

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

o-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ (CO-PAYMENTS) ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΥΡΙΚΛΙΔΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών. Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη. Επίσης, ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Καϊτελίδου Δάφνη για τις πολύτιμες συμβουλές, τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδινε. Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου κάνει την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στις μέρες μας οι περισσότερες κυβερνήσεις συχνά δέχονται πίεση για περιορισμό στις δαπάνες υγείας, οι οποίες συνεχώς αυξάνονται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά ελλείματα. Έτσι, οι χρήστες καλούνται να πληρώσουν κάποια τέλη υπό μορφή συμπληρωμών στα δημόσια συστήματα υγείας. Πρακτική που είναι παγκοσμίως διαδεδομένη, αλλά αποτελεί μία αμφιλεγόμενη πολιτική ελέγχου της κρίσης υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα τέλη χρησιμοποιούνται κυρίως για να μειώσουν τη ζήτηση και έπειτα για να αντλήσουν επιπλέον οικονομικούς πόρους για το σύστημα φροντίδας υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλούσια επί του θέματος με υποστηρικτές και πολέμιους, με σοβαρά επιχειρήματα υπέρ και κατά σχετικά με τη σκοπιμότητα και τις συνέπειες από την επιβολή συμπληρωμών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων, στάσεων και της συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και η εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν. Η διερεύνηση δηλαδή του πώς οι ασθενείς που προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αντιλαμβάνονται τη συμμετοχή τους στο κόστος και μάλιστα υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης, τι ποσά δαπανούν, πώς κρίνουν το μέτρο και σε ποιο βαθμό αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά τους, όσον αφορά τη χρήση αυτών των υπηρεσιών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο 2015 έως τον Αύγουστο 2015 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας Ελλήνων πολιτών, στους οποίους διανέμονταν προς συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο κατά την προσέλευσή τους σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο της Θεσσαλονίκης με σκοπό την χρήση των υπηρεσιών του. Συνολικά διανεμήθηκαν 220 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επεστράφησαν 200 ερωτηματολόγια. Το σύνολο των ερωτηματολογίων που αποτέλεσε το δείγμα της έρευνας αντιστοιχεί σε ποσοστό ανταπόκρισης 90,9%.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη που προηγήθηκε, φαίνεται ότι γενικά η επιβολή συμπληρωμών δεν έχει επηρεάσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που τα ποσά των συμπληρωμών για μια μερίδα πληθυσμού θεωρούνται υπερβολικά, ωστόσο για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της συγκεκριμένης μελέτης δεν αποτέλεσαν αποτρεπτικό παράγοντα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα η πλειοψηφία του δείγματος συμφώνησε στο ότι από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών συνέχισε να πραγματοποιεί επισκέψεις σε ιατρούς δημοσίων υπηρεσιών υγείας χωρίς να σκεφτεί ότι θα πληρώσει. Ωστόσο οι περισσότεροι ασθενείς ζήτησαν από το γιατρό να μην γράψει κάποιο φάρμακο ή κάποια εξέταση γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν και δήλωσαν πως έχουν υπάρξει περιπτώσεις όπου ο γιατρός τους συνταγογράφησε φάρμακα τα οποία όμως δεν έλαβαν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν, χωρίς όμως ποτέ να αγοράσουν κάποιο φάρμακο δίχως συνταγή γιατρού.

Σημαντικό εύρημα της έρευνας, αποτελεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (71%) με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών και την αύξηση του ποσού συμμετοχής υποστήριξαν ότι περιόρισαν τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, επίσης υποστήριξαν ότι μείωσαν τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, όσο και τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις σε ποσοστό 68% και 66,5% αντίστοιχα. Από την άλλη μεριά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 71% διαφώνησε με το γεγονός ότι με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή την αύξηση του ποσού συμμετοχής τα χρήματα που εξοικονομούνται θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Το 91,5% του δείγματός της έρευνας δήλωσε ενήμερο για την καταβολή του ποσού των συμπληρωμών.

Από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και κάποιων εξαρτημένων μεταβλητών, αρχικά, βρέθηκε ότι λιγότερο ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, τα πιο νεαρά άτομα σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι συνταξιούχοι και οι άνεργοι σε σχέση με τους υπολοίπους και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν. Επίσης, βρέθηκε ότι η αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών δεν

συσχετίζεται με κανέναν δημογραφικό παράγοντα. Τέλος, προέκυψε ότι με επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας λιγότερο συμφωνούν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν.

Συμπεράσματα: Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτει το γεγονός ότι η εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το μέτρο αν και παρουσιάζει αρκετές προοπτικές για βελτίωση των συνθηκών στον τομέα της υγείας, ωστόσο είναι αναγκαία η προσεκτική εφαρμογή του και η ακόμα προσεκτικότερη διάρθρωσή του.

Λέξεις κλειδιά: συμπληρωμές, σύστημα υγείας, πηγές χρηματοδότησης, κοινωνική ασφάλιση

ABSTRACT

Introduction: Nowadays most governments often receive pressure to limit health spending, which are constantly increasing and this results to show significant deficits. Thus, users are required to pay a fee in the form of co-payments on public health systems. Practice is universally widespread, but is a controversial political control of crisis health services. These fees are used primarily to reduce demand and then to raise additional financial resources for the health care system. The international literature is rich on the subject with supporters and opponents, with strong arguments for and against on the feasibility and consequences of the imposition of co-payments.

Aim: The aim of this study is to explore the opinions, attitudes and behavior of patients with respect to the measure of the equity payment to the health system, but also to assess the amount of investments made. How do those patients who turn to public health services perceive their participation in the health expenditure in an era of economic crisis, how much do they spend, what is their opinion regarding the reform and to what extent it changes their behavior in the use of such given services. The period of time the survey was conducted was from June 2015 to August 2015 in the area of Thessaloniki. The people who filled in the given questionnaire, were only those who visited a certain private diagnostic center in Thessaloniki and used its facilities. In total 220 questionnaires were distributed and 200 of those returned. Therefore the sum of the questionnaires that were taken into consideration was of the percentage of 90,9%.

Results: The study showed that imposing co-payments does not really affect the use of health services. Although the amount of co-payments for a proportion of the population significant burden, in this study it appears they were not discouraged using all health services. Indeed the majority of the sample agreed that despite the increased amount of payments, they continued to visit a general hospital doctor or dentist or a specialist doctor in a hospital without thinking about the cost. On the other

hand many patients have asked the doctor not to prescribe some medicines or diagnostic laboratory tests because they couldn't afford the extra payments and they made the statement that there have been instances when their doctor actually prescribed drugs but they didn't buy them. At the same time, what is interesting is that they have never bought a medication without a prescription.

An important finding of this survey is the fact that most participants (71%) after the implementation of the additional payment measures have reduced the unnecessary visits to outpatient clinics. Furthermore overconsumption of drugs and unnecessary laboratory tests were reduced as stated by the 68% and 66,5% of the respondents respectively. On the other hand, the majority of participants (71%) disagreed with the fact that the implementation of payment measures or the increase of the participation fees will actually save resources which in turn will be used to improve health services. According to the findings, 91.5% of the survey sample were well informed about the amount of co-payments.

Men appeared less satisfied with health services than women. In general young people were less satisfied than older people. Private employees, pensioners and the unemployed were more dissatisfied compared to the rest of the population. Those who suffer from a chronic health problem feel less comfortable than those who do not have any health problems. It was also found that the estimated amount of the copayments, is not related to any demographic factor. Finally, it was found that women and patients suffering from a chronic disease agree less than men and people without a health problem in imposing co-payments to all health services.

Conclusions: The findings of this research show that the implementation of the measure-payments in the public health system in Greece is not an obstacle to an extended use of health services. This measure although has several points for improving, nevertheless it is necessary in the health sector, taking into consideration the necessary the careful implementation of an even better restructuring.

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Key words: co-payments, health system, funding sources, social insurance

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
3	
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	19
Κεφάλαιο 1: Βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	19
1.1 Ορισμός συστήματος υγείας	19
1.2 Κράτος πρόνοιας	21
1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας	22
1.4 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων	26
1.4.1 Παραδοσιακές μέθοδοι	26
1.4.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης.....	26
1.5 Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	27
1.5.1 Ο κρατικός προϋπολογισμός.....	27
1.5.2 Η κοινωνική ασφάλιση	29
1.5.3 Οι ιδιωτικές πληρωμές.....	30
Κεφάλαιο 2: Θεωρητικές προσεγγίσεις των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων	31
2.1 Εισαγωγή.....	31

2.2	Το ημερήσιο νοσήλιο	34
2.3	Η πληρωμή κατά πράξη	35
2.4	Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας.....	36
2.5	Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	37
2.6	Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	38
2.6.1	Φορολογία.....	38
2.6.2	Κοινωνική ασφάλιση	38
2.6.3	Ιδιωτικές πληρωμές.....	39
2.6.3.1	Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας.....	39
2.6.3.2	Άμεσες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία.....	39
2.6.3.3	Επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων.....	40
2.6.3.4	Φάρμακα.....	40
2.6.3.5	Επισκέψεις σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαγνωστικά κέντρα.....	41
2.6.3.6	Οδοντιατρική φροντίδα.....	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		43
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας.....		43
3.1	Σκοπός	43
3.2	Σχεδιασμός μελέτης	43

3.3	Το δείγμα της μελέτης.....	43
3.4	Εργαλείο συλλογής	44
3.5	Εγκυρότητα και Αξιοπιστία	46
3.6	Δεοντολογικά θέματα.....	47
3.7	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	48
3.8	Στατιστική ανάλυση	49
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα		50
4.1	Κοινωνικά – Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	50
4.2	Επίπεδο υγείας.....	53
4.3	Γνώση και αντίληψη ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες των ασθενών – καταβολή ιδιωτικών δαπανών.....	55
4.4	Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	66
4.5	Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας	70
4.5.1	Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	70
4.5.2	Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.....	73
4.5.3	Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.....	75
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		98

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το υγειονομικό σύστημα στη χώρα μας εμφανίζεται ιδιαίτερα ανορθόδοξο και πολύπλοκο όσον αφορά στον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής του. Αναζητώντας τα αίτια αυτής της πολυπλοκότητας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η πολύ αδύνατη δομή και η χαλαρή οργάνωση όπως επίσης η παντελής απουσία θεσμοθετημένων κανόνων και σταθερών χρηματοδοτικών μηχανισμών αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που έχουν συμβάλει στην παρουσία της εν λόγω πολυπλοκότητας (Γείτονα, 2006, Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 1997). Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα ακροβατεί ανάμεσα στον κεντρικό προγραμματισμό και την ελεύθερη αγορά χωρίς να λαμβάνουν χώρα συγκεκριμένοι κανόνες δράσης τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, δεν υπάρχουν μεγάλα περιθώρια άσκησης πολιτικής όχι μόνο στις νοσοκομειακές μονάδες αλλά και στα ταμεία υγείας εξαιτίας της έντονης και ανορθόδοξης παρουσίας του κράτους. Ως εκ τούτου, παρατηρείται η πλήρης απουσία των στοιχείων της συναίνεσης καθώς και της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στους διάφορους εταίρους του συστήματος, όπως είναι το κράτος, οι ασφαλιστικοί φορείς, οι προμηθευτές των υγειονομικών υπηρεσιών και οι ιατρικές ενώσεις. Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης (2001) «οι ανεπάρκειες και ελλείψεις και η απουσία παγιωμένων κανόνων λειτουργίας του δημοσίου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών και η μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων τα τελευταία χρόνια δημιουργούν συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αποτέλεσμα αυτών των συνθηκών είναι ο ιδιωτικός τομέας να αναδεικνύεται σήμερα σε σημαντικό παράγοντα του συστήματος και οι ιδιωτικές πληρωμές να αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού τομέα». Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί ότι δεν έχουν ληφθεί μέτρα για τον αποτελεσματικό έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας (μεγάλος αριθμός γιατρών σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες) με αποτέλεσμα από τη μία πλευρά να είναι αδύνατος ο έλεγχος των δαπανών υγείας και από την άλλη να είναι επίσης αδύνατη η σωστή οργάνωση και αποτελεσματική διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ).

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Βασιζόμενοι σε όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι τρεις:

1. Ο κρατικός προϋπολογισμός που αποτελείται από τους άμεσους και έμμεσους φόρους, οι οποίοι ανέρχονται σχεδόν στο 36% των συνολικών δαπανών
2. Η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή οι εισφορές τόσο των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών που αποτελούν το 24%
3. Οι ιδιωτικές πληρωμές για το υπόλοιπο 30% (OECD, 2015)

Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα διατριβής

Ο σκοπός της διατριβής ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των συμπεριφορών των χρηστών αναφορικά με το μέτρο των συμπληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Ως προς τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, τα ευρήματα από τη συγκριτική ανάλυση των στοιχείων που θα συλλεχθούν και από την ανάλυση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο πιθανόν να συντελέσουν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του μέτρου των συμπληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς επίσης να αποτελέσουν εργαλείο ανατροφοδότησης ως προς την αναπροσαρμογή του μέτρου στα επόμενα έτη.

Σύντομη ανασκόπηση βιβλιογραφίας:

Οι ιδιωτικές δαπάνες αναφέρονται στις πληρωμές που πραγματοποιούνται από τους ασφαλισμένους με χρήματα, τα οποία προέρχονται από το εισόδημά τους (προσωπικό ή οικογενειακό). Αποτελούν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, την τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τεσσάρων κατηγοριών δαπάνες (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001):

1. Τις πληρωμές για τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ, ιδιαίτερα όσον αφορά στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη
2. Τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς και οδοντιάτρους που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία των ασφαλισμένων
3. Τη διαφορά μεταξύ των αμοιβών που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασθενείς στις ιδιωτικές υγειονομικές μονάδες και του ποσού που τελικά εγκρίνεται και καταβάλλεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και
4. Τα ασφάλιστρα, τα οποία καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες για ασφάλιση υγείας όσων το επιθυμούν.

Παραδοσιακά, οι εν λόγω δαπάνες ήταν και εξακολουθούν να είναι και σήμερα πολύ υψηλές (Καραγιάννη, 2014). Αυτό το γεγονός οφείλεται σε πολλά και διαφορετικά αίτια, όπως για παράδειγμα η πολυπλοκότητα, η οποία χαρακτηρίζει το σύστημα, ο χαμηλός βαθμός παροχής ποιοτικών υπηρεσιών αλλά και αξιοπιστίας σε συνδυασμό με την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη. Επιπλέον, άλλα βασικά αίτια αποτελούν η χαμηλή ανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος καθώς και η περιοριστική πολιτική τιμών που εφαρμόστηκε στις υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Είναι επίσης σημαντικό να τονισθεί ότι η αδυναμία που χαρακτηρίζει το δημόσιο υγειονομικό σύστημα αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού έχει οδηγήσει στο να εμφανίζεται το ύψος των ιδιωτικών δαπανών από τα μεγαλύτερα μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ως ποσοστό επί των συνολικών). Ειδικότερα στη διάρκεια των τελευταίων ετών οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν αγγίξει το 3% του ΑΕΠ ή το 35-40% επί των συνολικών δαπανών υγείας, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των υπολοίπων ευρωπαϊκών κρατών, στα οποία το ύψος των δαπανών φθάνει το 1% του ΑΕΠ και κυμαίνεται μεταξύ 5 - 10% στις συνολικές δαπάνες (Κυριόπουλος, 2004, Λιαρόπουλος, 2007, Μπουρσανίδης, 2006). Συνάγουμε λοιπόν το συμπέρασμα ότι η χώρα μας εμφανίζει τριπλάσιες σχεδόν ιδιωτικές δαπάνες υγείας συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρόλο που εδώ και τρεις δεκαετίες λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο

αποσκοπεί στη δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Richards, Dingwall & Watson, 2001).

