i>	151 / 188 (80,3%)
<i>Πιστεύετε ότι τα έσοδα από τα εξεταστρα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ., υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους;</i>	151 / 188 (80,3%)

Εν συνεχεία, οι διευθυντές που απάντησαν θετικά στο ερώτημα αναφορικά με τη συμβολή των εσόδων των εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας, στην περίπτωση αυτόνομης οικονομικής διαχείρισής τους, κλήθηκαν να αιτιολογήσουν την άποψή τους. Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 6.3, το 98,7% των διευθυντών ανέφερε ότι τα έσοδα από τα εξεταστρα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην κάλυψη προβλημάτων ρευστότητας των κέντρων υγείας για την κάλυψη τρεχόντων εξόδων των μονάδων αυτών. Ακόμη, το 81,9% σημείωσε ότι θα μπορούσαν αυτά τα έσοδα να συμβάλλουν στην ανάπτυξη περαιτέρω προγραμμάτων

πρόληψης και προαγωγής της υγείας για τον πληθυσμό ευθύνης του κέντρου υγείας. Ενώ, το 72,7% δήλωσε ότι θα μπορούσαν να συντελέσουν στην ενίσχυση και στον εκσυγχρονισμό του βιοϊατρικού εξοπλισμού των συγκεκριμένων μονάδων. Επίσης, το 37,7% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι τα έσοδα των εξετάστρων θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κάλυψη θέσεων μέσω προσλήψεων επικουρικού προσωπικού.

Από την άλλη μεριά, οι διευθυντές που απάντησαν αρνητικά για τη συμβολή των εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας, στην περίπτωση της αυτόνομης οικονομικής διαχείρισης τους δικαιολόγησαν την απάντησή τους αναφέροντας σε ποσοστό 75,7% ότι η πληρωμή εξετάστρων από τους χρήστες είναι άδικη. Επίσης, το 66,7% δήλωσε ότι η διοικητική και οικονομική εξάρτηση των μονάδων αυτών από τα νοσοκομεία συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας και ότι ενδεχόμενη αυτονόμησή τους θα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί. Επιπλέον, το 60,6% σημείωσε ότι δεν θεωρεί ότι θα δοθεί στην πράξη η δυνατότητα αυτόνομης διαχείρισης αυτών των εσόδων, ενώ το 55,6% εξέφρασε την άποψη ότι το μέτρο θα εξασθενήσει με το χρόνο και λόγω των αντιδράσεων. Τέλος, το 52,8% δήλωσε ότι το δυνητικό κόστος αυτόνομης διαχείρισης των εξετάστρων ξεπερνά τα δυνητικά οφέλη (πίνακας 6.3).

Πίνακας 6.3.: Απόψεις των διευθυντών σχετικά με τη συμβολή των εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας

Τα έσοδα από τα εξέταστρα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ., υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους, διότι:	N_Θ/N_(Θ+Α) * (%)
<i>Θα μπορούσαν να βοηθούν στην κάλυψη προβλημάτων ρευστότητας των Κ.Υ.</i>	149 / 151 (98,7%)
<i>Θα μπορούσαν να βοηθούν στην κάλυψη θέσεων μέσω προσλήψεων επικουρικού προσωπικού</i>	57 / 151 (37,7%)
<i>Θα μπορούσαν να βοηθούν στην ενίσχυση και στον εκσυγχρονισμό του βιοϊατρικού εξοπλισμού</i>	109 / 150 (72,7%)
<i>Θα μπορούσαν να αναπτυχθούν περαιτέρω προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του Κ.Υ.</i>	122 / 149 (81,9%)
Τα έσοδα από τα εξέταστρα δεν θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ., υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους, διότι:	
<i>Το δυνητικό κόστος αυτόνομης διαχείρισης των εξετάστρων είναι μεγάλο και ξεπερνά τα δυνητικά οφέλη</i>	19 / 36 (52,8%)
<i>Η διοικητική και οικονομική εξάρτηση από τα νοσοκομεία συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ.</i>	24 / 36 (66,7%)
<i>Η πληρωμή εξετάστρων από τους ασθενείς είναι άδικη</i>	28 / 37 (75,7%)
<i>Με το πέρασμα του χρόνου και λόγω των κοινωνικών αντιδράσεων το μέτρο θα εξασθενήσει</i>	20 / 36 (55,6%)
<i>Δεν θα δοθεί στην πράξη η δυνατότητα αυτόνομης διαχείρισης αυτών των εσόδων</i>	20 / 33 (60,6%)

Σημείωση: 151 από τους 188 (80%) διευθυντές δήλωσαν ότι τα έσοδα από τα εξέταστρα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ., δεδομένης της οικονομικής αυτονομίας τους, και 37 από τους 188 (20%) απάντησε αρνητικά.

6.3. Αποτελέσματα διμεταβλητών αναλύσεων

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων για την αποτύπωση των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων των διευθυντών των κέντρων υγείας και των παραγόντων από τους οποίους εξαρτώνται (πίνακας 6.4).

Πίνακας 6.4.: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού των διευθυντών

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές
Στάση των διευθυντών αναφορικά με την εφαρμογή του εξετάστρου των €5 (1=Θετική, 2=Αρνητική)	Συμμόρφωση ασθενών-χρηστών (1=Ναι, 2=Όχι) Θετική η στάση των διοικητικών υπαλλήλων (1=Ναι, 2=Όχι) Συμβολή εξετάστρων στην κάλυψη μέρους των εξόδων (1=Ναι, 2=Όχι) Συμβολή εξετάστρων στην αποτ/τητα Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι) Συμβολή εξετάστρων στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών (1=Ναι, 2=Όχι) Συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών δεδομένης της οικονομικής αυτονομίας των Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι)
Γνώμη διευθυντών αναφορικά με την οικονομική αυτονομία των Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι)	Συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών δεδομένης της οικονομικής αυτονομίας των Κ.Υ. (1=Ναι, 2=Όχι)

Ξεκινώντας με τις απαντήσεις των διευθυντών για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα 6.5. Αρχικά, το 90,4% των διευθυντών που θεωρούν τη θεσμοθέτηση της πληρωμής εξετάστρων ως θετική εξέλιξη δήλωσαν ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται με αυτήν, ενώ, από την άλλη μεριά, το 45,9% εκείνων που τη θεωρούν αρνητική εξέλιξη δήλωσαν ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά

σημαντική ($\chi^2=44,758$, $p<0,001$). Επομένως, ουσιώδη ρόλο στη διαμόρφωση θετικής ή αρνητικής στάσης των διευθυντών ως προς την είσπραξη εξετάστρων διαδραματίζει η αντίδραση ή μη των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας.

Επιπλέον, το 71,6% από τους διευθυντές που θεωρούν θετική τη λειτουργία της είσπραξης εξετάστρων σημείωσαν ότι οι διοικητικοί υπάλληλοι δεν αντέδρασαν για τα επιπρόσθετα καθήκοντα που τους ανατέθηκαν, ενώ, από την άλλη μεριά, το 32,9% εκείνων που τη θεωρούν αρνητική σημείωσαν ότι οι διοικητικοί υπάλληλοι συμμορφώνονται. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=26,556$, $p<0,001$).

Ακόμη, από τους διευθυντές που χαρακτήρισαν θετική τη λειτουργία της είσπραξης εξετάστρων το 73,9% δήλωσε ότι τα έσοδα αυτά δεν καλύπτουν τα τρέχοντα έξοδα των κέντρων υγείας, διότι αποστέλλονται στα αρμόδια νοσοκομεία, καθώς και το 93,2% εκείνων που τη χαρακτήρισαν αρνητική έκαναν την ίδια δήλωση. Η διαφορά αυτή βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10,863$, $p=0,001$).

Επιπροσθέτως, από τους διευθυντές που εξέφρασαν τη θετική στάση τους για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, το 69,3% θεωρεί ότι αυτό το μέτρο δεν έχει συμβάλει στην αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών από το κέντρο υγείας, καθώς επίσης και το 97,3% εκείνων που εξέφρασαν αρνητική στάση θεωρεί ότι δεν έχει βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η σχέση μεταξύ των δυο απαντήσεων είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=22,254$, $p<0,001$).

Επιπλέον, οι διευθυντές που ανέφεραν ότι είναι θετικό το μέτρο της είσπραξης εξετάστρων σε ποσοστό 84,2% δήλωσαν ότι συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της έννοιας της δαπάνης των υπηρεσιών από τους χρήστες αυτών καθώς και από τους υπαλλήλους, ενώ, από την άλλη μεριά, το 38,4% εκείνων που εξέφρασαν την αντίθεσή τους προς το μέτρο δήλωσαν ότι συμβάλλει στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών από ασθενείς και υπαλλήλους. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=41,886$, $p<0,001$).

Τέλος, από τους διευθυντές που εξέφρασαν τη συγκατάθεσή τους για το μέτρο το 87,7% πιστεύει ότι σε περίπτωση αυτόνομης οικονομικής διαχείρισης των εσόδων των κέντρων υγείας, θα βελτιωνόταν η αποτελεσματικότητα των μονάδων αυτών. Ενώ, το 68,9% εκείνων που εξέφρασαν την αντίθεσή τους για το νέο μέτρο δήλωσαν

ότι αν υπήρχε οικονομική αυτονομία θα βελτιωνόταν η αποτελεσματικότητα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10,033$, $p=0,002$).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η διαμόρφωση θετικής στάσης των διευθυντών για το μέτρο της είσπραξης εξετάστρων επηρεάζεται από τη συμμόρφωση των χρηστών των υπηρεσιών και των υπαλλήλων σε αυτό, καθώς επίσης από τη συμβολή των εξετάστρων στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών από ασθενείς και υπαλλήλους. Από την άλλη μεριά, η αδυναμία των εξετάστρων να συμβάλλουν στην κάλυψη των εξόδων των κέντρων υγείας και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιδρούν αρνητικά στη συναίνεση των διευθυντών για το νέο μέτρο. Ενώ, η ανάγκη οικονομικής αυτονομίας των κέντρων υγείας κρίνεται επιτακτική ως το επόμενο στάδιο της είσπραξης εξετάστρων ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των εξόδων και η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών.

Πίνακας 6.5.: Συσχέτιση στάσης διευθυντών για την είσπραξη εξετάστρων με τα αποτελέσματα του νέου μέτρου

Παράμετροι	Η είσπραξη εξετάστρων είναι:				
		Θετική		Αρνητική	
Συμμόρφωση ασθενών	Ναι (n, %)	103	90,4%	34	45,9%
	Όχι (n, %)	11	9,6%	40	54,1%
	Σύνολο (n, %)	114	100,0%	74	100,0%
Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων	Θετική (n, %)	78	71,6%	24	32,9%
	Αρνητική (n, %)	31	28,4%	49	67,1%
	Σύνολο (n, %)	109	100,0%	73	100,0%
Τα εξέταστρα καλύπτουν μέρος των εξόδων	Ναι (n, %)	29	26,1%	5	6,8%
	Όχι (n, %)	82	73,9%	68	93,2%
	Σύνολο (n, %)	111	100,0%	73	100,0%

Συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότητα των Κ.Υ.					
	Ναι (n, %)	35	30,7%	2	2,7%
	Όχι (n, %)	79	69,3%	72	97,3%
	Σύνολο (n, %)	114	100,0%	74	100,0%
Συμβολή εξετάστρων στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών					
	Ναι (n, %)	96	84,2%	28	38,4%
	Όχι (n, %)	18	15,8%	45	61,6%
	Σύνολο (n, %)	114	100,0%	73	100,0%
Συμβολή εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών δεδομένης της αυτονομίας των Κ.Υ.					
	Θετική (n, %)	100	87,7%	51	68,9%
	Αρνητική (n, %)	14	12,3%	23	31,1%
	Σύνολο (n, %)	114	100,0%	74	100,0%

Από τους διευθυντές που συμφωνούν με την οικονομική αυτονομία των κέντρων υγείας, το 91,4% θεωρεί ότι η συλλογή εξετάστρων θα συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των κέντρων υγείας, υπό την προϋπόθεση της διοικητικής αυτονομίας. Από την άλλη μεριά, το 64,9% των διευθυντών οι οποίοι δεν συμφωνούν με την οικονομική αυτονομία θεωρούν ότι τα έσοδα των εξετάστρων δεν θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας αν υφίσταται η διοικητική αυτονομία των κέντρων υγείας. Η σχέση μεταξύ των δυο απαντήσεων είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=59,496$, $p<0,001$) (πίνακας 6.6).

Πίνακας 6.6.: Συσχέτιση άποψης διευθυντών για οικονομική αυτονομία Κ.Υ. με τη γνώμη τους για τη συμβολή των εξετάστρων στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ. υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους

	«Συμφωνείτε με την οικονομική αυτονομία των Κ.Υ.»		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
«Τα έσοδα των εξετάστρων θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κ.Υ., υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους;»			
Ναι	138	13	151
% συμβολή εξετάστρων στην αποτ/τητα Κ.Υ.	91,4%	8,6%	100,0%
% οικονομική αυτονομία Κ.Υ.	91,4%	35,1%	80,3%
Όχι	13	24	37
% συμβολή εξετάστρων στην αποτ/τητα Κ.Υ.	35,1%	64,9%	100,0%
% οικονομική αυτονομία Κ.Υ.	8,6%	64,9%	19,7%
Σύνολο	151	37	188
% συμβολή εξετάστρων στην αποτ/τητα Κ.Υ.	80,3%	19,7%	100,0%
% οικονομική αυτονομία Κ.Υ.	100,0%	100,0%	100,0%

6.4. Λογιστική παλινδρόμηση

Στη συνέχεια, αναζητήθηκε η πολλαπλή συσχέτιση των απαντήσεων των διευθυντών όσον αφορά στη θετική ή αρνητική εκτίμησή τους για την εφαρμογή του μέτρου της είσπραξης των εξετάστρων με τις απαντήσεις τους για τα αποτελέσματα του μέτρου. Έτσι ορίστηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η άποψη των διευθυντών για την είσπραξη εξετάστρων και ως εξαρτημένες οι μεταβλητές που αφορούν τα αποτελέσματα του μέτρου, όπως απεικονίζονται στον πίνακα 6.2.

Σύμφωνα με τη λογιστική παλινδρόμηση και τις απαντήσεις των διευθυντών προκύπτει ότι εκείνοι που δήλωσαν ότι συμμορφώνονται οι ασθενείς είχαν συχνότερα θετική γνώμη για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος ($p < 0,001$), καθώς επίσης και εκείνοι που δήλωσαν πως οι διοικητικοί υπάλληλοι συμπεριφέρονται θετικά

($p < 0,001$). Ακόμη, οι διευθυντές που θεωρούσαν πως τα εξετάστρα συμβάλλουν στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών που παρέχονται, είχαν συχνότερα θετική γνώμη για την είσπραξη των εξετάστρων ($p < 0,001$). Τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης αποτυπώνονται στον πίνακα 6.7.

Πίνακας 6.7.: Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την άποψη (θετική-αρνητική) των διευθυντών σχετικά με την είσπραξη εξετάστρων

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Τιμή p	Odds ratio	95% ΔΕ για το odds ratio
Συμμόρφωση ασθενών (όχι=κατηγορία αναφοράς)	<0,001	14,671	5,365 - 40,119
Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων (αρνητική=κατηγορία αναφοράς)	<0,001	4,757	2,050 - 11,038
Συμβολή εξετάστρων στη συνειδητοποίηση του κόστους των υπηρεσιών (αρνητική=κατηγορία αναφοράς)	<0,001	12,073	4,895 - 29,780

7. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων χρηστών υπηρεσιών κέντρων υγείας

7.1. Δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη το 54,2% ήταν γυναίκες, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονταν από 16 έως 88 ετών με μέση ηλικία τα 55 έτη. Το 94,5% των ερωτηθέντων είχαν ελληνική υπηκοότητα και το 75,5% ήταν έγγαμοι (πίνακας 7.1).

Πίνακας 7.1.: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών

Χαρακτηριστικά	N	%	Αθροιστικό %
Φύλο (n=626)			
Ανδρας	287	45,8	45,8
Γυναίκα	339	54,2	100,0
Υπηκοότητα (n=621)			
Ελληνική	587	94,5	94,5
Αλλοδαπή ²	34	5,5	100,0
Οικογενειακή κατάσταση (n=625)			
Έγγαμος/η	472	75,5	75,5
Άγαμος/η	67	10,7	86,2
Χήρος/α	61	9,8	96
Διαζευγμένος/η	25	4,0	100%
Ηλικία (n=625)	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο/Μέγιστο
	55	16,851	16 / 88

Στον πίνακα 7.2. αποτυπώνονται τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα των ερωτηθέντων. Όσον αφορά στην εκπαίδευση των χρηστών των υπηρεσιών των

² Στην αλλοδαπή υπηκοότητα εντάσσονται: Αλβανική, Νοτιοαμερικάνικη, Πολωνική, Βουλγαρική, Αμερικάνικη, Ελληνοαυστραλική, Ρουμάνικη, Ουκρανική

κέντρων υγείας η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι δημοτικού έχει μέση εκπαίδευση (40,7%), ενώ επαγγελματικά ανήκουν στην κατηγορία «Νοικοκυρά-Εισοδηματίας-Συνταξιούχος» (49,7%).

Πίνακας 7.2.: Κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα του υπό μελέτη πληθυσμού

Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά	N	%	Αθροιστικό %
Επίπεδο εκπαίδευσης (n=622)			
Ανώτατη	90	14,5	14,5
Ανώτερη	16	2,5	17
Μέση	253	40,7	57,7
Κατώτερη	178	28,6	86,3
Σχεδόν καθόλου	85	13,7	100,0
Επάγγελμα (n=619)			
Αγρότης	82	13,2	13,2
Ελεύθερος επαγγελματίας	52	8,4	21,6
Υπάλληλος γραφείου	80	12,9	34,5
Υπάλληλος χειρονακτική εργασία	43	6,9	41,4
Νοικοκυρά/Εισοδηματίας/Συνταξιούχος	307	49,7	91,1
Φοιτητής/Σπουδαστής/Ανεργος	55	8,9	100,0

Στον πίνακα 7.3. αποτυπώνονται οι κοινωνικοοικονομικές ομάδες των συμμετεχόντων στη μελέτη από το συνδυασμό των δεδομένων μόρφωσης και επαγγέλματος. Οι ομάδες αυτές διαμορφώθηκαν με βάση τον πίνακα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του οργανισμού ESOMAR (Higgs, 2002, Reif et al., 1991) (βλ. πίνακας 1 παραρτήματος). Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία των χρηστών ανήκει στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική ομάδα (52,5%) ενώ ακολουθεί η μεσαία κοινωνικοοικονομική ομάδα (19,3%).

Πίνακας 7.3.: Κοινωνικοοικονομική κατάσταση του υπό μελέτη πληθυσμού

των χρηστών

Κοινωνικοοικονομική Ομάδα	N	%	Αθροιστικό %
Πολύ υψηλή (A/B)	16	2,6	2,6
Υψηλή (C1)	78	12,6	15,2
Μεσαία (C2)	119	19,3	34,5
Χαμηλή (D)	324	52,5	87,0
Πολύ χαμηλή (E)	80	13,0	100,0
Σύνολο	617	100,0	

7.2. Απαντήσεις των χρηστών αναφορικά με την επίσκεψη στο κέντρο υγείας και τη συμμετοχή στο κόστος

Αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας

Όπως αποτυπώνεται αναλυτικά στον πίνακα 7.4., η κυριότερη αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας, κατά τη διάρκεια της ημέρας που πραγματοποιήθηκαν οι προσωπικές συνεντεύξεις, ήταν η συνταγογράφηση (42,2%) και ακολουθεί σε συχνότητα η ιατρική επίσκεψη-κλινική εξέταση από γιατρό (34,2%). Οι υπόλοιπες αιτίες επίσκεψης στο κέντρο υγείας αθροιστικά ανέρχονται στο 23,6% του συνόλου.

Πίνακας 7.4.: Αιτία επίσκεψης του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών

στο κέντρο υγείας

Αιτία Επίσκεψης	N	%	Αθροιστικό %
Ιατρική επίσκεψη (κλινική εξέταση από γιατρό)	214	34,2	34,2
Διαγνωστική εξέταση	73	11,7	45,8
Συνταγογράφηση	264	42,2	88,0
Εμβολιασμός	21	3,3	91,4
Επίσκεψη στον οδοντίατρο	7	1,1	92,5
Συνδυασμός των παραπάνω αιτιών	47	7,5	100,0
Σύνολο	626	100,0	

Συμμετοχή στο κόστος

Στον πίνακα 7.5. παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι χρήστες υπηρεσιών των κέντρων υγείας δεν κατέβαλλαν το αντίτιμο του εξετάστρου (53,8%) κατά την επίσκεψή τους

στο κέντρο υγείας. Αυτό παρατηρείται αφενός διότι ορισμένες κατηγορίες χρηστών εξαιρούνται από την πληρωμή, σύμφωνα με τα κριτήρια που έχουν οριστεί από την εγκύκλιο του υπουργείου υγείας και αφετέρου διότι στα κέντρα υγείας, λόγω της τοπικής - μικρής κοινωνίας όπου βρίσκονται, εμφανίζεται το φαινόμενο να μην εισπράττονται τα εξέταστρα από ορισμένους χρήστες παρόλο που δεν τυγχάνουν εξαίρεσης.

Στην προαναφερθείσα κατηγορία περιλαμβάνονται χρήστες με οικονομική αδυναμία, οι οποίοι όμως δεν τυγχάνουν εξαίρεσης σύμφωνα με τα κριτήρια του Υπουργείου Υγείας (π.χ. χαμηλό εισόδημα), γι' αυτό το λόγο προτείνεται η επανεξέταση των κριτηρίων εξαίρεσης σε συνεργασία με τους παρόχους της Π.Φ.Υ. Επίσης, στην ίδια κατηγορία περιλαμβάνονται χρήστες που αντιδρούν στην καταβολή του αντιτίμου, ακόμα και άλλοι που εξαιτίας προσωπικών γνωριμιών με τους υπαλλήλους των κέντρων υγείας δεν καταβάλλουν το εξέταστρο. Η κατάσταση αυτή υφίσταται διότι δεν ακολουθείται η απαραίτητη διαδικασία ελέγχου των παραπεμπτικών σημειωμάτων – αποδείξεων πληρωμής από τους γιατρούς σε όλα τα κέντρα υγείας.

Πίνακας 7.5.: Πόσοι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας κατέβαλλαν το εξέταστρο

«Καταβάλλατε το εξέταστρο;»	N	%	Αθροιστικό %
Ναι	281	44,9	44,9
Όχι	337	53,8	100,0
Σύνολο	618	100,0	

Από τους 281 που δήλωσαν ότι κατέβαλλαν το εξέταστρο τέσσερις ερωτώμενοι δεν απάντησαν στην ερώτηση για το ακριβές ποσό που πλήρωσαν. Οι υπόλοιποι 277 χρήστες πλήρωσαν κατά μέσο όρο 5€. Το μέγιστο ποσό που δήλωσαν ότι πλήρωσαν ανέρχεται στα 20€, ενδεχομένως διότι εκτός από κλινική εξέταση υποβλήθηκαν επιπλέον σε διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ το ελάχιστο ποσό ανέρχεται στα 5€ (πίνακας 7.6).

