

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΔΙΑΚΑΤΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΜΑΪΟΣ, 2016

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΔΙΑΚΑΤΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΜΑΪΟΣ, 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΤΡΑ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
1.1. Οργάνωση και Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας.....	15
1.1.1. Βασικές αρχές των συστημάτων υγείας.....	16
1.1.2. Προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας.....	16
1.2. Δαπάνες υγείας και μέτρα συγκράτησης δαπανών.....	17
1.2.1 Δαπάνες υγείας.....	17
1.2.2 Μέτρα Συγκράτησης Δαπανών.....	17
1.2.2α. Προσφορά και ζήτηση.....	17
1.2.2β Ιδιαιτερότητες του αγαθού «υγεία».....	18
2. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ.....	19
2.1 Ορισμός.....	19
2.2 Στόχοι.....	19
2.3 Ερευνητικά δεδομένα.....	20
3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ.....	24
4. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	25
4.1. Σύντομη περιγραφή του συστήματος.....	25
4.2 Η οικονομική κρίση και τα μέτρα συγκράτησης δαπανών.....	26
4.3. Επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.....	28
5. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	29

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	32
7. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33

7.1 Πληθυσμός.....	33
7.2 Ερωτηματολόγιο.....	33
7.3 Πιλοτική Φάση.....	33
7.4 Έλεγχος αξιοπιστίας.....	34
7.5 Συλλογή Δεδομένων.....	36
7.6 Στατιστική Ανάλυση.....	37
7.7 Περιορισμοί.....	37
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	38
8.1 Δημογραφικά και Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	38
8.2 Χαρακτηριστικά της υγείας του δείγματος.....	40
8.3 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	41
8.4 Γνώσεις του δείγματος αναφορικά με το μέτρο των συμμετοχών.....	42
8.5 Εκτίμηση του δείγματος για το ύψος του ποσού.....	43
8.6 Άποψη του δείγματος για τις εξαιρέσεις.....	43
8.7 Αντιλήψεις για τις επιπτώσεις της εφαρμογής του μέτρου.....	45
8.8 Εκτίμηση για τους λόγους εφαρμογής του μέτρου.....	46
8.9 Πρόθεση πληρωμής.....	47
8.10 Δυσκολίες στη χρήση υγειονομικών πόρων.....	47
8.11 Συμμόρφωση σε χρήση φαρμάκων.....	47
8.12 Αλλαγές σε συμπεριφορές ως προς την χρήση υγειονομικών πόρων.....	48
8.13 Συσχετίσεις απαντήσεων με τα χαρακτηριστικά του δείγματος.....	49
Φύλο.....	49
Χρόνιο νόσημα.....	50
Εισόδημα από επάγγελμα.....	52
Εκπαίδευση.....	54
Ηλικία.....	55
Ύψος μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος.....	57
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	59
10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	76
Ερωτηματολόγιο.....	77
Παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας.....	87
Πίνακες αποτελεσμάτων.....	88

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της διατριβής καθηγήτρια Δάφνη Καϊτελίδου για την καθοδήγηση, την συνεργασία και την συμπαράσταση της σε όλη την διάρκεια της παρούσας ερευνητικής εργασίας και τον επιδημιολόγο κ. Πέτρο Γαλάνη για την συμβολή του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την υπομονή και την συμπαράστασή τους κατά την εκπόνηση της διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση οδήγησε την Ελλάδα σε περικοπές των δημόσιων δαπανών για την υγεία και αύξηση των ιδιωτικών, με μέτρα όπως οι αυξήσεις σε θεσμοθετημένες συμπληρωμές. Επιπρόσθετα μειώθηκε το βασικό πακέτο παροχών προς τον ασφαλισμένο πληθυσμό και τέθηκαν περιορισμοί στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα μέσω της αύξησης συμμετοχών σε φάρμακα και ιατρικές εξετάσεις, με παράλληλη μείωση του εύρους κάλυψης φαρμάκων και εξετάσεων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή αντιλήψεων και γνώσεων, χρηστών του συστήματος υγείας, για τις αυξήσεις των συμμετοχών, η διερεύνηση των επιπτώσεων του μέτρου στον τρόπο που οι πολίτες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, και τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων τους και των κοινωνικο/δημογραφικών τους στοιχείων.

Μεθοδολογία: Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν πολίτες του Νομού Ηρακλείου της Κρήτης, με ασφαλιστική κάλυψη δημοσίου. Χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις, που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της μελέτης από ομάδα επιστημόνων του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε πιλοτικά για την διερεύνηση δυσκολιών στην συμπλήρωσή του, σε 20 άτομα, και για την αξιοπιστία του, με την μέθοδο ελέγχου-επανελέγχου, σε 30 άτομα. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν δείγμα ευκολίας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS19.

Αποτελέσματα: Από τα 316 ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν, 200 ήταν επαρκώς συμπληρωμένα ώστε να συμπεριληφθούν στην μελέτη. Η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί το ύψος των χρεώσεων μέτριο (47,9%). Το 58,3% πιστεύει ότι η εφαρμογή του μέτρου έχει αναγκάσει, αρκετά ή πολύ, κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα (58,3%), ή να σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό (58,58%). Οι περισσότεροι δεν πιστεύουν ότι τα χρήματα που θα εξοικονομηθούν θα χρησιμοποιηθούν για να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας (78,2%). Η συντριπτική πλειοψηφία (93,3%) αναγνωρίζει ότι πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις από το μέτρο τόσο για ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όσο και για υπηρεσίες (84,4%). Περίπου τα μισά άτομα 54% είναι πρόθυμα να καταβάλλουν ένα ποσό από το εισόδημά τους, αν ξέρουν ότι θα χρησιμοποιηθεί για την βελτίωση του συστήματος. Ένα ποσοστό 38,7% δήλωσε ότι πλήρωσε σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ. Ενδιαφέρον είναι ότι το 66,2% από τα άτομα αυτά, ανέφερε ότι το ποσό ήταν 10 ευρώ.

Το δείγμα δεν έχει καλή γνώση των χρεώσεων. Το 64,8% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει το ποσοστό για τα φάρμακα και το 73,9 % το ποσό για κάθε συνταγή. Λιγότερες γνώσεις έχουν οι νεαρότερες ηλικίες.