Όσον αφορά τη λειτουργικότητα κάθε μέτρου ενίσχυσης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών φαίνεται ιδιαίτερα ισχυρή ως προς τα οφέλη που αποκομίζοντας από την εφαρμογή τους, καθώς συνήθως εφαρμόζονται για να μειώσουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά οι πολίτες προκειμένου να χρησιμοποιούν το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών καταφεύγουν σε σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με αποτέλεσμα ο δείκτης χρησιμοποίησης των υπηρεσιών τελικά να μην μειώνεται. Επιπροσθέτως η εφαρμογή κάθε τέτοιου είδους μηχανισμού επηρεάζει την διανομή του εισοδήματος των ασθενών - πολιτών δημιουργώντας ανισότητες μέσω της συμμετοχής στο κόστος και ανικανοποίητες ανάγκες, καθώς οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι χρονίως πάσχοντες, οι ηλικιωμένοι, οι συνταξιούχοι και τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα παρουσιάζουν γενικά άσχημη κατάσταση υγείας και κατά συνέπεια απαιτούν την παροχή περισσότερων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αν δεν παρασχεθούν μπορούν να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

1. Συγκριτική ανάλυση των στόχων του μέτρου με τα αποτελέσματα της εφαρμογής του
2. Η χρηματική συνεισφορά του μέτρου στο οικονομικό κύκλωμα της υγείας
3. Η μεταβολή της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας λόγω τη επιβολής του μέτρου
4. Η ανταποκρισιμότητα των πολιτών - ασθενών - καταναλωτών υπηρεσιών υγείας ως προς την εφαρμογή του μέτρου
5. Η διερεύνηση της μεταβολής του κριτηρίου της ισότητας τόσο σε κάθετο όσο και σε οριζόντιο επίπεδο

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας:

Η διεξαγωγή της κρίνεται ως σημαντική, καθώς διαπιστώθηκε έλλειψη παρόμοιων ερευνών που αφορούν την αξιολόγηση των επιπτώσεων της επιβολής των συμπληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

1.1 Ορισμός συστήματος υγείας

Με το πέρασμα των χρόνων η λέξη «υγεία» έχει λάβει πολλούς ορισμούς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (1976) ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η έννοια της υγείας, δεν σχετίζεται μόνο με την ιατρική θεώρηση, αλλά αφορά και άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα της υγείας είναι, αδιαμφισβήτητο, κοινωνικό δικαίωμα. Οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν το δικαίο της υγείας χωρίζονται στις επόμενες τρεις βασικές αρχές:

- Της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- Της ελευθερίας και
- Της ισότητας

και σε τρεις ειδικότερες αρχές:

- Τη συναίνεση του ασθενούς
- Την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπεία του
- Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Ένα σύστημα υγείας πρέπει να περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες που έχουν στόχο την προαγωγή, την επαναφορά και τη διατήρηση της υγείας. Εντοπίζονται συστήματα υγείας τριών ειδών (Ρεκλείτη, 2012):

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα. Αυτό βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire. Οι βασικές αρχές του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας όπου το κράτος δεν έχει καμία εμπλοκή είναι οι εξής:
 - Η ατομική ιδιοκτησία.
 - Η οικονομική ιδιοκτησία.

2. Το υπόδειγμα Bismark. Αυτό διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος και θεσπίστηκε από τον Bismark το 1880. Τα χαρακτηριστικά του μεικτού αυτού συστήματος υγείας είναι:
 - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική.
 - Η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα.
 - Η χρηματοδότηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
 - Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο είτε σε ιδιώτες .
 - Η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο του ΣΚΑ, είναι θεσμοθετημένη και συνιστάται τόσο στη χρηματοδότηση του ΣΚΑ όσο και στην λειτουργία του ΣΚΑ.

3. Το υπόδειγμα Beveridge. Αυτό στηρίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού. Το εθνικό σύστημα υγείας διέπεται από τις αρχές του πρότυπου του Beveridge, που θεσμοθετήθηκε το 1946. Τα χαρακτηριστικά του Εθνικού συστήματος υγείας είναι τα εξής:
 - Η χρηματοδότηση του έρχεται κυρίως από τη φορολογία .
 - Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική .
 - Η δημιουργία υγειονομικής πολιτικής γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

1.2 Κράτος πρόνοιας

Ο όρος κράτος πρόνοιας αφορά τη μορφή εκείνη του κράτους που ασχολείται με την μείωση των κοινωνικών κινδύνων και την κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί εκείνη τη μορφή κράτους που συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να αναδιανείμει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Οι δύο βασικές εννοιολογικές σε οικονομικό και πολιτικό επίπεδο που οριοθετούν τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας είναι η κεϋνσιανού τύπου οικονομική - ότι δηλαδή η επίλυση των διαφορών των ομάδων συμφερόντων γίνεται σε μια διαδικασία διευθετήσεως με το κράτος στο ρόλο του διαιτητή και διαμεσολαβητή.

Σύμφωνα με θεωρητικούς, το κράτος πρόνοιας συντελεί μαζί με την εναλλαγή πολυσυλλεκτικών κομμάτων (κομμάτων με ρεαλιστικές προτάσεις και όχι έντονες ιδεολογικές διαφοροποιήσεις που απορροφούν την πολιτική συμμετοχή) στη συνέχιση της φιλελεύθερης δημοκρατίας. Το κράτος πρόνοιας παρεμβαίνει στην οικονομία με σκοπό:

- Την ενίσχυση της απασχόλησης.
- Την διασφάλιση βασικών κοινωνικών υπηρεσιών (εκπαίδευση, κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική προστασία κ.α.).
- Την κατοχύρωση ενός κοινωνικού δικτύου ασφαλείας μέσω της εγγύησης ενός ελάχιστου βιοτικού επιπέδου.

Η παρέμβαση στην οικονομία ή αλλιώς «διαμόρφωση της μεικτής οικονομίας ή κοινωνικής οικονομίας της αγοράς συνεπάγεται ότι παράλληλα με την αναγνώριση της λειτουργίας της ιδιωτικής οικονομίας και της ελεύθερης δράσης των ιδιωτών αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα μιας μόνιμης πολιτικής παρέμβασης, με σκοπό την

αποτροπή κρίσεων στην αναπαραγωγή του κοινωνικού και οικονομικού συστήματος».

Το κράτος πρόνοιας αντιδιαστέλλεται, από πολιτειολογική σκοπιά, από το πρώιμο φιλελεύθερο κράτος. Η αντικατάσταση των παραδοσιακών θεσμών αλληλεγγύης και φιλανθρωπίας από κρατικά οργανωμένους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας συνιστά υπέρβαση του ωφελμιστικού φιλελεύθερου ατομικισμού (Ρεκλείτη, 2012).

1.3 Οργανωτική Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες. Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό καθώς ένα μέρος της χρηματοδότησής

του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από τη φορολογία.

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πιο συγκεκριμένα, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε το 1934 και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας (Θεοδώρου et al, 2001).

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας που καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το Υπουργείο Υγείας.

Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

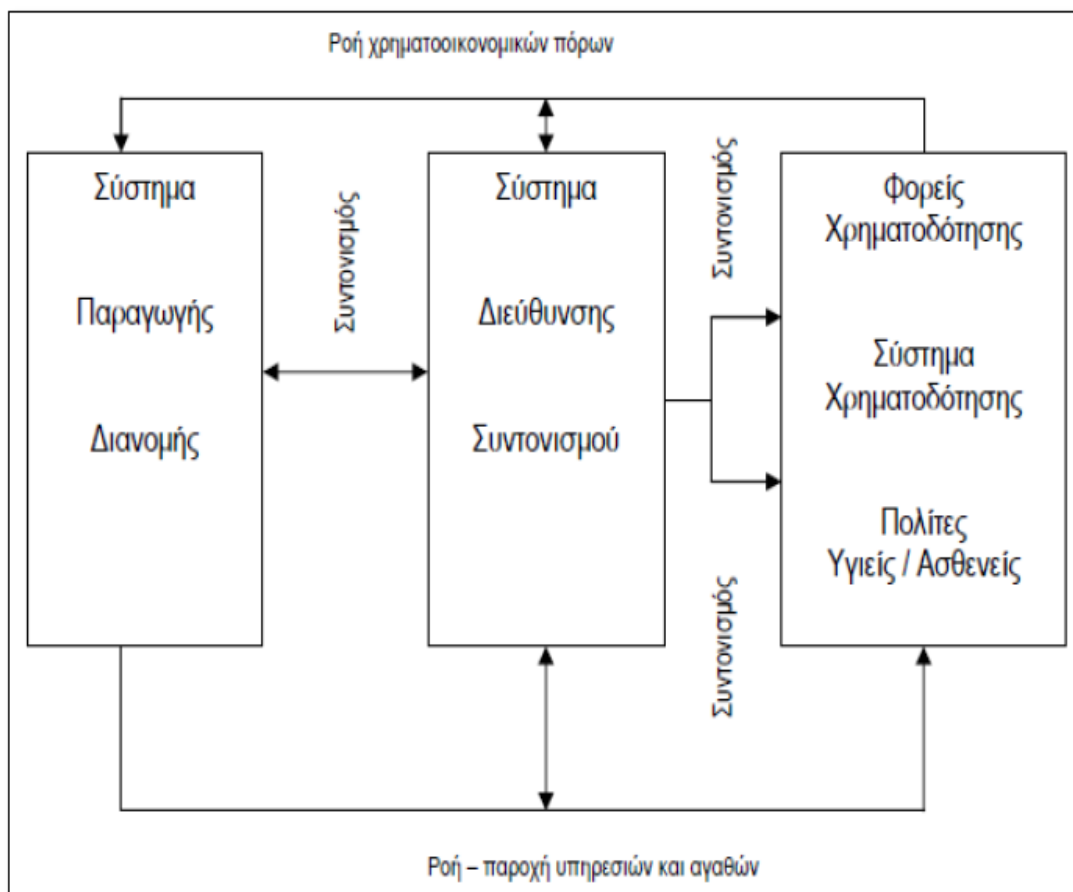
Όπως προαναφέρθηκε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007 · Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1.1) παρουσιάζεται η δομή και η λειτουργία του συστήματος υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία είναι τα εξής (Θεοδώρου et al, 2001):

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας



Σχήμα 1.1: Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 1996)

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι τα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνονται στα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού
- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό. Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

1.4 Μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων

1.4.1 Παραδοσιακές μέθοδοι

Οι διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων, από πάντα, είναι η «πληρωμή κατά πράξη», η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού», το ημερήσιο νοσήλιο και οι σφαιρικοί (ή ανά κατηγορία) προϋπολογισμοί. Οποιαδήποτε μέθοδος εμφανίζει, σχετικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Λόγου χάριν, με τη μέθοδο της «πληρωμής κατά πράξη», όπου είναι και η πιο παλιά, διότι έχει να κάνει με την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος, είναι μια τάση για υπερπροσφορά υπηρεσιών από τους προμηθευτές με σκοπό να διασφαλίσουν περισσότερα κέρδη, αφού πάρουν ένα καθαρό κέρδος από όλες τις ξεχωριστές υπηρεσίες που παρέχουν. Οπότε παρουσιάζεται αύξηση του κόστους και της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Έτσι η μέθοδος αυτή συνδυάζεται με σφαιρικούς προϋπολογισμούς (Klarman, 1965; Bunker, 1970).

1.4.2 Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης

Μια εξελιγμένη διαδικασία αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού χρέους, που λειτουργεί στα καινούρια συστήματα υγείας με μικρές παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis-related groups, DRGs). Η συγκεκριμένη διαδικασία λειτούργησε αρχικά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και είχε ως σκοπό τη πληρωμή των νοσοκομείων που φιλοξενούσαν ασθενείς που τους κάλυπτε το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare.

Η κύρια ιδέα των Fetter και Thompson, του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ, ήταν ανακατάταξη του πολύ υψηλού μεγέθους ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με ίδια χαρακτηριστικά (Hornbrook, 1983). Το κύριο θετικό είναι η δυνατότητα ορισμένης ανάλυσης, λόγω χάριν η σύγκριση του κόστους, της

αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό (Sceller-Kreinsen, 2009).

Επιπλέον, περισσότερο σε χώρες όπου η βασική μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, οι διοικήσεις έχουν ελάχιστη επίγνωση για το είδος και το τελικό κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιατρούς. Η μέθοδος των DRGs, την ίδια ώρα με την σωστή μηχανοργάνωση που χρειάζεται, έχει ως στόχο την υποστήριξη του ρόλου των διοικήσεων των νοσοκομείων, δίνοντας τους την ευκαιρία παρακολούθησης και ελέγχου του έργου των ιατρών (Ξένος, 2014).

1.5 Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

1.5.1 Ο κρατικός προϋπολογισμός

Από τη δεκαετία του '70 κι έπειτα άρχισε η γενική φορολογία να συμμετέχει όλο και περισσότερο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα όταν η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας εκφράστηκε με τη μορφή του κλειστού νοσηλίου και την καθήλωσή του σε χαμηλές τιμές. Με δεδομένο όμως ότι τα νοσήλια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, η πολιτική αυτή δημιούργησε σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού στην καλύτερη περίπτωση τα έσοδα από νοσήλια δεν κάλυπταν πάνω από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την αυξημένη χρηματοδότησή τους από το κράτος.

Ενώ η πολιτική αυτή στόχευε κυρίως στη μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα, ουσιαστικά οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος. Η εμπλοκή αυτή εκφράστηκε μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την ένταξη σε αυτό όλων των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ), με την ανάληψη από το κράτος της κάλυψης των εξόδων μισθοδοσίας των νοσοκομείων (Liaropoulos, 1998, 2008; Souliotis, 2000).

Η παρέμβαση βέβαια του κράτους στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων επεκτείνεται και στην κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών, αφού οι αυξήσεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο ημερήσιο νοσήλιο δεν μπόρεσαν να προσεγγίσουν το αντίστοιχο πραγματικό κόστος, με ποσοστό συμμετοχής πάνω από το 70%, παρουσιάζοντας μάλιστα αυξητικές τάσεις. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω, εφαρμόζεται ουσιαστικά ένα σύστημα που τείνει να εξελιχθεί σε μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι συγκεκριμένες διαδικασίες λειτουργίας του (Θεοδώρου, 2001).

Σύμφωνα με την κοινή υπουργική απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία ήδη εφαρμόζεται από τον Οκτώβριο του 2011, ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τα προβλεπόμενα από τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΦΕΚ2150/Β/27.9.2011). Σκοπός είναι η συγκράτηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον γενικό προϋπολογισμό, ακόμα και η μείωση του ποσοστού χρηματοδότησης και η εφαρμογή γενικών κανόνων για τη ρύθμιση της λειτουργίας του. Το ισχύον πλέον σύστημα, το οποίο ήδη εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, πλησιάζει πιο κοντά στο πραγματικό τη χρέωση προς τα ασφαλιστικά ταμεία και το πραγματικό κόστος νοσηλείας, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη θεραπευτική πράξη αλλά με βάση τις μέρες νοσηλείας. Επιπλέον, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και ιατροτεχνολογικά υλικά που διενεργούνται και χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα των αντίστοιχων του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου και μετά τη μέση διάρκεια νοσηλείας που έχει οριστεί, χρεώνονται στα ταμεία, ως εξής: (α) τα φάρμακα σύμφωνα με τις ισχύουσες νοσοκομειακές τιμές, (β) πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις σύμφωνα με την ισχύουσα τιμολογημένη κοινή υπουργική απόφαση, (γ) ιατροτεχνολογικά προϊόντα σύμφωνα με τις δοθείσες τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία μέσα από τη γενική φορολογία, αφορούν όχι μόνο την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των δημόσιων

νοσηλευτικών δομών, αλλά σε δαπάνες για επενδύσεις σε κτήρια και εξοπλισμό, για έρευνα και εκπαίδευση, για τη δημόσια υγεία, για την κεντρική διοίκηση και για τις επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα (Liaropoulos, 1998, 2008; Souliotis, 2000).

1.5.2 Η κοινωνική ασφάλιση

Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα είναι η κοινωνική ασφάλιση και συγκεκριμένα οι κλάδοι των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι περισσότεροι από τους οργανισμούς αυτούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων, ενώ στα μεγαλύτερα ταμεία η κάλυψη των αναγκών υγείας γίνεται από τους κλάδους ασθένειας, οι οποίοι συνιστούν έναν από τους διαφορετικούς κλάδους του ίδιου οργανισμού. Το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού σε μερικά ταμεία, π.χ. ΟΓΑ, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές (Θεοδώρου κ συν, 2001).

Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80, αποδίδεται σε μία σειρά από παράγοντες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση των επιδομάτων και η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα. Τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το 1993 και έπειτα, οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για τη μείωση της συμμετοχής του κράτους στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση. Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών επιδιώχθηκε μέσα από την αύξηση των εισφορών, η οποία επιβεβαίωνε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά

ασφαλιστικά ταμεία. Όσον αφορά στις παροχές των κλάδων υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης διακρίνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εύρος και τη διαδικασία των παροχών, αλλά και ως προς την κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασφαλισμένο. Γενικά, οι παροχές αυτές διακρίνονται σε παροχές σε είδος, οι οποίες περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας (νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης) και σε παροχές σε χρήμα, που αφορούν στη χορήγηση διαφόρων χρηματικών επιδομάτων (Liaropoulos, 1998; Souliotis, 2000; Siskou, 2008).

1.5.3 Οι ιδιωτικές πληρωμές

Την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν τα ατομικά ή οικογενειακά τους εισοδήματα. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το μέγεθος των δαπανών αυτών, του οποίου η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, σε σχέση με τη λειτουργία του ΕΣΥ που σχεδιάστηκε στη βάση της παροχής δωρεάν φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ, στη διαφορά που συνήθως προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς και στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή και λιγότερο στη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό (Mossialos, 2002; Davaki, 2005).