Πίνακας 7.6.: Συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών των κέντρων υγείας

Ποσό συμμετοχής (N=277)	
Μέση τιμή (σε €)	5,1
Τυπική απόκλιση	0,949
Ελάχιστη (σε €)	5
Μέγιστη (σε €)	20

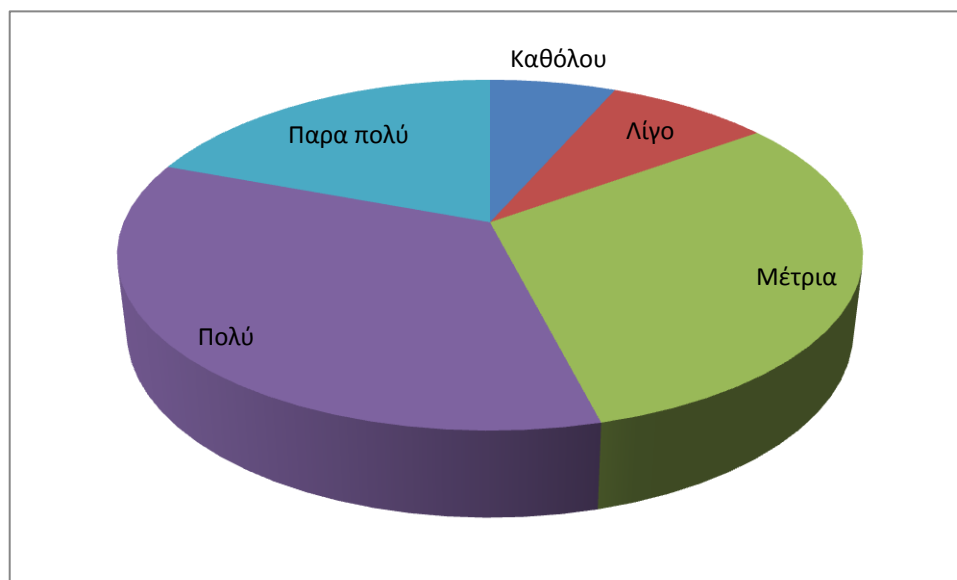
Ικανοποίηση από το κέντρο υγείας

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 7.7. και στο διάγραμμα 7.1. οι περισσότεροι χρήστες δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας το οποίο επισκέφθηκαν (34,7%), ενώ ακολουθούν σε ποσοστό οι χρήστες με μέτρια ικανοποίηση (31%). Αθροιστικά τα ποσοστά των χρηστών που εκφράζουν πολύ και πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας είναι 54%, ενώ το υπόλοιπο 46% ανήκει σε εκείνους που δήλωσαν καθόλου, λίγο ή μέτρια ικανοποίηση. Επομένως, οι χρήστες μένουν ευχαριστημένοι σε γενικές γραμμές από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας, διότι καλύπτουν ένα μέρος των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Από την άλλη μεριά, όμως, η ποιοτική αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός των υπηρεσιών των κέντρων υγείας κρίνεται αναγκαίος για την αύξηση του ποσοστού ικανοποίησης των χρηστών.

Πίνακας 7.7.: Βαθμός ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας

Βαθμός ικανοποίησης από ΚΥ	N	%	Αθροιστικά %
Καθόλου	41	6,5	6,5
Λίγο	53	8,5	15,0
Μέτρια	194	31,0	46,0
Πολύ	217	34,7	80,7
Παρα πολύ	121	19,3	100,0
Σύνολο	626	100	

Διάγραμμα 7.1.: Διαγραμματική απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας



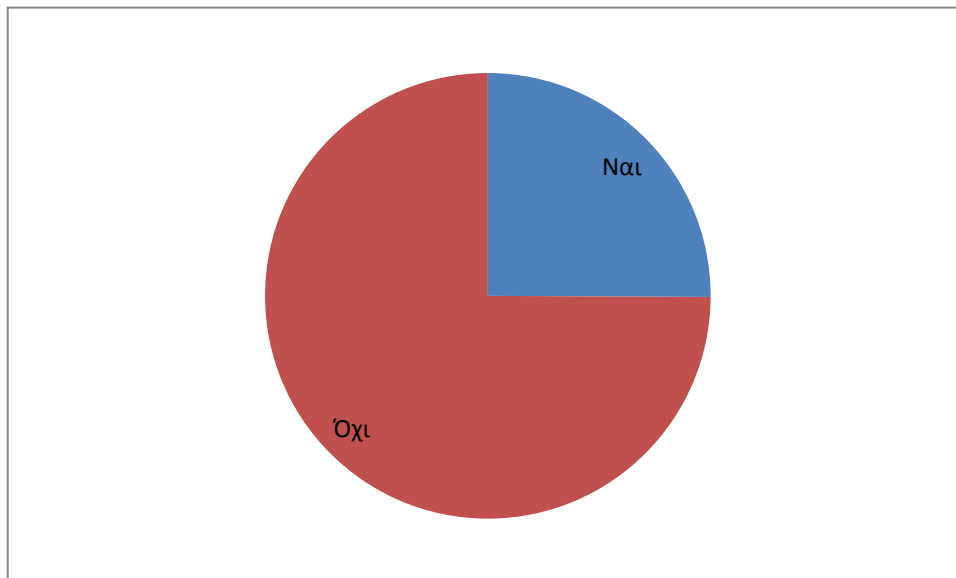
Απόψεις των χρηστών για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος

Οι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα κατά πλειοψηφία (74,9%) δήλωσαν ότι θεωρούν αρνητική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων, ως τρόπο αναβάθμισης των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 7.8. και στο διάγραμμα 7.2.

Πίνακας 7.8.: Πόσοι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων

«Θεωρείται θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων;»	N	%	Αθροιστικό %
Ναι	157	25,1	25,1
Όχι	469	74,9	100,0
Σύνολο	626	100	

Διάγραμμα 7.2.: Αναλογία χρηστών που θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων



Λόγοι θετικής στάσης απέναντι στη συμμετοχή στο κόστος

Οι λόγοι για τους οποίους οι χρήστες θεωρούν θετική εξέλιξη τη συμμετοχή στο κόστος απεικονίζονται στον πίνακα 7.9. Πιο συγκεκριμένα, το 80,9% από τους χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας που απάντησαν ότι θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων αιτιολόγησαν την απάντησή τους δηλώνοντας ότι θεωρούν ότι με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των κέντρων υγείας. Έτσι δίνεται η δυνατότητα μείωσης των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα, καθώς οι δημόσιες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. θα ικανοποιούν τις ανάγκες των χρηστών.

Επίσης, το 89,2% των χρηστών που εξέφρασαν θετική στάση για την πληρωμή εξετάστρων θεωρούν ότι αυτή συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των κέντρων υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα, για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στην παρούσα δημοσιονομική συγκυρία, κατά την οποία περιορίζονται οι κρατικές δαπάνες. Κατ' αυτόν τον τρόπο λειτουργεί η κοινωνική αλληλεγγύη, ώστε οι χρήστες οι οποίοι

πληρώνουν και ως ένα βαθμό έχουν οικονομική ευχέρεια, συμβάλλουν στην προσφορά υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς εκείνους που εξαιρούνται της πληρωμής.

Οριακά η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που θεωρεί θετική την πληρωμή εξετάστρων (50,6%) δήλωσε ότι κατ' αυτόν τον τρόπο παρέχεται η δυνατότητα ενίσχυσης του προσωπικού στα κέντρα υγείας με την πρόσληψη επικουρικών ιατρών και νοσηλευτών. Η συγκεκριμένη πλειοψηφία δεν είναι ισχυρή, διότι ενδεχομένως οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το ποσό των εξετάστρων δεν είναι αρκετό για να συμβάλλει στην πρόσληψη επικουρικού προσωπικού, καθώς επίσης διότι ενδεχομένως δεν θεωρούν ότι αυτό αποτελεί το κύριο έλλειμμα στα κέντρα υγείας.

Επιπλέον, το 61,9% των χρηστών δήλωσε ότι είναι θετικό το μέτρο της πληρωμής εξετάστρων, διότι θα μπορούσε να συμβάλλει στην αναβάθμιση και στη βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής του κέντρου υγείας καθώς και στον εκσυγχρονισμό του βιοϊατρικού εξοπλισμού. Βέβαια, επισημαίνουμε ότι δεν είναι απολύτως επικρατούσα αυτή η άποψη διότι οι χρήστες, όπως αναλυτικά διατυπώνεται παρακάτω, δεν παρατηρούν ουσιαστική μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή και στον βιοϊατρικό εξοπλισμό των κέντρων υγείας που επισκέφθηκαν.

Τέλος, το 68,4% των χρηστών που κρίνουν θετική την πληρωμή εξετάστρων θεωρούν ότι έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών των κέντρων υγείας. Συνεπώς, επιτυγχάνεται η αποσυμφόρηση αυτών των μονάδων και η αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών τους, καθώς επίσης αποτελεί ευκαιρία επικέντρωσης των κέντρων υγείας στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Συνολικά, λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των χρηστών που συμφωνούν με την πληρωμή εξετάστρων έχει αυτή την εκτίμηση διότι οι συγκεκριμένοι πόροι ενισχύουν οικονομικά τα κέντρα υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα. Ενώ η δεύτερη επικρατούσα άποψη είναι ότι με την πληρωμή εξετάστρων παρέχεται η δυνατότητα βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και μείωσης των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 7.9.: Θετική άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος³

Η συμμετοχή στο κόστος στα Κ.Υ. μπορεί να συμβάλει:	$N_{\Theta}/N_{(\Theta+A)}$ * (%)
<i>Στη βελτίωση των υπηρεσιών της υγειονομικής μονάδας & τη μείωση των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα</i>	127/157 (80,9%)
<i>Στην ενίσχυση των πόρων της υγειονομικής μονάδας & και του συστήματος υγείας</i>	140/157 (89,2%)
<i>Στην πρόσληψη ιατρικού & νοσηλευτικού προσωπικού</i>	79/156 (50,6%)
<i>Στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού του ξενοδοχειακού εξοπλισμού της υγειονομικής μονάδας</i>	96/155 (61,9%)
<i>Στη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας</i>	106/155 (68,4%)

* Αριθμός θετικών απαντήσεων για κάθε διατύπωση / αριθμό θετικών και αρνητικών απαντήσεων για κάθε διατύπωση

Λόγοι αρνητικής στάσης απέναντι στη συμμετοχή στο κόστος

Όσον αφορά στους χρήστες που είχαν αντίθετη άποψη, που θεωρούσαν δηλαδή ότι η πληρωμή εξετάστρων είναι αρνητική εξέλιξη, αιτιολόγησαν την απάντησή τους, όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 7.10. Το 76,7% αυτών των χρηστών δήλωσαν ότι δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια για να καταβάλλουν το εξέταστρο. Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν χρήστες που το εισόδημά τους δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών υγείας τους και για το λόγο αυτό είναι πιθανόν το εξέταστρο να αποτελέσει αποτρεπτικό παράγοντα για την επίσκεψη στο κέντρο υγείας σε περίπτωση που χρειαστεί, αν δεν εξαιρούνται της καταβολής.

Επίσης, το 86,6% των χρηστών δήλωσε ότι δεν συμφωνεί με το μέτρο της πληρωμής των εξετάστρων εφόσον ήδη καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες έπρεπε

³ Οι ερωτώμενοι καλούνταν να δηλώσαν αν συμφωνούν ή όχι με κάθε μία από τις διατυπώσεις, επιλέγοντας Ναι, ή Όχι αντίστοιχα. Μερικοί από τους ερωτώμενους δεν απάντησαν σε όλες τις διατυπώσεις.

να κάλυπταν το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την οικονομική αδυναμία των χρηστών λόγω της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας που αντιμετωπίζει η χώρα, στην παρούσα κατάσταση, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα.

Το 48,5% των χρηστών δήλωσε ότι προτιμά να επισκεφθεί τον ιδιωτικό τομέα αν πρόκειται να καταβάλλει εξέταστρα διότι εκεί θα λάβει ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Όμως, το συγκεκριμένο ποσοστό δεν αποτελεί πλειοψηφία, διότι οι υπόλοιποι χρήστες εκτιμούν ότι το κόστος που θα καταβάλλουν στον ιδιωτικό τομέα είναι υψηλότερο από ότι στο δημόσιο.

Από τις απαντήσεις των χρηστών που συμμετείχαν στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι μεγάλο ποσοστό αυτών (88,4%) δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι θα γίνει αποτελεσματική διαχείριση των εσόδων για τη βελτίωση των υπηρεσιών που λαμβάνουν από τα κέντρα υγείας. Ένας τρόπος για να αυξηθεί η συναίνεση των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος είναι να διαπιστώσουν έμπρακτα την αναβάθμιση των υπηρεσιών και την πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας τους από το δημόσιο τομέα σε τοπικό επίπεδο.

Το 71,9% των ερωτηθέντων που δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος δεν θεωρούν ότι χρειαζόταν να τροποποιηθεί η παροχή υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας, διότι όπως δήλωσαν ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από τα κέντρα υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων. Το υψηλό αυτό ποσοστό οφείλεται στην αντίδραση από τους πολίτες που συχνά συνοδεύει κάθε αλλαγή που προγραμματίζεται και εφαρμόζεται.

Τέλος, οι χρήστες που χαρακτήρισαν αρνητική εξέλιξη τη συμμετοχή στο κόστος σε ποσοστό 98,1% υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι δημόσιο δωρεάν αγαθό και να παρέχεται ανεξαρτήτως καταβολής εξετάστρων, ισότιμα προς όλους. Η συγκεκριμένη αντίληψη είναι παγιωμένη, διότι η καταβολή εισφορών και φόρων σύμφωνα με τους χρήστες θα έπρεπε να κάλυπτε κάθε ανάγκη υγείας τους. Επιπλέον, σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας των πολιτών η μη παροχή της αναγκαίας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μπορεί να στοιχίσει την ίδια τη ζωή τους.

Συνολικά, θα λέγαμε ότι η κύρια αιτία μη αποδοχής από τους χρήστες της συμμετοχής στο κόστος είναι η θεώρησή τους ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παραμείνουν δημόσιο δωρεάν αγαθό. Δευτερευόντως, η καταβολή ασφαλιστικών

εισφορών και η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους διαχειριστές των εσόδων αποτελούν παράγοντες για τους οποίους οι χρήστες δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος.

Πίνακας 7.10.: Αρνητική άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος

Λόγοι αρνητικής στάσης για τη συμμετοχή στο κόστος:	$N_{\Theta}/N_{(\Theta+A)}$ * (%)
<i>Δεν έχω την οικονομική άνεση (για την καταβολή του εξετάστρου)</i>	359/468 (76,7%)
<i>Οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλω στον κλάδο υγείας είναι ήδη αρκετές</i>	406/469 (86,6%)
<i>Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώνω</i>	226/466 (48,5%)
<i>Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των υγειονομικών μονάδων</i>	405/458 (88,4%)
<i>Είμαι καλυμμένος/η από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από την υγειονομική μονάδα και πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	335/466 (71,9%)
<i>Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι δημόσιο δωρεάν αγαθό</i>	459/468 (98,1%)

* Αριθμός θετικών απαντήσεων για κάθε διατύπωση / αριθμό θετικών και αρνητικών απαντήσεων για κάθε διατύπωση

Σύγκριση υπηρεσιών υγείας πριν και μετά την πληρωμή εξετάστρων

Ακολούθως, οι χρήστες κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν διαπιστώσει αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν μετά την καταβολή εξετάστρων σε σύγκριση με το παρελθόν, όπως παρατηρούμε στον πίνακα 7.11. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών των κέντρων υγείας μετά την πληρωμή των εξετάστρων δεν έχει βελτιωθεί, σύμφωνα με την άποψη του 85,6% των ερωτηθέντων.

Επιπροσθέτως, ο χρόνος αναμονής για εξέταση ή για να κλείσουν ένα ραντεβού μετά την πληρωμή των εξετάσεων σύμφωνα με την πλειοψηφία των χρηστών που συμμετείχαν στη μελέτη (52,2%) δεν έχει μεταβληθεί, αλλά σύμφωνα με την άποψη του 39% των ερωτηθέντων έχει μειωθεί. Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια, ότι ο χρόνος αναμονής είναι υποκειμενικά προσδιορίσιμος από τους χρήστες και δεν στηρίζεται σε πραγματικά δεδομένα του κέντρου υγείας.

Επιπλέον, το 92,5% των χρηστών σημείωσε ότι οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από το κέντρο υγείας δεν έχουν αυξηθεί ή βελτιωθεί, παρόλο που τα έσοδα από τα εξεταστρα θα μπορούσαν να επενδυθούν στην αύξηση του εύρους των υπηρεσιών των κέντρων υγείας με έμφαση κυρίως στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας. Ακόμη, η άποψη του 88,9% των χρηστών είναι ότι οι κτιριακές εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός του κέντρου υγείας δεν παρουσιάζουν βελτίωση. Τέλος, στην ερώτηση προς τους χρήστες εάν έχουν μεταβληθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάσεων στα κέντρα υγείας, η πλειοψηφία δήλωσε ότι δεν έχουν μεταβληθεί (55,8%), ενώ ακολουθούν σε ποσοστό εκείνοι που δήλωσαν ότι έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας (23%).

Πίνακας 7.11.: Μεταβολές στα κέντρα υγείας μετά την πληρωμή εξετάσεων

Μεταβολές μετά την πληρωμή εξετάσεων	Αύξηση-βελτίωση	Μείωση-υποβάθμιση	Καμία μεταβολή	Σύνολο
Η ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ.	90 (14,4%)	166 (26,6%)	369 (59%)	625 (100%)
Ο χρόνος αναμονής για εξέταση και για να κλείσετε ένα ραντεβού στο Κ.Υ.	55 (8,8%)	242 (39%)	324 (52,2%)	621 (100%)
Το εύρος των ιατρικών εξετάσεων που προσφέρονται από το Κ.Υ.	46 (7,5%)	138 (22,7%)	426 (69,8%)	610 (100%)
Η ξενοδοχειακή υποδομή του Κ.Υ.	69 (11,1%)	73 (11,7%)	481 (77,2%)	623 (100%)
Οι επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας	144 (23%)	132 (21,2%)	349 (55,8%)	625 (100%)

Συνολικά, η μεγαλύτερη ποσοστιαία θετική μεταβολή μετά την πληρωμή των εξετάστρων, παρατηρείται στις επισκέψεις των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα, μεταβλητή που θεωρητικά θα έπρεπε να σημειώνει μείωση, εξαιτίας της ενδεχόμενης βελτίωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας λόγω της εισροής πόρων σε αυτά. Η αύξηση αυτή, όμως, ενδεχομένως να οφείλεται στην άρση της παγιωμένης αντίληψης ότι στα κέντρα υγείας οι υπηρεσίες πρέπει να είναι δωρεάν, καθώς και στην αναμενόμενη ποιοτικότερη φροντίδα από τον ιδιωτικό τομέα.

Επιπλέον, παρατηρούμε ότι ο χρόνος αναμονής στο κέντρο υγείας είναι η μεταβλητή που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση, μετά την πληρωμή των εξετάστρων, σύμφωνα με τις απαντήσεις των χρηστών. Αυτό οφείλεται στη μείωση των επισκέψεων στα κέντρα υγείας τόσο για επουσιώδεις λόγους (άσκοπη χρήση υπηρεσιών υγείας) όσο όμως και για ουσιώδεις λόγους από μη προνομιούχες κοινωνικές ομάδες οι οποίες δεν εξαιρούνται της πληρωμής.

Τέλος, η ξενοδοχειακή υποδομή και ο βιοϊατρικός εξοπλισμός δεν μεταβλήθηκαν καθόλου στα περισσότερα κέντρα υγείας. Σύμφωνα με τις απόψεις των χρηστών, δεν παρατηρήθηκε αναβάθμιση των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων, αν και με την αύξηση των εσόδων θα έπρεπε να υλοποιηθούν προσπάθειες εκσυγχρονισμού και βελτίωσής τους.

Μελλοντική χρήση υπηρεσιών κέντρων υγείας

Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 7.12., στην ερώτηση αν οι χρήστες θα επισκεφθούν ξανά στο μέλλον το κέντρο υγείας, αν χρειαστεί, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε καταφατικά (98,1%) παρά τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και τα υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας από την πληρωμή εξετάστρων, όπως επισημάνθηκε παραπάνω. Αυτό οφείλεται στην ευκολία πρόσβασης στο κέντρο υγείας κυρίως στις μη αστικές περιοχές, αλλά και στο γεγονός ότι είναι οικονομικότερη λύση συγκριτικά με την επίσκεψη στον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 7.12.: Απαντήσεις χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας
αν χρειαστεί

Θα επισκεφθείτε ξανά το Κ.Υ.;	N	%	Αθροιστικό %
Ναι	609	98,1	98,1
Όχι	12	1,9	100,0
Σύνολο	621	100,0	

7.3. Αποτελέσματα διμεταβλητών αναλύσεων

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων για την αποτύπωση των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων των χρηστών των κέντρων υγείας και των παραγόντων από τους οποίους εξαρτώνται (πίνακας 7.13).

Πίνακας 7.13.: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού των χρηστών

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές
Αιτία επίσκεψης	Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση
Πληρωμή εξετάστρου	Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Αιτία επίσκεψης
Βαθμός ικανοποίησης από το Κ.Υ.	Ηλικία, Πληρωμή εξετάστρου
Αποψη για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος	Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Βαθμός ικανοποίησης από το Κ.Υ.
Συμβολή εξετάστρων στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα	Ηλικία
Συμβολή εξετάστρων στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κ.Υ. και του Σ.Υ. γενικότερα	Ηλικία
Συμβολή εξετάστρων στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης & εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κ.Υ.	Φύλο, Ηλικία
Διαφωνία για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω οικονομικής αδυναμίας	Φύλο, Υψηκότητα, Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Πληρωμή εξετάστρου
Διαφωνία για τη συμμετοχή στο κόστος διότι οι ασφαλιστικές εισφορές είναι αρκετές	Φύλο
Διαφωνία για τη συμμετοχή στο κόστος διότι προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσω	Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.
Διαφωνία για τη συμμετοχή στο κόστος διότι δεν έχω εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κ.Υ.	Ηλικία, Βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.
Διαφωνία για τη συμμετοχή στο κόστος διότι ήμουν καλυμμένος από τις υπηρεσίες του Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων	Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.
Μεταβολή στην ποιότητα & αποτ/τητα Κ.Υ.	Αποψη για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος
Μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή του Κ.Υ.	Βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ., Αποψη για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος
Μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα	Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.
Επανάληψη επίσκεψης στο Κ.Υ.	Φύλο, Ηλικία, Κοιν/οικ/κή κατάσταση, Προτίμηση προς τον ιδιωτικό τομέα

Ακολουθώς αναλύονται οι συσχετίσεις των απαντήσεων των χρηστών οι οποίες διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές, με την παρουσίαση σχετικών πινάκων.

Αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας

Οι αιτίες επίσκεψης των χρηστών που συμμετείχαν στη μελέτη ομαδοποιήθηκαν στις ακόλουθες τέσσερις κύριες κατηγορίες για την εύρεση συσχετίσεων:

- 1) Ιατρική επίσκεψη
- 2) Συνταγογράφηση
- 3) Διαγνωστικές εξετάσεις και
- 4) Λοιπές υπηρεσίες

Για την ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη και της αιτίας επίσκεψής τους στο κέντρο υγείας, υλοποιήσαμε το “One-way ANOVA test” και διαπιστώσαμε ότι η σχέση τους είναι στατιστικά σημαντική ($F=20,913$, $p<0,001$). Παρατηρούμε αναλυτικά, στον πίνακα 7.14., ότι οι χρήστες που επισκέπτονται το κέντρο υγείας για κλινική εξέταση από γιατρό έχουν μέση ηλικία τα 51 έτη, ενώ για συνταγογράφηση έχουν μέση ηλικία τα 61 έτη. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Επιπλέον, στατιστικά σημαντική είναι η διαφορά της μέσης ηλικίας των χρηστών που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας για συνταγογράφηση και εκείνων που το επισκέφθηκαν για διαγνωστικές εξετάσεις (54 ετών) ($p=0,008$). Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των χρηστών τόσο αυξάνεται η εμφάνιση χρονίων νοσημάτων, γεγονός που δικαιολογεί την αυξημένη συνταγογράφηση.