Από τότε που εφαρμόστηκε το μέτρο, ένα ποσοστό 12,5%, δηλώνει ότι πήρε δανεικά για να καλύψει το κόστος για υπηρεσίες υγείας. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε με άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και χαμηλότερης εκπαίδευσης. Η συμμόρφωση με τις οδηγίες του γιατρού για τα φάρμακα είναι υψηλή (78%). Μεγαλύτερη συμμόρφωση δήλωσαν οι χρόνια πάσχοντες και μικρότερη τα άτομα χαμηλού εισοδήματος. Το 62,37% κάλυψε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθεί. Τα άτομα αυτά είναι κυρίως άτομα υψηλότερου εισοδήματος και εκπαίδευσης. Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα απευθύνθηκαν κυρίως στο νοσοκομείο και είναι εκείνα που δεν επισκέφθηκαν ιατρό όταν χρειάστηκε, δανείστηκαν χρήματα, ή σταμάτησαν να αγοράζουν φάρμακα.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες δεν είχαν καλές γνώσεις και είναι δύσπιστοι προς το μέτρο. Τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα έδειξαν να στρέφονται προς τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα προς το Νοσοκομείο, ή την μη κάλυψη των αναγκών τους. Πρέπει να επισημανθεί ότι τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης προέρχονται από μικρό, μη αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού και περαιτέρω μελέτη είναι απαραίτητη για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ABSTRACT

The financial crisis has led Greece to cuts in public spending on health, while private spending has increased, as a result of measures such as increases in user charges. Moreover, there was a reduction in benefits of the insured population and restrictions in access to health services, through, for example, an increase in patient contribution to the cost of medicines and medical tests, while at the same time there has been a reduction in the range of coverage for medicines and medical tests.

Aims:The aims of this study were to reflect the perceptions and knowledge of users of the health system on the increases, to report on the impact of this policy measure on the use of health services, and to explore any correlation between the responses of the sample and their social/demographic data.

Method:The sample population included citizens of the Prefecture of Heraklion, Crete, which were covered by a State social security plan. A structured self-completed questionnaire with closed-ended questions was used. The questionnaire was formed by a scientific team from the Open University of Cyprus and the university of Athens. A pilot study on 20 individuals and a reliability test (test–retest) on 30 individuals preceded. Convenience sampling and the SPSS19 statistical package for data analysis, were used.

Results: Among the 316 questionnaires answered, 200 questionnaires were sufficiently completed and could be included in our study. Most participants believed the cost of charges is moderate (47,9%) and 58,3% supported that the implementation of this policy measure forced certain individuals to turn to the private sector (quite a lot or a lot - 58,3%), or think twice before going to the doctor (58,58%). Most participants were not convinced that the savings from the co-payments will be used with the aim of improving health services (78,2%). The overwhelming majority is conscious of the fact that exceptions from this policy measure are required both regarding vulnerable population groups (93,3%) and certain services (84,4%). Approximately half of the population (54%) would be willing to contribute a share of their income, if they were assured that this would be used to improve the system. Thirty eight per cent of the sample reported that they payed for visiting a doctor in contract with EOPYY. It is interesting that 66,2% from these individuals, reported that the amount was 10 euro.

There is poor knowledge of the measure (type and levels of charges) among the sample population. Sixty for per cent reports lack of knowledge for the contribution to the cost of medicines and 73,9% for the prescription fee. Younger generations show lower levels of knowledge on charges.

Since the introduction of the measure, 12,5% of our sample have had to borrow money to cover the costs. A statistically significant relationship was identified with lower income and lower education individuals. Compliance with the doctor's instructions on the medication was high (78%). A higher compliance was reported by the chronically ill, while compliance was lower among the lower-income population. 62,37% of our sample completely turned to the private sector to avoid the potential hassle. It was mostly individuals of higher income and higher academic qualifications that stated they had resorted to private health care. Lower-income individuals turned mainly to hospitals, and it is those individuals that did not visit a doctor even when they were in need of one, that borrowed money, or stopped buying medicines.

Conclusion: The study provides evidence that most participants were not well aware of the charges and doubted the effectiveness of the measure. Higher income individuals turned to private health services, while lower income individuals to the hospital, or avoided necessary services. However, it must be noted that the results of the study are based on a small, not representative sample and thus, further research is required in order to obtain safe conclusions.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κράτη διαμορφώνουν συστήματα υγείας, ανάλογα με τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα τους, με στόχο την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους. Κοινή πρόκληση, εξαιτίας των περιορισμένων πόρων και των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών, αποτελεί η εξασφάλιση του καλύτερου κλινικού αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος, δηλαδή η εύρεση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ κόστους και ποιότητας [1]. Η επιτυχής αντιμετώπιση της πρόκλησης προϋποθέτει έλεγχο των δαπανών και δίκαιη κατανομή πόρων και υπηρεσιών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσίαζε πολλά προβλήματα πριν από την οικονομική κρίση. Νοσοκομειοκεντρική οργάνωση, κεντρικός και μη ευέλικτος τρόπος διοίκησης, άνιση κατανομή πόρων, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, άνισες δυνατότητες πρόσβασης μεταξύ ομάδων του πληθυσμού, έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών και ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, σπατάλες και παραοικονομία, είναι μερικές από τις πιο βασικές ανεπάρκειες, που επικρατούσαν για δεκαετίες [2].

Η χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 έπληξε σφοδρά την χώρα. Αυξήθηκε η ανεργία και η φτώχεια, αυξήθηκαν οι δείκτες νοσηρότητας του πληθυσμού και υπήρξε μια στροφή των πολιτών στον δημόσιο τομέα, αυξάνοντας έτσι την ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες [2]. Η κρίση πρόβαλλε έντονα την ανάγκη μεταρρυθμίσεων και λήψης μέτρων για τον έλεγχο των δαπανών. Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν, κυρίως υπό την πίεση μνημονίων, είχαν σαν βασικό στόχο την δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία.

Ένα από τα μέτρα που τέθηκαν σε εφαρμογή για την συγκράτηση των δημοσίων δαπανών ήταν η αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Το μέτρο αυτό αποτελεί έναν ευρέως διαδεδομένο τρόπο συγκράτησης των δαπανών για την υγεία από την πλευρά της ζήτησης. Εφαρμόζεται από την δεκαετία του '80 με στόχο να περιορίσει την αλόγιστη κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και έχει ως βασική αρχή το ότι η χρέωση ενός ποσού συμμετοχής, ωθεί τα άτομα σε πιο συνετές επιλογές [3].