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικές προσεγγίσεις των τρόπων πληρωμής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

2.1 Εισαγωγή

Η αποζημίωση των νοσοκομείων είναι το πιο κύριο θέμα της πολιτικής υγείας, γιατί το μέγεθος του χρέους της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, όπως σε πανευρωπαϊκό, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα χρέη για νοσοκομειακή περίθαλψη φτάνουν σχεδόν στο 60% όλων των δαπανών υγείας του ΟΟΣΑ.

Μια ορθή διαδικασία χρηματοδότησης ή αποζημίωσης των νοσοκομείων είναι σημαντική στη λειτουργική ικανότητα και την ανταπόκριση του συστήματος υγείας στην αποτελεσματική εκμετάλλευση των πόρων και επιτυγχάνει καλύτερη δυνατή περίπτωση για περίθαλψη του πληθυσμού (Δουμουλάκης, 2000).

Οι δημοφιλέστερες και σημαντικότερες διαδικασίες χρηματοδότησης των νοσοκομείων σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, πραγματοποιούνται με δυο διαδικασίες:

1. Η αποζημίωση πραγματοποιείται είτε αναδρομικά, είτε προοπτικά.

1.1 Η αναδρομική αποζημίωση περιέχει δύο διαδικασίες:

- την πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο και
- την πληρωμή κατά πράξη.

1.2 Η προοπτική αποζημίωση ακόμα περιέχει δυο διαδικασίες:

- Την πληρωμή με σφαιρικό προϋπολογισμό και

- την πληρωμή ανά διάγνωση.

Οποιαδήποτε διαδικασία αποζημίωσης έχει θετικά και αρνητικά και εξελίσσεται ταυτόχρονα με την πορεία καλύτερευσης του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας (όπου είναι τα επόμενα).

Κύρια πηγή χρηματοδότησης των Ελληνικών Δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων. Άλλη πηγή είναι τα νοσήλια από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και τα νοσήλια που επιβαρύνουν το Δημόσιο ή τους ίδιους τους νοσηλευόμενους όπως καθορίζονται από τους Υπουργούς Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας όπου *«Με κοινή απόφαση των Υπουργών αυτών καθορίζεται ημερήσιο νοσήλιο ή συνολικό ενοποιημένο κλειστό νοσήλιο που διαφέρει ανάλογα την κατηγορία των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή συνολικό νοσήλιο (κλειστό) ανά κατηγορία διάγνωσης, που περιλαμβάνει τις εργαστηριακές εξετάσεις και την συνολική νοσηλεία του ασθενούς.»* (Παλαιολόγου, 2002). Διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης των νοσοκομείων αυξήθηκε από 45,5% το 1981 σε 78,1% το 1992 με αντίστοιχη πτώση του ποσοστού νοσηλίων από ασφαλιστικούς οργανισμούς (από 34,4% το 1981 σε 8,4% το 1992). Βάσει των τελευταίων στοιχείων το 74% του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία συνεισφέρουν κατά 13% και το υπόλοιπο 13% προέρχεται από άλλες πηγές (Θεοδώρου, Σαρρής, κ.ά., 2001).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι προμηθευτές νοσοκομειακών υπηρεσιών αποζημιώνονται από τους αγοραστές σύμφωνα με το σύστημα DRG «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία ενώ ταυτόχρονα καταργήθηκαν τα κρατικά τιμολόγια σχετικά με τα ημερήσια νοσήλια καθώς επίσης και οι επιπλέον ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες (Polyzos et al. 2013). Όσον αφορά την εν λόγω μεθοδολογία των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) έγινε χρήση της διεθνούς εμπειρίας άλλων χωρών οι οποίες προσπάθησαν να λειτουργήσουν με βάση τον παραπάνω μηχανισμό. Ειδικότερα, υιοθετήθηκαν στοιχεία συστημάτων υγείας παρόμοια ως

προς το ελληνικό σχετικά με την προσφορά υπηρεσιών υγείας και τους τρόπους χρηματοδότησης. Η ελληνική πολιτική και επιστημονική ομάδα η οποία διαχειρίστηκε την προσαρμογή και χρήση του ανωτέρου συστήματος έκανε χρήση τόσο της αυστραλιανής (version 6.0, 2008–2009), όσο και της γερμανικής έκδοσης (version 2011). Οι λόγοι για τους οποίους έγιναν οι παραπάνω επιλογές βασίστηκαν στην παρουσία ομοειδών δυσλειτουργιών ανάμεσα στα συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα αυτό της υπεράριθμης δυναμικής παραγωγικότητας και της ανεπαρκούς κατανομής πόρων σε σχέση με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η ταξινόμηση τελικώς η οποία επιτεύχθηκε, δημιούργησε 700 περίπου ομοειδής ομάδες σύμφωνα με την πρωτεύοντα διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία (Schmid & Gotze, 2009).

Άλλες πηγές χρηματοδότησης είναι τα έσοδα από παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασφαλισμένους σε ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες είναι συμβεβλημένες με τα νοσοκομεία ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας & Πρόνοιας, τα έσοδα από ασφαλιστικά ταμεία για εξετάσεις ασφαλισμένων τους σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων καθώς και τα έσοδα από παρεχόμενες υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και από τις μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας .

Επιπρόσθετα, στις πηγές εσόδων των νοσοκομείων ανήκουν τα έσοδα από εξετάσεις σε εξωτερικά ιατρεία ασθενών που δεν είναι ασφαλισμένοι, καθώς και τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα των νοσοκομείων. Στους οικονομικούς πόρους των νοσοκομείων ανήκουν και τα έσοδα από τους τόκους των καταθέσεων σε τράπεζες των νοσοκομείων, έσοδα από την εκμίσθωση χώρων των νοσοκομείων σε ιδιώτες για λειτουργία κυλικείων κ.ά., έσοδα από την εκποίηση παλαιών για τα νοσοκομεία κινητών πραγμάτων, καθώς και τα έσοδα από κληρονομίες, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους και τέλος, τα έσοδα από αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας των νοσοκομείων (Παλαιολόγου, 2002).

2.2 Το ημερήσιο νοσήλιο

Το ημερήσιο νοσήλιο αποτελεί μια κύρια διαδικασία χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα (Vogt, 1996). Ο υπολογισμός του γίνεται διαιρώντας τα χρέη του νοσοκομείου με τις μέρες νοσηλείας. Το ημερήσιο νοσήλιο είναι αυτό που χρεώνεται ο ασθενής για κάθε ημέρα που βρίσκεται στο νοσοκομείο. Στον υπολογισμό του κόστους μετρώνται και οι υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο, όπως διαγνωστικές, ιατρικές, κ.α.

Τα έσοδα του νοσοκομείου εξαρτώνται από το μέγεθος των ασθενών, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας. Πιο αναλυτικά, τα έσοδα υπολογίζονται από το γινόμενο του ημερήσιου νοσηλίου (P) με τον αριθμό των ασθενών (N) πολλαπλασιαζόμενο με τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Ο μαθηματικός του τύπος είναι ο παρακάτω:

$$R=P*N*Μέση\ διάρκεια\ νοσηλείας$$

Όπου:

R= Έσοδα του νοσοκομείου.

P= Προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας.

N= Ο αριθμός των νοσηλευθέντων επί τη διάρκεια της νοσηλείας.

Το νοσήλιο μπορεί να πάρει τρεις μορφές: το κλειστό, το ευλύγιστο και το ανοικτό νοσήλιο. Κυρίως, το κλειστό νοσήλιο υλοποιείται μετά από συμφωνία ανάμεσα στις νοσηλευτικές μονάδες και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Έχει να κάνει με ένα συγκεκριμένο αριθμό, όπου χρησιμοποιείτε για ημέρα νοσηλείας, άσχετα από τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που θα παρέχονται από τη νοσηλευτική μονάδα προς τον ασθενή στην ημέρα αυτή. Την μεγαλύτερη κριτική έχει δεχτεί το κλειστό νοσήλιο, λόγω της δημιουργίας των πιέσεων, οι οποίες αφορούν στο γεγονός ο μοναδικός στόχος του νοσοκομείου με σκοπό να διευρύνει τα έσοδά του είναι η αύξηση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών. Το ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο είναι η παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου. Ένα κομμάτι αυτού είναι

συγκεκριμένο και μόνιμο, ενώ η τιμή του αλλάζει σχετικά με το ποσό σημαντικές είναι οι περιπτώσεις της ιατρικής ειδικότητας και της διαγνωστικής ομάδας και βασίζεται στη λογική ότι διαφορετική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι άλλες διαγνωστικές κατηγορίες. Το ανοικτό νοσήλιο υλοποιείται από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας. Το μόνιμο κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους έχει να κάνει με τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό έχει να κάνει με το είδος της ιατρικής φροντίδας που δέχεται ο ασθενής σχετικά με ότι χρειάζεται (fee for service) (Καλογεροπούλου, 2007).

2.3 Η πληρωμή κατά πράξη

Στις χώρες (πχ Ιαπωνία, Η.Π.Α.) όπου οι ιδιωτικοί φορείς προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και λαμβάνουν χρηματοδότηση από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, εκεί εμφανίζεται και η πληρωμή κατά πράξη. Η πληρωμή κατά πράξη είναι μια διαδικασία κατά την οποία η χρηματική αποζημίωση στα νοσοκομεία σχετίζεται άμεσα με τις συνολικά δοσμένες υπηρεσίες στους ασθενείς και εξαρτάται από τις τιμές ανά υπηρεσία. Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή ο εκάστοτε ιατρός έχει τη δυνατότητα αυξάνοντας την αποτελεσματικότητά του, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών, να μεγαλώσει τα κέρδη του νοσοκομείου. Το θετικό αυτής της μεθόδου πληρωμής είναι η ευκολία και η αποτελεσματικότητά της.

Ωστόσο, η πληρωμή κατά πράξη παρουσιάζει και αρνητικά χαρακτηριστικά. Αρχικά, δεν παρέχει στο νοσοκομείο το κίνητρο του περιορισμού της διάρκειας της νοσηλείας του ασθενούς, εφόσον όσο περισσότερο μένει ο ασθενής στο νοσοκομείο τόσα περισσότερα κέρδη έχει αυτό. Επιπλέον, αυτή η διαδικασία δεν επιτρέπει τον αντικειμενικό έλεγχο των εξόδων του εκάστοτε υγειονομικού φορέα. Αυτό έχει ως άμεση συνέπεια, το νοσοκομείο να αναζητεί συνεχώς συμπληρωματικούς προϋπολογισμούς. Ακόμα, η πληρωμή κατά πράξη έχει χαρακτηριστεί ως ένας μη επαρκής δείκτης υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει επειδή σχετίζεται άμεσα

με τις ημέρες νοσηλείας και σταδιακά η προτεραιότητα αφορά την ξενοδοχειακή κάλυψη, ενώ ταυτόχρονα παραμερίζεται η ανάγκη κλινικής φροντίδας του ασθενούς. Επιπλέον, παρατηρείται μια πληθώρα παραπομπών των ασθενών σε άλλες υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, 2007).

2.4 Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Στην Ελλάδα τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας αν και σε θεωρητική βάση θεωρούνται αυτοδιοικούμενα, ωστόσο εξαρτώνται άμεσα από το Υπουργείο Οικονομικών. Ο λόγος για τον οποίο ισχύει αυτό είναι επειδή το εν λόγω υπουργείο από τη μια καλύπτει τα εμφανιζόμενα ελλείμματά τους και από την άλλη διορίζει το ίδιο τους διοικητές τους. Επιπλέον το Υπουργείο Οικονομικών σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας καθορίζουν το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αλλά και το ύψος των ασφαλιστικών τους εισφορών.

Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός εφόσον τα ταμεία αυτά αποτελούν τον κυριότερο αγοραστή των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, ενώ ταυτόχρονα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κάλυψη, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Από το 2012 συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος καλύπτει περίπου το 95% του πληθυσμού της Ελλάδας. Πριν τον ΕΟΠΥΥ υπήρχαν περίπου 30 Ασφαλιστικά Ταμεία (Οικονόμου, 2012).

Συνολικά, στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση χαρακτηρίζεται από πολυδιάσπαση. Αυτή η πολυδιάσπαση είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων. Επίσης, ένα άλλο χαρακτηριστικό της είναι ότι οι περισσότερες συντάξεις που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται στα κατώτερα επιτρεπτά όρια. Τέλος, η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας διακατέχεται από

ανεξέλεγκτη εισφοροδιαφυγή και εισφοροκλοπή (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

2.5 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας έχει κύριο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αν και δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει σωστά τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται περισσότερο από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπου συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.

Σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, θα είχε την δυνατότητα κάποιος να συμπεράνει ότι έχει έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο στο ευρύτερο σύστημα υγείας, διότι δεν καλύπτει περισσότερο από το 15% του πληθυσμού (Economou, 2008). Παίρνει περισσότερο τη μορφή συμπληρωματικών κερδοσκοπικών σχημάτων, όπου προσφέρουν κάλυψη για γρηγορότερη πρόσβαση και πιο καλή ποιότητα των υπηρεσιών και μεγάλη δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Κάποιοι από τους λόγους της υπανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα μας έχουν να κάνουν με παράγοντες, όπως: το διαθέσιμο εισόδημα, οι συνθήκες στην αγορά, η δημογραφική κατάσταση, οι οικογενειακές δομές, οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία, η ύπαρξη κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση. Μερικοί άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι πιο πολύ ενδογενείς και προέρχονται από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ένας ακόμα λόγος είναι η απροθυμία των ατόμων να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Economou, 2008, 2010).

Από την χρονιά του 1998, έχουν δημιουργηθεί ιδιωτικά προγράμματα διευθυνόμενης φροντίδας υγείας, που προσφέρουν ολοκληρωμένα πακέτα εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής κάλυψης. Στηρίζονται είτε στο πρότυπο των

Οργανισμών Διαχείρισης Υγείας είτε στο πρότυπο των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών (Economou, 2008, 2010).

2.6 Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

2.6.1 Φορολογία

Αρχικά, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας που έγινε το 1983 αποσκοπούσε στο να αλλάξει το μείγμα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα με τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενου από τη φορολογία. Η μεγέθυνση των δημόσιων εξόδων για την υγεία που έγινε τη δεκαετία του 1980 και στο ξεκίνημα της δεκαετίας του 1990 χρηματοδοτήθηκε σχεδόν εντελώς από τη φορολογία. Παρόλα αυτά, η ισορροπία ανάμεσα της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης διαφοροποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, μετά το διπλασιασμό των επίσημων ημερήσιων κλειστών νοσηλίων των νοσοκομείων και την επιπλέον αύξηση της χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση. Στις μέρες μας, η φορολογία αποτελεί συγκεκριμένα το 29,1% των συνολικών εξόδων για την υγεία και το 48,2% των δημόσιων εξόδων για την υγεία. Στη χώρα μας, τα φορολογικά έσοδα παρέχονται από άμεσους φόρους, κυρίως εισοδήματος, και έμμεσους φόρους στα αγαθά και στις υπηρεσίες. Χαρακτηριστικό του φορολογικού συστήματος της Ελλάδας είναι ότι οι έμμεσοι φόροι είναι σχεδόν το 60% των συνολικών εσόδων από φόρους (Κυριόπουλος, 2005; Ξένος, 2014).

2.6.2 Κοινωνική ασφάλιση

. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

- Το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65.

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

- Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5%.
- Στον ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55%.
- Για το ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα να διαλέξουν ανάμεσα σε 14 ασφαλιστικές κλάσεις και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται.
- Οι συνταξιούχοι στην πλειοψηφία τους καταβάλλουν 4% επί του ποσού της συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού.
- Στον ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπεται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας, εκτός του ΟΓΑ (Κυριόπουλος,2005).

2.6.3 Ιδιωτικές πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές που παρέχουν τα νοικοκυριά στην υγεία, όπως προαναφέρθηκε, είναι το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων υγείας στην χώρα μας. Αυτό έχει την δυνατότητα να εξηγηθεί από τη υψηλή διαφορά ανάμεσα του επίσημου ποσοστού αποζημίωσης και του πραγματικού ποσού που παρέχεται στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Την ώρα της συνδιαλλαγής οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι σε μεγάλες άμεσες πληρωμές, με αποτέλεσμα να τίθεται σε δοκιμασία το κριτήριο της ισότητας και η καθολική ασφάλιση με μηδενικές τιμές να φαλκιδεύεται, διότι βρίσκεται μεγάλο ποσοστό συνασφάλισης, παρά το γεγονός ότι, τυπικά, οι θεσμικές χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ χαρακτηρίζονται μικρές (Κυριόπουλος,2005). Κύρια πηγή εσόδων από τη λειτουργία των υπηρεσιών του ΕΣΥ ήταν έως τώρα τα φαρμακευτικά προϊόντα, για τα οποία τα ποσά συμμετοχής/συνασφάλισης διαφέρουν από 0-25% σχετικά με τη σοβαρότητα

και τη χρονική διάρκεια της νόσου, αλλά και το εισόδημα των ασθενών (Ξένος, 2014).