Πίνακας 7.14.: Αιτία επίσκεψης στο κέντρο υγείας και συσχέτιση με ηλικία χρηστών

Αιτίες επίσκεψης	N	%	Μέση Ηλικία	Τυπική Απόκλιση Ηλικίας	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη Τιμή
Κλινική εξέταση από γιατρό	214	34,2%	51	17,1	17	86
Συνταγογράφηση	264	42,2%	61	15,5	20	88
Διαγνωστικές εξετάσεις	73	11,6%	54	15,4	17	83
Άλλες υπηρεσίες	75	12%	48	15,9	16	83
Σύνολο	626	100%	55	16,8	16	88

Από τους χρήστες που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας για συνταγογράφηση η πλειοψηφία (74,6%) ανήκει στη χαμηλή και πολύ χαμηλή (D, E) κοινωνικοοικονομική κατάσταση (πίνακας 7.15). Ενώ διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=17,083$, $p=0,001$) με το ποσοστό των χρηστών που ανήκουν στις ίδιες κοινωνικοοικονομικές ομάδες αλλά επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας για κλινική εξέταση από το γιατρό (58,8%) και για διαγνωστικές εξετάσεις (61,6%).

Πίνακας 7.15.: Συσχέτιση αιτίας επίσκεψης με κοινωνικοοικονομική ομάδα

Αιτία επίσκεψης	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B,C1,C2	D,E	Σύνολο
Κλινική εξέταση από γιατρό	87	124	211
% αιτία επίσκεψης	41,2%	58,8%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	40,8%	30,7%	34,2%
Συνταγογράφηση	66	194	260
% αιτία επίσκεψης	25,4%	74,6%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	31,0%	48,0%	42,1%
Διαγνωστικές εξετάσεις	28	45	73
% αιτία επίσκεψης	38,4%	61,6%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	13,1%	11,1%	11,8%
Άλλο	32	41	73
% αιτία επίσκεψης	43,8%	56,2%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	15,0%	10,1%	11,8%
Σύνολο	213	404	617
% αιτία επίσκεψης	34,5%	65,5%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%

Πληρωμή εξετάστρου

Η ηλικία έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το αν πλήρωσαν οι χρήστες το εξετάστρο ή όχι ($t=-6,508$, $p=0,001$). Ο πίνακας 7.16. δείχνει το μέσο όρο ηλικίας και την αντίστοιχη τυπική απόκλιση των χρηστών που πλήρωσαν και εκείνων που δεν πλήρωσαν. Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών που δεν κατέβαλλαν το εξετάστρο (59 έτη) ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο εκείνων που το κατέβαλλαν (50 έτη). Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι οι χρήστες μεγαλύτερης ηλικίας επισκέπτονται το κέντρο υγείας λόγω χρόνιων νοσημάτων και γι' αυτό εξαιρούνται της πληρωμής.

Πίνακας 7.16.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με πληρωμή εξετάστρου

	Ηλικία	
«Καταβάλλατε εξετάστρο;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	50	16,378
Όχι	59	16,334

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που κατέβαλλαν το εξετάστρο ανήκει στη χαμηλή και πολύ χαμηλή (D, E) κοινωνικοοικονομική ομάδα (59,2%) (πίνακας 7.17). Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=9,453$, $p=0,002$) με το ποσοστό των χρηστών που ανήκουν στις ίδιες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και δεν κατέβαλλαν το εξετάστρο (71,1%).

Πίνακας 7.17.: Συσχέτιση πληρωμής εξετάστρου με κοινωνικοοικονομική ομάδα

«Καταβάλλατε το εξετάστρο;»	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B,C1,C2	D,E	Σύνολο
Ναι	113	164	277
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	40,8%	59,2%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	54,1%	41,0%	45,5%
Όχι	96	236	332
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	28,9%	71,1%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	45,9%	59,0%	54,5%
Σύνολο	209	400	609
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	34,3%	65,7%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπλέον, η αιτία επίσκεψης έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το αν πλήρωσαν οι χρήστες ή όχι ($\chi^2=196,268$, $p<0,001$). Το 55,2% εκείνων που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας για κλινική εξέταση κατέβαλλαν το εξετάστρο, ενώ το 67,1% εκείνων που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας για συνταγογράφηση δεν κατέβαλλαν το αντίτιμο (πίνακας 7.18). Από προσωπική επικοινωνία με εργαζομένους στα κέντρα υγείας διαπιστώνεται ότι σε ορισμένα από αυτά δεν εισπράττονται εξετάστρα για συνταγογράφηση ανεξαρτήτως αν συντρέχουν χρόνια νοσήματα ή τα υπόλοιπα κριτήρια εξαίρεσης, ενώ αυτό δεν προβλέπεται στην εγκύκλιο.

Πίνακας 7.18.: Συσχέτιση πληρωμής εξετάστρου με αιτία επίσκεψης

«Καταβάλλατε εξετάστρου;»	Αιτία επίσκεψης				Σύνολο
	Κλινική εξέταση	Συνταγογράφηση	Διαγνωστικές εξετάσεις	Άλλο	
Ναι	155	35	52	39	281
% καταβολή εξετάστρου	55,2%	12,5%	18,5%	13,9%	100,0%
% αιτία επίσκεψης	73,5%	13,4%	71,2%	53,4%	45,5%
Όχι	56	226	21	34	337
% καταβολή εξετάστρου	16,6%	67,1%	6,2%	10,1%	100,0%
% αιτία επίσκεψης	26,5%	86,6%	28,8%	46,6%	54,5%
Σύνολο	211	261	73	73	618
% καταβολή εξετάστρου	34,1%	42,2%	11,8%	11,8%	100,0%
% αιτία επίσκεψης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας

Η μέση ηλικία των χρηστών που εξέφρασαν καθόλου έως και μέτρια ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας είναι 52 έτη, ενώ η μέση ηλικία εκείνων που εξέφρασαν πολύ και πάρα πολύ ικανοποίηση είναι 57 έτη (πίνακας 7.19). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t=-3,498$, $p=0,001$). Παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από τα κέντρα υγείας, διότι οι υπηρεσίες τους γίνονται περισσότερο αναγκαίες σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες, λόγω συχνότερης εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Παράλληλα, ο βαθμός ικανοποίησης από τα κέντρα υγείας για τις συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών εξαρτάται και από την εγγύτητα και την ευκολία πρόσβασης σε αυτά.

Πίνακας 7.19.: Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης από το κέντρο υγείας με ηλικία χρηστών

Βαθμός ικανοποίησης	Ηλικία	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Καθόλου έως Μέτρια	52	16,918
Πολύ έως Πάρα πολύ	57	16,515

Επίσης, ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας παρουσιάζει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση με το αν κατέβαλλαν οι χρήστες τα εξέταστρα ($\chi^2=14,335$, $p=0,073$). Πιο συγκεκριμένα, το 51,2% εκείνων που πλήρωσαν τα εξέταστρα εξέφρασαν μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση, ενώ το 57,6% όσων δεν κατέβαλλαν το εξέταστρο εξέφρασαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από το κέντρο υγείας (πίνακας 7.20). Αυτό οφείλεται στις αυξημένες απαιτήσεις που έχουν οι χρήστες των υπηρεσιών των κέντρων υγείας όταν καταβάλλουν τα εξέταστρα.

Πίνακας 7.20.: Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης από το κέντρο υγείας με πληρωμή εξετάστρου

Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας	«Καταβάλλατε εξέταστρο;»		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
Καθόλου έως Μέτρια	144	143	287
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	50,2%	49,8%	100,0%
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	51,2%	42,4%	46,4%
Πολύ έως Πάρα πολύ	137	194	331
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	41,4%	58,6%	100,0%
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	48,8%	57,6%	53,6%
Σύνολο	281	337	618
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	45,5%	54,5%	100,0%
<i>% καταβολή εξετάστρου</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Απόψεις χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος

Η μέση ηλικία εκείνων που δήλωσαν ότι είναι θετική εξέλιξη η συμμετοχή στο κόστος (53 έτη) είναι μικρότερη από τη μέση ηλικία εκείνων που δήλωσαν ότι το νέο μέτρο αποτελεί αρνητική εξέλιξη (55,5 έτη) (πίνακας 7.21). Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($t=-1,662, p=0,097$).

Πίνακας 7.21.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση χρηστών για την εξέλιξη της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος

	Ηλικία	
«Θεωρείται θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ.;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	53	16,558
Όχι	55,5	16,916

Ακόμη, ένας παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις των χρηστών για τη θετική ή αρνητική εξέλιξη της πληρωμής εξετάστρων είναι η κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους ($\chi^2=9,147, p=0,002$). Οι περισσότεροι από τους χρήστες που συμφωνούν με το νέο μέτρο έχουν χαμηλό και πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (55,5%). Από τους χρήστες με πολύ υψηλή, υψηλή και μεσαία κοινωνικοοικονομική κατάσταση οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν συμφωνούν με το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος (67,6%) (πίνακας 7.22). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως οφείλεται στη μη ανταπόκριση των κέντρων υγείας στις προσδοκίες των χρηστών με μεσαίο, υψηλό και πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ.

Πίνακας 7.22.: Συσχέτιση απόψεων για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος με την κοινωνικοοικονομική ομάδα

«Θεωρείται θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ.;»	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B,C1,C2	D,E	Σύνολο
Ναι	69	86	155
% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος	44,5%	55,5%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	32,4%	21,3%	25,1%
Όχι	144	318	462
% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος	31,2%	68,8%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	67,6%	78,7%	74,9%
Σύνολο	213	404	617
% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος	34,5%	65,5%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%

Ακόμη, οι απαντήσεις των χρηστών για τη θετική ή αρνητική κατά τη γνώμη τους εξέλιξη της συμμετοχής στο κόστος εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με το βαθμό ικανοποίησης τους από τα κέντρα υγείας ($\chi^2=35,552$, $p<0,001$). Οι χρήστες που δήλωσαν ότι θεωρούν αρνητική εξέλιξη τη συμμετοχή στο κόστος στην πλειονότητά τους εξέφρασαν από μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση από τα κέντρα υγείας (52,9%), ενώ από τους χρήστες που θεωρούν θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων η πλειοψηφία εξέφρασε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας (74,5%) (πίνακας 7.23).

Πίνακας 7.23.: Συσχέτιση απόψεων για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος με την ικανοποίηση από το κέντρο υγείας

«Θεωρείται θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ.;»	Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας		
	Καθόλου έως Μέτρια	Πολύ έως Πάρα πολύ	Σύνολο
Ναι	40	117	157
<i>% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος</i>	25,5%	74,5%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	13,9%	34,6%	25,1%
Όχι	248	221	469
<i>% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος</i>	52,9%	47,1%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	86,1%	65,4%	74,9%
Σύνολο	288	338	626
<i>% εξέλιξη συμμετοχής στο κόστος</i>	46,0%	54,0%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Συμβολή εξετάστρων στη βελτίωση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας

Η ηλικία εμφανίζει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση με την απόκριση των χρηστών ότι η πληρωμή εξετάστρων αποτελεί θετική εξέλιξη, διότι συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας και στη μείωση των επισκέψεων των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα ($t=1,833$, $p=0,069$). Ο πίνακας 7.24. παρουσιάζει τη μέση ηλικία και την αντίστοιχη τυπική απόκλιση των χρηστών που απάντησαν θετικά και αρνητικά στο εν λόγω ερώτημα. Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας εκείνων που δήλωσαν ότι η πληρωμή εξετάστρων συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας (54 έτη) είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο εκείνων που δεν συμφωνούν με τη συγκεκριμένη διαπίστωση (48 έτη). Ενδεχομένως, όσο αυξάνεται η ηλικία παρουσιάζεται περισσότερο λογικοφανής μια τέτοια ερμηνεία για την επιβολή εξετάστρων.

Πίνακας 7.24.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση χρηστών για συμβολή εξετάστρων στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. και στη μείωση των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα

	Ηλικία	
«Η πληρωμή εξετάστρων συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. και στη μείωση των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	54	15,912
Όχι	48	18,530

Συμβολή εξετάστρων στην ενίσχυση των πόρων των κέντρων υγείας

Η μέση ηλικία εκείνων που δήλωσαν ότι είναι θετική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι ενισχύονται οι πόροι των κέντρων υγείας, είναι μεγαλύτερη (54 έτη) από εκείνους που δεν συμφώνησαν με αυτό (45 έτη). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t=2,048$, $p=0,042$). Ο πίνακας 7.25. απεικονίζει τη μέση ηλικία και την αντίστοιχη τυπική απόκλιση, των χρηστών που απάντησαν θετικά και εκείνων που απάντησαν αρνητικά στο εν λόγω ερώτημα. Και σε αυτή την περίπτωση, ενδεχομένως, οι χρήστες μεγαλύτερης ηλικίας εκλαμβάνουν ως λογική συνέπεια της συμμετοχής στο κόστος την ενίσχυση των οικονομικών πόρων.

Πίνακας 7.25.: Συσχέτιση ηλικίας με απάντηση των χρηστών για την ενίσχυση των πόρων των κέντρων υγείας

	Ηλικία	
«Η πληρωμή εξετάστρων συμβάλλει στην ενίσχυση των οικονομικών πόρων των Κ.Υ. και του Σ.Υ. γενικότερα;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	54	16,304
Όχι	45	17,124

Συμβολή εξετάστρων στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας

Το φύλο παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τη θετική άποψη των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων λόγω της συμβολής τους στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας ($\chi^2=4,568$, $p=0,033$). Το 71,9% των ανδρών που απάντησε ότι είναι θετική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων, δήλωσε ότι θα συμβάλλει στην αναβάθμιση της ξενοδοχειακής υποδομής του κέντρου υγείας. Ενώ, από τους χρήστες που απάντησαν ότι δεν θεωρούν ότι τα εξέταστρα θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση της ξενοδοχειακής υποδομής το 69,5% ήταν γυναίκες (πίνακας 7.26).

Πίνακας 7.26.: Συσχέτιση απόψεων για την πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας με την πληρωμή εξετάστρων

	Φύλο		
	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
«Η πληρωμή εξετάστρων συμβάλλει στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κ.Υ.;>»			
Ναι	46	50	96
% συμβολή σε έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού Κ.Υ.	47,9%	52,1 %	100,0%
% φύλο	71,9%	54,9%	61,9%
Όχι	18	41	59
% συμβολή σε έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού Κ.Υ.	30,5%	69,5%	100,0%
% φύλο	28,1%	45,1%	38,1%
Σύνολο	64	91	155
% συμβολή σε έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού Κ.Υ.	41,3%	58,7%	100,0%
% φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Η ηλικία εμφανίζει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση με τις απαντήσεις των χρηστών για τη θετική εξέλιξη της συμμετοχής στο κόστος λόγω της συμβολής τους στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας ($t=1,767$, $p=0,079$). Ο πίνακας 7.27. παρουσιάζει την εν λόγω συσχέτιση, στον οποίο παρατηρούμε ότι είναι μεγαλύτερη κατά μέσο όρο η ηλικία των χρηστών που συμφωνούν ότι με τα επιπλέον έσοδα πραγματοποιούνται έργα συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής (54,5 έτη) σε σύγκριση με εκείνους που διαφωνούν (50 έτη).

Πίνακας 7.27.: Συσχέτιση ηλικίας με άποψη χρηστών για τη συμβολή των εξετάστρων στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας

	Ηλικία	
«Η πληρωμή εξετάστρων συμβάλλει στην πραγματοποίηση έργων συντήρησης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής των Κ.Υ.;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	54,5	15,396
Όχι	50	17,838

Αρνητική άποψη χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω οικονομικής αδυναμίας

Το 80,2% των γυναικών δήλωσαν ότι δεν έχουν την οικονομική άνεση να ανταποκριθούν στην πληρωμή των εξετάστρων και γι' αυτό διάκεινται αρνητικά στο μέτρο αυτό. Ενώ, το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι 72,9%. Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,49$, $p=0,062$) (πίνακας 7.28).

Πίνακας 7.28.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με φύλο

	Φύλο		
	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλω το ποσό»			
Ναι	161	198	359
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	44,8%	55,2%	100,0%
<i>% φύλο</i>	72,9%	80,2%	76,7%
Όχι	60	49	109
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	55,0%	45,0%	100,0%
<i>% φύλο</i>	27,1%	19,8%	23,3%
Σύνολο	221	247	468
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	47,2%	52,8%	100,0%
<i>% φύλο</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επίσης, η υπηκοότητα εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με την αρνητική γνώμη των χρηστών λόγω οικονομικής στενότητας ($\chi^2=9,673$, $p=0,002$). Πιο συγκεκριμένα, το 100% των αλλοδαπών χρηστών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι έχουν οικονομική αδυναμία και για το λόγο αυτό δεν έχουν θετική άποψη για την πληρωμή εξετάστρων στο κέντρο υγείας (πίνακας 7.29).

Πίνακας 7.29.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με υπηκοότητα

	Υπηκοότητα		
	Ελληνική	Αλβανική	Σύνολο
«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλω το ποσό»			
Ναι	328	30	358
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	91,6%	8,4%	100,0%
<i>% υπηκοότητα</i>	75,2%	100,0%	76,8%
Όχι	108	0	108
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	100,0%	0,0%	100,0%
<i>% υπηκοότητα</i>	24,8%	0,0%	23,2%
Σύνολο	436	30	466
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	93,6%	6,4%	100,0%
<i>% υπηκοότητα</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επίσης, η ηλικία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις αποκρίσεις των χρηστών για την αρνητική εξέλιξη της συμμετοχής στο κόστος λόγω οικονομικής αδυναμίας τους ($t=2,417$, $p=0,016$). Ο πίνακας 7.30. απεικονίζει τη συγκεκριμένη συσχέτιση. Διαπιστώνουμε ότι η μέση ηλικία εκείνων που απάντησαν θετικά στο εν λόγω ερώτημα είναι μεγαλύτερη (56,6 έτη) από την αντίστοιχη εκείνων που απάντησαν αρνητικά (52 έτη).

Πίνακας 7.30.: Συσχέτιση αρνητικής άποψης χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων, διότι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλουν το ποσό, με την ηλικία

«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλω το ποσό»	Ηλικία	
	Μέση ηλικία	Τυπική απόκλιση
Ναι	56,6	16,71
Όχι	52	17,22

Το 82,7% των χρηστών με χαμηλό και πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (D,E) δήλωσε ότι συντρέχουν οικονομικοί λόγοι για τους οποίους δεν συμφωνεί με το νέο μέτρο. Ενώ, από την άλλη μεριά, το 63,6% των χρηστών με μέτριο έως και πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (A/B,C1,C2) εξέφρασε την ίδια διατύπωση και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=20,123$, $p<0,001$) (πίνακας 7.31).

Πίνακας 7.31.: Συσχέτιση αρνητικής στάσης χρηστών λόγω οικονομικής αδυναμίας με κοινωνικοοικονομική ομάδα

«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλω το ποσό»	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B, C1, C2	D, E	Σύνολο
Ναι	91	263	354
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	25,7%	74,3%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	63,6%	82,7%	76,8%
Όχι	52	55	107
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	48,6%	51,4%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	36,4%	17,3%	23,2%
Σύνολο	143	318	461
<i>% δεν έχω οικονομική άνεση</i>	31,0%	69,0%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του γεγονότος αν πλήρωσαν οι χρήστες ή όχι και της άποψής τους για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω οικονομικής αδυναμίας ($\chi^2=7,846$, $p=0,005$). Σημειώνουμε ότι το 59,7% των χρηστών που δήλωσαν ότι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθούν στο κόστος δεν κατέβαλλαν εξετάστρο κατά την επίσκεψή τους στο κέντρο υγείας, κυρίως διότι εντάσσονται σε συγκεκριμένη κατηγορία που εξαιρείται. Και από την άλλη μεριά το 55,6% των χρηστών που δεν δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν οικονομική δυσκολία κατέβαλλαν το εξετάστρο (πίνακας 7.32).

Πίνακας 7.32.: Σύσχετιση καταβολής εξετάστρου με οικονομική δυνατότητα

«Καταβάλλατε το εξετάστρο;»			
«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλω το ποσό»	Ναι	Όχι	Σύνολο
Ναι	143	212	355
% δεν έχω οικονομική άνεση	40,3%	59,7%	100,0%
% καταβολή εξετάστρου	70,4%	81,5%	76,7%
Όχι	60	48	108
% δεν έχω οικονομική άνεση	55,6%	44,4%	100,0%
% καταβολή εξετάστρου	29,6%	18,5%	23,3%
Σύνολο	203	260	463
% δεν έχω οικονομική άνεση	43,8%	56,2%	100,0%
% καταβολή εξετάστρου	100,0%	100,0%	100,0%

Αρνητική άποψη χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω πληρωμής ασφαλιστικών εισφορών

Το 89,5% των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι οι ασφαλιστικές εισφορές που ήδη καταβάλλουν είναι αρκετές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι 83,3%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,936$, $p=0,047$) (πίνακας 7.33). Οι απαντήσεις των γυναικών στην εν λόγω ερώτηση σε συνδυασμό με την αντίρρησή τους για την πληρωμή εξετάστρων λόγω οικονομικής αδυναμίας ενδεχομένως οφείλονται στη μεγαλύτερη ευαισθησία των γυναικών στο συγκεκριμένο θέμα λόγω της παρατηρούμενης συχνότερης επίσκεψής τους στις μονάδες υγείας συγκριτικά με τους άνδρες.

Πίνακας 7.33.: Συσχέτιση απαντήσεων για την επάρκεια των ασφαλιστικών εισφορών με το φύλο

	Φύλο		
	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
«Αυτά που πληρώνω ήδη στο ασφαλιστικό μου ταμείο είναι αρκετά»			
Ναι	184	222	406
% ασφαλιστικές εισφορές αρκετές	45,3%	54,7%	100,0%
% φύλο	83,3%	89,5%	86,6%
Όχι	37	26	63
% ασφαλιστικές εισφορές αρκετές	58,7%	41,3%	100,0%
% φύλο	16,7%	10,5%	13,4%
Σύνολο	221	248	469
% ασφαλιστικές εισφορές αρκετές	47,1%	52,9%	100,0%
% φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Αρνητική άποψη χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω προτίμησης ιδιωτικού τομέα υγείας

Το 58% εκείνων που δήλωσαν ότι αν πληρώνουν στα κέντρα υγείας προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα, εφόσον εκεί απολαμβάνουν καλύτερο επίπεδο υπηρεσιών υγείας, είναι γυναίκες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι 42% και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,715$, $p=0,03$). Επίσης, το 57% των ανδρών

που δεν συμφωνούν με την πληρωμή των εξετάστρων δήλωσε ότι δεν προτιμά τον ιδιωτικό τομέα (πίνακας 7.34).

Πίνακας 7.34.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών αν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με το φύλο

«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν πληρώνω στα κέντρα υγείας»	Φύλο		
	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Ναι	95	131	226
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	42,0%	58,0%	100,0%
<i>% φύλο</i>	43,2%	53,3%	48,5%
Όχι	125	115	240
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	52,1%	47,9%	100,0%
<i>% φύλο</i>	56,8%	46,7%	51,5%
Σύνολο	220	246	466
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	47,2%	52,8%	100,0%
<i>% φύλο</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Στον πίνακα 7.35. παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία εκείνων που απάντησαν ότι προτιμούν να πάνε στον ιδιωτικό τομέα εφόσον πρόκειται να καταβάλλουν εξέταστρο στα κέντρα υγείας είναι μικρότερη (52 έτη) από την αντίστοιχη εκείνων που απάντησαν αρνητικά σε αυτό το ερώτημα (59 έτη). Η συγκεκριμένη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($t=-4,272$, $p<0,001$) και δικαιολογείται επειδή όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται τα προβλήματα υγείας, επομένως η οικονομική επιβάρυνση από τις επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα αυξάνεται σημαντικά.

Πίνακας 7.35.: Σύσχεση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την ηλικία

	Ηλικία	
«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα υγείας αν πληρώνω στα κέντρα υγείας»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	52	16,633
Όχι	59	16,639

Ακόμη, η οικογενειακή κατάσταση εμφανίζει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση με τις απαντήσεις των χρηστών στο παραπάνω ερώτημα ($\chi^2=7,075$, $p=0,07$). Οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι δήλωσαν κατά πλειοψηφία, σε ποσοστό 65,9% και 57,9% αντίστοιχα, ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα άν είναι να πληρώνουν. Δεν ισχύει, όμως, το ίδιο για τους χήρους/ες και τους εγγάμους, οι οποίοι σε ποσοστό 58,8% και 53,1% αντίστοιχα, διαφώνησαν με την παραπάνω διατύπωση, διότι προφανώς έχουν μεγαλύτερες οικογενειακές υποχρεώσεις και αδυνατούν να ανταποκριθούν στο υψηλό κόστος του ιδιωτικού τομέα (πίνακας 7.36).