Η διεθνής βιβλιογραφία είναι εκτενής σε ότι αφορά τα αποτελέσματα της εφαρμογής του μέτρου. Τα στοιχεία είναι αμφιλεγόμενα και έχουν αποτελέσει σημαντικό θέμα συζήτησης μεταξύ ακαδημαϊκών και πολιτικών υγείας. Υπάρχουν πολλές έρευνες που δείχνουν ότι η

συμμετοχή στο κόστος μπορεί όντως να παίζει ρόλο στην μείωση της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά, ταυτόχρονα, μπορεί και να αποτρέψει άτομα από την χρήση απαραίτητων υπηρεσιών [3]. Έχει υψηλό διαχειριστικό κόστος και μπορεί να επιφέρει συνολικά μεγαλύτερες αυξήσεις του κόστους της υγειονομικής φροντίδας στο σύστημα στο μέλλον, αν οι πολίτες απευθύνονται στο σύστημα όταν η κατάσταση της υγείας τους είναι πιο σοβαρή [4]. Επίσης, το μέτρο δεν πλήττει όλο τον πληθυσμό με τον ίδιο τρόπο. Οι ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την εφαρμογή του μέτρου, είναι οι χρόνια πάσχοντες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα χαμηλού εισοδήματος [3].

Το μέτρο της αύξησης των συμμετοχών θα μπορούσε αρχικά να θεωρηθεί χρήσιμο για την πραγματικότητα της Ελλάδας, που από παλιά χαρακτηριζόταν από εκτεταμένες σπατάλες [5]. Όμως, εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με περικοπές μισθών, αυξήσεις φορολογίας και υψηλά επίπεδα ανεργίας, μετακυλώντας έτσι μεγαλύτερο βάρος στον πολίτη, σε μια περίοδο που η οικονομία κατέρρεε. Υπήρξαν συχνές τροποποιήσεις ως προς το ύψος των τιμών, αλλά και τις υπηρεσίες που καλύπτονται, που έκαναν δύσκολο τόσο για τους πολίτες, όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να τηρούν με ακρίβεια τους τρέχοντες κανόνες [6].

Η παρούσα μελέτη επέλεξε να εστιάσει στις απόψεις των χρηστών, πρωτίστως, διότι η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας στη χώρα μας επιβάλλει μια συνεχή παρακολούθηση και αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων τόσο από την πλευρά του συστήματος όσο και από την πλευρά των χρηστών. Επίσης, διότι οι απόψεις των ατόμων παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου. Αν τα άτομα δεν έχουν καλές γνώσεις και στέκονται αρνητικά και δύσπιστα προς αυτό, ακυρώνεται η ίδια η έννοια του καθοδηγητικού του ρόλου, προς συνετότερες επιλογές και πιο συνειδητοποιημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Τέλος, διότι το μέτρο έχει συνδεθεί με προβλήματα προσβασιμότητας ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση και συνεχής ανατροφοδότηση από τους ίδιους τους πολίτες ως προς τα εμπόδια που μπορεί να δημιουργεί η εφαρμογή του.

Στόχος της μελέτης είναι η περιγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων ενός δείγματος πληθυσμού από τον Νομό Ηρακλείου της Κρήτης, για τις αυξήσεις στην συμμετοχή των πολιτών στο κόστος, η περιγραφή των επιπτώσεων του μέτρου στη

συμπεριφορά τους ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας και η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων του δείγματος και των κοινωνικο/δημογραφικών τους στοιχείων.

Καθώς κάθε μέτρο που μελετάται πρέπει να γίνεται αντιληπτό μέσα στο ευρύτερο θεωρητικό και κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο που εφαρμόζεται, τα κεφάλαια που ακολουθούν, επεξηγούν εν συντομία το θεωρητικό υπόβαθρο, τις προκλήσεις και ιδιαιτερότητες, της συγκράτησης των δαπανών για την υγεία. Παρέχουν εκτενή αναφορά στην έννοια του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος και των ερευνητικών δεδομένων από την εφαρμογή του. Εξηγούν τις περαιτέρω πιέσεις για συγκράτηση δαπανών που ασκήθηκαν στα συστήματα υγείας από την οικονομική κρίση στην Ευρώπη και παρουσιάζουν την Ελληνική πραγματικότητα μέσα στην οποία το μέτρο υιοθετήθηκε καθώς και τον τρόπο εφαρμογής του. Τέλος, παρουσιάζεται ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης. Ακολουθεί η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας, ενώ στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΤΡΑ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας

Ο όρος «υγεία» αφορά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και περιλαμβάνει τομείς όπως η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας των πολιτών, η αντιμετώπιση των ασθενειών, η φροντίδα των χρονίως πασχόντων και η μείωση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας ενός τόπου [7]. Σύστημα υγείας, είναι ο τρόπος που ένα κράτος οργανώνει την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αφορά το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που συντονισμένα στοχεύουν στην διασφάλιση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού [5].

Η ιστορία ενός τόπου, οι θεσμοί, η κουλτούρα, το νομικό πλαίσιο, οι ικανότητες των κυβερνήσεων, τα δημοσιονομικά ελλείμματα και το επιδημιολογικό, ή το νοσολογικό προφίλ της χώρας, επηρεάζουν την διαμόρφωση του συστήματος υγείας. Ως αποτέλεσμα, μεταξύ των συστημάτων παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς την εμπλοκή του κράτους, το εύρος της κάλυψης, τους κανόνες πρόσβασης, την σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και την δυνατότητα επιλογών του χρήστη [8].

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι δημόσιες και ιδιωτικές. Οι δημόσιες προέρχονται από την φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι ιδιωτικές προέρχονται από τους πολίτες, ιδιωτικές ασφάλειες, εισφορές εργοδοτών σε ιδιωτικές ασφάλειες, δάνεια, ή δωρεές [9].