Μετά όμως από τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις, οι επίσημες επιβαρύνσεις των πολιτών μεγάλωσαν. Κυρίως, οι πιο συνηθισμένες ρυθμίσεις συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης είναι οι ακόλουθες (Κυριόπουλος, 2005):

2.6.3.1 Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας

Από την 1/1/2011 οι επισκέπτες ασθενείς των τακτικών εξωτερικών ιατρείων των δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και των κέντρων υγείας καταβάλλουν το ποσό των 5 ευρώ, εφόσον δέχτηκε μια αύξηση της τάξης του 67%. Αυτό το ποσό το δίνουν απευθείας οι ασθενείς χωρίς τη συμβολή τους ασφαλιστικού τους φορέα. Στα δημόσια νοσοκομεία, μόνο όσοι ασθενείς αποτελούν επείγοντα περιστατικά, όσοι διαθέτουν βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί μπορούν να μην καταβάλουν αυτό το ποσό. Στα κέντρα υγείας δεν πληρώνουν μόνο όσοι βρίσκονται στο πλαίσιο προγράμματος προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, όσοι έχουν αναπηρία πάνω από 67%, όσοι πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οι νεφροπαθείς, καθώς και όσοι πάσχουν από Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS).

2.6.3.2 Άμεσες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία

Κατά τη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο δεν υπάρχουν χρεώσεις προς τους ασθενείς. Οι μόνες περιπτώσεις όπου οι ασθενείς καταβάλλουν κάποια ποσά αφορούν μόνο κάποιες ιδιωτικές πληρωμές, όπως έξοδα για νοσηλεία σε ανώτερη θέση από

αυτή που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας ή για ορισμένες εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις.

2.6.3.3 Επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων

Από την 1/1/2002, αποφασίστηκε στα δημόσια νοσοκομεία η ιδιωτική πρακτική ιατρών. Έτσι, καθιερώθηκαν τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία. Οι ιατροί πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη, από 25 ευρώ για τους επιμελητές β' σε νοσοκομεία της περιφέρειας έως 90 ευρώ για ιατρούς-καθηγητές σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι πληρωμές αυτές αποτελούσαν άμεσες πληρωμές οι οποίες δεν επιστρέφονταν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το 2010, τα απογευματινά ιατρεία έγιναν ολόημερα και οι αμοιβές των ιατρών παρέμειναν περίπου στα ίδια επίπεδα. Όσον αφορά την κάλυψη των εξόδων από τους ασφαλιστικούς φορείς πλέον ο κάθε ασφαλιστικός φορέας καλύπτει την ιατρική απογευματινή δαπάνη, όμως, το ύψος της είναι αρκετά μικρότερο και, έτσι, ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να πληρώσει τη διαφορά.

2.6.3.4 Φάρμακα

Όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν το 25% των συνταγογραφημένων φαρμάκων. Για τους συνταξιούχους δικαιούχους ΕΚΑΣ τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν το 10% των φαρμάκων. Ωστόσο, με μηδενικό ποσοστό συμμετοχής δίνονται φάρμακα για τη μητρότητα, το εργατικό ατύχημα, τις επιπλοκές της μεσογειακής αναιμίας, για ορισμένες χρόνιες παθήσεις, τα φάρμακα για τους φορείς και ασθενείς με AIDS και για τους μεταμοσχευθέντες. Επίσης, δωρεάν παρέχονται ορισμένα ακριβά φάρμακα από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και τα ιδιωτικά φαρμακεία.

2.6.3.5 Επισκέψεις σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαγνωστικά κέντρα

Στην Ελλάδα οι ασθενείς που επισκέπτονται ιατρούς ή διαγνωστικά κέντρα που είναι συμβεβλημένα με τους ασφαλιστικούς φορείς δεν υποχρεούνται να καταβάλλουν κανένα ποσό για την εξυπηρέτησή τους. Ωστόσο, πολλές φορές οι ασθενείς λόγω των επικρατούσων συνθηκών, αναγκάζονται να επισκεφτούν ιδιώτες ιατρούς ή ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν ένα μέρος της δαπάνης η οποία ανέρχεται περίπου στα 20 ευρώ. Αυτό το ποσό όμως, είναι αρκετά μικρότερο από εκείνο που δαπανούν οι ασθενείς και ανέρχεται κατά μέσο όρο στα 50 ευρώ ανά επίσκεψη. Η συμμετοχή για τις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις κυμαίνεται από 0-30%, ανάλογα με η δέσμη ασφάλισης που προσφέρει το κάθε ασφαλιστικό ταμείο.

2.6.3.6 Οδοντιατρική φροντίδα

Το κόστος έχει αυξηθεί σημαντικά για τις οδοντιατρικές θεραπείες και πολλές υπηρεσίες (όπως π.χ. η προσθετική οδοντιατρική) έχουν αφαιρεθεί από τη λίστα των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ποσοστά συμμετοχής κυμαίνονται από 0-40%, ενώ η ορθοδοντική φροντίδα για παιδιά (έως 13-14 ετών) καλύπτεται από ορισμένα μόνο ασφαλιστικά ταμεία. Το πεδίο της οδοντιατρικής περίθαλψης χρήζει άμεσης ενίσχυσης, καθώς υπάρχει έλλειψη πλήρους κάλυψης από ασφαλιστικά ταμεία αλλά και από την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ πάνω από το 30% των άμεσων πληρωμών οφείλεται σε δαπάνες για οδοντιατρική θεραπεία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων, στάσεων και της συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και η εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν. Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής διερευνήθηκε δηλαδή το πως οι ασθενείς που προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αντιλαμβάνονται τη συμμετοχή τους στο κόστος και μάλιστα υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης, τι ποσά δαπανούν, πώς κρίνουν το μέτρο και σε ποιο βαθμό αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά τους, όσον αφορά τη χρησιμοποίηση αυτών των υπηρεσιών.

3.2 Σχεδιασμός μελέτης

Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε ότι θα είναι η ποσοτική συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

3.3 Το δείγμα της μελέτης

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας Ελλήνων πολιτών, στους οποίους διανεμόταν προς συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο κατά την προσέλευσή τους σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο της Θεσσαλονίκης με σκοπό την χρήση των υπηρεσιών του. Συνολικά διανεμήθηκαν 220 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επεστράφησαν 200 ερωτηματολόγια. Το σύνολο των ερωτηματολογίων που αποτέλεσε το δείγμα της έρευνας αντιστοιχεί σε ποσοστό ανταπόκρισης 90,9%.

3.4 Εργαλείο συλλογής

Η επιλογή του ερωτηματολογίου, ως εργαλείο συλλογής δεδομένων, έγινε με σκοπό την ταχεία συγκέντρωση δεδομένων και την χρηστικότητα που προσφέρει ως προς την οργάνωση και ανάλυση τους (Cohen & Manion, 1997). Το αντικείμενο της έρευνας του ερωτηματολογίου αναλύθηκε με ακρίβεια στα άτομα για γίνει εύκολα κατανοητό από όλους. Οπότε, κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τα άτομα είχαν την δυνατότητα να απαντούν εντάσσοντας την κάθε απάντηση στη σφαίρα της ικανοποίησής τους για τις πτυχές του θέματος που απασχολούσαν την έρευνα. Επίσης, το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπο στο οποίο βρίσκεται ένας αριθμός δομημένων ερωτήσεων που είναι τοποθετημένες με κατάλληλη σειρά και όπου τα άτομα πρέπει να δώσουν γραπτές απαντήσεις (Ζαφειρίου, 2003).

Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης μελέτης δομήθηκε και ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία του με πολύ καλά αποτελέσματα από την ερευνητική ομάδα, της οποίας μέλη ήταν οι (κ.Θεοδώρου Μ., κ.Καϊτελίδου Δ, κ.Διακάτου Αν. και κ.Γαλάνης Π.) και οι οποίοι συναίνεσαν ως προς τη χρήση του στην συγκεκριμένη μελέτη.

Τα σημαντικότερα θετικά των ερωτηματολογίων σχετίζονται με το γεγονός ότι στοιχίζουν πολύ φθηνότερα από τις συνεντεύξεις, μπορούν να σταλούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, είναι εύκολη η κατασκευή και η χρήση του και οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα λόγω έλλειψης άμεσης επικοινωνίας. Ακόμη είναι τυποποιημένοι οι τρόποι ανάλυσης του υλικού, ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις και είναι η λιγότερο χρονοβόρα μέθοδος (Ζάβαλη, 2007).

Από την άλλη τα σημαντικότερα μειονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι ότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τις ανοιχτές ερωτήσεις και

μάλιστα υποχρεώνει τον ερωτηθέντα να απαντήσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο (Ζαφειρίου, 2003).

Σχετικά με τα θετικά που παρουσιάζονται παραπάνω, και λόγω της απειρίας του ερευνητή όπως και του λιγοστού χρόνου που απαιτεί η έρευνα, μιας και πρόκειται για μεταπτυχιακή εργασία, κρίθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι το πιο σωστό μέσο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο είναι το μέσον επικοινωνίας (interface) μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενων, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, σχετικά με τη διαδικασία συγκέντρωσης των δεδομένων. Λέγεται χαρακτηριστικά ότι "καμία στατιστική έρευνα δεν έχει τη δυνατότητα να είναι πιο αποτελεσματική από το ερωτηματολόγιο που επιλέχτηκε σ' αυτή" (Παρασκευόπουλος, 1993). Με τη φράση αυτή τονίζεται το γεγονός ότι σε μια έρευνα ακόμη και αν εφαρμοστεί αποτελεσματικό σχέδιο δειγματοληψίας ή η πλέον ενδεδειγμένη ανάλυση των στοιχείων δεν είναι εύκολο να παρθούν ορθά συμπεράσματα αν ληφθούν μη συγκρίσιμες απαντήσεις από ένα ερωτηματολόγιο με λάθος ή ασαφείς ερωτήσεις.

Για να δομηθεί ένα σωστό ερωτηματολόγιο, με στόχο την αποτελεσματικότητα της έρευνας, χρειάζεται να ληφθούν υπόψη συγκεκριμένα χαρακτηριστικά μεταξύ των άλλων: πληρότητα, σαφήνεια, συνοχή και κατάλληλη δομή. Επίσης ένα σωστό ερωτηματολόγιο χρειάζεται να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου, να είναι κατά το δυνατόν σύντομο, να έχει τελειότητα παρουσίασης από τεχνικής πλευράς, να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και εννοιολογικές επεξηγήσεις και να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία (Javeau, 1996, Ρούσος, Τσαούσης 2002).

Για την διατύπωση των ερωτήσεων που αφορούν το λεξιλόγιο και την φρασεολογία του ερωτηματολογίου, αποφασίσθηκε οι ερωτήσεις να ακολουθούν τους κανόνες της γραμματικής και του συντακτικού και να είναι διατυπωμένες με σαφήνεια και με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητές από όλους τους χρήστες. Επιπλέον ορίστηκε να μην περιέχουν τεχνικούς όρους, ιδιοματισμούς, λέξεις σπάνιες και δύσκολες. Υπήρξαν όμως και κάποιοι τεχνικοί όροι οι οποίοι ήταν απαραίτητο να

χρησιμοποιηθούν για την διατύπωση της ερώτησης. Έτσι, προστέθηκε κάποια επεξήγηση μέσα σε παρένθεση προκειμένου να κατανοήσουν πλήρως όλοι οι χρήστες τις έννοιες αυτές και τέλος από πλευράς περιεχομένου οι ερωτήσεις, αποφασίστηκε να είναι απλές και περιεκτικές (Javeau, 1996).

Σύμφωνα με τον Χλουβεράκη (2002), ένα ερωτηματολόγιο το οποίο έχει πολλές ερωτήσεις και σελίδες δεν θα έχει την πιο μεγάλη αποδοχή από τα άτομα. Οπότε με σκοπό να έχουμε λιγότερες σελίδες επιλέξαμε τη σωστή γραμματοσειρά, η οποία είχε ένα αρκετά ικανοποιητικό μέγεθος ώστε να μην καταναλώνει μεγάλο χώρο αλλά και οι χαρακτήρες να είναι ευανάγνωστοι. Επίσης, επιλέχθηκε οι ερωτήσεις να είναι συνοπτικές και περιεκτικές με στόχο τα άτομα να μπορούν με ευκολία να τις συμπληρώνουν. Έγινε, παράλληλα, προσπάθεια να αποφευχθούν άσκοπες και δίχως νόημα ερωτήσεις. Επιπλέον, έγινε προσπάθεια όχι μόνο να κερδίσει την πρώτη εντύπωση των ερωτώμενων, αλλά και να γίνει, όσο το δυνατό, λιγότερο φορτικό και χρονοβόρο.

3.5 Εγκυρότητα και Αξιοπιστία

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία μιας έρευνας αποτελούν βασικές συνιστώσες για την επιτυχία της. Ο όρος εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό τον οποίο μια άποψη παρουσιάζει με ακρίβεια τα φαινόμενα στα οποία αναφέρεται. Από την άλλη, ο όρος αξιοπιστία αναφέρεται στην εξαγωγή ίδιων αποτελεσμάτων σε επαναληπτικές έρευνες κάτω από τις ίδιες συνθήκες σε μια προσπάθειας γενικευμένης ισχύος των ευρημάτων (Bird et al, 1999).

Η εξασφάλιση αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί τη μεγαλύτερη δυσκολία στη σύνταξη ερωτηματολογίων, ώστε πολλοί ερευνητές στοχεύουν στη σχετική και όχι στην απόλυτη προσέγγιση τους (Oppenheim, 1986). Με δεδομένο ότι για την εξασφάλιση των δυο παραπάνω όρων απαιτείται μεγάλη ερευνητική εμπειρία προσπαθήσαμε να επιτύχουμε τη σχετική και όχι απόλυτη εφαρμογή τους πάντα μέσα στο μέτρο των δυνατοτήτων μας. Για τη μελέτη των απόψεων δεν χρησιμοποιήθηκαν

ερωτήσεις γνώμης, αλλά αναπτύχθηκαν κλίμακες τύπου Likert οι οποίες μπορούν να πετύχουν μεγαλύτερο βαθμό αξιοπιστίας (Oppenheim,1986, Mocher & Kalton, 1979). Επιπλέον οι κλίμακες αυτές έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να καταγράψουν διαβαθμισμένες τις τοποθετήσεις των ερωτώμενων.

Την εγκυρότητα και την αξιοπιστία φροντίσαμε να την εξασφαλίσουμε σε όλα τα στάδια διεξαγωγής της έρευνας:

- Στο στάδιο σχεδιασμού: η αξιοπιστία εξασφαλίστηκε με την ύπαρξη στην αρχή του ερωτηματολογίου ενός εισαγωγικού κειμένου που ενημερώνει τους ερωτώμενους για το σκοπό και την χρησιμότητα της έρευνας και τους διαβεβαιώνει για την τήρηση του απορρήτου προσωπικών στοιχείων, ενέργειες που συμβάλλουν στην εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cohen & Manion, 1994).
- Στο στάδιο συλλογής δεδομένων. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την προσωπική παρουσία του ερευνητή, η οποία έδωσε τις κατάλληλες διευκρινήσεις στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συμπλήρωσης.
- Στο στάδιο ανάλυσης δεδομένων: Επιχειρήθηκε η κατάλληλη διαχείριση των δεδομένων με αποφυγή της υποκειμενικής ερμηνείας τους. Ωστόσο το ευκαιριακό και περιορισμένο δείγμα (200 άτομα), όπως παρατηρήθηκε, καθιστά την έρευνα περιορισμένης αξιοπιστίας.