Πίνακας 7.36.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την οικογενειακή κατάσταση

«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα άν πληρώνω στα κέντρα υγείας»	Οικογενειακή κατάσταση				Σύνολο
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	
Ναι	166	27	11	21	225
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	73,8%	12,0%	4,9%	9,3%	100,0%
<i>% οικογενειακή κατάσταση</i>	46,9%	65,9%	57,9%	41,2%	48,4%
Όχι	188	14	8	30	240
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	78,3%	5,8%	3,3%	12,5%	100,0%
<i>% οικογενειακή κατάσταση</i>	53,1%	34,1%	42,1%	58,8%	51,6%
Σύνολο	354	41	19	51	465
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	76,1%	8,8%	4,1%	11,0%	100,0%
<i>% οικογενειακή κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των χρηστών είναι επιπλέον παράγοντας που παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις απαντήσεις των χρηστών για την προτίμησή τους στον ιδιωτικό τομέα άν πληρώνουν στα κέντρα υγείας ($\chi^2=6,832$, $p=0,009$). Η πλειοψηφία των χρηστών με πολύ υψηλό, υψηλό και μεσαίο κοινωνικοοικονομικό προφίλ (A/B, C1, C2) (56,9%), συμφώνησε με την παραπάνω διατύπωση. Όμως αυτή η δήλωση δεν εκφράζει την πλειοψηφία των χρηστών με χαμηλό και πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (D,E) (56,2%) (πίνακας 7.37).

Πίνακας 7.37.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την κοινωνικοοικονομική ομάδα

«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα άν πληρώνω στα κέντρα υγείας»	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B, C1, C2	D, E	Σύνολο
Ναι	82	138	220
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	37,3%	62,7%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	56,9%	43,8%	47,9%
Όχι	62	177	239
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	25,9%	74,1%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	43,1%	56,2%	52,1%
Σύνολο	144	315	459
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	31,4%	68,6%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπλέον, ο βαθμός ικανοποίησης από τα κέντρα υγείας εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με το άν προτιμούν οι χρήστες τον ιδιωτικό τομέα εφόσον και στο δημόσιο πληρώνουν ($\chi^2=16,114$, $p=0,003$). Οι χρήστες που εξέφρασαν καθόλου, λίγη και μέτρια ικανοποίηση από το κέντρο υγείας στην πλειοψηφία τους δήλωσαν ότι προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα (51%), ενώ από τους χρήστες που εξέφρασαν πολύ και πάρα πολύ ικανοποίηση στην πλειονότητά τους δήλωσαν ότι δεν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα (54,3%) (πίνακας 7.38).

Πίνακας 7.38.: Συσχέτιση απαντήσεων χρηστών άν προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας

	Βαθμός ικανοποίησης από το Κ.Υ.		
«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα άν πληρώνω στα κέντρα υγείας»	Καθόλου/Λίγο/ Μέτρια	Πολύ/Πάρα πολύ	Σύνολο
Ναι	125	101	226
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	55,3%	44,7%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.</i>	51,0%	45,7%	48,5%
Όχι	120	120	240
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	50,0%	50,0%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.</i>	49,0%	54,3%	51,5%
Σύνολο	245	221	466
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	52,6%	47,4%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης από Κ.Υ.</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Αρνητική άποψη χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης για ορθή αξιοποίηση εσόδων

Η ηλικία έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την άποψη των χρηστών ότι δεν είναι θετική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας ($t=-2,372$, $p=0,018$). Ο πίνακας 7.39. παρουσιάζει τη συγκεκριμένη συσχέτιση και αποκαλύπτει ότι η μέση ηλικία εκείνων που δεν έχουν εμπιστοσύνη για την ορθή διαχείριση των πόρων είναι μικρότερη (55 έτη) από την αντίστοιχη εκείνων που έχουν την αντίθετη άποψη (61 έτη).

Πίνακας 7.39.: Συσχέτιση ηλικίας με αρνητική γνώμη των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας

	Ηλικία	
«Είναι αρνητική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχω εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ.»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	55	16,864
Όχι	61	16,371

Στατιστικά σημαντική είναι η σχέση μεταξύ των απαντήσεων των χρηστών στο συγκεκριμένο ερώτημα με τις απαντήσεις για το βαθμό ικανοποίησής τους από τα κέντρα υγείας ($\chi^2=15,289$, $p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα, το 56,8% εκείνων που δήλωσαν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα διατεθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας εξέφρασαν παράλληλα μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση από το κέντρο υγείας, ενώ το 71,7% εκείνων που δεν συμφώνησαν με την παραπάνω δήλωση εξέφρασαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας (πίνακας 7.40). Επομένως, συμπεραίνουμε ότι η θετική στάση των χρηστών όσον αφορά στη συμμετοχή στο κόστος συναρτάται με το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η αναβάθμιση των υπηρεσιών τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση των χρηστών με το νέο μέτρο καθώς και η αποτελεσματικότητά του.

Πίνακας 7.40.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας

Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας			
«Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι τα έσοδα θα διατεθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ.»	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	Πολύ/Πάρα πολύ	Σύνολο
Ναι	230	175	405
<i>% δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα αναβαθμίσουν Κ.Υ.</i>	56,8%	43,2%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	93,9%	82,2%	88,4%
Όχι	15	38	53
<i>% δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα αναβαθμίσουν Κ.Υ.</i>	28,3%	71,7%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	6,1%	17,8%	11,6%
Σύνολο	245	213	458
<i>% δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα αναβαθμίσουν Κ.Υ.</i>	53,5%	46,5%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Αρνητική άποψη χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος λόγω κάλυψης από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων

Το ερώτημα σχετικά με το αν ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικία των χρηστών ($t=4,165$, $p=0,001$). Ο πίνακας 7.41. παρουσιάζει την εν λόγω συσχέτιση, όπου διαπιστώνουμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας εκείνων που διατύπωσαν ότι ήταν ευχαριστημένοι στο παρελθόν από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας είναι

μεγαλύτερος (57,6 έτη) σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο όρο εκείνων που δήλωσαν ότι διαφωνούν με αυτό (50,5 έτη).

Πίνακας 7.41.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με αρνητική άποψη για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν ευχαριστημένοι με τις υπηρεσίες που παρέχονταν από τα κέντρα υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων

«Ήμουν καλυμμένος από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων»	Ηλικία	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	57,6	16,773
Όχι	50,5	16,151

Οι χρήστες που δήλωσαν ότι δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος εφόσον ήταν ικανοποιημένοι στο παρελθόν από τα κέντρα υγείας σε ποσοστό 74% έχουν χαμηλό και πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ, ενώ δεν συμφώνησαν με την παραπάνω διατύπωση οι χρήστες με την ίδια κοινωνικοοικονομική κατάσταση σε ποσοστό 54,7% και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=16,020$, $p<0,001$) (πίνακας 7.42). Επίσης, οι χρήστες με πολύ υψηλό και υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ σε ποσοστό 59,7% δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι στο παρελθόν από το κέντρο υγείας.

Πίνακας 7.42.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το κέντρο υγείας πριν την πληρωμή, με την κοινωνικοοικονομική ομάδα

«Ήμουν καλυμμένος από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων»	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B, C1, C2	D, E	Σύνολο
Ναι	86	245	331
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	26,0%	74,0%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	59,7%	77,8%	72,1%
Όχι	58	70	128
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	45,3%	54,7%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	40,3%	22,2%	27,9%
Σύνολο	144	315	459
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	31,4%	68,6%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική είναι η σχέση μεταξύ των απαντήσεων αν ήταν καλυμμένοι οι χρήστες από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων με τις απαντήσεις για την ικανοποίησή τους από το κέντρο υγείας ($\chi^2=28,461$, $p<0,001$). Το 54,9% εκείνων που δήλωσαν ότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας πριν την πληρωμή εξετάστρων εξέφρασαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από το κέντρο υγείας. Ενώ, το 72,5% εκείνων που δήλωσαν το αντίθετο εξέφρασαν μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση (πίνακας 7.43).

Πίνακας 7.43.: Συσχέτιση αρνητικής γνώμης των χρηστών για την πληρωμή εξετάστρων διότι ήταν καλυμμένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το κέντρο υγείας πριν την πληρωμή, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας

Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας			
«Ήμουν καλυμμένος από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων»	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	Πολύ/Πάρα πολύ	Σύνολο
Ναι	151	184	335
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	45,1%	54,9%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	61,4%	83,6%	71,9%
Όχι	95	36	131
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	72,5%	27,5%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	38,6%	16,4%	28,1%
Σύνολο	246	220	466
<i>% κάλυψη από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάστρων</i>	52,8%	47,2%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Άποψη χρηστών για μεταβολή στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα του κέντρου υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων

Η σχέση μεταξύ των απαντήσεων για τη μεταβολή στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα και της γνώμης των χρηστών για την πληρωμή των εξετάστρων είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=62,885$, $p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα, το 31,6% εκείνων που εξέφρασαν αρνητική γνώμη για το μέτρο της πληρωμής των εξετάστρων δήλωσαν ότι η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα έχει υποβαθμιστεί. Ενώ το 55,6% από εκείνους που δήλωσαν ότι η ποιότητα έχει βελτιωθεί έχουν παράλληλα και θετική γνώμη για την πληρωμή των εξετάστρων (πίνακας 7.44). Η εισροή πόρων στα κέντρα υγείας οφείλει να οδηγήσει στην ποιοτικότερη και αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, για να αποτυπωθούν στους χρήστες οι θετικές συνέπειες της καταβολής του εξετάστρου.

Πίνακας 7.44.: Συσχέτιση μεταβολής ποιότητας και αποτελεσματικότητας υπηρεσιών κέντρων υγείας, με την άποψη των χρηστών για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος

	«Θεωρείτε θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων;»		
Μεταβολή ποιότητας & αποτελεσματικότητας υπηρεσιών Κ.Υ.	Ναι	Όχι	Σύνολο
Έχει βελτιωθεί	50	40	90
<i>% μεταβολή ποιότητας & αποτ/τητας</i>	55,6%	44,4%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	32,1%	8,5%	14,4%
Έχει υποβαθμιστεί	18	148	166
<i>% μεταβολή ποιότητας & αποτ/τητας</i>	10,8%	89,2%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	11,5%	31,6%	26,6%
Δεν έχει μεταβληθεί	88	281	369
<i>% μεταβολή ποιότητας & αποτ/τητας</i>	23,8%	76,2%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	56,4%	59,9%	59,0%
Σύνολο	156	469	625
<i>% μεταβολή ποιότητας & αποτ/τητας</i>	25,0%	75,0%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Άποψη χρηστών για μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή του κέντρου υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων

Η σχέση μεταξύ της άποψης για τη μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=18,847$, $p<0,001$). Οι χρήστες που δήλωσαν ότι έχει βελτιωθεί η ξενοδοχειακή υποδομή εξέφρασαν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του

κέντρου υγείας σε ποσοστό 75,4%. Οι χρήστες που δήλωσαν ότι έχει υποβαθμιστεί η ξενοδοχειακή υποδομή δήλωσαν σε ποσοστό 60,3% μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας. Ενώ, από τους χρήστες που δήλωσαν ότι δεν έχει μεταβληθεί η ξενοδοχειακή υποδομή το 53% εξέφρασε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας (πίνακας 7.45).

Πίνακας 7.45.: Συσχέτιση άποψης χρηστών για τη μεταβολή της ξενοδοχειακής υποδομής των κέντρων υγείας σε σχέση με πριν την πληρωμή εξετάστρων, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας

Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας			
Μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής του Κ.Υ.	Καθόλου/Λίγο/ Μέτρια	Πολύ/Πάρα πολύ	Σύνολο
Έχει βελτιωθεί	17	52	69
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	24,6%	75,4%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	5,9%	15,5%	11,1%
Έχει υποβαθμιστεί	44	29	73
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	60,3%	39,7%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	15,3%	8,6%	11,7%
Δεν έχει μεταβληθεί	226	255	481
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	47,0%	53,0%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	78,7%	75,9%	77,2%
Σύνολο	287	336	623
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	46,1%	53,9%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της άποψης των χρηστών για την πληρωμή των εξετάστρων και της εκτίμησής τους για την ξενοδοχειακή υποδομή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=25,076$, $p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα, το 82,2% εκείνων που δήλωσαν ότι η ξενοδοχειακή υποδομή έχει υποβαθμιστεί και το 77,3% των χρηστών που δήλωσαν ότι δεν έχει μεταβληθεί, είπαν ότι δεν είναι θετικό το μέτρο της πληρωμής των εξετάστρων (πίνακας 7.46). Η μη αποτύπωση του αποτελέσματος της πληρωμής των εξετάστρων στις υπηρεσίες που απολαμβάνουν οι χρήστες των κέντρων υγείας δεν επιτρέπει τη θετική εκτίμησή τους για το μέτρο αυτό.

Πίνακας 7.46.: Συσχέτιση απόψεων χρηστών για την μεταβολή στην ξενοδοχειακή υποδομή των κέντρων υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων με τη γνώμη τους για την εξέλιξη της πληρωμής των εξετάστρων

«Θεωρείτε θετική εξέλιξη την πληρωμή εξετάστρων;»			
Μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής του Κ.Υ.	Ναι	Όχι	Σύνολο
Έχει βελτιωθεί	34	35	69
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	49,3%	50,7%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	21,8%	7,5%	11,1%
Έχει υποβαθμιστεί	13	60	73
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	17,8%	82,2%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	8,3%	12,8%	11,7%
Δεν έχει μεταβληθεί	109	372	481
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	22,7%	77,3%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	69,9%	79,7%	77,2%
Σύνολο	156	467	623
<i>% μεταβολή ξενοδοχειακής υποδομής</i>	25,0%	75,0%	100,0%
<i>% εξέλιξη πληρωμής εξετάστρων</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Απαντήσεις χρηστών για τη μεταβολή των επισκέψεών τους στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας

Η σχέση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη και των απαντήσεών τους στο ερώτημα για τη μεταβολή των επισκέψεών τους στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας είναι στατιστικά σημαντική ($F=7,788$, $p=0,001$). Ο πίνακας 7.47. απεικονίζει τη μέση ηλικία των χρηστών ανάλογα με τη δήλωσή τους για την μεταβολή ή μη των επισκέψεών τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η μέση ηλικία των χρηστών που δήλωσαν ότι έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας (52 έτη) είναι στατιστικά σημαντική με τη μέση ηλικία εκείνων που δήλωσαν ότι δεν έχουν μεταβληθεί (57 έτη) ($p=0,003$). Ακόμη, η μέση ηλικία όσων δήλωσαν ότι έχουν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα (52 έτη) με τη μέση ηλικία όσων δήλωσαν ότι δεν έχουν μεταβληθεί (57 έτη) είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,008$). Διαπιστώνουμε ότι, ως επί το πλείστον, όσο αυξάνεται η ηλικία οι χρήστες δεν αλλάζουν τις επιλογές τους, αλλά παραμένουν σταθεροί σε ότι εξυπηρετεί τις ανάγκες υγείας τους, ανεξαρτήτως επιβολής εξετάστρων.

Πίνακας 7.47.: Συσχέτιση ηλικίας χρηστών με μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας

Μεταβολή στις επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας	Ηλικία	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Έχουν αυξηθεί	52	16,5
Έχουν μειωθεί	52	17,3
Δεν έχουν μεταβληθεί	57	16,5

Οι χρήστες με μεσαίο έως πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ σε ποσοστό 29,6% δήλωσαν ότι έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας, σε αντίθεση με τους χρήστες χαμηλού και πολύ χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ που έκαναν την ίδια

δήλωση σε ποσοστό 19,6%. Αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,813$, $p=0,007$) (πίνακας 7.48).

Πίνακας 7.48.: Συσχέτιση απόψεων χρηστών για την μεταβολή των επισκέψεων τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων στα κέντρα υγείας, με το κοινωνικοοικονομικό προφίλ

Μεταβολή των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων στα Κ.Υ.	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση		
	A/B, C1, C2	D, E	Σύνολο
Έχουν αυξηθεί	63	79	142
% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα	44,4%	55,6%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	29,6%	19,6%	23,1%
Έχουν μειωθεί	48	83	131
% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα	36,6%	63,4%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	22,5%	20,6%	21,3%
Δεν έχουν μεταβληθεί	102	241	343
% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα	29,7%	70,3%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	47,9%	59,8%	55,7%
Σύνολο	213	403	616
% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα	34,6%	65,4%	100,0%
% κοινωνικοοικονομική κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%

Η σχέση μεταξύ των απαντήσεων για το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας και της μεταβολής των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα μετά την πληρωμή εξετάστρων είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=11,631$, $p=0,003$). Το 58,3% των χρηστών των οποίων οι επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα έχουν αυξηθεί, εξέφρασε

μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας. Επίσης, το 58,3% εκείνων που οι επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας έχουν μειωθεί, εξέφρασε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας. Μόνο το 21,1% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα έχουν μειωθεί (πίνακας 7.49). Επομένως, ένα από τα πλεονεκτήματα θέσπισης της συμμετοχής στο κόστος, δηλαδή η αύξηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας, λόγω της επένδυσης των εσόδων στη βελτίωσή τους, και η μείωση των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα, δεν έχει επιτευχθεί. Αυτό αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο για την αναγκαία αναβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, όπου οι χρήστες θα απολαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες χωρίς υψηλό κόστος.

Πίνακας 7.49.: Συσχέτιση μεταβολής επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων, με το βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας

Βαθμός ικανοποίησης από το κέντρο υγείας			
Μεταβολή των επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα υγείας μετά την πληρωμή εξετάστρων στα Κ.Υ.	Καθόλου/Λίγο/ Μέτρια	Πολύ/Πάρα πολύ	Σύνολο
Έχουν αυξηθεί	84	60	144
<i>% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα</i>	58,3%	41,7%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	29,3%	17,8%	23,0%
Έχουν μειωθεί	55	77	132
<i>% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα</i>	41,7%	58,3%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	19,2%	22,8%	21,1%
Δεν έχουν μεταβληθεί	148	201	349
<i>% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα</i>	42,4%	57,6%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	51,6%	59,5%	55,8%
Σύνολο	287	338	625
<i>% μεταβολή επισκέψεων στον ιδιωτικό τομέα</i>	45,9%	54,1%	100,0%
<i>% βαθμός ικανοποίησης</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Απαντήσεις χρηστών για μελλοντική επίσκεψη στο κέντρο υγείας

Το φύλο των χρηστών παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις απαντήσεις τους αν θα επισκεφθούν ξανά στο μέλλον το κέντρο υγείας αν χρειαστεί ($\chi^2=4,298$, $p=0,038$). Το 83,3% όσων δήλωσαν ότι δεν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας ήταν γυναίκες. Ενώ, το 99,3% των ανδρών δήλωσε ότι θα επισκεφθεί ξανά στο μέλλον το κέντρο υγείας αν χρειαστεί (πίνακας 7.50).

Πίνακας 7.50.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας με το φύλο

	Φύλο		
	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
«Θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ. αν χρειαστεί;»			
Ναι	285	324	609
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	46,8%	53,2%	100,0%
<i>% φύλο</i>	99,3%	97,0%	98,1%
Όχι	2	10	12
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	16,7%	83,3%	100,0%
<i>% φύλο</i>	0,7%	3,0%	1,9%
Σύνολο	287	334	621
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	46,2%	53,8%	100,0%
<i>% φύλο</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Ο πίνακας 7.51. παρουσιάζει την οριακά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και των απαντήσεων των χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά στο μέλλον το κέντρο υγείας ($t=1,714$, $p=0,087$). Στο συγκεκριμένο πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία όσων δήλωσαν ότι θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας (55 έτη) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη ηλικία εκείνων που δήλωσαν ότι δεν θα το ξαναεπισκεφθούν (47 έτη). Αυτό οφείλεται ενδεχομένως στο γεγονός ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας που είναι μεγαλύτερης ηλικίας συμβιβάζονται με την υφιστάμενη κατάσταση πιο εύκολα από ότι οι νεότεροι.

Πίνακας 7.51.: Συσχέτιση ηλικίας με επανάληψη της επίσκεψης στο κέντρο υγείας στο μέλλον

Ηλικία		
«Θα επισκεφθείτε ξανά το κέντρο υγείας αν χρειαστεί;»	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ναι	55	16,83
Όχι	47	17,562

Επιπροσθέτως, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με τη δήλωση των χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά στο μέλλον το κέντρο υγείας ($\chi^2=8,806$, $p=0,003$). Από όσους δήλωσαν ότι θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας η πλειοψηφία (66,2%) ανήκει στη χαμηλή και πολύ χαμηλή κοινωνικοοικονομική ομάδα. Ενώ, από εκείνους που δήλωσαν ότι δεν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας οι περισσότεροι (75%) ανήκουν στη μεσαία, υψηλή και πολύ υψηλή κοινωνικοοικονομική ομάδα (πίνακας 7.52). Αυτό δικαιολογείται από την οικονομική δυσχέρεια των χρηστών να ανταποκριθούν στο κόστος επίσκεψης σε άλλον φορέα υγείας είτε στον ιδιωτικό τομέα είτε σε κάποιο απόμακρο από τον τόπο κατοικίας τους νοσοκομείο.

Πίνακας 7.52.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας, με την κοινωνικοοικονομική ομάδα

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση			
«Θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ. αν χρειαστεί;»	A/B, C1, C2	D, E	Σύνολο
Ναι	203	397	212
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	33,8%	66,2%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	95,8%	99,3%	34,6%
Όχι	9	3	400
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	75,0%	25,0%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	4,2%	0,8%	65,4%
Σύνολο	212	400	612
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	34,6%	65,4%	100,0%
<i>% κοινωνικοοικονομική κατάσταση</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Επιπλέον, είναι στατιστικά σημαντική η σχέση μεταξύ των απαντήσεων αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας οι χρήστες με την προτίμησή τους προς τον ιδιωτικό τομέα αν πληρώνουν στο δημόσιο ($\chi^2=6,097$, $p=0,014$). Από τους χρήστες, οι οποίοι δήλωσαν ότι θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας η πλειονότητα (52,6%) απάντησε ότι δεν προτιμά τον ιδιωτικό τομέα, ενώ από τους χρήστες που δήλωσαν ότι δεν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας η πλειοψηφία (88,9%) δήλωσε ότι προτιμά τον ιδιωτικό τομέα υπό αυτές τις συνθήκες (πίνακας 7.53).

Πίνακας 7.53.: Συσχέτιση δήλωσης χρηστών αν θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας, με την προτίμησή τους προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας αν είναι να πληρώνουν

«Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώνω»			
«Θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ. αν χρειαστεί;»	Ναι	Όχι	Σύνολο
Ναι	215	239	454
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	47,4%	52,6%	100,0%
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	96,4%	99,6%	98,1%
Όχι	8	1	9
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	88,9%	11,1%	100,0%
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	3,6%	0,4%	1,9%
Σύνολο	223	240	463
<i>% θα ξαναέρθετε στο Κ.Υ.</i>	48,2%	51,8%	100,0%
<i>% προτίμηση ιδιωτικού τομέα</i>	100,0%	100,0%	100,0%

7.4. Λογιστική παλινδρόμηση

Η θετική άποψη των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος επηρεάζεται από την ηλικία και το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας. Εφαρμόζοντας τη λογιστική παλινδρόμηση, διαπιστώθηκε ότι οι δυο παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 14% της θετικής άποψης για τη συμμετοχή στο κόστος (πίνακας 7.54). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της συχνότητας της θετικής άποψης για τη συμμετοχή στο κόστος ($p=0,003$). Η ηλικιακή κατηγορία των χρηστών που εμφανίζει τη μεγαλύτερη ομοφωνία (86%) όσον αφορά στην αρνητική εκτίμηση για την πληρωμή εξετάστρων είναι από 76 έως 88 ετών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη συχνότερη χρήση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας από τους χρήστες μεγαλύτερης ηλικίας.