Με βάση την οργάνωση και την χρηματοδότηση, τα συστήματα διακρίνονται σε δημόσια, ιδιωτικά και κοινωνικής ασφάλισης. Τα δημόσια συστήματα αποσκοπούν στην καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού από τον κρατικό προϋπολογισμό όπως το Βρετανικό σύστημα υγείας, γνωστό ως μοντέλο Beveridge. Τα ιδιωτικά, με κύριο εκπρόσωπο τις ΗΠΑ, ασπάζονται την άποψη ότι το άτομο είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των αναγκών του και επομένως η παροχή των υπηρεσιών υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνισμού και της αγοράς. Κατά συνέπεια στηρίζονται σε εργοδοτική, ή ιδιωτική ασφάλιση και σε ιδιωτική προσφορά υπηρεσιών. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, όπως της Γερμανίας (μοντέλο Bismarck), στηρίζονται σε ασφαλιστικά ταμεία που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων [1].

1.1.1 Βασικές αρχές των συστημάτων υγείας

Η προσπάθεια των συστημάτων να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πληθυσμών στηρίζεται σε πέντε βασικές αρχές: την καθολικότητα (κάλυψη όλων των πολιτών), την ποιότητα (παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας για τους πολίτες), την προσβασιμότητα (άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες, εκεί που βρίσκεται ο πολίτης), την αποτελεσματικότητα (παροχή της πλέον κατάλληλης φροντίδας για την συγκεκριμένη ανάγκη) και την αποδοτικότητα (το μικρότερο δυνατό κόστος). Όλες οι παραπάνω αρχές θα πρέπει, με την σειρά τους, να διαπνέονται από ιδεώδη και κανόνες δικαιοσύνης [10].

1.1.2 Προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας

Η μεγαλύτερη πρόκληση στα οικονομικά της υγείας είναι οι απεριόριστες ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν με περιορισμένους πόρους. Η επιθυμία για διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι υγειονομικές ανάγκες των πολιτών είναι ανεξάντλητες, αλλά οι διαθέσιμοι πόροι δεν είναι. Κατά συνέπεια, όλες οι χώρες καλούνται να πάρουν αποφάσεις για το είδος και το εύρος των αγαθών και υπηρεσιών υγείας που θα παραχθούν (καταναμητική αποδοτικότητα), για τους πόρους που θα χρησιμοποιηθούν (παραγωγική αποδοτικότητα), για το σύνολο των αποδεκτών και τον τρόπο διανομής (διανεμητική δικαιοσύνη) [9]. Το σύστημα για να τοποθετηθεί απέναντι σε αυτά τα ερωτήματα θα πρέπει να κάνει επιλογές. Οι επιλογές είναι εξαιρετικά δύσκολες διότι εμπεριέχουν την έννοια του αποκλεισμού, εφόσον επιλέγοντας ένα τομέα αποκλείεται ή περιορίζεται κάποιος άλλος.

Μια ορθολογική επιλογή πρέπει να στηρίζεται πάνω απ' όλα, σε εκτενή και συστηματική μελέτη του εσωτερικού περιβάλλοντος (θεσμικό πλαίσιο, διαθέσιμοι πόροι, οικονομικά στοιχεία, δείκτες υγείας, επιδημιολογικά και δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού) και του εξωτερικού πλαισίου (μετακινήσεις πληθυσμών, οικονομική κρίση), σε μια διαρκή προσπάθεια πρόβλεψης της προσφοράς και της ζήτησης. Αυτό καθίσταται εξαιρετικά πολύπλοκο καθώς ο τομέας της Υγείας είναι ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο τοπίο. Μερικοί από τους λόγους γι αυτό είναι, η διαρκής εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, η εμφάνιση νέων ασθενειών και θεραπειών, η υπογεννητικότητα και η αύξηση του μέσου όρου ζωής, που έχουν ως αποτέλεσμα, ένα γηράσκοντα πληθυσμό με αυξημένες ανάγκες ιατρικής φροντίδας, τα μεταναστευτικά κύματα, η παγκοσμιοποίηση και η οικονομική κρίση [10].

1.2 Δαπάνες υγείας και μέτρα συγκράτησης δαπανών

1.2.1 Δαπάνες Υγείας

Ο όρος «δαπάνη υγείας» περιλαμβάνει την τιμή (αμοιβές προσωπικού, τιμές προϊόντων, ιατρικών επισκέψεων / εξετάσεων, νοσηλείας) επί την ποσότητα (τον όγκο κατά κεφαλή των ιατρικών πράξεων) [7]. Υπάρχουν δημόσιες δαπάνες που, όπως προαναφέρθηκε, προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές που προέρχονται από τους πολίτες. Οι τελευταίες μπορούν να αφορούν απευθείας πληρωμές σε ιδιώτες προμηθευτές (ιατρούς, νοσοκομεία), ιδιωτική ασφάλιση, θεσμοθετημένες συμπληρωμές (συμμετοχή στο κόστος), ή και άτυπες (φακελάκια) [1].

Η φροντίδα υγείας έχει αναμφίβολα κόστος. Η σχέση όμως, ποιότητας και κόστους δεν φάνηκε να είναι πάντα θετική. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες σχετίζονται θετικά με την βελτίωση της έκβασής της υγείας μέχρι ενός ορίου, πέραν αυτού όμως, η αύξηση στις δαπάνες δίνει οριακά οφέλη. Μελέτες επιβεβαίωσαν ότι μεγάλες αυξήσεις στις δαπάνες υγείας δεν συνοδεύτηκαν από ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού [7]. Βάσει αυτών των δεδομένων δημιουργήθηκε πίεση στα συστήματα υγείας από τις δεκαετίες του 80 και του '90, για τον περιορισμό των δαπανών.

1.2.2 Μέτρα συγκράτησης Δαπανών

1.2.2 α Προσφορά και ζήτηση

Τα μέτρα συγκράτησης δαπανών αφορούν τόσο την προσφορά, όσο και την ζήτηση της υγειονομικής φροντίδας.