3.6 Δεοντολογικά θέματα

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα εθελοντικά, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία στην οποία θα λάμβαναν μέρος, καθώς και για το χρόνο που θα έπρεπε να αφιερώσουν. Επιπλέον, ενημερώθηκαν για τη διατήρηση του προσωπικού απορρήτου, στοιχείο ιδιαίτερα

σημαντικό, ώστε να εξασφαλιστεί ένα επίπεδο άνεσης για περισσότερο ακριβείς απαντήσεις. Σε όλα τα στάδια της μελέτης διαφυλάχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

3.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο 2015 έως τον Αύγουστο 2015 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας Ελλήνων πολιτών, στους οποίους διανεμόνταν προς συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο κατά την προσέλευσή τους σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο της Θεσσαλονίκης με σκοπό την χρήση των υπηρεσιών του. Συνολικά διανεμήθηκαν 220 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επεστράφησαν 200 ερωτηματολόγια. Η προσέγγιση έγινε με αυτόν τον τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατόν τυχαιότητα του δείγματος. Η έρευνα στηρίχτηκε σε αυτό-συμπλήρωση, η οποία δεν απαιτούσε πάνω από 15 λεπτά και ολοκληρωνόταν υπό την εποπτεία του ερευνητή, μέθοδος που εξασφαλίζει τα πλεονεκτήματα τόσο της προσωπικής συνέντευξης, όσο και της αυτό-συμπλήρωσης. Έτσι, εξασφαλίστηκε η καλύτερη ποιότητα συλλογής δεδομένων, διότι ο ερευνητής είχε τη δυνατότητα να αποσαφηνίζει τις ερωτήσεις εκεί που χρειαζόταν και να εξηγεί το τι ζητάει ακριβώς η κάθε ερώτηση, ελαχιστοποιώντας τον αριθμό των μη απαντημένων ερωτήσεων. Επίσης επέτρεψε στους συμμετέχοντες να απαντήσουν μόνοι τους σε ερωτήσεις που έθιγαν ευαίσθητα θέματα και να μην επιλέγουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις (Bowling, 2005). Ακολουθήθηκε η ίδια σειρά συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων σε όλα τα άτομα. Δεν υπήρξε κάποιος περιορισμός στην ηλικία εκτός αυτός της ενηλικίωσης των συμμετεχόντων ή σε κάποιον άλλο παράγοντα σχετικά με την επιλογή του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε γενικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, αλλά και εξειδικευμένες ερωτήσεις κλίμακας, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να βαθμολογήσουν από το 1-5 το βαθμό της ικανοποίησής τους σε διάφορα θέματα σχετικά με την έρευνα.

3.8 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και η πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS Statistics 19.0, με τη βοήθεια του οποίου ερμηνεύτηκαν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που επεστράφησαν.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

4.1 Κοινωνικά – Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ανάλυση του ερωτηματολογίου ξεκινά με την παράθεση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Σύμφωνα με τον Πίνακα 1 στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 άτομα εκ των οποίων το 53,5% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 46,5% γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 64,2 έτη ($\pm 12,9$) με μικρότερη ηλικία τα 25 έτη και μεγαλύτερη τα 89 έτη. Το δείγμα της έρευνας στην πλειοψηφία του αποτελείται από έγγαμους ανθρώπους με ποσοστό 78% και με ελληνική υπηκοότητα με ποσοστό 83%. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση με 22,5% είναι αυτοεργοδοτούμενοι και ακολουθούν με 21,5% οι δημόσιοι υπάλληλοι, με 19% οι άνεργοι, με 18% οι συνταξιούχοι, με 12% οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και με 7% οι ασχολούμενοι με τα οικιακά. Το μηνιαίο καθαρό οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων με 45% βρίσκεται μεταξύ 1000-2000 ευρώ και ακολουθούν με 35% όσοι έχουν εισόδημα κάτω των 1000 ευρώ, με 8% όσοι έχουν εισόδημα μεταξύ 2000-3000 ευρώ και με μόλις 1% όσοι λαμβάνουν 3000-4000 ευρώ. Χαρακτηριστικό είναι πως το 11% του δείγματος δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση αυτή. Οι συμμετέχοντες με ποσοστό 66,5% δήλωσαν πως στο ίδιο σπίτι μένουν συνολικά δύο άτομα. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος αυτό στην πλειοψηφία του αποτελείται από απόφοιτους γυμνασίου με 29% και ακολουθούν με 25,5% όσοι δεν έχουν λάβει καμία εκπαίδευση, με 21,5% οι απόφοιτοι δημοτικού, με 15% οι απόφοιτοι Λυκείου και με 4,5% οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης ή απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Από το σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 66,5% είχε επισκεφτεί κάποιο δημόσιο νοσοκομείο και το υπόλοιπο 33,5% κάποιο κέντρο υγείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι ασφαλιστική κάλυψη είχε το 88,5% και υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων το 73,9% των συμμετεχόντων (εκ των μη έχων ασφαλιστική κάλυψη). Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, το

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

36% απάντησε μέτρια, το 27% αρκετά, το 25,5% λίγο, το 8,5% πολύ και ένα 3% απάντησε καθόλου.

Πίνακας 1: Κοινωνικά - Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Ανδρας	107	53,5
Γυναίκα	93	46,5
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	156	78
Άγαμος/η	22	11
Διαζευγμένος/η	4	2
Χήρος/α	18	9
Υπηκοότητα		
Έλληνας	166	83
Μετανάστης	30	15
Ε.Ε.	4	2
Επαγγελματική κατάσταση		
Δημόσιος υπάλληλος	43	21,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	24	12
Αυτοεργοδοτούμενος (αγρότης,επιχειρηματίας)	45	22,5

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Συνταξιούχος	36	18
Οικιακά	14	7
Άνεργος	38	19
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		
Κάτω των 1000 ευρώ	70	35
1000 έως 2000 ευρώ	90	45
2000 έως 3000 ευρώ	16	8
3000 έως 4000 ευρώ	2	1
Δεν απάντησαν	22	11
Άτομα στο σπίτι		
1	14	7
2	133	66,5
3	51	25,5
4	2	1
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	51	25,5
Απόφοιτος Δημοτικού	43	21,5
Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	58	29
Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	30	15
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια	9	4,5
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	9	4,5
Μονάδα υγείας		
Δημόσιο νοσοκομείο	133	66,5

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Κέντρο υγείας	67	33,5		
Ασφαλιστική κάλυψη				
Ναι	177	88,5		
Όχι	23	11,5		
Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων				
Ναι	17	73,9		
Όχι	6	26,1		
Ικανοποίηση από προσφερόμενες υπηρεσίες				
Πολύ	17	8,5		
Αρκετά	54	27		
Μέτρια	72	36		
Λίγο	51	25,5		
Καθόλου	6	3		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Min	Max
Ηλικία	64,2	±12,9	25	89

Το κυρίως μέρος του ερωτηματολογίου χωρίζεται σε τρία επιμέρους μέρη.

4.2 Επίπεδο υγείας

Το πρώτο μέρος ασχολείται με το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 2 η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως η κατάσταση

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

της υγείας του είναι μέτρια με 33% και ακολουθούν όσοι την χαρακτήρισαν καλή με 32%, πολύ καλή με 22%, κακή με 10% και πολύ κακή με 3%. Από το σύνολο του δείγματος το 78% υποστήριξε πως λαμβάνει τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθεί κάποια θεραπεία. Τέλος, το 70% των συμμετεχόντων αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να επισκέπτονται συχνά το γιατρό.

Πίνακας 2: Επίπεδο υγείας

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Κατάσταση υγείας		
Πολύ καλή	44	22
Καλή	64	32
Μέτρια	66	33
Κακή	20	10
Πολύ κακή	6	3
Λήψη φαρμάκων ή θεραπεία		
Ναι	156	78
Όχι	44	22
Χρόνιο πρόβλημα υγείας		
Ναι	140	70
Όχι	60	30

4.3 Γνώση και αντίληψη ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες των ασθενών – καταβολή ιδιωτικών δαπανών

Το δεύτερο μέρος ασχολείται με τη διερεύνηση της γνώσης των ασθενών σχετικά με τα ποσά των συμμετοχών και δαπανών. Αρχικά, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν ότι πρέπει να πληρώνουν κάποια χρήματα ως συμμετοχή, κάθε φορά που επισκέπτονται γιατρούς του δημοσίου. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 3 η πλειοψηφία του 91,5% δηλώνουν ενήμεροι για την καταβολή αυτού του ποσού.

Πίνακας 3: Γνώση σχετικά με καταβολή εξετάστρων

Ξέρετε ότι πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή (εξέταστρα), κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου (πχ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας), για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	183	91,5
Όχι	17	8,5

Στη συνέχεια ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν ποιο είναι το ποσοστό συμμετοχής που πρέπει να καταβάλλουν προκειμένου να λάβουν συνταγογραφημένα φάρμακα. Εδώ το 54,5% δήλωσε ότι γνωρίζει υποστηρίζοντας στην πλειοψηφία του ότι το ποσοστό αυτό της συμμετοχής είναι της τάξης του 25% (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Ποσοστό συμμετοχής για λήψη συνταγογραφημένων φαρμάκων

Ξέρετε πόσο είναι το ποσοστό/ποσό συμμετοχής που πρέπει να πληρώσετε για να λάβετε τα φάρμακά που σας έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός σας;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
--	----------------------	--------------------

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Ναι	109	54,5
Όχι	91	45,5
Ποσοστό		
0%	17	15,6
10%	10	9,2
20%	14	12,8
23%	3	2,8
25%	65	59,6

Η επόμενη ερώτηση ρωτούσε αν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ποιο είναι το πάγιο ποσό που καταβάλλουν ανά συνταγή, πέραν του ποσού της συμμετοχής. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 5 το 56% δηλώνει γνώση επί του θέματος, υποστηρίζοντας κυρίως πως το ποσό αυτό είναι το 1 ευρώ ανά συνταγή.

Πίνακας 5: Γνώση πάγιου ποσού ανά συνταγή

Ξέρετε πόσο είναι το πάγιο ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή, πέραν του ποσοστού συμμετοχής των φαρμάκων;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	112	56
Όχι	88	44
Ποσό		
1 ευρώ	84	75,0
5 ευρώ	25	22,3
10 ευρώ	3	2,7

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Η επόμενη ερώτηση είχε στόχο να διερευνήσει αν οι συμμετέχοντες πληρώνουν για κάθε επίσκεψη σε γιατρό Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας και τι ποσό είναι αυτό. Εδώ το 75,5% ανέφερε πως δεν δίνει κάποιο ποσό στην επίσκεψή του σε τέτοιο γιατρό ενώ, όσοι ανέφεραν ότι πληρώνουν στην πλειοψηφία τους δίνουν 10-20 ευρώ (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Καταβολή ποσού για κάθε επίσκεψη σε γιατρό Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας

Πληρώσατε και τι ποσό πληρώσατε για κάθε επίσκεψη στον γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου, ή Κέντρου Υγείας;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	49	24,5
Όχι	151	75,5
Ποσό		
10 ευρώ	18	36,7
20 ευρώ	19	38,8
60 ευρώ	12	24,5

Η επόμενη ερώτηση είχε στόχο να διερευνήσει αν οι συμμετέχοντες πληρώνουν για κάθε επίσκεψη σε συμβεβλημένο γιατρό και τι ποσό είναι αυτό. Εδώ το 53% ανέφερε πως δεν δίνει κάποιο ποσό στην επίσκεψή του σε συμβεβλημένο γιατρό, ενώ όσοι ανέφεραν ότι πληρώνουν στην πλειοψηφία τους δίνουν 10 ευρώ (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Καταβολή ποσού για κάθε επίσκεψη σε συμβεβλημένο γιατρό

Πληρώσατε και τι ποσό πληρώσατε για κάθε επίσκεψη σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ για συνταγογράφηση;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	94	47
Όχι	106	53
Ποσό		
10 ευρώ	65	69,9
15 ευρώ	28	30,1

Η επόμενη ερώτηση είχε στόχο να διερευνήσει αν οι συμμετέχοντες πληρώνουν για κάθε εργαστηριακή ανάλυση στο μικροβιολογικό εργαστήριο ή άλλο διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ. Εδώ το 83,5% ανέφερε πως δίνει κάποιο ποσό που στην πλειοψηφία του αναφέρθηκε ότι είναι τα 2-3 ευρώ (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Καταβολή ποσού για κάθε εργαστηριακή ανάλυση

Πληρώσατε και τι ποσό πληρώσατε για την εργαστηριακή ανάλυση στο μικροβιολογικό εργαστήριο ή άλλο διαγνωστικό κέντρο (πχ ακτινολογικό) συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	167	83,5
Όχι	33	16,5

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Ποσό		
2 ευρώ	19	23,8
3 ευρώ	23	28,8
5 ευρώ	11	13,8
20 ευρώ	6	7,5
25 ευρώ	10	12,5
30 ευρώ	11	13,8

Πίνακας 9: Καταβολή ποσού για αγορά φαρμάκων το τελευταίο τρίμηνο

Πληρώσατε και τι ποσό πληρώσατε για την αγορά των φαρμάκων σας στο φαρμακείο κατά το τελευταίο τρίμηνο;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	176	88
Όχι	24	12
Ποσό		
2 ευρώ	1	1,0
4 ευρώ	30	30,0
5 ευρώ	32	32,0
20 ευρώ	7	7,0
25 ευρώ	4	4,0
30 ευρώ	11	11,0

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

40 ευρώ	7	7,0
50 ευρώ	8	8,0

Η επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου είχε στόχο να διερευνήσει πόσο συχνά οι συμμετέχοντες αγοράζουν τα φάρμακά τους. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 10 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε πως αγόρασε τα φάρμακά του σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσει όλες τις φορές με 29% και ακολουθούν με 25,5% όσοι υποστήριξαν ότι αγόρασαν τα φάρμακά τους αλλά έκαναν οικονομία στις δόσεις. Χαρακτηριστικό είναι πως μόλις το 14,5% υποστήριξε πως αγόρασε πάντα τα φάρμακά του και τα χρησιμοποίησε σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού, επίσης εντυπωσιακό είναι ότι σχεδόν το 10% δεν τα αγόρασε ορισμένες φορές γιατί δεν είχε τα χρήματα, παρά το γεγονός ότι σε ποσοστό 85% (εκ του ανωτέρου 10%) αποτελούνταν από χρονίως πάσχοντες, ενώ υπήρξε και ένα 3,5% που σταμάτησε να τα αγοράζει γιατί δεν είχε τα χρήματα.

Πίνακας 10: Αγορά και χρήση φαρμάκων κατά το τελευταίο 12μηνο.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού	29	14,5
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	58	29
Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	51	25,5
Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	36	18

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	19	9,5
Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	7	3,5

Όσον αφορά το γεγονός αν παρουσιάστηκαν δυσκολίες στη λήψη των φαρμάκων εξαιτίας του μηνιαίου ορίου συνταγογράφησης, εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά με 68,5% (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Δυσκολίες στη λήψη των φαρμάκων εξαιτίας του μηνιαίου ορίου συνταγογράφησης

Από τότε που καθιερώθηκε το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης στους γιατρούς, αντιμετωπίζετε πρόσθετες δυσκολίες στο να παίρνετε τη συνταγή σας για τα φάρμακα σας;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	63	31,5
Όχι	137	68,5

Από το σύνολο των συμμετεχόντων που απάντησαν πως είχαν δυσκολίες στη λήψη των φαρμάκων τους οι περισσότεροι με ποσοστό 42,9% υποστήριξαν πως έπρεπε να επισκεφτούν δύο γιατρούς προκειμένου να συνταγογραφήσουν τα εν λόγω φάρμακα και ακολουθούν με 39,7% όσοι επισκέφτηκαν επιπλέον έναν γιατρό. Ωστόσο υπήρξαν και συμμετέχοντες που χρειάστηκε να πάνε σε άλλους τρεις ή ακόμα και τέσσερις γιατρούς για να εξυπηρετηθούν.

Πίνακας 12: Επίσκεψη σε γιατρούς για συνταγογράφηση

Σε πόσους γιατρούς, για παράδειγμα, χρειάστηκε κάποια φορά να πάτε προκειμένου να πάρετε τη συνταγή για τα φάρμακά σας (γιατί ο προηγούμενος είχε συμπληρώσει το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης);	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Έναν	25	39,7
Δύο	27	42,9
Τρεις	8	12,7
Τέσσερις	3	4,8

Ο πίνακας 13 που ακολουθεί περιλαμβάνει τα αποτελέσματα μιας σειράς ερωτήσεων που αφορούν πληρωμές. Πιο συγκεκριμένα προκύπτει ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων το 25% έχει εξαιρεθεί για κάποιο λόγο από πληρωμές και ο κυριότερος λόγος όπου υπήρξε εξαίρεση ήταν οι εργαστηριακές εξετάσεις (56%). Από την άλλη όσοι δεν εξαιρέθηκαν από πληρωμές υποστήριξαν πως το ποσό που έχουν να πληρώσουν είναι υψηλό ή πολύ υψηλό με ποσοστό 76,7%. Μάλιστα από αυτούς το 27,7% χρειάστηκε να πάρει δανεικά ώστε να ανταπεξέλθει σε αυτά τα ποσά. Αντιθέτως όσοι δήλωσαν πως το ποσό που έχουν να πληρώσουν είναι μέτριο ή χαμηλό (23,4%), υποστήριξαν πως πρέπει όλοι ανεξαιρέτως να πληρώνουν τα ποσά των συμμετοχών (82,7%), αλλά να μην υπάρχει συμμετοχή σε όλες τις υπηρεσίες (77,7%) υποστηρίζοντας κυρίως ότι πρέπει να εξαιρεθούν οι επισκέψεις σε γενικό γιατρό νοσοκομείου ή κέντρου υγείας (50,4%). Ωστόσο, οι υπόλοιποι υποστήριξαν ότι μερικοί πρέπει να εξαιρούνται από τις πληρωμές και κυρίως όσοι είναι άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις & άτομα με σοβαρές αναπηρίες (55,1%). Τέλος, όσον αφορά τον επικρατέστερο λόγο που πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι εφαρμόστηκε το

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

μέτρο των συμμετοχών αυτός αφορά το γεγονός για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας (62,9%).