Επίσης, η αύξηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας σχετίζονταν με αύξηση της συχνότητας της θετικής άποψης για τη συμμετοχή στο κόστος ($p<0,001$). Αυτό δικαιολογείται λαμβάνοντας υπόψη ότι η προσφορά ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας αυξάνει την πρόθεση των πολιτών για τη συμμετοχή στο κόστος προκειμένου να λαμβάνουν τέτοιου είδους υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 7.54.: Λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη «θετική εξέλιξη η πληρωμή εξετάστρου ως ένα μέσο για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών» (Ναι=1, Όχι=2)

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Τιμή p	Odds ratio	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το odds ratio
Ηλικία	0,003	0,982	0,971-0,994
Ικανοποίηση από το Κ.Υ.	0,001	2,117	1,708-2,625

8. Συμπεράσματα – Προτάσεις

8.1. Συνολικά συμπεράσματα – προτάσεις

Η καθολική μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας ως μέθοδος συγκράτησης της δαπάνης και περιορισμού του κόστους δεν παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά υγειονομικούς και οικονομικούς όρους, διεθνώς. Αντιθέτως, δημιουργούνται αναπτυξιακές δυσκολίες και οι πολίτες δεν εκδηλώνουν τις προτιμήσεις τους για τις υπηρεσίες υγείας. Για την αποφυγή επικράτησης τέτοιων πρακτικών ο καταμερισμός του κόστους (cost-sharing) ανάμεσα στην ασφάλιση υγείας και στους ασθενείς με κυρίαρχο κριτήριο την κοινωνική αποδοτικότητα και την ιατρική αποτελεσματικότητα μπορεί να συνεισφέρει με βέλτιστο τρόπο στην κατανομή των πόρων, να προσδώσει αναπτυξιακή προοπτική στον τομέα υγείας και να προσφέρει δυνατότητα έκφρασης των προτιμήσεων των καταναλωτών μέσω των επιλογών τους (Stuckler et al., 2009, Pauly, 1988, Pauly, 1986).

Σύμφωνα με τους Fendrick et al., (2001) μια πρόταση για την εξοικονόμηση πόρων, με σκοπό να αποφευχθεί η επιδείνωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι η εφαρμογή «της συμμετοχής στο κόστος βασισμένη στο όφελος» (“benefit-based copays”), όπου με βάση επιστημονικά κριτήρια θα πραγματοποιείται ο σχεδιασμός του ποσού συμμετοχής στο κόστος από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Gemmill et al., 2008). Επιπλέον, το ελβετικό μοντέλο αποτελεί παράδειγμα εισαγωγής της συμμετοχής στο κόστος εκτός από την πλευρά της ζήτησης (“demand side cost-sharing”) και στην πλευρά της προσφοράς (“supply side cost-sharing”), ώστε να περιοριστεί η επίδραση του «ηθικού κινδύνου» (moral hazard), δηλαδή όσο αυξάνονται οι παραπομπές από τους επαγγελματίες υγείας προς εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις τόσο θα επωμίζονται οι ίδιοι τις επιπτώσεις (Trottmann et al., 2012). Παράλληλα, στην Ιρλανδία το 70% των ασθενών πληρώνουν για μια επίσκεψη σε γενικό γιατρό, εκτός από τους οικονομικά αδύνατους ασθενείς και έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνος αναμονής για ένα ραντεβού έχει περιοριστεί λόγω της μείωσης των μη αναγκαίων ιατρικών επισκέψεων και διαγνωστικών εξετάσεων (O’Reilly et al., 2007).

Βέβαια, στην παρούσα μελέτη από τις απαντήσεις των χρηστών διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία τους (75%) θεωρεί αρνητική εξέλιξη τον εισπρακτικό

μηχανισμό στα κέντρα υγείας διότι εκτός από την παραδοσιακή θεώρησή τους ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι δημόσιο δωρεάν αγαθό, δεν έχουν εμπιστοσύνη ότι θα αξιοποιηθούν τα έσοδα αποτελεσματικά. Με τη συγκεκριμένη διαπίστωση συμφώνησε το 65% του συνόλου των ερωτηθέντων χρηστών, ενώ παράλληλα το 46% δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τα κέντρα υγείας. Επίσης, το 41,5% των διοικητικών υπαλλήλων που συμμετείχαν στη μελέτη εκτιμά ότι έχει μειωθεί η επισκεψιμότητα στο κέντρο υγείας τους, ενώ το 32,6% δήλωσε ότι δεν πληρώνουν όλοι οι ασθενείς που υποχρεούνται βάσει της εγκυκλίου. Η μείωση αυτή και η μη ανταπόκριση στις υποχρεώσεις πληρωμής οφείλεται ως ένα βαθμό σε οικονομική αδυναμία των χρηστών. Εξάλλου, το ποσοστό που στο σύνολο των ερωτηθέντων χρηστών δήλωσε ότι λόγω οικονομικών δυσκολιών δεν συμφωνεί με το μέτρο είναι το 57,4%.

Από την άλλη μεριά, στη μελέτη της Anagnostopoulou et al. (2011), σημειώνεται η πρόθεση των ασθενών να καταβάλλουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό προκειμένου να λάβουν βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, μεγάλο είναι το ποσό που διαθέτουν τα νοικοκυριά για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπως σημειώθηκε στο πρώτο κεφάλαιο (66% των ιδιωτικών δαπανών). Επομένως με τη δημιουργία κατάλληλου σχεδίου δράσης, οι δαπάνες αυτές από τον ιδιωτικό τομέα μπορούν να διοχετευθούν στο δημόσιο τομέα. Αν τα κέντρα υγείας καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των πολιτών σε τοπικό επίπεδο και αξιοποιούν ορθά τα έσοδά τους, οι πόροι που απορροφώνται από τον ιδιωτικό τομέα ή που δαπανώνται για νοσηλεία στο εξωτερικό θα στραφούν προς το Ε.Σ.Υ. και θα συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ένα άλλο ζήτημα είναι η πολιτική εξαιρέσεων που εφαρμόζεται η οποία στην παρούσα συγκυρία της οικονομικής ύφεσης πρέπει να προστατεύει όχι μόνο τους ηλικιωμένους και τους χρόνια νοσούντες αλλά να επεκταθεί στους χαμηλόμισθους και στους ανέργους, καθώς επίσης πρέπει να επικεντρώνεται στις ποικίλες ανάγκες διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού αυξάνοντας την ισότητα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή στο κόστος από τα μεσαία και υψηλά κοινωνικά στρώματα είναι αναγκαία ώστε να υπάρχει συνέχεια στην κοινωνική πολιτική, καθώς λόγω των συνθηκών έχει περιοριστεί η διαθεσιμότητα των δημοσιονομικών πόρων προς την υγεία κυρίως εις βάρος των χαμηλόμισθων και

χαμηλοσυνταξιούχων. Επιπλέον, η συμμετοχή στο κόστος πρέπει να εφαρμοστεί με συνέπεια και ο σχεδιασμός της να μην συγκρούεται με άλλους στόχους, ώστε να αποβεί προς όφελος του συστήματος υγείας όχι μόνο στο άμεσο μέλλον αλλά και μακροπρόθεσμα (Gemmill et al., 2008).

Από την άλλη μεριά, για τη βελτίωση του παρατηρούμενου ελλείμματος αποδοτικότητας των κέντρων υγείας, θεωρείται αναγκαία η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την καλλιέργεια κουλτούρας του ανθρώπινου δυναμικού προσανατολισμένης στην παροχή ολοκληρωμένων ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών με έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, καθώς και την κοινωνική ιατρική (Μωραΐτης και συν., 1995). Εξάλλου, ο αποτελεσματικότερος τρόπος για την εξοικονόμηση πόρων υγείας είναι η επένδυση στην προληπτική φροντίδα καθώς επίσης η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής από τους πολίτες (Rezayatmand et al., 2012).

Συνολικά, σημειώνουμε ότι οι πόροι που προκύπτουν από τα εξέταστρα πρέπει να επενδυθούν στα κέντρα υγείας ως εξής:

- Εκσυγχρονίζοντας την ιατρική υπηρεσία και επενδύοντας στις νέες τεχνολογίες ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους
- Αναπτύσσοντας και επεκτείνοντας προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας καθώς και προγράμματα διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας
- Ανανεώνοντας την κτιριακή υποδομή, τον τεχνικό και τεχνολογικό εξοπλισμό
- Βελτιώνοντας όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαφή του πολίτη με τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας

8.2. Συμπεράσματα από απαντήσεις διοικητικών υπαλλήλων

Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των διοικητικών υπαλλήλων η είσπραξη εξετάστρων από ειδικότητες εκτός του διοικητικού, λογιστικού και οικονομικού κλάδου προκαλεί δυσλειτουργίες στο σύστημα, λόγω αλληλοεπικαλύψεων. Επίσης, δημιουργείται σύγχυση για το ρόλο και τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών που δεν εντάσσονται στο διοικητικό προσωπικό. Επιπλέον, η έλλειψη επαρκούς και εξειδικευμένου διοικητικού προσωπικού για την είσπραξη των εξετάστρων έχει αρνητικές προεκτάσεις στη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, διότι ενώ σε ορισμένα κέντρα υγείας εισπράττονται τα

εξετάστρα καθ' όλο το 24ωρο, όπως ορίζεται από τη σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, αυτό δεν εφαρμόζεται σε όλα τα κέντρα υγείας λόγω των συγκεκριμένων ελλείψεων. Ακόμη, η αναφορά της πλειοψηφίας των διοικητικών υπαλλήλων ότι δεν χρησιμοποιούνται πληροφοριακά συστήματα για την υποστήριξη της είσπραξης των εξετάστρων αποκαλύπτει μία επιπλέον αδυναμία του εφαρμοζόμενου συστήματος συμμετοχής στο κόστος. Για το λόγο αυτό προτείνεται η αποκλειστική και επαρκής σε αριθμό απασχόληση διοικητικού προσωπικού για την είσπραξη των εξετάστρων καθώς και η λειτουργία κατάλληλου πληροφοριακού συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η ορθή και αποτελεσματική λειτουργία του μηχανισμού (Stokou et al., 2013 b).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, μεγάλο ποσοστό των κέντρων υγείας αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους σε επίπεδο διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, λόγω της έλλειψης του κατάλληλου βιοϊατρικού εξοπλισμού και του κατάλληλου εξειδικευμένου προσωπικού. Το γεγονός αυτό καθιστά τα κέντρα υγείας ως μη αποτελεσματικούς παρόχους της Π.Φ.Υ. σε τοπικό επίπεδο. Με βάση τα ευρήματα της έρευνας του Οικονόμου (2012) το 64% των κέντρων υγείας της 6^{ης} Υ.Πε. πραγματοποιεί προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, παρόλο που εκ του σκοπού λειτουργίας τους όλα τα κέντρα υγείας θα έπρεπε να οργανώνουν ανάλογα προγράμματα. Ακόμη, στην ίδια μελέτη σημειώνεται ότι το 43% των κέντρων υγείας πραγματοποιεί έρευνα, και το 52% εφαρμόζει προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού. Επομένως, προτείνεται τα έσοδα των εξετάστρων να αξιοποιηθούν για την ενίσχυση του βιοϊατρικού εξοπλισμού, για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης σε όλα τα κέντρα υγείας καθώς και για την εκπαίδευση του προσωπικού τους.

Από την προσωπική επικοινωνία με υπαλλήλους στα κέντρα υγείας διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχουν ασάφειες ή ελλειπείς οδηγίες σχετικά με ορισμένες λεπτομέρειες για την είσπραξη των εξετάστρων. Πιο συγκεκριμένα, σε ορισμένα κέντρα υγείας αναφέρθηκε ότι δεν εισπράττονται εξετάστρα από χρήστες για συνταγογράφηση ανεξαρτήτως αν συντρέχουν χρόνια νοσήματα ή τα υπόλοιπα κριτήρια εξαίρεσης, ενώ αυτό δεν προβλέπεται στην εγκύκλιο. Επίσης, πρέπει να γίνει σαφής αναφορά ότι ορίζεται πως η είσπραξη εξετάστρων πραγματοποιείται εκτός από την πρωινή, στην

απογευματινή και στη βραδινή βάρδια λειτουργίας, εξαιρώντας τα επείγοντα περιστατικά.

Ακόμη, μια ασάφεια εντοπίζεται στο γεγονός ότι ενώ οι χρήστες έχουν καταβάλλει το εξέταστρο υπάρχει πιθανότητα ο γιατρός να τους παραπέμψει σε άλλη ειδικότητα εντός ή εκτός κέντρου υγείας. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να επισημαίνεται η πρόβλεψη από την εγκύκλιο ότι αν παραπεμφθεί ο ασθενής σε άλλη ειδικότητα κατά τη διάρκεια μιας ημέρας δεν καταβάλλει εκ νέου το εξέταστρο. Και αυτό να ισχύει ακόμα και στην περίπτωση παραπομπής την ίδια ημέρα σε νοσοκομείο, όπου υποδεικνύοντας την απόδειξη δεν θα πληρώνει το εξέταστρο για δεύτερη φορά. Ενώ, διαφοροποιείται η περίπτωση κατά την οποία ένας χρήστης πραγματοποιεί με δική του πρωτοβουλία επίσκεψη σε δύο διαφορετικές ειδικότητες (π.χ. καρδιολόγο και παθολόγο) σε μια ημέρα.

Όλες οι παραπάνω διαπιστώσεις αποδεικνύουν την απουσία κατάλληλου σχεδιασμού για την εφαρμογή της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου το νέο μέτρο αποτυγχάνει να αποβεί προς όφελος και ενίσχυση της Π.Φ.Υ. Έτσι, προτείνεται οι αρμόδιες Υ.Πε. να αναλάβουν την ενημέρωση των διοικητικών υπαλλήλων των κέντρων υγείας σχετικά με τις ασαφείς διαστάσεις της είσπραξης των εξετάστρων, ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή και δίκαιη λειτουργία του μηχανισμού.

8.3. Συμπεράσματα από απαντήσεις διευθυντών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των διευθυντών, εκείνοι που εξέφρασαν θετική εκτίμηση για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος είναι όσοι δήλωσαν κατά πλειοψηφία ότι οι χρήστες και οι υπάλληλοι συμμορφώνονται με το νέο μέτρο, καθώς και εκείνοι που θεωρούν ότι κατ' αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η συνειδητοποίηση του κόστους από ασθενείς και υπαλλήλους. Αντίθετα, οι διευθυντές που δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος είναι εκείνοι οι οποίοι δήλωσαν ότι με τα εξέταστρα δεν καλύπτονται τα έξοδα των κέντρων υγείας, καθώς και εκείνοι που δήλωσαν ότι τα έσοδα αυτά δεν έχουν συμβάλει στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας (Stokou et al., 2013 a).

Η συμμετοχή στο κόστος, όπως αναφέρθηκε από τους διευθυντές, έχει συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της έννοιας της δαπάνης των υπηρεσιών υγείας τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους υπαλλήλους. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν οι Wagner et al. (2008), επισημαίνοντας ότι οι ασθενείς τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας όταν συμμετέχουν οι ίδιοι στο κόστος, συγκριτικά με τις περιπτώσεις που τα έξοδα τα καλύπτει αποκλειστικά η κοινωνική ασφάλιση, καθώς επίσης το προσωπικό γίνεται περισσότερο προσεκτικό στη χρήση του ιατρικού εξοπλισμού.

Επιπλέον, αναλύοντας τις απόψεις των διευθυντών των κέντρων υγείας προκύπτει ότι παρόλο που η συμμετοχή στο κόστος συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της δαπάνης των υπηρεσιών υγείας, τα έσοδα των εξετάστρων προωθούνται στα αρμόδια νοσοκομεία. Έτσι δεν καλύπτουν τις ανάγκες ρευστότητας των κέντρων υγείας και δεν συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών από αυτά. Μόνο στην περίπτωση της οικονομικής αυτονομίας των μονάδων αυτών είναι δυνατή η βελτίωση των υπηρεσιών τους, μέσω της πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη των κενών, μέσω της συντήρησης και του εκσυγχρονισμού του βιοϊατρικού εξοπλισμού και των κτιριακών εγκαταστάσεων (Anagnostopoulou et al., 2011), καθώς επίσης μέσω της ανάπτυξης περαιτέρω προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας (Stokou et al., 2013 a). Κατ' αυτόν τον τρόπο ενισχύεται ο ρόλος των κέντρων υγείας ως μονάδες παροχής Π.Φ.Υ.

Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των διευθυντών τάχθηκε υπέρ της οικονομικής αυτονομίας των κέντρων υγείας ώστε να διαχειρίζονται αυτόνομα τα έσοδα των εξετάστρων, με τα οποία θα καλύπτονται τρέχουσες οικονομικές ανάγκες των μονάδων αυτών. Εξάλλου, διαπιστώνεται από τους ίδιους τους διευθυντές ότι κατ' αυτόν τον τρόπο θα αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι μικρό ποσοστό των διευθυντών είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Ενώ, όλοι όσοι διαθέτουν το συγκεκριμένο δίπλωμα συμφώνησαν με την ανάγκη οικονομικής αυτονομίας των κέντρων υγείας για την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους. Η παρακίνηση των διευθυντών των κέντρων υγείας για την επιστημονική κατάρτισή τους στο συγκεκριμένο τομέα κρίνεται υψίστης σημασίας, ώστε η οργάνωση και η λειτουργία των μονάδων αυτών να στηρίζεται σε όρους αποτελεσματικότητας και

αποδοτικότητα. Συνεπώς, τα παραπάνω θα συμβάλλουν στην αύξηση της αξιοπιστίας των κέντρων υγείας, ώστε να αποτελούν επιλογή και όχι αναγκαστική λύση για τους χρήστες.

8.4. Συμπεράσματα από απαντήσεις χρηστών

Από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων των διευθυντών και των χρηστών των κέντρων υγείας της μελέτης προκύπτει ότι το ποσοστό των χρηστών που διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στη συμμετοχή στο κόστος (75%) είναι υψηλότερο σε σχέση με το ποσοστό των διευθυντών που απάντησαν ότι θεωρούν αρνητική εξέλιξη την είσπραξη εξετάστρων από τους χρήστες (61%). Η μεγαλύτερη ποσοστιαία αρνητική στάση των χρηστών δικαιολογείται λόγω της θέσης τους, διότι καλούνται να καταβάλλουν το αντίτιμο των εξετάστρων ακόμα και σε περιπτώσεις οικονομικής αδυναμίας.

Επίσης, όπως διαπιστώθηκε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων των χρηστών των υπηρεσιών των κέντρων υγείας, η θετική στάση τους απέναντι στη συμμετοχή στο κόστος είναι συνυφασμένη με το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το μικρό ποσοστό εκείνων που δήλωσαν ότι έχουν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα, παρά την οικονομική ύφεση, καθιστά αναγκαία την αξιοποίηση των εσόδων για την αναβάθμιση των υπηρεσιών των κέντρων υγείας προκειμένου να εξασφαλιστεί η αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις δημόσιες μονάδες υγείας. Η οικονομική κρίση μπορεί να αξιοποιηθεί ως ευκαιρία για αναδιάρθρωση του δημόσιου τομέα ώστε να αναγνωρίσουν οι χρήστες τις θετικές προεκτάσεις της καταβολής του εξετάστρου και να την αποδεχτούν.

Επιπροσθέτως, η αποδοχή από τους ασθενείς να συμμετάσχουν στο κόστος είναι υψίστης σημασίας για τη διατήρηση του εισπρακτικού μηχανισμού και την επίτευξη των στόχων, κάτι που επιτυγχάνεται με την αντίληψη των πλεονεκτημάτων από τους ίδιους (Mossialos et al., 2002). Έχει διαπιστωθεί, εξάλλου, σε έρευνα σχετικά με τη γνώμη των ασθενών για τη συμμετοχή στο κόστος, ότι η άποψη των χρηστών έχει σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας. Σε χώρες όπου οι μηχανισμοί είσπραξης εξετάστρων σε μονάδες υγείας έχουν γίνει αποδεκτοί από τους χρήστες αποδίδουν ταχύτερα (O'Reilly et al., 2007).

Οι χρήστες που εξέφρασαν τη σύμφωνη γνώμη τους για τη συμμετοχή στο κόστος εμφανίζουν μικρότερη μέση ηλικία από εκείνους που δήλωσαν αντίθετη άποψη. Το ίδιο συμπέρασμα προέκυψε από τη μελέτη των Anagnostopoulou et al. (2011) και των Delcheva et al. (1997), όπου οι νεότερες ηλικίες των ερωτηθέντων ασθενών δήλωσαν θετικοί στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος ως έναν τρόπο αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όμως, διαφορετικά αποτελέσματα για το μέσο όρο ηλικίας των χρηστών που συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος παρουσιάζει η μελέτη των O'Reilly et al. (2007), στην οποία οι χρήστες άνω των 70 ετών εκφράζουν μεγαλύτερη προθυμία συμμετοχής στο κόστος.

Όσον αφορά στο κοινωνικοοικονομικό προφίλ εκείνων που δήλωσαν ότι δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος στα κέντρα υγείας αυτό είναι μέτριο, υψηλό και πολύ υψηλό. Ενώ, στη μελέτη των Anagnostopoulou et al. (2011) εκείνοι που είχαν ανώτερο επίπεδο μόρφωσης μεταξύ των ασθενών του κέντρου υγείας της Αταλάντης ήταν θετικοί στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος. Επομένως, παρατηρούμε στη συγκεκριμένη μελέτη ότι οι χρήστες με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα συμμετοχής στο κόστος καθώς και τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από αυτήν, ενώ στη δική μας μελέτη οι χρήστες με μέτριο, υψηλό και πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (συνδυασμός μόρφωσης και επαγγέλματος) δεν συμφωνούν με τη συμμετοχή στο κόστος, διότι ενδεχομένως θεωρούν ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους. Βέβαια, σημειώνεται ότι η μια μελέτη αφορά τη διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος πριν την εφαρμογή του μέτρου, ενώ η παρούσα μελέτη εξετάζει την άποψη των χρηστών για το ήδη εφαρμοζόμενο μέτρο.

Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη διαθέτει χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Το γεγονός αυτό εν μέρει οφείλεται στο χαμηλό βαθμό αστικότητας των περιοχών όπου εδράζονται τα κέντρα υγείας και αφετέρου στη μη επιλογή αυτών των μονάδων υγείας από τους χρήστες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Επιπλέον, από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν διαθέτουν την οικονομική ευχέρεια να ανταποκριθούν σε υψηλότερο κόστος υπηρεσιών υγείας, πέρα από το συμβολικό ποσό των 5€, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες με πολύ υψηλό, υψηλό και μεσαίο κοινωνικοοικονομικό προφίλ δήλωσαν την προτίμησή τους προς τον ιδιωτικό τομέα αν πρόκειται να πληρώνουν στα κέντρα υγείας. Επίσης, οι ίδιοι χρήστες δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις τους στον ιδιωτικό τομέα υγείας, συγκριτικά με τους χρήστες χαμηλού και πολύ χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ. Ακόμη, σημειώνουμε ότι η πλειοψηφία των χρηστών που δήλωσαν ότι θα επισκεφθούν ξανά το κέντρο υγείας παρουσιάζει χαμηλή και πολύ χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν από τη μελέτη των Anagnostopoulou et al. (2011) όπου χρήστες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και με μη χειρωνακτική εργασία εκφράζουν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του κέντρου υγείας της Αταλάντης. Ενδεχομένως, οι προσδοκίες για την κάλυψη των αναγκών υγείας των χρηστών με μεσαίο έως πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ δεν ικανοποιούνται από τις δημόσιες μονάδες, ενώ αντίθετα οι χρήστες με χαμηλή και πολύ χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στο κόστος επίσκεψης στον ιδιωτικό τομέα.