Μέτρα που εφαρμόστηκαν για την μείωση της προσφοράς σε διεθνές επίπεδο, είναι η θέσπιση ανώτατου ορίου στις καλυπτόμενες δαπάνες υγείας, οι συγχωνεύσεις ή καταργήσεις μονάδων, οι περιορισμοί στους αποφοίτους ιατρικών σχολών ή ειδικοτήτων και πολιτικές αντικατάστασης δαπανηρών ιατρικών υπηρεσιών με άλλες λιγότερο δαπανηρές, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, αντί για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Από την άλλη, μέτρα που στόχευσαν στον περιορισμό της ζήτησης είναι η αύξηση φόρων και τιμών, η επιλογή της μη συμμετοχής, δηλαδή της μη κάλυψης από την υποχρεωτική

ασφάλιση, το δικαίωμα πληρωμής πολύ χαμηλής εισφοράς στην ασφάλιση και η συμμετοχή χρηστών στο κόστος.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί ότι μελέτες έδειξαν πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και οι εφαρμογές κανόνων αγοράς στα συστήματα υγείας, δεν έφερε τα προβλεπόμενα αποτελέσματα, δηλαδή δεν έδωσαν επαρκή στοιχεία για την συγκράτηση των δαπανών και την βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Αντίθετα, υπάρχουν στοιχεία ότι κάποιες φορές λειτούργησαν ενάντια στην ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού [12]. Οι λόγοι γι αυτό είναι πολλοί. Η εφαρμογή και παρακολούθηση των ρυθμίσεων δημιουργεί αυξημένες διοικητικές δαπάνες. Οι πολίτες δυσκολεύονται να καλύψουν τα έξοδα για την υγεία και απευθύνονται στο σύστημα όταν η υγεία τους είναι επιβαρυνμένη και η φροντίδα της έχει μεγαλύτερο κόστος (νοσοκομείο, αντί για κέντρο υγείας). Επίσης η εφαρμογή κανόνων αγοράς προσκρούει στις ιδιαιτερότητες αυτού καθαυτού του αγαθού υγεία που επηρεάζουν τόσο την ζήτηση όσο και την προσφορά[14] .

1.2.2β Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού “υγεία”

1. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ο καταναλωτής/χρήστης δεν γνωρίζει τι υπηρεσίες χρειάζεται και σε τι ποσότητες. Ο ιατρός κατέχει καλύτερα αυτή την γνώση και μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας για δικό του κέρδος. Η έλλειψη πλήρους πληροφόρησης από την πλευρά του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, ονομάζεται ασύμμετρη πληροφόρηση, και η τεχνητή αύξηση των υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, προκλητή ζήτηση.

2. Οι ασθενείς συχνά δεν καλύπτουν από την τσέπη τους τις χρεώσεις των υπηρεσιών υγείας. Τα καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος. Ως αποτέλεσμα δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την ποσότητα της κατανάλωσης υπηρεσιών και συχνά καταναλώνουν περισσότερα από όσα χρειάζονται. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται ηθικός κίνδυνος.

3. Τέλος, οι αποφάσεις για την χρήση, ή μη, των υπηρεσιών δεν αφορούν μόνο τον χρήστη, διότι το αγαθό υγεία προκαλεί εξωτερικές οικονομίες, δηλαδή υπάρχουν οφέλη, ή κόστη, για τους άλλους πολίτες.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, πολιτικοί της υγείας και επιστήμονες επισημαίνουν ότι τα μέτρα συγκράτησης των δαπανών στην υγεία είναι καλύτερα να απευθύνονται στην προσφορά και όχι στην ζήτηση [12]

2. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

2.1 Ορισμός

Ένα ευρέως διαδεδομένο μέτρο συγκράτησης δαπανών και μείωσης της προκλητής ζήτησης, είναι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, ή αλλιώς οι θεσμοθετημένες συμπληρωμές. Ως συμπληρωμές ορίζονται συγκεκριμένες χρεώσεις για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας, που καταβάλλονται στο σημείο χρήσης. Το ύψος των χρεώσεων και τα είδη των υπηρεσιών που αφορούν, διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Οι συμμετοχές μπορούν να είναι τυποποιημένες πληρωμές για μια υπηρεσία ή προϊόν (συμπληρωμές), ποσοστό επί του συνολικού κόστους (συνασφάλιση) ή προσδιορισμός χρηματικού ορίου μέχρι το οποίο πληρώνει ο ασθενής και πέραν αυτού του ποσού πληρώνει η ασφάλιση (αφαιρετέες πληρωμές) [13].

2.2 Στόχοι

Πρωταρχικοί στόχοι του μέτρου είναι α) η μείωση της ζήτησης και επομένως ο περιορισμός του ηθικού κινδύνου, β) η προαγωγή της έννοιας του συνειδητοποιημένης κατανάλωσης υπηρεσιών και προϊόντων υγείας και γ) η είσπραξη εσόδων για την χρηματοδότηση του συστήματος πέρα από τις ασφαλιστικές εισφορές και τον κρατικό προϋπολογισμό.

Οι υποστηρικτές του μέτρου τονίζουν τις δυνατότητες περιορισμού της ανεύθυνης κατανάλωσης και την δυνατότητα χρησιμοποίησης των εσόδων για την βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος. Υποστηρίζουν ότι χωρίς συμμετοχή οι ασθενείς δεν έχουν κίνητρο να αποφύγουν ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα, ακόμα και όταν αυτά δεν είναι απαραίτητα. Αν όμως αναλάβουν οι ίδιοι μέρος των εξόδων τότε θα λειτουργήσουν πιο προσεκτικά για το τι πληρώνουν. Οι πολέμοι θεωρούν ότι η δυσκολία να καλύψουν τις συμμετοχές μπορεί να οδηγήσει κάποιους ανθρώπους στην αποφυγή ιατρικής φροντίδας που μπορεί να είναι απαραίτητη γι αυτούς. Μπορεί δηλαδή να εμποδίσει την πρόσβαση ομάδων του πληθυσμού, όπως άτομα με χαμηλά εισοδήματα ή χρόνια πάσχοντες, από αναγκαίες ιατρικές πράξεις [3]. Επιπλέον, υποστηρίζουν ότι έχει υψηλό διαχειριστικό και διοικητικό κόστος [3][12]. Τέλος, ότι τα εμπόδια που δημιουργεί στην προσβασιμότητα, οδηγούν τους πολίτες στο σύστημα όταν η υγεία τους είναι ήδη επιβαρυνμένη και τότε η φροντίδα υγείας που απαιτείται είναι υψηλού κόστους. Με αυτό τον τρόπο, τα κέρδη αντισταθμίζονται και το σύστημα μακροπρόθεσμα ζημιώνεται [4]. Ως μέτρο, θεωρείται, αντίστροφα προοδευτικό,

δηλαδή, αν χρησιμοποιείται με οριζόντιο τρόπο, επιβαρύνει περισσότερο τα άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων [13].