Πίνακας 13: Πληρωμές

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Εξαίρεση από πληρωμές		
Ναι	50	25
Όχι	150	75
Υπηρεσίες που υπήρξε εξαίρεση		
Επίσκεψη	2	4
Φάρμακα	20	40
Εργαστηριακές εξετάσεις	28	56
Ποσό πληρωμής		
Πολύ υψηλό	42	28,0
Υψηλό	73	48,7
Μέτριο	31	20,7
Χαμηλό	4	2,7
Λήψη δανεικών		
Ναι	41	27,7
Όχι	107	72,3
Πιστεύετε ότι τα ποσά των συμμετοχών πρέπει να τα πληρώνουν όλοι ανεξαιρέτως ή πρέπει κάποιιοι να εξαιρούνται με κριτήρια όπως είναι το εισόδημα και η ασθένεια;		

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται		
Πρέπει να τα πληρώνουν όλοι	43	82,7
	9	17,3
Εξαιρέση		
Άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις & άτομα με σοβαρές αναπηρίες	43	55,1
Χαμηλοσυνταξιούχοι & άτομα με χαμηλά εισοδήματα	5	6,4
Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.	6	7,6
Κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας	9	11,5
Στρατιώτες, φοιτητές	4	5,1
Άνεργοι	3	3,8
Άτομα άνω των 65 ετών	8	10,2
Συμμετοχή σε κόστος σε όλες τις υπηρεσίες		
Όχι, δεν θα συμφωνούσα	122	77,7
Ναι, θα συμφωνούσα	35	22,3
Υπηρεσίες που πρέπει να εξαιρούνται		
Για επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας	122	50,4
Για επισκέψεις σε ειδικούς (πχ καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου	56	23,1
Για εργαστηριακές & ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις	28	11,5
Για νοσηλεία στο νοσοκομείο	30	12,3
Για φάρμακα	6	2,5

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Λόγος εφαρμογής μέτρου συμμετοχών		
Για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας	22	62,9
Γιατί το ζήτησε η Τρόικα	5	14,3
Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις	6	17,1
Δεν γνωρίζω	2	5,7

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν την άποψή τους σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών και την αύξηση του ποσού συμμετοχής. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 14 η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί πολύ ή αρκετά με το ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής: έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα, έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό και έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Αντίθετα, η πλειοψηφία διαφώνησε μόνο με το γεγονός ότι με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή την αύξηση του ποσού συμμετοχής τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 14: Συνέπειες της εφαρμογής του μέτρου των πληρωμών και της αύξησης του ποσού συμμετοχής

Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
--	----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου;	6 (3%)	16 (8%)	36 (18%)	68 (34%)	74 (37%)
Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	5 (2,5%)	15 (7,5%)	44 (22%)	57 (28,5%)	79 (39,5%)
Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρειαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	6 (3%)	14 (7%)	47 (23,5%)	65 (32,5%)	68 (34%)
Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	72 (36%)	70 (35%)	44 (22%)	14 (7%)	0
Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα;	6 (3%)	55 (27,5%)	41 (20,5%)	53 (26,5%)	45 (22,5%)
Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό;	9 (4,5%)	47 (23,5%)	33 (16,5%)	53 (26,5%)	58 (29%)
Έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα);	17 (8,5%)	12 (6%)	55 (27,5%)	55 (27,5%)	61 (30,5%)

4.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου ασχολείται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εδώ οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσε τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών. Όπως δείχνει ο Πίνακας 15 η πλειοψηφία του

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

δείγματος συμφώνησε στο ότι από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών επισκέφτηκε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ, κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ ή κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ χωρίς να σκεφτεί ότι θα πληρώσει, ζήτησε από το γιατρό να μην γράψει κάποιο φάρμακο ή κάποια εξέταση γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει, έλαβε φάρμακα που συνταγογράφησε ο γιατρός και δεν τα πήρε γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει, πήγε στο Νοσοκομείο για να συνταγογραφήσει φάρμακα ή εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν και κάλυψε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθεί. Ωστόσο υπήρξε και μία μόνο ερώτηση όπου η πλειοψηφία διαφώνησε και αφορούσε το γεγονός ότι αγόρασε όσα φάρμακα μπορούσε χωρίς συνταγή γιατρού.

Πίνακας 15: Χρήση υπηρεσιών υγείας

Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:	Όχι	Ναι
Επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	27 (13,5%)	173 (86,5%)
Επισκεφθείτε κάποιον κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	27 (13,5%)	173 (86,5%)
Επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	43 (21,5%)	157 (78,5%)
Ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	76 (38%)	124 (62%)
Ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	23 (11,5%)	177 (88,5%)
Λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός	36	164

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	(18%)	(82%)
Αγοράσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;	139 (69,5%)	61 (30,5%)
Πήγατε στο Νοσοκομείο για να συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν;	60 (30%)	140 (70%)
Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε ;	56 (28%)	144 (72%)

Στην τελευταία ερώτηση οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι προκειμένου να βελτιωθεί κάτι που θεωρούν σωστό στο σύστημα υγείας, θα πρέπει οι ασθενείς κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους, αν οι ίδιοι θα ήταν διατεθειμένοι να το κάνουν. Στην ερώτηση αυτή το 85% των συμμετεχόντων διαφώνησε.

Πίνακας 17: Προθυμία πληρωμής των υπηρεσιών υγείας από το εισόδημα

Εάν σας έλεγαν ότι για να βελτιωθεί κάτι που θεωρείτε σωστό στο σύστημα υγείας, θα πρέπει οι ασθενείς κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους, εσείς είστε διατεθειμένος να το κάνετε;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	30	15
Όχι	170	85

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

4.5 Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας

4.5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 18: Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας

Χαρακτηριστικό	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας		p
	Καθόλου/λίγο/ Μέτρια	Αρκετά/Πολύ	
Φύλο			0.000^a
Άνδρες	83 (77,6%)	24 (22,4%)	
Γυναίκες	47 (50,5%)	46 (49,5%)	
Ηλικία^β	56 (±11,7)	66,8 (±12,2)	0.001^γ
Επαγγελματική κατάσταση			0.000^a
Δημόσιος υπάλληλος	22 (51,2%)	21 (48,8%)	
Ιδιωτικός υπάλληλος	20 (83,3%)	4 (16,7%)	
Αυτοεργοδοτούμενος	16 (35,6%)	29 (64,4%)	
Συνταξιούχος	28 (77,8%)	8 (22,2)	
Οικιακά	6 (42,9%)	8 (57,1%)	
Άνεργος	38 (100%)	0 (0%)	

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Επίπεδο εκπαίδευσης			
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	25 (49%)	26 (51%)	
Απόφοιτος Δημοτικού	38 (88,4%)	5 (11,6%)	
Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	33 (56,9%)	25 (43,1%)	0.002^δ
Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	22 (73,3%)	8 (26,7%)	
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα			
Κάτω των 1000 ευρώ	42 (60%)	28 (40%)	
1000 έως 2000 ευρώ	62 (68,9%)	28 (31,1%)	0.453 ^ε
2000 έως 3000 ευρώ	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
3000 έως 4000 ευρώ	1 (50%)	1 (50%)	
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			
Ναι	111 (79,3%)	29 (20,7%)	0.000^α
Όχι	19 (31,7%)	41 (68,3%)	

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε έλεγχος Mann-Whitney

Από την παραπάνω ανάλυση βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,002 ($p < 0,002$) ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το λόγο των odds		p
		Lower	Upper	
Φύλο	0,232	0,107	0,502	0,000
Ηλικία	0,968	0,936	1,002	0,043
Επαγγελματική κατάσταση	1,295	1,052	1,593	0,015
Επίπεδο εκπαίδευσης	1,014	0,777	1,323	0,919
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0,092	0,040	0,212	0,000

Όπως δείχνει ο παραπάνω πίνακας, η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας συσχετίζεται με το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία, την επαγγελματική κατάστασή τους και το γεγονός αν πάσχουν ή όχι από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα προκύπτει ότι λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται: οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, τα πιο νεαρά άτομα σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι συνταξιούχοι και οι άνεργοι σε σχέση

με τους υπολοίπους και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν.

4.5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την αυτοεκτίμησή τους για το ύψος της καταβολής των τελών.

Πίνακας 20: Αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Χαρακτηριστικό	Αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών		p
	Πολύ χαμηλό/ Χαμηλό/Μέτριο	Υψηλό/ Πολύ υψηλό	
Φύλο			
Άνδρες	22 (27,3%)	59 (72,8%)	0.157 ^a
Γυναίκες	13 (18,8%)	56 (81,2%)	
Ηλικία	67,6 (±14)	64,1 (±11,7)	0. 010^γ
Επαγγελματική κατάσταση			
Δημόσιος υπάλληλος	4 (14,3%)	24 (85,7%)	0.064 ^a
Ιδιωτικός υπάλληλος	3 (12,5%)	21 (87,5%)	
Αυτοεργοδοτούμενος	12 (40%)	18 (60%)	
Συνταξιούχος	0 (0%)	30 (100%)	

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Οικιακά	6 (100%)	0 (0%)	
Άνεργος	10 (31,3%)	22 (68,8%)	
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	11 (26,2%)	31 (73,8%)	
Απόφοιτος Δημοτικού	9 (34,6%)	17 (65,4%)	
Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	10 (22,2%)	35 (77,8%)	0.238 ^δ
Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	3 (12%)	22 (88%)	
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια	0 (0%)	7 (100%)	
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	2 (40%)	3 (60%)	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα			
Κάτω των 1000 ευρώ	10 (19,6%)	41 (80,4%)	
1000 έως 2000 ευρώ	22 (33,8%)	43 (56,2%)	0.456 ^ε
2000 έως 3000 ευρώ	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
3000 έως 4000 ευρώ	0 (0%)	1 (100%)	
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			
Ναι	22,5 (22,5%)	86 (77,5%)	0.423 ^α
Όχι	10 (25,6%)	29 (74,4%)	

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε έλεγχος Mann-Whitney

Από την παραπάνω ανάλυση βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,01 ($p < 0,01$) ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τη μεταβλητή ηλικία. Για το λόγω αυτό πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας, όμως, έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών δεν συσχετίζεται με την ηλικία.

4.5.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τη συμφωνία για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 21: Συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας

Χαρακτηριστικό	Συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας		p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			
Άνδρες	58 (71,6%)	23 (28,4%)	0.043^α
Γυναίκες	64 (84,2%)	12 (15,8%)	

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Ηλικία	64,8 (±11,9)	63,7 (±14,4)	0.010^γ
Επαγγελματική κατάσταση			
Δημόσιος υπάλληλος	23 (71,9%)	9 (28,1%)	0.067 ^α
Ιδιωτικός υπάλληλος	21 (100%)	0 (0%)	
Αυτοεργοδοτούμενος	20 (55,6%)	16 (44,4%)	
Συνταξιούχος	28 (77,8%)	8 (22,2%)	
Άνεργος	30 (93,8%)	2 (6,3%)	
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	23 (65,7%)	12 (34,3%)	0.031^δ
Απόφοιτος Δημοτικού	23 (65,7%)	12 (34,3%)	
Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	39 (90,7%)	4 (9,3%)	
Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	25 (89,3%)	3 (10,7%)	
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα			
Κάτω των 1000 ευρώ	48 (82,8%)	10 (17,2%)	0.456 ^ε
1000 έως 2000 ευρώ	47 (73,4%)	17 (26,6%)	
2000 έως 3000 ευρώ	12 (85,7%)	2 (14,3%)	
3000 έως 4000 ευρώ	1 (100%)	0 (0%)	

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Χρόνιο πρόβλημα υγείας			
Ναι	94 (82,5%)	20 (17,5%)	0.019^α
Όχι	28 (65,1%)	15 (34,9%)	

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε έλεγχος Mann-Whitney

Από την παραπάνω ανάλυση βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) ανάμεσα στην συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 22.

Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για το λόγο των odds		p
		Lower	Upper	
Φύλο	0,412	0,180	0,940	0,035
Ηλικία	1,002	0,970	1,035	0,904
Επίπεδο εκπαίδευσης	0,741	0,539	1,019	0,065

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Χρόνιο πρόβλημα υγείας	2,397	1,052	5,462	0,038
-------------------------------	-------	-------	-------	--------------

Όπως δείχνει ο παραπάνω πίνακας, η συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας συσχετίζεται με το φύλο των συμμετεχόντων και το γεγονός αν πάσχουν ή όχι από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα προκύπτει ότι λιγότερο συμφωνούν: οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων, στάσεων και της συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και η εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 άτομα εκ των οποίων το 53,5% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 46,5% γυναίκες, με μέση ηλικία των συμμετεχόντων τα 64,2. Το δείγμα της έρευνας στην πλειοψηφία του αποτελείται από έγγαμους με ελληνική υπηκοότητα, που στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν αυτοεργοδοτούμενοι και ακολουθούσαν οι δημόσιοι υπάλληλοι. Το μηνιαίο καθαρό οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων κατά το μεγαλύτερο ποσοστό βρισκόταν μεταξύ 1000-2000 ευρώ, ενώ χαρακτηριστικό ήταν το γεγονός πως το 11% του δείγματος δεν θέλησε να απαντήσει σχετικά με το εισόδημά του. Τέλος, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος αυτό στην πλειοψηφία του αποτελούνταν από απόφοιτους γυμνασίου και ακολουθούσαν όσοι δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση. Από το σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 66,5% είχε επισκεφτεί κάποιο δημόσιο νοσοκομείο και το υπόλοιπο 33,5% κάποιο κέντρο υγείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι ασφαλιστική κάλυψη είχε το 88,5% και υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων το 73,9% των συμμετεχόντων (εκ των μη έχων ασφαλιστική κάλυψη). Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, το 36% απάντησε μέτρια, το 27% αρκετά, το 25,5% λίγο, το 8,5% πολύ και ένα 3% απάντησε καθόλου.

Το κυρίως μέρος της μελέτης χωρίστηκε σε τρία επιμέρους μέρη. Το πρώτο εξ αυτών ασχολήθηκε με το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως η κατάσταση της υγείας του είναι μέτρια με 33% ενώ το 78% υποστήριξε πως λαμβάνει τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθεί κάποια θεραπεία. Τέλος, το 70% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να επισκέπτεται συχνά το γιατρό.

Στο δεύτερο μέρος έλαβε χώρα η διερεύνηση της γνώσης των ασθενών σχετικά με τα ποσά των συμμετοχών και δαπανών. Αρχικά, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν ότι πρέπει να πληρώνουν κάποια χρήματα ως συμμετοχή, κάθε φορά που επισκέπτονται γιατρούς του δημοσίου. Η πλειοψηφία του 91,5% δήλωσε ενήμερο για την καταβολή αυτού του ποσού. Όπως προκύπτει και από τις υπόλοιπες ερωτήσεις που αφορούσαν τα ποσά συμμετοχών των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, βλέπουμε ότι γενικά το δείγμα της έρευνας ήταν αρκετά ενημερωμένο για τις συμμετοχές στις υπηρεσίες υγείας. Γεγονός πολύ θετικό, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με εκείνα μιας έρευνας που διεξήχθη στη Βουλγαρία (Atanasova et al, 2012). Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, πάνω από το 70% των χρηστών δεν γνώριζαν τα ποσά των συμμετοχών στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα η προσπάθεια της κυβέρνησης να περιορίσει τις ανεπίσημες πληρωμές να υποσκάπτεται από τη γενική έλλειψη γνώσης για τα ακριβή επίπεδα των χρεώσεων. Γενικώς τα δεδομένα, στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται περιορισμένα, σχετικά με την γνώση των χρηστών υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τη συμμετοχή τους στο κόστος (Benedetti et al, 2008). Ειδικότερα αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα οι συμπληρωμές αποτελούν ένα παγιωμένο και διαχρονικό μέτρο, όπως επίσης ότι η ερώτηση ήταν αρκετά απλή και σαφώς διατυπωμένη, για την απάντηση της οποίας δεν απαιτούνταν ιδιαίτερη γνώση και εξειδίκευση από την πλευρά των ερωτηθέντων.