Ακόμη, στη συγκεκριμένη μελέτη, πολύ και πάρα πολύ ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας εξέφρασε το 54%. Παράλληλα, σε μελέτη του Πιερράκου και Υφαντόπουλου (2007) η βαθμολογία της ικανοποίησης των χρηστών από τα κέντρα υγείας είναι 5,34/10, ενώ από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι 8,23/10. Επίσης, σε έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ. μόνο το 3% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι η τελευταία ιατρική επίσκεψη που πραγματοποίησε ήταν σε γιατρό κέντρου υγείας και το 14% ανέφερε ότι ήταν σε γιατρό εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου. Ενώ, το 42,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η τελευταία ιατρική επίσκεψη ήταν σε ιδιώτη γιατρό όπου πλήρωσε προσωπικά. Ακόμη, σε ερώτηση αν για την τελευταία ιατρική επίσκεψη που πραγματοποίησαν πλήρωσαν οι ίδιοι ή καλύφθηκε εξ ολοκλήρου από το ασφαλιστικό τους ταμείο το 27% απάντησε ότι πλήρωσαν οι ίδιοι κάποιο ποσό. Τέλος, στην ίδια έρευνα μόνο το 1% και το 2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πραγματοποίησε «Τεστ Παπανικολάου» και μαστογραφία αντίστοιχα σε κέντρο υγείας, και το 8% ανέφερε ότι έκανε και τις δυο εξετάσεις σε κρατικό νοσοκομείο. Ενώ, το 60% και το 44% σημείωσε ότι πραγματοποίησε «Τεστ Παπανικολάου» και μαστογραφία αντίστοιχα σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο και πλήρωσε ο ίδιος ή η ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Σκρουμπέλος, 2013). Τα

παραπάνω δεδομένα, λοιπόν, αποτυπώνουν την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις δημόσιες μονάδες υγείας καθώς και την αδυναμία του θεσμού των κέντρων υγείας να ανταποκριθούν στο ρόλο τους ως κύριοι φορείς παροχής προληπτικής φροντίδας.

Από την άλλη πλευρά, ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών που στην εν λόγω μελέτη εξέφρασαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και θα επαναλάβουν την επίσκεψή τους στα κέντρα υγείας είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο εκείνων που εξέφρασαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες των κέντρων υγείας και δήλωσαν ότι δεν θα τα επισκεφθούν ξανά. Στο ίδιο συμπέρασμα, εξάλλου, καταλήγει η έρευνα των Anagnostopoulou et al. (2011) στην οποία μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από το κέντρο υγείας της Αταλάντης εκφράζουν οι νεότεροι σε ηλικία χρήστες.

Επίσης, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης διαπιστώνουμε ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (98,1%) δήλωσε ότι οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να παραμείνουν δημόσιο δωρεάν αγαθό. Εξάλλου, σε καμία δυτικοευρωπαϊκή κοινωνία οι υπηρεσίες υγείας δεν θεωρούνται ως εμπορικό προϊόν το οποίο να αποδίδει κέρδος. Αντίθετα, τόσο οι θεραπευτικές όσο και οι προληπτικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν κοινωνικό αγαθό, διότι η προσφορά αυτών των υπηρεσιών στους πολίτες επιφέρει ουσιαστικό όφελος για την κοινωνία υπό τη μορφή καλύτερου επιπέδου ζωής και ισχυρότερης κοινωνικής συνοχής (Saltman, 2002).

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι, όπως διατυπώθηκε στο κεφάλαιο 7, ο λόγος επίσκεψης στο κέντρο υγείας που αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η συνταγογράφηση (42,2%). Επίσης, μεγάλο ποσοστό επισκέψεων για συνταγογράφηση διαπιστώθηκε από τους Κατσακιώρη και συν. (2002) σε ένα κέντρο υγείας της Αχαΐας, όπου οι εν λόγω επισκέψεις αποτελούν το 57% της συνολικής κίνησης. Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (www.esynet.gr) το 35% του συνόλου των επισκέψεων στα κέντρα υγείας για το 2012 είχε αποκλειστικό σκοπό τη συνταγογράφηση. Επομένως, διαπιστώνουμε ότι τα κέντρα υγείας λειτουργούν σήμερα κυρίως ως μονάδες συνταγογράφησης παρά ως μονάδες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως υπαγορεύουν οι στόχοι της Π.Φ.Υ. που τέθηκαν στην Alma-Ata (Oikonomou and Mariolis, 2010, WHO, 1978).

Εξαιρέσεις χρηστών από την πληρωμή εξετάσεων

Η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος πρέπει να συνοδεύεται από το κατάλληλο σύστημα εξαιρέσεων για τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες σε συνδυασμό με την αξιοποίηση των εσόδων προς όφελος των αναξιοπαθούντων, ώστε να επιτυγχάνεται παράλληλα ο στόχος της ισότητας στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση (Doorslaer et al., 1999). Στον αντίποδα, οι άτυπες πληρωμές, που αποτελούν μια εδραιωμένη κοινωνική συμπεριφορά για ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση στις μονάδες υγείας, δεν προωθούν την ισότητα (Liaropoulos et al., 2008). Αντίθετα, προκαλούν παράλληλα φοροδιαφυγή η οποία είναι ακόμα μια αιτία ανισότητας.

Κατά τη σχεδίαση της πολιτικής της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι στόχοι της ασφαλιστικής κάλυψης και να εξασφαλίζεται η ισότητα και η δικαιοσύνη μεταξύ των ασθενών (Hurst and Danis, 2006). Όπως επισημαίνουν και οι Tuohy et al. (2004), η ιδιωτική συμμετοχή στο κόστος για δημόσιες υπηρεσίες υγείας πρέπει να αναλύεται προσεκτικά διότι ενδέχεται να έχει αρνητικές επιδράσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στη διανομή του κόστους όσον αφορά στο ποιός θα το επωμιστεί. Επίσης, σύμφωνα με τους Mossialo et al. (2002), η συμμετοχή στο κόστος έχει σαν αποτέλεσμα να προκαλεί μείωση της πιθανότητας χρήσης των υπηρεσιών υγείας και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μεταξύ των πολιτών με χαμηλό εισόδημα και σύμφωνα με τους Gemmill et al. (2008) και Robinson (2002), το ποσοστό μείωσης της χρήσης υπηρεσιών υγείας είναι δυσανάλογα υψηλότερο για τους οικονομικά αδύναμους πολίτες. Το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όσον αφορά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και για τα παιδιά αυτών των οικογενειών. Επιπλέον, οι Rubin και Mendelson (1995) εξετάζοντας τη συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής στο κόστος και της επίδρασής της στο επίπεδο υγείας διαπίστωσαν ότι η συμμετοχή στο κόστος επηρεάζει αρνητικά την κατάσταση της υγείας των ανέργων και των αστέγων. Ακόμη, επισημαίνεται από τους ίδιους ότι οι χαμηλοεισοδηματίες επιβαρύνονται περισσότερο αναλογικά με το εισόδημά τους σε σχέση με τους οικονομικά ευκατάστατους. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γενικούς γιατρούς της Αγγλίας και της Ιταλίας όταν οι γιατροί γνώριζαν ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα περιορίζαν το κόστος για εκείνους, ιδιαίτερα για τους ασθενείς για τους οποίους η ιατρική

περίθαλψη ήταν ζωτικής σημασίας ή για τους ασθενείς που ήταν απαιτητικοί (Hassell et al., 2003).

Κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των χρηστών δεν συμμετέχει στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (54% δεν κατέβαλλαν εξέταστρο). Το γεγονός αυτό παρατηρείται είτε επειδή οι συγκεκριμένοι χρήστες ανήκουν σε ορισμένη κατηγορία που εξαιρείται της πληρωμής, είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας τους, χωρίς όμως να εξαιρούνται της πληρωμής, είτε λόγω ελλειπών ελέγχου της ορθής εφαρμογής του μέτρου σε όλα τα κέντρα υγείας. Επομένως, η διαμόρφωση κατάλληλων μηχανισμών εξαίρεσης από τη συμμετοχή στο κόστος είναι αναγκαία ώστε να περιοριστούν οι αρνητικές επιδράσεις στην ισότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, η συνεργασία και η διαπραγμάτευση με τους κοινωνικούς εταίρους είναι επιτακτική για τον προσδιορισμό του περιεχομένου της πολιτικής της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος (Tambor, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η επανεξέταση των κριτηρίων εξαίρεσης σε συνεργασία με τους παρόχους της Π.Φ.Υ., περιλαμβάνοντας την κατάσταση εργασίας των χρηστών (ανεργία ή όχι) και το εισόδημά τους. Επιπλέον, στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας προτείνεται να εξαιρούνται οι χρήστες που δεν έχουν καμία ασφάλιση λόγω ανεργίας. Διαφορετικά, ενδέχεται να εμφανιστεί το φαινόμενο να μην επισκέπτονται τα κέντρα υγείας ασθενείς με προβλήματα υγείας λόγω οικονομικής δυσκολίας, με αποτέλεσμα στο μέλλον το σύστημα υγείας να επιβαρυνθεί με υψηλότερο κόστος για τη νοσηλεία τους. Ενώ, αντίθετα προτείνεται η συμμετοχή στο κόστος των πολιτών με ανθυγιεινό τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα ή η συνήθεια επικίνδυνων αθλημάτων (extreme sports), σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες πολιτών. Αυτή την άποψη εξέφρασαν οι συμμετέχοντες σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία (Rostermundt, 2001).

Ακόμη, επισημαίνεται ότι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος πρέπει να διαμορφώνεται με βάση το εισόδημα για τους εξής λόγους:

- Για την αποφυγή λειτουργίας της ως αντικίνητρο για τη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών υγείας. Βέβαια ο διαχωρισμός των υπηρεσιών υγείας σε αναγκαίες και μη είναι δυσδιάκριτος.

- Για τον περιορισμό της πρόκλησης φτώχειας εξαιτίας της ασθένειας. Τα χαμηλά ποσά συμμετοχής στο κόστος προσφέρουν εγγύηση ότι αυτό δεν θα συμβεί.
- Λειτουργεί αποτελεσματικότερα ως αντικίνητρο χρήσης υπηρεσιών υγείας για τα υψηλά εισοδήματα.

Συνεπώς, προτείνεται η διακύμανση του ποσοστού συμμετοχής στο κόστος για ειδικές κατηγορίες ασθενών, κυρίως για τους φτωχούς. Βέβαια, αυτή η πολιτική έχει δυο αρνητικά σημεία, τα οποία όμως αντιμετωπίζονται:

- Τα ευαίσθητα δεδομένα του εισοδήματος διατίθενται ως πληροφορία, η οποία όμως είναι δυνατόν να αποκρύπτεται με τη σύγχρονη τεχνολογία.
- Είναι ταπεινωτική η διάκριση με βάση το εισόδημα για εκείνους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Όμως, όσοι το θεωρούν ταπεινωτικό μπορούν να αρνηθούν μια τέτοια εξαίρεση.

Όσον αφορά στη δυσαρέσκεια των χρηστών για τη συμμετοχή στο κόστος, παράλληλα με την καταβολή ασφαλιστικών εισφορών, αυτή είναι εύλογη, διότι οι εισφορές από τη μια πλευρά μειώνουν το πραγματικό εισόδημα των χρηστών και από την άλλη δεν καλύπτουν τις ανάγκες υγείας τους. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί από τον καθηγητή κ. Λιαρόπουλο η κατάργηση των εισφορών από εργαζομένους και εργοδότες, ενώ το κόστος των υπηρεσιών υγείας και συνταξιοδότησης θα καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, όπως ισχύει στην Αγγλία (σύστημα Beveridge) (Μπλάτσιου, 2013). Κατ' αυτόν τον τρόπο θα απελευθερωθεί η εργασία από τις εισφορές, προς όφελος της είσπραξης των φορολογικών εσόδων.

Βέβαια, δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι λόγω της γήρανσης του πληθυσμού η αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους έχει διαμορφωθεί σε επίπεδο χαμηλότερο του 2 προς 1 στη χώρα μας. Ενώ, η αναλογία για τη βιωσιμότητα του κοινωνικού συστήματος είναι 4 εργαζόμενοι προς 1 συνταξιούχο. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τα ελλείμματα του κρατικού προϋπολογισμού στην παρούσα οικονομική ύφεση έχουν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια ταμεία.

8.5. Οικονομική και διοικητική αυτονομία κέντρων υγείας

Συμπερασματικά, από την καταγραφή και αποτύπωση της λειτουργίας της είσπραξης εξετάστρων στα κέντρα υγείας προκύπτει η αναγκαιότητα να πραγματοποιηθούν ορισμένες αλλαγές σε αυτά με πρώτιστη τη λειτουργική και οικονομική αυτονομία τους. Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (1995), η αυτοτελής διοίκηση των κέντρων υγείας από προσωπικό εξειδικευμένο στην Π.Φ.Υ., καθώς επίσης η κατάρτιση και διαχείριση ανεξάρτητων προϋπολογισμών θα συμβάλλει στην αποτελεσματικότητά τους και στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξαιτίας της ανταπόκρισης των οικονομικών δεδομένων στις πραγματικές συνθήκες. Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί ότι η αυτόνομη διαχείριση των εισπράξεων απαιτεί το συντονισμό των δραστηριοτήτων για την κατανομή των πόρων θέτωντας προτεραιότητες με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τους Lionis και Wynn-Jones (2007) το ερώτημα για τη λειτουργική διασύνδεση των κέντρων υγείας με τα νοσοκομεία ή την αυτονόμησή τους, θα πρέπει να απαντηθεί έπειτα από την κατάλληλη ανάλυση κόστους – οφέλους.

Τα κέντρα υγείας ως ανεξάρτητες μονάδες που θα υπάγονται στις Υ.Πε. κατά τα πρότυπα εφαρμογής των κέντρων υγείας στην Κρήτη, με συγκεκριμένη κλινική διακυβέρνηση και αυτοδυναμία σφαιρικών προϋπολογισμών, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον κεντρικό πυλώνα ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. Επίσης, προτείνεται η λειτουργική και οργανωτική ενοποίηση των κατακερματισμένων μέχρι σήμερα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (κέντρα υγείας, πολυιατρεία, συμβεβλημένοι ιατροί), σε δίκτυα συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας (ΕΣΔΥ, 2012). Σκοπός είναι η ορθή διαχείριση των πόρων για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. χωρίς αλληλοεπικαλύψεις και απουσία διασύνδεσης. Τα έσοδα των εξετάστρων σε συνδυασμό με την κρατική επιδότηση, με στοχευμένη διαχείριση θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στα πλαίσια αυτά η διασύνδεση των κέντρων υγείας με τις άλλες δομές Π.Φ.Υ. και η συνεργασία τους με τις τοπικές κοινωνίες θα συμβάλλουν στη λειτουργία των μονάδων αυτών ως ισχυρών, αποκεντρωμένων και ολιστικών μονάδων παροχής Π.Φ.Υ. (Οικονόμου, 2012). Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να πραγματοποιηθεί στελέχωση των κέντρων υγείας με γενικούς γιατρούς και όλο το αναγκαίο ανθρώπινο

δυναμικό, καθώς επίσης να αναπτυχθούν οι υλικοτεχνικές και πληροφοριακές υποδομές τους (Lionis and Wynn – Jones, 2007).

8.6. Συμβολή της μελέτης

Συνοψίζοντας τη συμβολή της παρούσας μελέτης στο γνωστικό αντικείμενο το οποίο πραγματεύεται, θα λέγαμε ότι η συλλογή των απόψεων τόσο των χρηστών όσο και των επαγγελματιών στα κέντρα υγείας, οι οποίοι βιώνουν εκ του σύνεγγυς τα αποτελέσματα και τις αντιδράσεις από την εφαρμογή του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος, συνέβαλε στη διαπίστωση των αδυναμιών και των ελλείψεων του συγκεκριμένου μοντέλου μερικής αυτοχρηματοδότησης όπως εφαρμόζεται σήμερα στα κέντρα υγείας.

Οι χρήστες, από τη μια πλευρά, επιθυμούν την αποτύπωση της οικονομικής συμβολής τους στην ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν, ενώ οι επαγγελματίες υγείας ζητούν τη διοικητική επάρκεια και οικονομική αυτονομία των μονάδων τους, ώστε να επιτευχθεί η πλήρης αυτοχρηματοδότηση των κέντρων υγείας. Επομένως, η επίλυση των αδυναμιών του συστήματος είσπραξης των εξετάστρων και η θετική αξιολόγηση του μέτρου απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια και δράση από τους εμπλεκόμενους φορείς τόσο σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας όσο και σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας.

Επιπροσθέτως, σημειώνεται ότι έχουν πραγματοποιηθεί οι ακόλουθες δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά καθώς και οι ακόλουθες ανακοινώσεις σε διεθνή και πανελλήνια συνέδρια με το υλικό της παρούσας μελέτης:

Δημοσιεύσεις

- Stokou, E. Vozikis, A. and Chondrocoukis, G. (2013). “Cost-Sharing as a Financing Mechanism in the Greek Primary Health Care: An Assessment from the Managers’ Perspective”, Journal of Finance and Economics, vol. 1 (1), pp. 11-16.

- Stokou, E. Vozikis, A. and Chondrocoukis, G. (2013). “Cost-Sharing in the Greek Health Centres: The Administrative Personnel Aspects”, *International Journal of Health Research and Innovation*, vol. 1 (1), pp. 55-65.

Ανακοινώσεις

- Stokou, E. Chondrocoukis, G. (2009). “Object, methodology and importance of designing and analyzing an administrative model of collecting medical fees in Health Centers in Greece”, 7th International Conference on Information Communication Technologies in Health, INEAG, Samos.
- Στόκου, Ε. Σίσκου, Ό. και Χονδροκούκης, Γ. (2012). «Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος στα κέντρα υγείας της Ελλάδας», 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, ΕΣΔΥ, Αθήνα.
- Στόκου, Ε. Βοζίκης, Α. και Χονδροκούκης, Γ. (2013). «Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών των κέντρων υγείας: Η άποψη των επαγγελματιών υγείας», 39^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.

8.7. Περιορισμοί της μελέτης και περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο, όσον αφορά στις απόψεις των διευθυντών και των διοικητικών υπαλλήλων καθώς και σε ένα δείγμα χρηστών υπηρεσιών κέντρων υγείας από διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, έτσι ώστε να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερα τα αποτελέσματα για το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος. Από την άλλη μεριά, βέβαια, το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εφαρμογή του νέου μέτρου μέχρι την εκπόνηση της μελέτης και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν είναι αρκετό ώστε να παρουσιαστούν πλήρως τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Παρόλ’ αυτά το μέγεθος του δείγματος (συνολικά 1007 ερωτηματολόγια) κρίνεται ικανοποιητικό ώστε να αποτυπωθούν οι πρώτες εκτιμήσεις για την καθιέρωση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος.

Επιπλέον, σημαντικό πρόβλημα κατά την εκπόνηση της μελέτης ήταν η έλλειψη διαθεσιμότητας οικονομικών δεδομένων, στοιχείων κόστους των κέντρων υγείας, καθώς και ο δισταγμός από την πλευρά των ερωτώμενων να συμμετάσχουν στη μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένοι χρήστες δεν ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν στη μελέτη, εξαιτίας της έλλειψης εμπιστοσύνης για το σκοπό της διενεργούμενης συνέντευξης. Επίσης, κάποιοι ήταν απρόθυμοι να συμμετάσχουν, λόγω μη επιθυμίας τους να συμπληρώσουν τα προσωπικά τους δεδομένα, ενώ άλλοι λόγω προβλημάτων υγείας ή αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης. Από την άλλη μεριά, οι λόγοι για τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη ήταν ο φόρτος εργασίας τους, η δυσπιστία τους για το σκοπό της μελέτης και τη χρήση των ευρημάτων της, καθώς επίσης λόγω απροθυμίας να δημοσιοποιήσουν στοιχεία του κέντρου υγείας.

Παράλληλα, η λήψη πανελλαδικού δείγματος από διευθυντές και διοικητικούς υπαλλήλους κέντρων υγείας, καθώς και το μέγεθος του δείγματος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας τους, απαιτούσε την αφιέρωση μεγάλου χρονικού διαστήματος για την οργάνωση της αποστολής των ερωτηματολογίων και για τη λήψη των απαντήσεων.

Τέλος, θα πρέπει να ακολουθήσει περαιτέρω έρευνα για την ανάλυση του κόστους-οφέλους αναφορικά με τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνοντας οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και τις επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη μείωση ή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Ακόμη, ένα ζήτημα διερεύνησης αποτελεί η μελέτη κόστους-οφέλους για τη διασύνδεση ή την αυτονόμηση των κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία.

Αρθρογραφία - Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Abel Smith, B. Calltrop, J. Dixon, M. Dunning, A. Evans, R. Holland, W. Jarman, B. and Mossialos, E. (1994). Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας. Φαρμέτρικα, Αθήνα.
- Adamakidou, T. and Kalokerinou, A. (2010). “New health policies on primary health care in Greece”, Health Science Journal, vol. 4 (1), pp. 15–23.
- American Medical Association (AMA), (1960). Proceedings of the National Congress on Prepaid Health Insurance, Chicago: American Medical Association, Council on Medical Service.
- Anagnostopoulou, I. Semertziadi, M. Siskou, O. Kaitelidou, D. and Tsounias, V. (2011). “Investigation of the intent of patients to participate in the cost in the health centre of Atalante”, Archives of Hellenic Medicine, vol. 28 (6), pp. 777-784.
- Arah, O.A. Klazinga, N.S. Delnoij, D.M. Asbroek, A.H. and Custers, T. (2003). “Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement”. International Journal for Quality in Health Care, vol. 15, pp. 377-398.
- Beaglehole, R. Ebrahim, S. Reddy, S. Voûte, J. Leeder, S. (2007). “On behalf of the Chronic Disease Action Group. Prevention of chronic disease: a call to action”, Lancet, vol. 370, pp. 2152-2157.
- Bertakis, K.D., Azaris, R., Helms, L.J., Callahan, E.J. and Robbins, J.A. (2000). Gender Differences in the Utilization of Health Services, Journal of Family Practice, vol. 49 (2), pp. 147-152.
- Blumenthal, D. Mort, E. and Edwards, J. (1995). “The efficacy of primary care for vulnerable population groups”, Health Services Research, vol. 30, pp. 253-271.
- Bolin, K. Lindgren, A. Lindgren, B. and Lundborg, B. (2009). “Utilization of physician services in the 501 population: the relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries”, International Journal of Health Care Finance and Economics, vol. 9 (1), pp. 83-112.
- Borrás, J.M. (1994). Utilization of Health Services, Gaceta Sanitaria, vol. 8 (40), pp. 30-49.

- Brotons, C. Bjorkelund, C. Bulc, M. Ciurana, R. Godyski – Cwirko, M. Jurgova, E. Kloppe, P. (2005). “Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe”, *Preventive Medicine*, vol. 40, pp. 595-601.
- Brown, M.C. and Crampton, P. (1997). “New Zealand policy strategies concerning the funding of general practitioner care”, *Health Policy*, Elsevier Science Ireland Ltd., vol. 41, pp. 87-104.
- Brown, L. Tucker, C. and Domokos, T. (2003). “Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community”, *Health and Social Care in the Community*, vol. 11 (2), pp. 85–94.
- Caleb, A. G. Hall, M. A. and Lantos, J. D. (2006). “Rethinking Professional Ethics in the Cost-Sharing Era”, *The American Journal of Bioethics*, vol. 6 (4), pp. 17-22.
- Calnan, M. Canr, S. Williams, S. and Killoran, A. (1996). “Involvement of the primary care team in coronary heart disease prevention”, *British Journal of General Practice*, vol. 46, pp. 465–468.
- Campbell, N.C. (2004). “Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome”, *Heart*, vol. 90 (4), pp. 29–32.
- Chand, S. Moskowitz, H. Norris, J.B. Shade, S. and Willis, D.R. (2009). “Improving patient flow at an outpatient clinic: study of sources of variability and improvement factors”, *Health Care Management Science*, vol. 12(3), pp. 325-340.
- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. Nuffield provincial hospitals trust, London.
- Columbia University, (1962). *Medicine, Family Medical Care under Three Types of Health Insurance: A Report on a Survey Conducted for the Foundation on Employee Health. Medical Care and Welfare, Inc. New York: Columbia University.*
- Cumming, J. and Mays, N. (2011). “New Zealand’s Primary Health Care Strategy: early effects of the new financing and payment system for general practice and future challenges”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6 (1), σελ. 1-21.
- Davis, MM. and Warner, AR. (1981). *Dispensaries: Their Management and Development*. Macmillan Co., New York.
- Delcheva, E. Balabanova, D. and McKee, M. (1997). “Under the counter payments for health care: Evidence from Bulgaria”, *Health Policy*, vol. 42, pp. 89-100.