2.3 Ερευνητικά δεδομένα

Πληθώρα ερευνών έχει διεξαχθεί στην προσπάθεια να καταγραφούν οι επιπτώσεις από την εφαρμογή του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος. Ήδη από την δεκαετία του '80 έχει φανεί ότι η συμμετοχή των ασθενών επηρεάζει την συμπεριφορά και την στάση τους προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας[14]. Πιο αναλυτικά, οι Shapiro και συν. [15] έδειξαν ότι ασθενείς που πληρώνουν συμπληρωμές είχαν μικρότερη πιθανότητα να επισκεφθούν γιατρό για ήπια συμπτώματα. Αυτό δεν ίσχυε στα σοβαρά συμπτώματα τόσο για άτομα χαμηλού όσο και υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το πείραμα RAND στις ΗΠΑ παρουσίασε στοιχεία ότι η χρέωση μειώνει τόσο την χρήση αναποτελεσματικής όσο και αποτελεσματικής φροντίδας [3].

Υπήρξαν έρευνες που έδειξαν ότι η επιβολή χρέωσης δεν είχε αντίκτυπο στην πιθανότητα πρώτης επίσκεψης σε γιατρό [16], ενώ άλλες παρουσίασαν δεδομένα που δείχνουν ότι ακόμα και μια μικρή συμπληρωμή είναι δυνατόν να προκαλέσει μειώσεις της τάξης του 11% στην πρωτοβάθμια φροντίδα [17].

Το 2004 οι Piette και συν [18] παρουσίασαν στοιχεία ότι η επιβολή συμπληρωμών σε χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης, συμβάλλει στην μειωμένη συμμόρφωση των ασθενών στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Ακόμα και μια μικρή συμπληρωμή ενός ευρώ ανά συνταγή μπορεί να έχει αντίκτυπο στην χρήση των φαρμάκων. Άλλη μελέτη έδειξε, ότι οι συμπληρωμές μειώνουν την κατανάλωση φαρμάκων και μάλιστα ωθούν προς την χρήση των γενοσήμων [19]. Παρότι αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί θετικό στοιχείο ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις υπερκατανάλωσης φαρμάκων, η ίδια μελέτη τονίζει ότι η μείωση παρατηρείται και σε απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή και διακοπές θεραπείας σε χρόνια πάσχοντες. Αυτό επιβεβαιώνεται από έρευνα που έδειξε ότι οι συμπληρωμές μειώνουν την χρήση φαρμάκων που είναι σημαντικά σε ομάδες ασθενών. Οι ερευνητές προτείνουν, τα σημαντικού οφέλους φάρμακα να είναι δωρεάν [20].

Οι Reed και συν. (2005), έδειξαν ότι η εισαγωγή συμπληρωμής για την χρήση των ΤΕΠ, αλλάζει την συμπεριφορά των ασθενών, σπρώχνοντάς τους σε άλλες πηγές φροντίδας.

Μάλιστα στην ίδια μελέτη, το 2% του δείγματος απέφυγε τελείως την φροντίδα και το 9% καθυστέρησε να πάει στα ΤΕΠ [21]. Από την άλλη, άλλες μελέτες παρουσίασαν στοιχεία για το ότι οι μικρές συμπληρωμές μειώνουν την χρήση των ΤΕΠ, χωρίς όμως να αυξήσουν τα ανεπιθύμητα κλινικά γεγονότα [22].

Σε ότι αφορά το ύψος των συμμετοχών, μελέτη του 2012 στον Καναδά, έδειξε ότι οι υψηλότερες συμπληρωμές μείωσαν την χρήση τόσο των περιττών, όσο και των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας, ενώ αυτό δεν ίσχυσε για μη απαραίτητες εισαγωγές στα νοσοκομεία [23]. Στην κατανάλωση φαρμάκων φαίνεται ότι οι ασθενείς όταν είναι αντιμέτωποι με υψηλές συμπληρωμές συμπεριφέρονται όμοια προς την θεραπεία ανεξάρτητα από την χαμηλή ή υψηλή αξία της [24]. Άλλη μελέτη έδειξε ότι όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό της συμμετοχής, τόσο πιο μειωμένη είναι η χρήση προληπτικών υπηρεσιών για τον διαβήτη και τόσο μεγαλύτερα τα μελλοντικά κόστη [25].

Χρήζει πολύ μεγάλης προσοχής το γεγονός ότι πολλές μελέτες δείχνουν ότι δεν επηρεάζονται όλες οι κοινωνικές ομάδες με τον ίδιο τρόπο. Εκτός από τους χρόνια πάσχοντες, όπως τονίστηκε παραπάνω, τα άτομα που επηρεάζονται περισσότερο από την επιβολή των συμμετοχών είναι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος και μεγάλης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, μελέτη έδειξε ότι κυρίως τα φτωχά και ηλικιωμένα άτομα μείωσαν την χρήση υπηρεσιών [26], και άλλη ότι οι ίδιες ομάδες μείωσαν την κατανάλωση αναγκαίων φαρμάκων και επισκέψεων στα ΤΕΠ [27]. Περαιτέρω στοιχεία προέκυψαν για το ότι υπάρχει 11% πιθανότητα μη συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή που προτείνεται από τους ιατρούς σε δημόσια ασφαλισμένους πληθυσμούς [28]. Επίσης έρευνα στην Βουλγαρία, έδειξε μεγάλη αδυναμία πληρωμής κυρίως στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα και στα άτομα χαμηλού εισοδήματος. Ένα ποσοστό περίπου 10% είχε δανειστεί χρήματα για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες [29]. Σαν αποτέλεσμα έχει προταθεί, από ερευνητές, οι χρεώσεις των ασθενών να συνδέονται με εξαιρέσεις για ηλικία και εισόδημα [30].

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η γνώση των συμπληρωμών. Η καλή γνώση του ποσού που καλούνται να καλύψουν οδηγεί τους χρήστες σε ορθότερες αποφάσεις για την χρήση των υπηρεσιών. Όταν είναι αβέβαιοι περιορίζουν την χρήση ή καθυστερούν να απευθυνθούν στις υπηρεσίες [31], [32]. Οι πολίτες δεν έχουν πάντα καλή γνώση των συμμετοχών που καλούνται να πληρώσουν [29].