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες αγόραζαν τα φάρμακά τους, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως αγόραζε τα φάρμακά του σχεδόν πάντα αλλά δεν θεωρούσε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσει όλες τις φορές και ακολουθούσαν όσοι υποστήριζαν ότι αγόραζαν τα φάρμακά τους αλλά έκαναν οικονομία στις δόσεις. Χαρακτηριστικό είναι πως μόλις το 14,5% υποστήριξε πως αγόραζε πάντα τα φάρμακά του και τα χρησιμοποίησε σύμφωνα με την συνταγογραφηση του γιατρού, ενώ υπήρξε και ένα 3,5% που σταμάτησε να τα αγοράζει γιατί δεν είχε τα χρήματα.

Όσον αφορά το γεγονός αν παρουσιάστηκαν δυσκολίες στη λήψη των φαρμάκων εξαιτίας του μηνιαίου ορίου συνταγογράφησης, εδώ το μεγαλύτερο

ποσοστό απάντησε αρνητικά, ενώ όσοι απάντησαν πως είχαν δυσκολίες στη λήψη των φαρμάκων τους οι περισσότεροι υποστήριξαν πως έπρεπε να επισκεφτούν δύο γιατρούς προκειμένου να συνταγογραφήσουν τα εν λόγω φάρμακα.

Στη συνέχεια το δείγμα της έρευνας κλήθηκε να απαντήσει σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν πληρωμές. Πιο συγκεκριμένα από το σύνολο των συμμετεχόντων το 25% είχε εξαιρεθεί για κάποιο λόγο από πληρωμές και ο κυριότερος λόγος όπου υπήρξε εξαίρεση ήταν οι εργαστηριακές εξετάσεις (56%). Από την άλλη όσοι δεν εξαιρούνταν από πληρωμές υποστήριξαν πως το ποσό που έχουν να πληρώσουν είναι υψηλό ή πολύ υψηλό με ποσοστό 76,7%. Μάλιστα από αυτούς το 27,7% χρειάστηκε να πάρει δανεικά ώστε να ανταπεξέλθει σε αυτά τα ποσά, γεγονός που συμβαδίζει με τα αποτελέσματα έρευνας (Atanasova et al, 2012) όπου βρέθηκε πως ποσοστό πάνω από το 10% χρειάστηκε να δανειστεί χρήματα για να πληρώσει τις υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως όσοι δήλωσαν πως το ποσό που έχουν να πληρώσουν είναι μέτριο ή χαμηλό (23,4%), υποστήριξαν πως πρέπει όλοι ανεξαιρέτως να πληρώνουν τα ποσά των συμμετοχών (82,7%), αλλά να μην υπάρχει συμμετοχή σε όλες τις υπηρεσίες (77,7%) υποστηρίζοντας κυρίως ότι πρέπει να εξαιρεθούν οι επισκέψεις σε γενικό γιατρό νοσοκομείου ή κέντρου υγείας (50,4%). Ωστόσο, οι υπόλοιποι υποστήριξαν ότι μερικοί πρέπει να εξαιρούνται από τις πληρωμές και κυρίως όσοι είναι άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις & άτομα με σοβαρές αναπηρίες (55,1%). Μάλιστα σε έρευνά του ο καθηγητής Sendhil Mullainathan (Mullainathan, 2013) επισημαίνει ότι σε κάποιες ομάδες ανθρώπων όπου τα φάρμακα είναι αναγκαία, αυτά θα πρέπει να είναι δωρεάν γι' αυτούς. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι στην ερώτηση σχετικά με το αν πλήρωσαν και τι ποσό για κάθε επίσκεψη σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ για συνταγογράφηση σε ποσοστό 47% δόθηκε θετική απάντηση με επικρατέστερο το ποσό των 10 ευρώ σε ποσοστό 70%. Γεγονός το οποίο δεν αποτελεί θεσμοθετημένη διαδικασία διότι δεν υπάρχει διατίμηση στην τιμή επίσκεψης για τον συγκεκριμένο λόγο και επί της ουσίας αποτελεί άτυπη πληρωμή (ΦΕΚ Β 3054-2012 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.).

Τέλος, όσον αφορά τον επικρατέστερο λόγο που πιστεύουν οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των συμμετοχών, αυτός αφορά το γεγονός για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι η εφαρμογή εξαιρέσεων από τις συμπληρωμές είναι καίριο ζήτημα που πρέπει να απασχολήσει σοβαρά τους εμπλεκόμενους φορείς, οι οποίοι με τη σειρά τους πρέπει να λάβουν σοβαρές αποφάσεις που πρωτίστως θα διασφαλίζουν ότι οι αδύναμες ομάδες πληθυσμού δε θα αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας.

Στη συνέχεια της έρευνας, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν την άποψή τους σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών και την αύξηση του ποσού συμμετοχής. Προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί πολύ ή αρκετά με το ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής: έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα, έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό και έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Αντίθετα, η πλειοψηφία διαφώνησε μόνο με το γεγονός ότι με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή την αύξηση του ποσού συμμετοχής τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με παρόμοια έρευνα των (Sinnott et al, 2015) όπου οι ασθενείς εξέφρασαν επιφυλάξεις σχετικά με τον τρόπο χρησιμοποίησης των εσόδων από τις συμπληρωμές.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου ασχολήθηκε με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσε τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών. Η πλειοψηφία του δείγματος συμφώνησε στο ότι από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών επισκέφτηκε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ, κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ ή κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ χωρίς να σκεφτεί ότι θα πληρώσει, οστώσο ζήτησε από το γιατρό να μην γράψει

κάποιο φάρμακο ή κάποια εξέταση γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει, έλαβε φάρμακα που συνταγογράφησε ο γιατρός και δεν τα πήρε γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει, πήγε στο Νοσοκομείο για να συνταγογραφήσει φάρμακα ή εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν και κάλυψε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθεί. Ωστόσο υπήρξε και μία μόνο ερώτηση όπου η πλειοψηφία διαφώνησε και αφορούσε το γεγονός ότι αγόρασε όσα φάρμακα μπορούσε χωρίς συνταγή γιατρού.

Η τελευταία ερώτηση της έρευνας ρωτούσε τους συμμετέχοντες αν πιστεύουν ότι προκειμένου να βελτιωθεί κάτι που θεωρούν σωστό στο σύστημα υγείας, θα πρέπει οι ασθενείς κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους, αν οι ίδιοι θα ήταν διατεθειμένοι να το κάνουν. Στην ερώτηση αυτή το 85% των συμμετεχόντων διαφώνησε, αποτέλεσμα το οποίο δεν θα λέγαμε ότι είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό και έρχεται σε αντίθεση με μελέτες που έγιναν (Lagarde & Sz Palmer, 2011; Baji et al, 2011; Danyliv et al, 2013) και διαπίστωσαν ότι αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών είναι διατεθειμένο να πληρώνει κάποιο ποσό από το εισόδημά του προκειμένου να βελτιωθεί το σύστημα υγείας.

Στη συνέχεια της ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και κάποιων εξαρτημένων μεταβλητών. Αρχικά πραγματοποιήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας, από όπου προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Μετά από πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας συσχετίζεται με το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία, την επαγγελματική κατάστασή τους και το γεγονός αν πάσχουν ή όχι από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται: οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, τα πιο νεαρά άτομα σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι συνταξιούχοι και οι άνεργοι σε

σχέση με τους υπολοίπους και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν.

Στη συνέχεια έγιναν οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την αυτοεκτίμησή τους για το ύψος της καταβολής των τελών, από όπου προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τη μεταβλητή ηλικία. Μετά από πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, όμως, βρέθηκε ότι η αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών δεν συσχετίζεται με την ηλικία. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Liscliko & Burgess, 2010; Atanasova et al, 2012) όπου διαπιστώθηκε συσχέτιση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων για το ύψος της καταβολής των τελών με τους δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, κατάσταση υγείας).

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τη συμφωνία για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, από όπου προέκυψε στατιστική σχέση ανάμεσα στην συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια πρόβλημα υγείας. Μετά από πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση βρέθηκε ότι η συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας συσχετίζεται με το φύλο των συμμετεχόντων και το γεγονός αν πάσχουν ή όχι από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα προέκυψε ότι λιγότερο συμφωνούν: οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με όσους δεν πάσχουν. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη (Pavlova et al, 2002) βρέθηκε ότι οι άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, συμφώνησαν, επίσης, σε μεγαλύτερο ποσοστό στην επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, ενώ οι συμπληρωμές είχαν μεγαλύτερη επίδραση στις γυναίκες (Cherkin et al, 1989). Σε αυτό το αποτέλεσμα ενδεχομένως να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο οι διαφορετικές αντιλήψεις των δύο φύλων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Συνήθως, οι άντρες επισκέπτονται πιο σπάνια και για πιο σοβαρά θέματα τις υπηρεσίες υγείας για τα οποία ίσως θεωρούν ότι αξίζει να πληρώσουν και έτσι δε

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

θεωρούν τις συμπληρωμές ως αποτρεπτικό παράγοντα. Αντίθετα, οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά και για πιο ασήμαντα θέματα τις υπηρεσίες υγείας και συνεπώς επηρεάζονται περισσότερο από την επιβολή τελών σε κάποιες από αυτές (Gibson et al, 2005; Voncina et al, 2007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα μελέτη που προηγήθηκε και είχε στόχο τη διερεύνηση των απόψεων, στάσεων και της συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και την εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν, φαίνεται ότι γενικά η επιβολή συμπληρωμών δεν έχει επηρεάσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί πως η έρευνα διεξήχθη σε περίοδο οικονομικής κρίσης, γεγονός που πιθανόν να αποτελεί συγχυτικό παράγοντα. Είναι γεγονός πως όσο αυξάνεται η οικονομική δυσχέρεια αυξάνεται και ο αριθμός των ασθενών που δικαιούνται δημόσια υγειονομική κάλυψη και τη χρησιμοποιούν, ενώ ενδεχομένως στο παρελθόν να επισκέπτονταν τον ιδιωτικό τομέα. Ενδεχομένως αν δεν υπήρχε αυτός ο παράγοντας τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά.

Παρόλο που τα ποσά των συμπληρωμών για μια μερίδα πληθυσμού θεωρούνται υπερβολικά, ωστόσο για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της συγκεκριμένης έρευνας δεν αποτέλεσαν αποτρεπτικό παράγοντα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης η πλειοψηφία του δείγματος συμφώνησε στο ότι από τότε που αυξήθηκε το ποσό πληρωμών συνέχισε να επισκέπτεται κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ, ή κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ, ή κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ χωρίς να σκεφτεί ότι θα πληρώσει. Ωστόσο όμως οι περισσότεροι ασθενείς ζήτησαν από το γιατρό να μην γράψει κάποιο φάρμακο ή κάποια εξέταση γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν και δήλωσαν πως έχουν υπάρξει περιπτώσεις όπου ο γιατρός τους συνταγογράφησε φάρμακα τα οποία όμως δεν έλαβαν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν, χωρίς όμως ποτέ να αγοράσουν κάποιο φάρμακο δίχως συνταγή γιατρού.

Σημαντικό εύρημα της έρευνας, αποτελεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών και την αύξηση του ποσού συμμετοχής περιόρισαν τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του

Νοσοκομείου, τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, όσο τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό δεδομένου ότι εξοικονομούνται χρήματα για το κράτος και βελτιώνεται η εξυπηρέτηση στις υπηρεσίες υγείας γι' αυτούς που πραγματικά τις έχουν ανάγκη. Από την άλλη μεριά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαφώνησε με το γεγονός ότι με την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή την αύξηση του ποσού συμμετοχής τα χρήματα που εξοικονομούνται θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το γεγονός δείχνει το μεγάλο επίπεδο δυσαρέσκειας και επιφυλακτικότητας των ασθενών προς το δημόσιο σύστημα υγείας. Η έλλειψη εμπιστοσύνης ότι το κράτος μπορεί να πετύχει μια επαρκή και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και το γεγονός ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι τα χρήματα που θα συγκεντρωθούν από την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών δεν θα επενδυθούν στην παροχή υπηρεσιών, είναι πιθανοί λόγοι για την άρνηση του 85% των συμμετεχόντων να καταβάλλουν πληρωμές προκειμένου να υπάρξουν βελτιώσεις στο σύστημα υγείας.

Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το 91,5% του δείγματός της έρευνας δήλωσε ενήμερο για την καταβολή του ποσού των συμπληρωμών. Μάλιστα όπως προκύπτει και μέσα από μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν τα ακριβή ποσά συμμετοχών των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, βλέπουμε ότι γενικά το δείγμα της έρευνας ήταν αρκετά ενημερωμένο για τις συμμετοχές στις υπηρεσίες υγείας, απαντώντας σωστά στο μεγαλύτερο ποσοστό του.

Επιπλέον, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας πιστεύουν ότι θα πρέπει να εξαιρούνται από τις πληρωμές άτομα με χρόνια προβλήματα και αναπηρίες. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η εφαρμογή εξαιρέσεων από τις συμπληρωμές είναι καίριο ζήτημα που πρέπει να απασχολήσει σοβαρά τους εμπλεκόμενους φορείς, οι οποίοι με τη σειρά τους πρέπει να λάβουν σοβαρές αποφάσεις που πρωτίστως θα διασφαλίζουν ότι οι αδύναμες ομάδες πληθυσμού δε θα αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη μεριά όμως θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα σωστό και δίκαιο σύστημα εξαιρέσεων, ώστε να αποφευχθούν δυσαρέσκεις και αποθαρρύνσεις. Μια πιθανή λύση για να προστατευθούν οι

ευπαθείς ομάδες, όπως οι χρόνια πάσχοντες και οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος, είναι να μπου «οροφές» στις πληρωμές, πάνω από τις οποίες οι ασθενείς δεν θα πληρώνουν. Αυτό το μέτρο ήδη εφαρμόζεται σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Σουηδία, η Ολλανδία και η Νορβηγία.

Είναι απολύτως κατανοητό πως η δυσμενής οικονομική κατάσταση της Ελλάδας είχε ως συνέπεια τις περικοπές των δαπανών υγείας και την επιβολή μέτρων εξοικονόμησης πόρων και εξ' ορθολογισμού του συστήματος υγείας. Εκτός όμως από μέτρα που έχουν εισπρακτικό και ίσως αποτρεπτικό χαρακτήρα, όπως η εφαρμογή συμπληρωμών, προτεραιότητα αποτελούν και οι αλλαγές διαρθρωτικού χαρακτήρα, όπως η αυτονόμηση και το μάνατζμεντ των νοσοκομείων, η απογευματινή τους λειτουργία, η συγχώνευση τμημάτων, ο έλεγχος της διάχυσης και χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και η σμίκρυνση των λιστών αναμονής. Παράλληλα, η θεσμοθέτηση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, η επιμόρφωση των ασθενών όσο και των γιατρών, η ανάπτυξη σωστής επικοινωνίας μεταξύ των δύο και η ανάπτυξη Οργανισμών Προστασίας της Υγείας (HMO's) μπορούν να περιορίσουν το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου και της υπερχρήσης αλλά και να προστατέψουν την υγεία των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Atanasova E. Pavlova M. Moutafova E. Rechel B. & Groot W. (2012) Out-of pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *European Journal of Public Health*. Vol.23, No.6. pp. 916-922.

Baji P., Pavlova M. Gulasci L. & Groot W. (2011) User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders. *Health Policy* 102. pp. 255-262.

Benedetti N.J. Vicki F. Mary P. Richard B. Joseph P. Newhouse. & John H. (2008) Office visit co-payments: Patient knowledge, response, and communication with providers “It’ not what you say...” Racial disparities in communication between orthopedic surgeons and patients. *Medical Care* Vol. 46, No. 4, pp. 403-409.

Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., Woods, P. (1999). Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη – Εγχειρίδιο Μελέτης, Πάτρα: ΕΑΠ.

Boowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Oxford: Journal of Public Health*, 27 (3): 281-291.

Bunker J. (1970) Surgical manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *N Engl J Med*, 282:135–144.

Cherkin C. Daniel. Grothaus Louis & Wagner H. Edward (1989). The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization. *Medical Care*. Vol.27. No.11. pp. 1036-1045.

Cohen, L. & Manion, L. (1994). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Cutler D. (2002) Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *J Econ Lit*, 40:881–906.

Dalton Michael J., "Αποζημίωση Νοσοκομειακής Νοσηλείας" στο: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας επιμέλεια Lawrence F. Wolper, τόμος Β', 1998.

Davaki K, Mossialos E. Plus ca change: Health sector reforms in Greece. *J Health Polit Policy Law*, 2005;30:143–167

David Dranove and Richard Lindrooth, "Hospital consolidation and costs: another look at the evidence" in *Journal of Health Economics* Volume 22, Issue 6, , November 2003.