- Delnoij, DMJ. Van Merode, G. Paulus, A. and Groeneweger, P. (2000). “Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?”, *Journal of Health Service Research & Policy*, vol. 5 (1), pp. 22-26.
- Doescher, M.P. Franks, P. and Saver, B.G. (1999). “Is family medicine associated with reduced health care expenditures?”, *Journal of Family Practice*, vol. 49, pp. 608–614.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Harvard University Press, Cambridge.
- Donaldson, M., Yordy, K. and Vanselow, N. (1994). “Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report”. National Academy Press, Washington.
- Doorslaer, E. Wagstaff, A. Burg, H. Christiansen, T. Citoni, G. Biase, R. Gerdtham, U. Gerfin, M. Gross, L. Häkinnen, U. John, J. Johnson, P. Klavus, J. Lachaud, C. Lauritsen, J. Leu, R. Nolan, B. Pereira, J. Propper, C. Puffer, F. Rochaix, L. Schellhorn, M. Sundberg, G. and Winkelhake, O. (1999). “The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries”, *Journal of Health Economics*, vol. 18 (3), pp. 291-313.
- Eversley, J. (2010). “The History of NHS Charges”, *Contemporary British History*, vol. 15 (2), pp. 53-75.
- Fahs, M. (1992). “Physician Response to the United Mine Workers’ Cost-Sharing Program: The Other Side of the Coin”, *Health Services Research*, vol. 27 (1), pp. 25-45.
- Faulkner, A. Mills, N. and Bainton, D. (2003). “A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care”, *British Journal of General Practice*, vol. 53, pp. 878–884.
- Faulkner, L.A. and Schaffler, H.H. (1997). “The Effect of Health Insurance Coverage on the Appropriate Use of Recommended Clinical Preventive Services”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 13 (6), pp. 453-458.
- Fendrick, A. M. Smith, D.G. Chernew, M. and Shah, S.N. (2001). “A benefit-based copay for prescription drugs: Patient contribution based on total benefits, not drug acquisition cost”, *American Journal of Managed Care*, vol. 7 (9), pp. 861-867.
- Fine, M. and Chalmers, J. (2000). “User pays and other approaches to the funding of long-term care for older people in Australia”, vol. 20(1), pp. 5-32.
- Fry, J. (1978). *A New Approach to Medicine*. MTP, Lancaster.

- Gargett, S. (2010). “The introduction of a targeted user-pays approach to funding high-level residential aged care in Australia: an empirical investigation of the impact on price”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 5 (4), pp. 481-508.
- Gemmill, M. C. Thomson, S. and Mossialos, E. (2008). “What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 7 (12).
- Gordis, L. (1973). “Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever”, *New England Journal of Medicine*, vol. 289 (7), pp. 331-335.
- Graham, I. Atar, D. Borch-Johnsen, K. Boysen, G. Burell, G. Cifkova, R. Dallongeville, J. De Backer, G. Ebrahim, S. Gjelsvik, B. Herrmann-Lingen, C. Hoes, A. Humphries, S. Knapton, M. Perk, J. Priori, SG. Pyorala, K. Reiner, Z. Ruilope, L. Sans-Menendez, S. Scholte, O. Reimer, W. Weissberg, P. Wood, D. Yarnell, J. Zamorano, JL. Walma, E. Fitzgerald, T. Cooney, MT. and Dudina, A. (2007). “European Society of Cardiology (ESC) Committee for Practice Guidelines (CPG). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice”, *European Heart Journal*, vol. 28 (19), pp. 2375-2414.
- Gray, L.P. (2001). *Two Year Review of Aged Care Reforms*, Canberra: Department of Health and Aged Care.
- Griffin, DC. (1992). “Welfare gains from user charges for government health services”, *Health Policy and Planning*, vol. 7(2), pp. 177-180.
- Gruber, J. and Wise, D. (2001). *An International Perspective on Policies for an Ageing Society*, NBER Working Paper 8103, Cambridge.
- Habbani, K. Groot, W. and Jelovac, I. (2006). “Household health – seeking behaviour in Khartoum, Sudan: The willingness to pay for public health services if these services are of good quality”, *Health Policy*, vol. 75, pp. 140-158.
- Haggerty, J.L. Reid, R.J. Freeman, G.K. Starfield, B.H. and Adair, C.E. (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review*, *British Medical Journal*, vol. 327, pp. 1219–1221.
- Hassell, K. Atella, V. Schafheutle, E. Weiss, M. and Noyce, P. (2003). “Cost to the patient or cost to the healthcare system? Which one matters the most for GP

prescribing decisions? A UK-Italy comparison”, European Journal of Public Health, vol. 13, pp. 18-23.

- Health Statistics, (2002). Key Data on Health, www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/eurostat_health2002_3_en.pdf
- Hensley, S. (2005). “Taking the ‘co’ out of drug co-pays”, Wall Street Journal.
- Hercot, D. Meessen, B. Ridde, V. and Gilson, L. (2011). “Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change”, Health Policy and Planning, τόμ. 26, σελ. 5-15.
- Higgs, N. (2002). “Measuring Socio-Economic status: A Discussion and Comparison of Methods or Letting the Gini out of the Bottle Plus Some Thoughts on Well-Being”, Research Surveys (Pty) Ltd, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- Hoffman and Beatrix, R. (2006). “Restraining the Health Care Consumer: The History of Deductibles and Co-payments in U.S. Health Insurance”, Social Science History, vol. 30 (4), pp. 501-528.
- Hurst, S. A. Danis, M. (2006). “Indecent Coverage? Protecting the Goals of Health Insurance from the Impact of Co-Payments”, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Cambridge University Press, vol. 15, pp. 107-113.
- Kark, S.L. (1981). The Practice of Community - Oriented Primary Health Care, Appleton-Century-Crofts, New York.
- Keeler, Emmett, B. Sloss, E.M. Brook, R.H. Operskalski, B.H. Goldberg, G.A. Newhouse, J.P. (1987). “Effects of cost sharing on physiological health, health practices and worry”, Health Services Research, vol. 22, pp. 279-306.
- Kentikelenis, A. Karanikolos, M. Papanicolas, I. Basu, S. McKee, M. Stuckler, D. (2012). “Health and the financial crisis in Greece”, Lancet, vol. 379, p. 1002.
- Kentikelenis, A. Karanikolos, M. Papanicolas, I. Basu, S. McKee, M. Stuckler, D. (2011). “Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy”, Lancet, vol. 378, pp. 1457-1458.
- Lakhani, M. (2003). The effectiveness of Primary Healthcare. In: Lakhani, M. editor. A celebration of General Practice. Radcliffe Medical Press.
- Lancry, P.J. and Sandier, S. (1999). “Rationing health care in France”, Health Policy, vol. 50, pp. 23-38.

- Liaropoulos, L. Siskou, O. Kaitelidou, D. Theodorou, M. and Katostaras, T. (2008) “Informal payments in public hospitals in Greece”, *Health Policy*, vol. 87 (1), pp. 72–81.
- Lionis, C. and Wynn-Jones, J. (2007). “Establishing academic rural practice: a future and challenging target”, *Rural and Remote Health*, vol. 7, pp. 727.
- Lionis, C. Symvoulakis, E.K. and Markaki, A. (2009). “Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, pp. 88.
- Long, A.F. and Harrison, S. (1985). *Health services performance: effectiveness and efficiency*. Croom Helm, U.S.A.
- Macinko, J. Starfield, B. and Shi, L. (2003). “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998”, *Health Services Research*, vol. 38 (3), pp. 831–865.
- Maher, D. Harries, AD. Zachariah, R. and Enarson, D. (2009). “A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem”, *BMC Public Health*, vol. 9, pp. 355.
- Margolius, A. (1962). *Consumer’s Guide to Health Insurance Plans*. New York: Public Affairs Committee, Sidney.
- Matsaganis, M. Mitrakos, T. and Tsakloglou P. (2009). “Modelling health expenditure at the household level in Greece”, *The European Journal of Health Economics*, vol 10 (3), pp. 329-336.
- Mendoza-Sassi, R. and Beria, J.U. (2001). “Health Services Utilization: A systemic Review of Related Factors”, *Cad Saude Publica*, vol. 17 (4), pp. 819-832.
- McKay, N. L. Niccie, L. Gapenski, C. L. and Louis, C. (2009). “Nonpatient revenues in hospitals”, *Health Care Management Review*, Lippincott Williams & Wilkins, vol. 34 (3), pp. 234-241.
- McPake, B. Brikci, N. Cometto, G. Schmidt, A. Araujo, E. (2011). “Removing user fees: learning from international experience to support the process”, *Health Policy and Planning*, vol. 26, pp. 104-117.
- McWhinney, I.R. (1998). “Primary care core values: core values in a changing world”, *British Medical Journal*, vol. 317 (7147), pp. 1807-1809.

- Mossialos, E. Allin, S. and Davaki, K. (2005). “Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia”. *Health Economics*, vol. 14 (1), pp. 151–168.
- Mossialos, E. Dixon, A. Figueras J. and Kutzin, J. (2002). “Funding health care: options for Europe”. *European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham Philadelphia.
- Mossialos, E. King, D. (1999). “Citizens and rationing: an analysis of a European survey”, *Health Policy*, vol. 49, pp. 75-135.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999). *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate Publishing Limited, Aldershot.
- Murchie, P. Campbell, N.C. Ritchie, L.D. Simpson, J.A. and Thain, J. (2003). “Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care”, *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 84–90.
- Murillo-Zamorano LR. (2004). *Economic Efficiency and Frontier Techniques*. *Journal of Economic Surveys*, vol. 18 (1), pp. 33-77.
- NCA. (1996). *Report to the Commonwealth Government, National Commission of Audit*, Canberra.
- Newhouse, J.P. (2004). “Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment”, *Health Affairs*, vol. 23, pp. 107-113.
- Newhouse, J.P. (1993). “Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment”, Cambridge, MA: Harvard University Press, pp. 339.
- Nolte, E. and McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. *European Observatory on Health Systems and Policies series*, Open University Press.
- Oakeshott, P. Kerry, S. Austin, A. and Cappuccio, F. (2003). “Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care?”, *Family Practice*, vol. 20 (4), pp. 469–473.
- OECD, (2012). *Statistics: Demography, Old age support ratio*. Available at: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html. Accessed 20 September 2012.
- OECD-Eurostat-WHO, (2012). *Health Accounts, Health Expenditure and Financing, Data Collection*. Available at: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>. Accessed 4 September 2012

- OECD, (2009). OECD Health Data: Statistics and Indicators for 30 countries. http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407_00.html
- Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D. Patri, F. Karaklidis, D. Moustakas, P. Andreadou, N. Mantzanas, E. and Merkouris, B. (2010). “Rural primary care in Greece: working under limited resources”, International Journal for Quality in Health Care, vol. 22 (4), pp. 333-337.
- Oikonomou, N. and Mariolis, A. (2010). “How is Greece conforming to Alma-Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis?”, British Journal of General Practice, vol. 60 (575), pp. 456-457.
- Oikonomou, N. and Mariolis, A. (2009). “Three trends that undermine the Greek health system: is there a way out?”, European Journal of General Practice, vol. 15 (2), pp. 67–68.
- Oikonomou, N. and Tountas, Y. (a). (2011). “Insufficient primary care services to the rural population of Greece”, Rural Remote Health, vol. 11 (1), pp. 1661.
- Oikonomou, N. and Tountas, Y. (b). (2011). “The Greek economic crisis: a primary health-care perspective”, Lancet, vol. 377 (9759), pp. 28-29.
- Oikonomou, N. Tountas, Y. Kyriopoulos, J. (2012). “The need for measurement of efficiency in Greek primary healthcare: the case for rural Southern and Western Greece”, Applied Health Economics and Health Policy, vol. 10 (2), pp. 143-144.
- O'Reilly, D. O'Neill, C., O'Dowd, T. Galway, K. Gilliland, A. Kelly, A. Murphy, A. Shryane, E. Steele, K. and Bury, G. (2007). “Patients’ attitudes to co-payments for general practitioner services: do they reflect the prevailing system?”, Journal of Health Services Research & Policy, vol. 12 (4), pp. 197-201.
- Palmer, S. and Torgerson, D.J. (1999). “Definitions of efficiency”, British Medical Journal, vol. 318, pp. 1136.
- Pauly, M. (2007). The Truth about Moral Hazard and Adverse Selection. Syracuse: Center for Policy Research, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University.
- Pauly, M. (1988). “Market power, Monopsony and Health Insurance Markets”, Journal of Health Economics, vol. 7, pp. 111-128.
- Pauly, M. (1986). “Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy”, Journal of Economic Literature, vol. 15, pp. 629-675.

- Peacock, S. Chan, C. Mangolini, M. and Johansen, D. (2001). Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper, Australia.
- Phelps, C. (1982). Health Care Costs: The Consequences of Increased Cost Sharing, Santa Monica, CA: RAND.
- Philalithis, AE. (2004). Primary health care in Europe: 20+ years after Alma-Ata. In: Kyriopoulos J (ed). Health Systems in the World: From Evidence to Policy. 5th FICOSSER GeneralConference. PapazisisPublishers, Athens.
- Philippant, D. Tielsen, V.R. Sturbois, G. and Peys, F. (2000). “Discriptive Analysis of the Pharmateutical Prescription Evolution in the Belgium Ambulatory Sector Between 1986 and 1996”, Archives of Public Health, vol. 58 (2), pp. 85-107.
- Poulton, B.C. and West, M.A. (1993). “Effective multidisciplinary teamwork in primary health care”, Journal of Advanced Nursing, vol. 18, pp. 918–925.
- Reichmann, G. and Sommersguter-Reichmann, M. (2004). “Co-payments in the Austrian social health insurance system. Analysing patient behavior and patients’ views on the effects of co-payments”, Health Policy, vol. 67, pp. 75-91.
- Reif, K. Marbeau, Y. Quatresooz, J. (1991). “Eurodemographics? Nearly There!”, ESOMAR – European Society for Opinion and Marketing Research, Luxembourg.
- Reschovsky, J. D. (1998). “The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care”, Health Services Research, vol. 33 (4), pp. 787-814.
- Rezayatmand, R. Pavlova, M. Groot, W. (2012). The impact of out of pocket payments on prevention and health related lifestyle: a systematic literature review. The European Journal of Public Health Advance.
- Rice, T. and Matsuoka, K.Y. (2004). “The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors”, Medical Care Research and Review, vol. 61 (415).
- Rice, T. and Morrison, K.R. (1994). “Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reforms”, Medical Care Review, vol. 51 (3), pp. 235-287.
- Robinson, R. (2002). User charges for health care. In: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (Eds), Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care System Series, Buckingham-Philadelphia.

- Roemer, Milton, I. Hopkins, C.E. Lockwood, C. Gartside, F. (1975). “Copayments for ambulatory care: Penny-wise and pound-foolish”, *Medical Care*, vol. 13, pp. 457-466.
- Roos, N. P. Forget, E. Walld, R. MacWilliam, L. (2004). “Does universal comprehensive insurance coverage encourage unnecessary use? Evidence from Manitoba says no”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, pp. 209-214.
- Rostermundt, A. Westphal, R. Raspe, H. (2001). “Relevance and financing of health services: a survey of physicians, students, patients, nursing personnel and seniors”, *Gesundheitswesen*, vol. 63 (5), pp. 311-318.
- Rubin, R. and Mendelson, D. (1995) A framework for cost sharing policy analysis. In: Mattison N. (ed.) *Sharing the Costs of Health: A Multi-country Perspective*. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Health.
- Rui, S. and Changhoon, J. (2012). “Does user-charge financing reduce expenditure levels for the charge-financed services?”, *The American Review of Public Administration*, SAGE, vol. 42 (2), pp. 170-185.
- Saltman, R.B. (2002). “The Western European Experience with Health Care Reform”, *European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Saltman, R.B. Rico, A. and Boerma, W. (2006). “Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care”, *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Berkshire.
- Sepehri, A. Chernomas, R. and Akram-Lodhi, H. (2005). “Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam”, *Health Policy and Planning*, vol. 20 (2), pp. 90-99.
- Shi, L. Starfield, B. Politzer, R. and Regan, J. (2002). “Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health”, *Health Services Research*, vol. 37 (3), pp. 529–550.
- Shum, C. Humphreys, A. Wheeler, D. Cochrane, M.A. Skoda, S. and Clement, S. (2000). “Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial”, *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1038–1043.

- Siskou, O. Kaitelidou, D. Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008). “Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins”, *Health Policy*, vol. 88, pp.282–293.
- Soumerai, S.B. Ross-Degnan, D. Avorn, J. McLaughlin, T.J. Chodnovskiy, I. (1991). “Effects of Medical Drug-Payment Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes”, *New England Journal of Medicine*, vol. 325, pp. 1072-1077.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press, New York.
- Starfield, B. (1994). “Is primary care essential?”, *The Lancet*, vol. 344, pp. 1129–1133.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care, Concept, evaluation and policy*, Oxford University Press, New York.
- Starfield, B. (1991). “Primary care and health. A cross national comparison”, *JAMA*, vol. 266, pp. 2268-2271.
- Starfield, B. and Shi, L. (2002). “Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective”, *Health Policy*, vol. 60, pp. 201–218.
- Starfield, B. Shi, L. and Macinko, J. (2005). “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *The Milbank Quarterly*, vol. 83 (3), pp. 457–502.
- Stevens, R. and Stevens, R.B. (1974). “Welfare Medicine in America: A Case Study of Medicaid”, *New York: Free*, vol. 68, pp. 347.
- Stokou, E. Vozikis, A. and Chondrocoukis, G. (2013 a). “Cost-Sharing as a Financing Mechanism in the Greek Primary Health Care: An Assessment from the Managers’ Perspective”, *Journal of Finance and Economics*, vol. 1 (1), pp. 11-16.
- Stokou, E. Vozikis, A. and Chondrocoukis, G. (2013 b). “Cost-sharing in the Greek Health Centres: The Administrative Personnel Aspects”, *International Journal of Health Research and Innovation*, vol. 1 (1), pp. 55-65.
- Stuckler, D. Basu, S. Suhrcke, M. Coutts, A. McKee, M. (2009). “The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis”, *Lancet*, vol. 374, pp. 315–323.
- Tamblyn, R. Laprise, R. Hanley, J.A. Abrahamowicz, M. Scott, S. Mayo, N. Hurley, J. Grad, R. Latimer, E. Perreault, R. McLeod, P. Huang, A. Larochelle, P. Mallet, L. (2001). “Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor

- and Elderly Persons”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, pp. 421-429.
- Tambor, M. Pavlova, M. Woch, P. Groot, W. (2010). “Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians’ and hospital services in the 27 European Union countries”, *European Journal of Public Health*, Oxford University Press, vol. 21 (5), pp. 585-590.
 - Temmink, D. Francke, A.L. Hutten, J.B. Van der Zee, J. and Huijjer Abu-Saad, H. (2000). “Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31(6), pp. 1449–1458.
 - Thomson, S. Foubister, T. Mossialos, E. (2009). “Financing Health Care in the European Union. Challenges and policy responses”, *Observatory Study Series No. 17*, World Health Organization, Copenhagen, Denmark.
 - Tountas, Y. Karnaki, P. and Pavi, E. (2002). “Reforming the reform: the Greek national health system in transition”, *Health Policy*, vol. 62, pp.15–29.
 - Tountas, Y. Oikonomou, N. Pallikarona, G. Dimitrakaki, C. Tzavara, C. Souliotis, K. Mariolis, A. Pappa, E. Kontodimopoulos, N. and Niakas, D. (2011). Socio-demographic and socio-economic determinants of health services utilisation in Greece: the Hellas Health I study. *Health Service Management Research*, vol. 24 (1), pp. 8-18.
 - Trottmann, M. Zweifel, P. and Beck, K. (2012). “Supply-side and demand-side cost-sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective?”, *Journal of Health Economics*, vol. 31, pp. 231-242.
 - Tuohy, C.J. Flood, C.M. and Stabile, M. (2004). “How does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 29 (3), pp. 359-396.
 - U.S. General Accounting Office, (2004). *Medicaid and SCHIP: States’ Premium and Cost-Sharing Requirements for Beneficiaries*, Report no. GAO-04-491. Washington DC: U.S.
 - Valdez, Burciaga, R. Brook, R.H. Rogers, W.H. Ware, J.E. Keeler, E.B. Sherbourne, C.A. Lohr, K.N. Goldberg, G.A. Camp, P. Newhouse, J.P. (1985). “Consequences of cost-sharing for children’s health”, *Pediatrics*, vol. 75, pp. 952-961.

- Vierhout, W.P. Knottnerus, J.A. Van Ooij, A. (1995). “Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor system disorders”, *Lancet*, vol. 346 (8981), pp. 990–994.
- Vivilaki, V. Romanidou, A. Theodorakis, PN. and Lionis C. (2005). “Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete”. *Rural and Remote Health*, vol. 5, pp. 376.
- Vladeck, B.C. and Firman, J.P. (1983). “The Aging of the Population and Health Services”, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 468, pp. 132-148.
- Vlek, J.F. Vierhout, W.P. Knottnerus, J.A. (2003). “A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care”, *British Journal of General Practice*, vol. 53 (487), pp. 108–112.
- Wagner, T. Heisler, M. and Piette, J. (2008). “Prescription drug co-payments and cost-related medication underuse”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 3 (1), pp. 51-67.
- Weale, A. and Clark, S. (2010). “Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 5 (2), pp. 225-246.
- WHO. (2008). *The World Health Report 2008. Primary Health Care, Now More Than Ever*. World Health Organisation, Geneva.
- WHO. (2002). *The European Health Report 2002*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO. (1998). *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe*. WHO Europe, Copenhagen.
- WHO, (1993). *Continuous Quality Development: A proposal national policy*. World Health Organisation regional office for Europe, Copenhagen.
- WHO, (1978). *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. World Health Organisation, Alma-Ata, Geneva.
- Wolters, R. Wensing, M. Klomp, M. and Grol, R. (2004). “Shared care and the management of lower urinary tract symptoms”, *BJU International*, vol. 94 (9), pp. 1287–1290.
- WONCA. (2002). *Ο Ευρωπαϊκός ορισμός της Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής*. WONCA ΕΥΡΩΠΗ 2002, <http://www.elegeia.gr/ekdoseis>.

- Worthington, A. (2004). “Frontier Efficiency Measurement in Health Care: A Review of Empirical Techniques and Selected Applications”, Medical Care Research and Review, vol. 61(2), pp.135-170.
- Wranik, D. (2012). “Healthcare policy tools as determinants of health system efficiency: evidence from the OECD”, Health Economics, Policy and Law, vol. 7, pp. 197-226.