Danyliv A. Pavlova M. Gryga I. & Groot W. (2013) Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study. *BMC Health Service Research*. 2013. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/208>. pp. 1-11

Gibson B. Teresa. Ozminkowski J. Ronald & Goetzl Z. Ron (2005). The effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence. *The American Journal of Managed Care*. Vol.11. No. 11. pp.730-740.

Getzen T.E., "Βασικές αρχές και ρεύματα του κεφαλαίου στα Οικονομικά της Υγείας", - Center of Health Care, 1997.

Hornbrook MC, Goldfarb MG. (1983) A partial test of a hospital behavior model. *Soc Sci Med*, 17:667–680.

Ifantopoulos G. Health Economics – theory and politics. In: Dardanos G (ed), Athens, Greece, 2003 [in Greek]

IHPA (2012), Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 6.x, Definitions manual addendum, INDEPENDENT HOSPITAL PRICING AUTHORITY.

Javeau, C. (1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο – Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή (Μτφ.: Κ. Τζαννόνε-Τζώρτζη). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kanabos P., (2002), *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe*, Scrip Report.

Klarman H.(1965) *The economics of health*. Columbia University Press, New York.

Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* [online], 2009; 87(7):549-554

Lagarde M. & Sz Palmer N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle- income countries (Review). *The Cochrane Library*. Issue 4. pp. 1-6S.

Liscliko M. Amy & Burgess F. James Jr (2010). Knowledge of Cost Sharing and Decisions to Seek Care. *The American Journal of Managed Care*. Vol. 16. No.4, pp. 298-304.

Liaropoulos L, Kaitelidou D. Changing the public-private mix: An assessment of the health reforms in Greece. *Health Care Anal*, 1998; 6:277–285

Liaropoylos L. Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective. In: Dracopoulou S (ed) *Ethics and values in health care management*. Routledge, London, 1998.

Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 2008; 87:72–81.

Mocker, D., Noble, E. (1981). *Training part-time instructional staff* στο: Grabowski, S. (επιμ) *Preparing Educators of Adults*, San Fransisco: Jossey-Bass

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. *Funding health care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002

Mossialos E and Mrazek M. (2002), *Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation*, in *Regulating Entrepreneurial Behavior in*

European Health Care Systems, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

Mullainathan S. (2013) *When a Co-Pay gets in the Way of Health*. New York edition. p.BU6.

OECD, “Health Care Financial Review. Annual Supplement”, Health Care Financing Administration, 2002.

OECD (2015), *Health at a glance 2015: OECD indicators*. OECD Publishing, Paris. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Oppenheim, A.N. (1986). *Questionnaire design and attitude measurement*. London: Gower.

Pavlova M. Groot W. & Merode G. (2002) Public attitudes towards patient in Bulgarian public health care sector: results of a household survey. *Health Policy* 59. pp. 1-24.

Polyzos N. Karanikas H. Thireos E. Kastanioti C. & Kontodimopoulos N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy* 109. pp.14–22.

Reinhard Busse, Alexander Geissler & Wilm Quentin (2011), *Diagnosis-Related Groups in Europe, Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Sceller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R. (2009) The ABC of DRGs. *Euro Observer* , 11:1–5.

Schereyogg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. (2006) Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Manag Sci*, 9:215–223.

Schmid A. & Gotze R. (2009). Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev*. 62. pp. 21–40.

Sinnott S., Guinane M., Whelton H & Byrne S. (2015) Is 50 cent the price of the optimal copayment? - a qualitative study of patient opinions and attitudes in response to a 50 cent charge on prescription drugs in a publicly funded health system in Ireland. *BMC Health Services Research*. September 2015. pp. 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/16>.

Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Liaropoulos L. Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. *Arch Hell Med*, 2008; 25(5):663–672

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

Vogt RL, " Laboratory reporting and disease surveillance". *J Public Health Management Practice*, 2(4), 1996.

Voncina L. Dzakula A. & Mastilica M. (2007). Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. *Health Policy* 80. pp. 144-157.

Wolper, L., (2001), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000) The world health report 2000 – health systems: Improving performance. WHO, Geneva.

Ελληνική

Αλετράς Β. και Ματσαγγάνης Μ., “ Έρευνα για τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα”, στο Archives of Hellenic Medicine Ιανουάριος-Φεβρουάριος, Volume 22, No1, 2002.

Αντωνοπούλου, Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Αντωνοπούλου Λ., "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", Κοινωνική Συνοχή, τεύχος 2, τόμος 3, Φθινόπωρο 2008.

Βαράκης Χ., (2011), Ανάλυση για χρηματοδότηση Δημόσιων Νοσοκομείων με τα KEN-DRGs, Μελέτη ΕΔΟΕΑΠ, Αθήνα.

Γείτονα Μ και Υφαντόπουλος Ι., "Η Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: 1922- 1992", Ιατρική, Τομ. 67 Τευχ.2, Φεβρουάριος 1995.

Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα, 2000.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2011), Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα, Αθήνα

Ζάβαλη, Μ. (2007). Γυναικείοι Αγροτουριστικοί Συνεταιρισμοί-Η Συμβολή τους στην Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Πολιτικές Εξυγίανσης. Μεταπτυχιακή εργασία. Αθήνα: Γεωπονικό Πανεπιστήμιο.

Ζαφειρίου, Γ., (2003). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία. Διδακτικές σημειώσεις. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι, Σίνδος

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. "Συστήματα υγείας", , Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.

Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Κουσουλάκου Χ., Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., (2006).

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. (2005). Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., (1999). Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες, στο βιβλίο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ. (2002). Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ., "Υπηρεσίες Υγείας: Χρηματοδότηση-Αγορά", Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μανιαδάκης, Ν. και συν., (2011), Επιτροπή ΥΥΚΑ για την Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Αθήνα: s.n.

Ματσαγγάνης Μ., "Οικονομία και Πολιτικές Υγείας στις χώρες της Ε.Ε", Έκδοση της ΑΣΟΕΕ, 2006.

Μερκούρης, Α., (2008), Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα:.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη.

Νεονάκης, Ι. Λιλίντας, Α. Μπαριτάκη, Μ. Σεβαστάκη. Ε. (2007), «Μέθοδος αποζημίωσης των Νοσοκομείων. Σκέψεις ως προς τη μετάβαση σε χρηματοδότηση με DRGs των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων».

Νιάκας Δημήτρης, "Αποτελεσματικότητα Νοσοκομείων και Χρηματοδότηση", Επιθεώρηση Εργασίας Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1999.

Παλαιολόγου Β : «Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι» , Αθήνα 2002

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., (2014) Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, Athens Medical Society.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας (τομ. 1 & 2). Αθήνα: Ιδίου.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4, Τεύχος 3.

Πρεζεράκος, Π., (2000), "Μέτρηση της τεχνικής Χ αποδοτικότητας του νοσηλευτικού έργου των Νοσοκομείων του ΕΣΥ", Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ριζάκη Ο., (2013), Θεωρητική προσέγγιση των DRGs. Πλεονεκτήματα και αδυναμίες από την εφαρμογή τους σε χώρες της Ευρώπης, Αθήνα

Ρούσσο, Π., Τσαούσης, Γ. (2002). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σκοπελίτης, Ε., (2010), Συγκριτική Μελέτη της Εμπειρίας από την Εφαρμογή των DRGs στις Ευρωπαϊκές Χώρες. s.l.:Τελική Εργασία ΕΣΔΔ.

Τούντας Γ., "Η Ευρωπαϊκή πολιτική Υγείας", στο: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ιανουάριος- Φεβρουάριος Volume 18, No 1, 2001.

Τούντας Γ., "Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών", Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2002.

Φούρα Γ. «Η μαύρη τρύπα των νοσοκομείων στην Ελλάδα», εφημερίδα Καθημερινή της Κυριακής, 4/10/09.

Χλουβεράκης, Γ. (2002). Εισαγωγή στη Στατιστική: Περιγραφικές μέθοδοι και εφαρμογές στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χούκλη Μ., "DRG's : Το Σύγχρονο Χρηματοδοτικό Εργαλείο των Νοσοκομείων", Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2008.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**Ερωτηματολόγιο Έρευνας για τις απόψεις,
στάσεις και συμπεριφορές των ασθενών
σχετικά με την επιβολή συμπληρωμών σε**

Εισαγωγικά για την έρευνα

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων, στάσεων και της συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και η εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν. Πώς δηλαδή οι ασθενείς που προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αντιλαμβάνονται τη συμμετοχή τους στο κόστος και μάλιστα υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης, τι ποσά δαπανούν, πώς κρίνουν το μέτρο και σε ποιο βαθμό αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά τους, όσον αφορά τη χρησιμοποίηση αυτών των υπηρεσιών. Η έρευνα αυτή γίνεται στο πλαίσιο Διατριβής που εκπονώ ως φοιτητής του μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Εσείς είστε ένας από εκείνους που έχετε επιλεγεί για να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικές με τις συμμετοχές των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να γνωρίζετε ότι έχουν ληφθεί όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν χρειάζεται πουθενά να γράψετε το όνομά σας, να το υπογράψετε ή με οποιονδήποτε άμεσο ή έμμεσο τρόπο να αποκαλύψετε την ταυτότητά σας. Είναι αυτονόητο ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι προαιρετική και έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Όλες οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της μελέτης, και στη συνέχεια θα καταστραφούν. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν διαρκεί περισσότερο από δεκαπέντε λεπτά.

Εκ μέρους του Προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» σας ευχαριστώ για την κατανόηση και τη θετική σας ανταπόκριση

Μονάδα Υγείας:.....

1. Φύλο

Άντρας Γυναίκα

2. Πόσων χρονών είστε; [] (στην έρευνα συμμετέχουν μόνο άτομα άνω των 18 ετών)

3. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη από το ταμείο σας;

Ναι Όχι

4. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη μέσω του νόμου που επιτρέπει την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων; [] Ναι Όχι

5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;

πολύ αρκετά μέτρια λίγο καθόλου

A. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

6. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

πολύ καλή καλή μέτρια κακή πολύ κακή

7. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;

Ναι

Όχι

8. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να έρχεστε συχνά στο γιατρό;

Ναι

Όχι

B. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

9. Ξέρετε ότι πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή (εξετάστρο), κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου (πχ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας), για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;

Ναι

Όχι

10. Ξέρετε πόσο είναι το ποσοστό/ποσό συμμετοχής που πρέπει να πληρώσετε, κάθε φορά που χρησιμοποιείτε τις παρακάτω υπηρεσίες:

10.1 για να λάβετε τα φάρμακά που σας έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός σας

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Ναι, το ξέρω και το ποσοστό είναι [_____%] Δεν το ξέρω, αλλά νομίζω ότι είναι [_____%]

10.2 το πάγιο ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή, πέραν του ποσοστού συμμετοχής των φαρμάκων

Ναι, το ξέρω και το ποσό είναι [€_____] Δεν το ξέρω, αλλά νομίζω ότι είναι [€_____]

11. Θα σας ρωτήσω τώρα αν πληρώσατε και τι ποσό πληρώσατε για τις παρακάτω υπηρεσίες.

11.1. Για κάθε επίσκεψη στον γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου, ή Κέντρου Υγείας

[_____] Ναι [_____] Όχι

Αν Ναι, τι ποσό πληρώσατε [€_____]

11.2. Για κάθε επίσκεψη σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ για συνταγογράφηση

[_____] Ναι [_____] Όχι

Αν Ναι, τι ποσό πληρώσατε [€_____]

11.3. Για την εργαστηριακή ανάλυση στο μικροβιολογικό εργαστήριο ή άλλο διαγνωστικό κέντρο (πχ ακτινολογικό) συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ

[_____] Ναι [_____] Όχι

Αν Ναι, τι ποσό πληρώσατε [€_____]

11.4. Για την αγορά των φαρμάκων σας στο φαρμακείο κατά το τελευταίο τρίμηνο;

[_____] Ναι [_____] Όχι

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

Αν Ναι, τι ποσό πληρώσατε [€_____]

12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α) Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογραφήση του γιατρού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ) Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Από τότε που καθιερώθηκε το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης στους γιατρούς, αντιμετωπίζετε πρόσθετες δυσκολίες στο να παίρνετε τη συνταγή σας για τα φάρμακα σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Σε πόσους γιατρούς ,για παράδειγμα, χρειάστηκε κάποια φορά να πάτε προκειμένου να πάρετε τη συνταγή για τα φάρμακά σας (γιατί ο προηγούμενος είχε συμπληρώσει το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης);

15. Εσείς για κάποιο λόγο έχετε εξαιρεθεί από μερικές από τις πληρωμές;

Ναι Όχι

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση

Εάν η απάντηση είναι **ΌΧΙ**, προχωρήστε στην ερώτηση 17

16. Για ποιες υπηρεσίες έχετε εξαιρεθεί;

επίσκεψη φάρμακα δεν γνωρίζω
εργαστηριακές

17. Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:

πολύ υψηλό υψηλό μέτριο χαμηλό πολύ χαμηλό

Εάν η απάντηση είναι «**πολύ υψηλό ή υψηλό**» συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση

Εάν η απάντηση είναι «**μέτριο, χαμηλό ή πολύ χαμηλό**» προχωρήστε στην ερώτηση 19

18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;

Ναι

Όχι

19. Πιστεύετε ότι τα ποσά των συμμετοχών πρέπει να τα πληρώνουν όλοι ανεξαιρέτως ή πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται με κριτήρια όπως είναι το εισόδημα και η ασθένεια;

πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται

πρέπει να τα πληρώνουν όλοι

Εάν η απάντηση είναι «κάποιοι να εξαιρούνται» συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση

Εάν η απάντηση είναι «να τα πληρώνουν όλοι» προχωρήστε στην ερώτηση 21

20. Ποιες ομάδες νομίζετε ότι πρέπει να εξαιρεθούν από την πληρωμή τελών;

Μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες από μία** απαντήσεις, αλλά τότε θα πρέπει να τις αριθμήσετε με σειρά προτεραιότητας

Άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις & άτομα με σοβαρές αναπηρίες

Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.

κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας

στρατιώτες, φοιτητές

Άνεργοι

Χαμηλοσυνταξιούχοι & άτομα με χαμηλά εισοδήματα

Άτομα άνω των 65 ετών

[] Άλλοι, διευκρινίστε

.....

21. Θα συμφωνούσατε να επιβληθούν ποσά για συμμετοχή στο κόστος σε όλες τις υπηρεσίες υγείας;

[] Όχι, δεν θα συμφωνούσα [] Ναι, θα συμφωνούσα

Ένα η απάντησή σας είναι **Όχι** συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση.

Αν η απάντησή σας είναι **Ναι** τότε προχωρήστε στην ερώτηση 23

22. Σε ποιες υπηρεσίες δεν θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να πληρώνετε;

Μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες από μία**, αλλά τότε θα πρέπει να τις **αριθμήσετε με σειρά προτεραιότητας**

[] Για επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας

[] Για επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας

[] Για επισκέψεις σε ειδικούς (πχ καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου

[] Για εργαστηριακές & ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις

[] Για νοσηλεία στο νοσοκομείο

[] Για φάρμακα

[] Άλλες, διευκρινίστε.....

23. Για ποιο λόγο εσείς πιστεύετε ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των συμμετοχών ;

Μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες από μια** απαντήσεις **αλλά τότε θα πρέπει να τις αριθμήσετε με σειρά προτεραιότητας**

Για μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας

Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων

Γιατί το ζήτησε η Τρόικα

Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις

Δε γνωρίζω

24. Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:

24.1. Έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα **εξωτερικά ιατρεία** του Νοσοκομείου; καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των **φαρμάκων**; καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες **εργαστηριακές εξετάσεις**; καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας; καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

24.7. Έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα) καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

Γ. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

25. Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:

25.1. επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές

25.2. επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές

Οι συμπληρωμές (co-payments) στο ελληνικό σύστημα υγείας

- 25.3. επισκεφθείτε κάποιον **ειδικό γιατρό** του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο **φάρμακο** γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια **εξέταση** γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.6. λάβατε **φάρμακα** που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.7 αγοράσατε όσα **φάρμακα** μπορούσατε **χωρίς συνταγή** γιατρού? Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.8 Πήγατε στο **Νοσοκομείο** για να συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν Όχι Ναι Πόσες φορές
- 25.9 Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη **ιδιωτικά** για να μην ταλαιπωρηθείτε ? Όχι Ναι Πόσες φορές

26. Εάν σας έλεγαν ότι για να βελτιωθεί κάτι που θεωρείτε σωστό στο σύστημα υγείας, θα πρέπει οι ασθενείς κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους, εσείς είστε διατεθειμένος να το κάνετε;

Ναι

Όχι

32. Ποιο είναι το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα από όλες τις πηγές και από όλα τα άτομα που μένετε μαζί; (μισθοί, ημερομίσθια, συντάξεις, ενοίκια, τόκοι κλπ) [€_____]

33. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό

Απόφοιτος Δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)

Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου

Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)

Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)

Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)

Σας ευχαριστούμε