Ελληνική

- Βερενίκη, Σ. και Υφαντής, Χ. (2003). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Νοσοκομεία», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 15, σελ. 82–86.
- Γαλανάκη, Ε. (2000). «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας: μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από δημόσιο Κέντρο Υγείας και αναδιοργάνωση του Κέντρου Υγείας βάσει των αποτελεσμάτων», Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Γαλάνης, Π. (2013). «Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 30 (1), σελ 97-110.
- Γεωργούση, Ε. Ανδριώτη, Δ. Κυριόπουλος, Ι. Boerma, W. Μερκούρης, ΜΠ. (1999). «Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών ιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 4, σελ. 193-202.
- Γεωργούση, Ε. και Κυριόπουλος, Γ. (1996) «Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Μια πρώτη θεώρηση», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 8 (3), σελ. 137-140.
- Γεωργούση, Ε. Κυριόπουλος, Γ. και Μπεαζόγλου, Τ. (2000). Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία. Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Οργάνωσης & Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ. (2013). Εφαρμογή Εθνικών Λογαριασμών Υγείας 2003-2011 με τη μεθοδολογία του ΟΟΣΑ-SHA.
- ΕΣΔΥ, (2012). Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας - Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- ΕΣΔΥ. (2010). Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

- ΕΣΔΥ. (2006). Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα.
- Ζηλίδης, Χ. (1995). Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Ζηλίδης, Χ. (1989). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. Διεύθυνση μελετών και προγραμματισμού Αγροτικής Τράπεζας Ελλάδος, Αθήνα.
- Θεοδωράκης, Π. και Λιονής, Χ. (2003). Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. και Τσάκος Γ. (επιμ). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Θεμέλιο, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ. Σίσκου, Ο. Καϊτελίδου, Δ. Φαρατσέλη, Ο. και Λιαρόπουλος, Λ. (2005). Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πειραιάς.
- ΙΚΠΙ, (2006). Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Κατσακιώρη, Π.Φ. Καρδαρά, Μ. Νικολόπουλος, Γ. Κόλλιας, Π. (2002). «Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας μέσα από μια δεκαετή ανάλυση της κίνησης ενός κέντρου υγείας του νομού Αχαΐας». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 14 (4).
- Κομματάς, Δ. Παπανότη, Β. Γκολφινόπουλος, Π. και Ανδριώτη, Δ. (2008). «Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 20 (2), σελ. 80-88.
- Κυριόπουλος, Ι. (2013). Μεταφορές χρηματοδότησης από τους πιο αδύναμους ασθενείς. Επιστημονική συνάντηση του Τομέα Οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Πόρος.

- Κυριόπουλος, Γ. (2000). Ο Cochrane, η εποχή του και εμείς: μια απόπειρα προσέγγισης της μεθοδολογίας στην πολιτική υγείας. Στο: Cochrane A.L. Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας. Εξάντας / Πολιτικές Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. (1995). Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική ως πρόβλημα πολιτικής και «κουλτούρας» στην Ελλάδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 7 (1), σελ. 9-11.
- Κυριόπουλος, Γ. Ανδριώτη, Δ. Γεωργούση, Ε. Boerma, W. και Μερκούρης, Μ.Π. (1996). «Η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και η διαχείριση της ασθένειας από τους γενικούς γιατρούς», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 8 (1), σελ. 31-41.
- Κυριόπουλος, Γ. Λιονής, Χ. Δημολιάτης, Γ. Μερκούρης, Μ.Π. Οικονόμου, Χ. Τσάκος, Γ. Φιλαλήτης, Α. και ομάδα εργασίας. (2000). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 12 (4), σελ. 169-188.
- Κυριόπουλος, Γ. Λιονής, Χ. Τσιάντου, Β. Σουλιώτης, Κ. Ολλανδέζος, Μ. και Μυλωνά, Κ. (2007). Σχέδιο Δράσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο πλαίσιο του έργου «Σχέδιο Δράσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. Νιάκας, Δ. (1994). «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. Οικονόμου, Χ. Γεωργούση, Ε. και Γείτονα, Μ. (1999). Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω. Εξάντας / Πολιτικές Υγείας.
- Κυριόπουλος Ι. και Τσιάντου Β., (2010). «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 27 (5), σελ. 834-840.
- Λιονής, Χ. και Κυριόπουλος, Γ. (2000). «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και Γενική Ιατρική: Η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 12, σελ. 167-168.
- Λιονής, Χ. και Μερκούρης, Μ. (2000). «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 12, σελ. 7-9.

- Μπένος, Α. (1996). Γενικός ιατρός: Ηγέτης της ομάδας ΠΦΥ ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων; Στο: Ανδριώτη Δ. και συν. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Μπλάτσιου, Ν. (2013). «Όταν δεν μπορείς να πληρώσεις τα φάρμακα. Λύση η συμμετοχή με βάση το εισόδημα». Έρευνα ένθετου «Κ» της εφημερίδας «Καθημερινή», τεύχ. 530.
- Μωραϊτάκη, Κ. (2004). Η ΠΦΥ στο ΕΣΥ. Στο: Τούντας Γ. Υπηρεσίες Υγείας. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα.
- Μωραϊτής, Ε. Γεωργούση, Ε. Ζηλίδης, Χ. Θεοδώρου, Μ. και Πολύζος, Ν. (1995). Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.
- Μωραϊτής, Ε. Κουρή-Ζαραφωνίτη, Τ. και Μερκούρης, ΜΠ. (1986). Κέντρα Υγείας. Ο νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 1, σελ. 5-23.
- Οικονόμου, Ν. (2012). Μέτρηση αποδοτικότητας των ελληνικών Κέντρων Υγείας – Περιφερειακών Ιατρείων: Η περίπτωση της Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων. Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παναγιωτάκος, Δ. (2006). Μεθοδολογία της Έρευνας και της Ανάλυσης Δεδομένων για τις Επιστήμες της Υγείας. Εκδόσεις Κωστάκη, Αθήνα.
- Πετσετάκη, Ε. (1993). «Εξασφάλιση φροντίδας ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 2 (4).
- Περράκος, Γ. και Υφαντόπουλος, Ι. (2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 24 (6), σελ. 578-582.
- Πολύζος, Ν. Θηραίος, Ε. Καρανίκας, Χ. Κακαράς, Χ. Καστανιώτη, Α. Γεωργακόπουλος, Γ. Μανιαδάκης, Ν. Παντελάκη, Κ. (2012). Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011 - Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ, σελ. 15-208.

- Πραμαγγιούλης, Π. (2008). Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με τη Χρήση SPSS. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Στατιστικής. <http://www.scribid.com/doc/46086126/Odigos-SPSS-Pramaggioulis> (8/5/2011)
- Σαχίνη – Καρδάση, Α. (1997). Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Σκρουμπέλος, Α. (2013). Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης: Προτάσεις για την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 7η Συνάντηση Forum για την Υγεία και τις Πολιτικές Υγείας: Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πορταριά, Πήλιο.
- Σουλιώτης, Κ. Δόλγερας, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (2003). Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. και Τσάκος Γ. (επιμ). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ. και Λιονής, Χ. (2003). “Λειτουργική ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, vol. 20, pp. 466-476.
- Στόκου, Ε. (2008). Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα και η εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού σε αυτά. Διπλωματική Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση της υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τούντας, Γ. (2002). Πολιτική Υγείας. Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τούντας, Γ. Δημητρακάκη, Χ. Οικονόμου, Ν. Παληκαρώνα, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2009). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1986-2006, Παπαζήση, Αθήνα.
- Τούντας, Γ. Δημητρακάκη, Χ. Οικονόμου, Ν. Παληκαρώνα, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2008). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.
- Τούντας, Γ. και Οικονόμου, Ν. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ. 24 (1), σελ. 7-21.
- Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, 2009, <http://www.ygeianet.gov.gr>,
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2013). Στοιχεία Εσόδων και Κίνησης στα Κέντρα Υγείας, <http://www.esynet.gr>
- Υπουργείο Υγείας (2011). Εγκύκλιος 4/1/2011 – Υ4α/οικ. 1329.
- Υπουργείο Υγείας (2011). Εγκύκλιος 14/1/2011 – Υ4α/οικ 4456.

- Υπουργείο Υγείας (2011). Εγκύκλιος 8/4/2011 – Υ3α/ΓΠ/10784.
- Υπουργείο Υγείας (2010). Εγκύκλιος 17/09/2010 - ΓΠ ΟΙΚ 116038.
- ΦΕΚ 2456 Β/2011 (3/11/2011)
- ΦΕΚ 1223 Β/2002 (20/9/2002)
- ΦΕΚ 165 Α Νόμος 2519/97 (21/8/1997)
- ΦΕΚ 143 Α Νόμος 1397/83 (7/10/1983)
- Φιλαλήθης, Τ. (1996). Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας και η γενική οικογενειακή ιατρική. Στο: Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ. (επιμ). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ



ΕΣΠΑ
2007-2013
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Πίνακας 1: Κοινωνικοοικονομική κατάσταση με βάση τη μόρφωση και το επάγγελμα

<i>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΥΡΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑ</i>	<i>ΜΟΡΦΩΣΗ ΚΥΡΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑ</i>				
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΤΩΤΕΡΗ	ΜΕΣΗ	ΑΝΩΤΕΡΗ	ΑΝΩΤΑΤΗ
<i>ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ</i>					
ΑΓΡΟΤΗΣ (-50 ΣΤΡΕΜΜΑΤΑ)	E	D	D	C2	C2
ΑΓΡΟΤΗΣ (+50 ΣΤΡΕΜΜΑΤΑ)	D	C2	C2	C1	C1
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (ΧΩΡΙΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	D	C2	C2	C1	C1
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (1-2 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	D	C2	C1	C1	C1
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (3-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	C2	C2	C1	C1	A/B
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (6-10 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	C2	C2	C1	C1	A/B
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (11-49 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C1	C1	A/B	A/B
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ (50+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C1	A/B	A/B	A/B
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΙ	-	-	-	-	A/B
ΑΡΝΗΣΗ / ΔΑ	E	D	D	C2	C1
<i>ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (ΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ)</i>					
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΙ	-	-	-	-	A/B
ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C2	C1	C1	A/B
ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (6-10 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C1	C1	A/B	A/B
ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (11+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C1	C1	A/B	A/B
ΠΡΟΪΟΣΤΑΜΕΝΟΙ (-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C2	C2	C1	C1
ΠΡΟΪΟΣΤΑΜΕΝΟΙ (6+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)	-	C2	C2	C1	A/B
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	D	D	C2	C2	C1
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΕΚΤΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	D	D	C2	C2	C1
<i>ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ - ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ</i>					
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ	D	D	C2	C2	C1
ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ	E	D	D	C2	C2
<i>ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ / ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΕΣ</i>	E	D	D	C2	C1
<i>ΦΟΙΤΗΤΕΣ / ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ</i>	-	D	C2	C2	C1

Πηγή: ESOMAR

Πίνακας 2: Κατηγοριοποίηση επιπέδων μόρφωσης

Ανώτατη	Ανώτερη	Μέση	Κατώτερη	Σχεδόν Καθόλου
Διδακτορικό	Μεταλυκειακή	Μέσες Τεχνικές Σχολές	Μερικές τάξεις Γυμνασίου	Μερικές τάξεις Δημοτικού
Μεταπτυχιακό	ΚΑΤΕΕ	Εξαθέσιο Γυμνάσιο ή Λύκειο	Δημοτικό	
ΑΕΙ		Γυμνάσιο 3 χρόνια		
ΤΕΙ				

Σημείωση: Τα επίπεδα μόρφωσης διαμορφώθηκαν με βάση το οργανόγραμμα του Υπουργείου Παιδείας

Πίνακας 3: Ετήσια κίνηση Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ για το έτος 2012 ανά Υ.Πε.

ΥΠΕ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤ/ΦΗΣΗ
1	147.192	151.177	67.597
2	406.901	197.512	253.309
3	256.322	282.726	256.121
4	771.240	338.854	478.436
5	569.095	228.547	569.795
6	639.660	399.581	842.662
7	247.197	126.056	94.855
ΣΥΝΟΛΟ	3.037.607	1.724.453	2.562.775

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2013, www.esynet.gr

Τα ερωτηματολόγια της μελέτης



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2007-2013
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Ερωτηματολόγιο για Διοικητικούς Υπαλλήλους Κέντρων Υγείας

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αφορά την 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 κουτάκι.

1. Από πότε εφαρμόζεται στο Κέντρο Υγείας η είσπραξη εξετάστρων;

α. Από την έναρξη της ρύθμισης (Σεπτ-Οκτ 2010)

β. Έναν μήναν μετά

γ. Δύο μήνες μετά

δ. Τρείς μήνες μετά

ε. Άλλο (προσδιορίστε):

2. Έχετε παρατηρήσει ότι η προσέλευση των ασθενών στο Κ.Υ. μετά την εφαρμογή του εισπρακτικού μηχανισμού:

Έχει αυξηθεί Έχει μειωθεί Έχει παραμείνει σταθερή

3. Το Κέντρο Υγείας λειτουργεί:

α. 8 ώρες την ημέρα

β. 16 ώρες την ημέρα

γ. 24 ώρες την ημέρα

δ. Άλλο (προσδιορίστε):.....

4. Στο Κέντρο Υγείας εισπράττονται εξέταστρα:

Ναι Όχι

α. Κατά την απογευματινή λειτουργία;

β. Κατά τη βραδινή λειτουργία;

Αν απαντήσατε και στα δύο «Ναι» πηγαίνετε στην ερώτηση 6

Αν απαντήσατε σ' ένα από τα δύο «Όχι» πηγαίνετε στην ερώτηση 5

5. Αν στην ερώτηση 4 απαντήσατε «Όχι», σημειώστε ότι από τα παρακάτω ισχύει βάζοντας x στο Ναι και σε ότι δεν ισχύει σημειώστε x στο Όχι:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Δεν υπάρχουν οι αρμόδιοι υπάλληλοι για την απογευματινή λειτουργία		
β. Δεν υπάρχουν οι αρμόδιοι υπάλληλοι για τη βραδινή λειτουργία		
γ. Δεν λειτουργεί το Κ.Υ. απόγευμα		
δ. Δεν λειτουργεί το Κ.Υ. βράδυ		
ε. Το απόγευμα και το βράδυ δεχόμαστε μόνο τα επείγοντα περιστατικά και από αυτά δεν εισπράττουμε εξέταστρα		

6. Ποιό είναι το προσωπικό του Κέντρου Υγείας που εισπράττει τα εξέταστρα; (σημειώστε x στο αντίστοιχο πλαίσιο)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Διοικητικό		
β. Νοσηλευτικό		
γ. Ιατρικό		
δ. Τεχνικό (και κλητήρες)		

7. Ποιός είναι ο αριθμός των υπαλλήλων που απασχολείται σε κάθε βάρδια για την είσπραξη εξετάσεων;

α. Πρωινή βάρδια

β. Απογευματινή βάρδια

γ. Βραδινή βάρδια

8. Χρησιμοποιείτε κάποιο Πληροφοριακό Σύστημα για την είσπραξη των εξετάσεων στο ταμείο;

Ναι Όχι

9. Ποιός είναι ο μέσος χρόνος εξυπηρέτησης ενός ασθενούς στο ταμείο, σε κάθε βάρδια; (κυκλώστε το τί ισχύει κατά μέσο όρο σε κάθε βάρδια)

Πρωί	Απόγευμα	Βράδυ
α. < 3 λεπτά	α. < 3 λεπτά	α. < 3 λεπτά
β. 3-6 λεπτά	β. 3-6 λεπτά	β. 3-6 λεπτά
γ. 7-10 λεπτά	γ. 7-10 λεπτά	γ. 7-10 λεπτά
δ. Άλλο.....	δ. Δεν λειτουργεί απογευματινή βάρδια	δ. Δεν λειτουργεί βραδινή βάρδια
	ε. Άλλο.....	ε. Άλλο.....

10. Η επίσκεψη σε περισσότερους από έναν γιατρούς σε μία ημέρα χρεώνεται επιπλέον;

Ναι Όχι

11. Ποιές εξετάσεις πραγματοποιούνται στο Κέντρο Υγείας; Σημειώστε **X** στο αντίστοιχο πλαίσιο.

Είδος Εξετάσεων	Πραγματοποιούνται
i) Ακτινογραφία Θώρακος	
ii) Ακτινογραφία Σπονδυλικής Στήλης	
iii) Ακτινογραφία Άνω Άκρων -Κάτω Άκρων	
iv) Ακτινογραφία Κρανίου	
v) Καρδιογράφημα	

vi) Triplex Καρδιάς	
vii) Holter	
viii) Υπερηχογράφημα Καρδιάς	
ix) Υπερηχογράφημα Άνω-Κάτω Κοιλίας	
x) Υπερηχογράφημα Γεννητικών Οργάνων	
xi) Γενική Αίματος	
xii) Σάκχαρο	
xiii) Ουρία	
xiv) Κρεατινίνη	
xv) Χοληστερόλη	
xvi) Ορολογικές	
xvii) Γενική Ούρων	
xviii) Καλλιέργεια Ούρων	
xix) PSA	
xx) Τεστ Παπανικολάου (Test Pap)	
xxi) Τεστ Κυήσεως	
xxii) Φυσιοθεραπείες	

12. Πληρώνουν άμεσα όλοι οι ασθενείς, οι οποίοι βάσει της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν (δεν αναφερόμαστε για όσους υπάρχει πρόβλεψη εξαίρεσης π.χ. ΑΜΕΑ, ασθενείς με AIDS, τυφλοί, καρκινοπαθείς, καρδιοπαθείς, διαβητικοί κ.λ.π.);
- α. Ναι, όλοι πληρώνουν
 - β. Ναι, περισσότεροι από τα 2/3 πληρώνουν
 - γ. Ναι, περίπου οι μισοί πληρώνουν
 - δ. Πληρώνει μόνο το 1/3 των ασθενών
 - ε. Πληρώνει λιγότερο από το 1/3 των ασθενών

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

13. Έτη εργασίας στο Κέντρο Υγείας:έτη
14. Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει:
- α. Διδακτορικό
 - β. Μεταπτυχιακό
 - γ. ΑΕΙ
 - δ. Μεταλυκειακή
 - ε. ΚΑΤΕΕ
 - στ. ΤΕΙ
 - ζ. Μέσες Τεχνικές Σχολές
 - η. Εξαθέσιο Γυμνάσιο ή Λύκειο
 - θ. Γυμνάσιο (3 χρόνια)
 - ι. Μερικές τάξεις Γυμνασίου
 - κ. Δημοτικό
 - λ. Μερικές τάξεις Δημοτικού

15. Προσδιορίστε την ειδικότητά σας:
- α. Κλάδος Διοικητικού-Λογιστικού-Οικονομικού
 - β. Νοσηλεύτης/τρια-Μαία/Μαιευτής-Επισκέπτης/τρια Υγείας
 - γ. Τεχνικός-Κλητήρας
 - δ. Άλλη (προσδιορίστε):.....

16. Φύλο: α. Άντρας β. Γυναίκα

17. Ηλικία: ετών

Σας ευχαριστώ για το χρόνο που διαθέσατε!



Ερωτηματολόγιο για Διευθυντές Κέντρων Υγείας

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αφορά την 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 κουτάκι.

1. Η μέχρι τώρα εμπειρία σας από τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού είναι:

Θετική Αρνητική

2. Σημειώστε όσα από τα παρακάτω συμβαίνουν στο Κέντρο Υγείας αναφορικά με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, βάζοντας x στο Ναι και σε όσα δεν συμβαίνουν σημειώστε x στο Όχι.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Οι ασθενείς συμμορφώνονται		
β. Οι διοικητικοί υπάλληλοι εξέφρασαν ικανοποίηση		
γ. Τα έσοδα από τα εξέταστρα είναι επαρκή και συμβάλλουν στην κάλυψη εξόδων του Κέντρου Υγείας		
δ. Η είσπραξη εξετάστρων έχει συμβάλει στην αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών από το Κέντρο Υγείας		
ε. Η είσπραξη εξετάστρων έχει συμβάλει στη συνειδητοποίηση της έννοιας της δαπάνης των υπηρεσιών από ασθενείς και υπαλλήλους		

3. Συμφωνείτε με την οικονομική αυτονομία των Κέντρων Υγείας ως προς τη δυνατότητα αυτόνομης διαχείρισης των ιδίων εσόδων (π.χ. από τα εξέταστρα);

Ναι Όχι

4. Πιστεύετε ότι τα έσοδα από τον εισπρακτικό μηχανισμό θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, υπό την προϋπόθεση της αυτόνομης διαχείρισής τους από τα Κέντρα Υγείας (αναφερόμαστε γενικά και όχι μόνο στο Κ.Υ. όπου εργάζεστε εσείς);

Ναι Όχι

Αν απαντήσατε «Ναι» πηγαίνετε στην ερώτηση 5

Αν απαντήσατε «Όχι» πηγαίνετε στην ερώτηση 6

5. Αν 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.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Θα μπορούσαν τα έσοδα από τα εξέταστρα να βοηθούν στην κάλυψη προβλημάτων ρευστότητας των Κ.Υ. για ανάγκες καθημερινότητας		
β. Θα μπορούσαν τα έσοδα από τα εξέταστρα να βοηθούν στην κάλυψη θέσεων μέσω προσλήψεων επικουρικού προσωπικού		
γ. Θα μπορούσαν τα έσοδα από τα εξέταστρα να βοηθούν στην ενίσχυση και στον εκσυγχρονισμό του βιοϊατρικού εξοπλισμού		
δ. Θα μπορούσαν να αναπτυχθούν περαιτέρω προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του Κ.Υ.		

6. Άν 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

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Το δυνητικό κόστος συλλογής και αυτόνομης διαχείρισης των εξετάστρων είναι μεγάλο και ξεπερνά τα δυνητικά οφέλη (έσοδα)		
β. Η διοικητική και οικονομική εξάρτηση από τα νοσοκομεία συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κέντρων Υγείας		
γ. Η πληρωμή εξετάστρων από τους ασθενείς είναι άδικη		
δ. Με το πέρασμα του χρόνου και λόγω των κοινωνικών αντιδράσεων το μέτρο θα εξασθενήσει (το μέτρο της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος)		
ε. Δεν θα δοθεί στην πράξη η δυνατότητα αυτόνομης διαχείρισης αυτών των εσόδων		

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

7. Έτη εργασίας στο Κέντρο Υγείας:.....έτη
8. Σχολή αποφοίτησης:
- Ιατρική
- Οδοντιατρική
- Άλλη (προσδιορίστε):.....
9. Είστε κάτοχος Μεταπτυχιακού; Ναι χι
10. Είστε κάτοχος Μεταπτυχιακού Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας;
- Ναι Όχι
11. Είστε κάτοχος Διδακτορικού; αι χι
12. Φύλο: α. Άντρας β. Γυναίκα
13. Ηλικία:.....ετών

Σας ευχαριστώ για το χρόνο που διαθέσατε!



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ερωτηματολόγιο για Χρήστες Υπηρεσιών Κέντρων Υγείας

Το συμπληρώνουν μόνο οι ασθενείς ή οι συνοδοί που έχουν επισκεφθεί το Κέντρο Υγείας και πριν τον Σεπτέμβριο - Οκτώβριο του 2010

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αφορά την 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. Άν ναι 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

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

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

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

6. Αν 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. Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσω		
δ. Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κ.Υ.		
ε. Είμαι καλυμμένος από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από το Κ.Υ. πριν την πληρωμή εξετάσεων		
στ. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι δημόσιο δωρεάν αγαθό		

7. Τσεκάρετε τί πιστεύετε ότι ισχύει τώρα σε σχέση με την περίοδο πριν τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας, δηλαδή πριν τον Σεπτέμβριο του 2010.

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

8. Θα έρθετε ξανά στο Κέντρο Υγείας αν χρειαστεί;

Ναι Όχι

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΕ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

9. Φύλο: α. Άντρας β. Γυναίκα
10. Υπηκοότητα: α. Ελληνική β. Άλλη.....
11. Ηλικία: ετών
12. Οικογενειακή Κατάσταση: α. Έγγαμος/η
β. Άγαμος/η
γ. Διαζευγμένος/η
δ. Χήρος/α
13. Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει:
- α. Διδακτορικό
 - β. Μεταπτυχιακό
 - γ. ΑΕΙ
 - δ. Μεταλυκειακή
 - ε. ΚΑΤΕΕ
 - στ. ΤΕΙ
 - ζ. Μέσες Τεχνικές Σχολές
 - η. Εξαθέσιο Γυμνάσιο ή Λύκειο
 - θ. Γυμνάσιο (3 χρόνια)
 - ι. Μερικές τάξεις Γυμνασίου
 - κ. Δημοτικό
 - λ. Μερικές τάξεις Δημοτικού

14. Επάγγελμα:

- *Αυτοαπασχολούμενοι:*
 - 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 / Συνταξιούχος
- Φοιτητής-τρια / Σπουδαστής
- Άνεργος
- Δεν απαντώ

15. Ασφάλιση: α. Δημόσιο

- β. ΙΚΑ
- γ. ΟΓΑ
- δ. ΟΑΕΕ
- ε. Ιδιωτική ασφάλιση, ετήσιο ποσό ασφαλίσεων €.....
- στ. Καμία ασφάλιση
- ζ. Άλλη π.χ. NAT, ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠΕΖΩΝ.....

Σας ευχαριστώ για το χρόνο που διαθέσατε!