Η στάση των ατόμων είναι συχνά δύσπιστη για τα αποτελέσματα που μπορεί να φέρει η επιβολή του μέτρου. Τα αποτελέσματα μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα παρότι αποδέχονταν την συμμετοχή, όταν το κόστος ήταν χαμηλό, τηρούσαν στάση δυσπιστίας για το αν θα μπορούσε το μέτρο πραγματικά να ανακόψει τις επιπτώσεις του ηθικού κινδύνου και αν τα έσοδα θα χρησιμοποιούνταν από την κυβέρνηση για την βελτίωση του συστήματος [33].

Ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα είναι πως όταν μαζί με την επιβολή του μέτρου υπήρξαν βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών, η χρήση αυξήθηκε, ακόμα και για τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος [15]. Στην Ουγγαρία, που το μέτρο των συμπληρωμών εφαρμόστηκε το 2007 για ένα χρόνο, επέφερε μείωση στην χρήση των υπηρεσιών της τάξης του 15 με 20% και κατόπιν αποσύρθηκε, οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα δέχονταν να πληρώσουν ένα ποσό αν ήξεραν ότι αυτό θα επενδυόταν στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας [34]. Το ίδιο επιβεβαιώνουν και μελέτες άλλων χωρών [30] [35].

Οι Thomson, Foubister και Mossialos [4], έδειξαν ότι η εφαρμογή του μέτρου αρχικά μειώνει τα έξοδα σε φάρμακα, αλλά αυξάνει την χρήση των ΤΕΠ γιατί τα άτομα αποφεύγουν να πάρουν την απαραίτητη θεραπεία για να μην πληρώσουν τις χρεώσεις. Επίσης, υποστήριξαν ότι το μέτρο είναι δαπανηρό ως προς την οργάνωση, παρακολούθηση και διαχείριση. Θεωρούν επομένως ότι το αποτέλεσμα μπορεί να είναι αναπόφευκτες αυξήσεις για το σύστημα σε μελλοντικό χρόνο και προτείνουν μια πολιτική χρεώσεων που θα καθοδηγεί τον πολίτη μέσα στο σύστημα ωθώντας τον να κάνει χρήση πρώτα της, χαμηλότερου κόστους, πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κάτι τέτοιο για παράδειγμα μπορεί να γίνει αν ο πολίτης δεν πληρώνει για την επίσκεψη του στον ειδικό, μόνον εφόσον έχει παραπεμπτικό από γενικό γιατρό [36].

Συνοψίζοντας, υπάρχουν πολλές έρευνες που δείχνουν ότι η συμμετοχή στο κόστος μπορεί όντως να παίζει ρόλο στην μείωση της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά ταυτόχρονα, μπορεί και να αποτρέψει άτομα από την χρήση απαραίτητων υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να επιφέρει συνολικά μεγαλύτερες αυξήσεις του κόστους της υγειονομικής φροντίδας στο σύστημα στο μέλλον, αν οι πολίτες απευθύνονται στο σύστημα όταν η κατάσταση της υγείας τους είναι πιο σοβαρή. Μαζί με το υψηλό διαχειριστικό του κόστος δημιουργεί σημαντικές αμφιβολίες για το αν πραγματικά μπορεί να παίζει κάποιο ουσιαστικό ρόλο στην συγκράτηση των δαπανών για την υγεία. Το μέτρο δεν πλήττει όλο τον πληθυσμό με τον ίδιο τρόπο. Οι ομάδες που περισσότερο πλήττονται από τη εφαρμογή του μέτρου είναι οι χρόνια

πάσχοντες, ηλικιωμένοι και τα άτομα χαμηλού εισοδήματος. Η καλή γνώση του μέτρου και των επιμέρους χρεώσεων και η παρουσία έμπρακτων αποδείξεων ότι οι χρεώσεις επενδύονται εκεί που συγκεντρώνονται, βελτιώνουν την χρήση και μοιάζει να επηρεάζουν θετικά, αίροντας τις αμφιβολίες και τις αντιστάσεις του πληθυσμού.

3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 έπληξε όλα τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη και δημιούργησε επιπρόσθετες πιέσεις για περικοπές. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας και στροφή των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες. Πληθώρα μελετών, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας συνδέεται με αύξηση ψυχικών διαταραχών, προβλήματα εθισμού σε ουσίες, αυτοκτονίες (αύξηση ανεργίας κατά 1% συνδέεται με αύξηση αυτοκτονιών κατά 0,8%), θνησιμότητα (κατά 2,8%), υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και πλημμελή φροντίδα της υγείας [37]. Η πίεση στα συστήματα υγείας έγινε εντονότερη στην προσπάθεια να διαχειριστούν περισσότερο αυξημένες ανάγκες και ζήτηση, με ακόμα λιγότερους πόρους [38].

Κάποιες χώρες μείωσαν κι άλλο τις δημόσιες δαπάνες (Ελλάδα, Πορτογαλία), ενώ άλλες (Ισπανία, Ιταλία) τις αύξησαν. Αντίστοιχα, κάποιες χώρες (Γερμανία) επέκτειναν το νομοθετικό πλαίσιο για την ασφάλιση, ώστε να καλύψει το σύνολο του πληθυσμού ή προσέφεραν ιδιωτικού τύπου παροχή υπηρεσιών υπό κρατικό έλεγχο (Γαλλία) [1]. Συνολικά υπήρξε προσπάθεια μείωσης των νοσοκομειακών δαπανών που έχουν υψηλό κόστος και επένδυσης στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα [8].

Παράλληλα, το Συμβούλιο της Ευρώπης σε δύο ψηφίσματα, το 1994/2012 και το 1946/2013, αναγνώριζε τα αρνητικά αποτελέσματα που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας σε πολλά κράτη-μέλη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας και καλούσε όλα τα μέλη, μεταξύ άλλων, να βεβαιωθούν ότι το κόστος της περίθαλψης δεν αποτρέπει τους πολίτες από την πρόσβαση σε αυτήν. Τέλος, επιστούσε την προσοχή στο ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση επηρεάζουν ειδικά τις ευπαθείς ομάδες όπως ανέργους, ηλικιωμένους, παιδιά, χρόνια πάσχοντες και μετανάστες, αποτρέποντάς τους από την έγκαιρη φροντίδα της υγείας τους, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε δημόσιο επίπεδο [39].

4. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Σύντομη περιγραφή του συστήματος

Το σύστημα υγείας της χώρας περιλαμβάνει στοιχεία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι αποφάσεις παίρνονται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας και πρόσβαση στο σύστημα έχουν όλοι οι πολίτες με βάση την υπηκοότητα και την απασχόληση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 και προσφέρει κυρίως πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα [8].

Υπάρχει ανισότητα στην κατανομή πόρων μεταξύ αστικών κέντρων και περιφέρειας, με τους περισσότερους πόρους να είναι συγκεντρωμένοι στα μεγάλα αστικά κέντρα [2]. Ο Ιδιωτικός τομέας είναι επίσης περισσότερο ανεπτυγμένος στα αστικά κέντρα και προσφέρει πρωτίστως πρωτοβάθμια φροντίδα. Δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που να επιτρέπει τον συντονισμό δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία [13].

Η χρηματοδότηση είναι δημόσια και ιδιωτική. Το σύστημα αντλεί έσοδα από την γενική φορολογία, τα ασφαλιστικά ταμεία και ιδιωτικά έσοδα με την μορφή συμμετοχής στο κόστος. Η φορολογία αντλεί έσοδα από τον φόρο εισοδήματος (άμεση φορολογία) και από συναλλαγές και προϊόντα (έμμεση φορολογία). Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ΕΟΠΠΥ και εναπομείναντα ταμεία) έχουν έσοδα από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Η φορολογία καλύπτει την μισθοδοσία των εργαζομένων και μέρος των λειτουργικών δαπανών των μονάδων και τα ταμεία χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας [1].

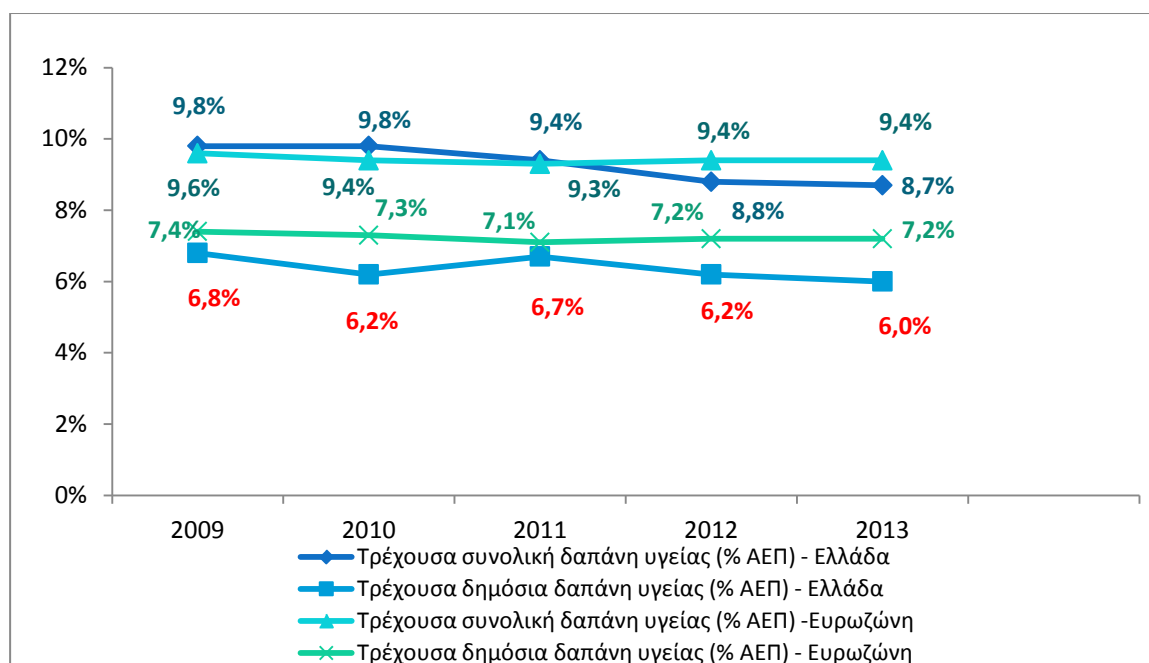
Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν απευθείας πληρωμές σε ιδιώτες προμηθευτές (ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία), ιδιωτική ασφάλιση και θεσμοθετημένες συμπληρωμές (συμμετοχή στο κόστος). Ένα μικρό ποσοστό (κάτω του 5%) είναι ιδιωτικές ασφαλίσεις [13]. Μέτρα ελέγχου και αξιολόγησης είναι ανεπαρκή ή δεν εφαρμόζονται και έτσι στο σύστημα παρατηρείται εκτεταμένη σπατάλη, φοροδιαφυγή και παραοικονομία. Περίπου 12% των συνολικών δαπανών υγείας είναι φακελάκια ή πληρωμές χωρίς απόδειξη[5].

4.2 Η Οικονομική Κρίση και τα μέτρα συγκράτησης δαπανών

Στην Ελλάδα οι μνημονιακές υποχρεώσεις επέβαλλαν δραστική μείωση της δημόσιας δαπάνης στην υγεία στο 6% του ΑΕΠ, περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στο 1% του ΑΕΠ, αύξηση της συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων και μείωση των δαπανών λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα [38].

Ως αποτέλεσμα, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στο 8,29 του ΑΕΠ το 2014, από 9,6 το 2009 [41]. Η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε στο 59,7% το 2014 (μείωση κατά 12,4% από το 2013), ενώ η ιδιωτική αυξήθηκε σε 39% το 2014 από 35,6 το 2013 (υψηλότερη θέση στην Ευρώπη) [42] (Γράφημα 4.1). Η προσπάθεια περικοπής δαπανών περιέλαβε πολλά οριζόντια μέτρα όπως περικοπές μισθών ή εισιτήρια εισόδου στις μονάδες του ΕΣΥ και σε διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε με μέτρα συμμετοχής στο κόστος. Επίσης, προχώρησε η συνταγογράφηση γενοσήμων και τέθηκαν όρια στους ιατρούς στη μηνιαία συνταγογράφηση και στον αριθμό των επισκέψεων. Στα ασφαλιστικά ταμεία συσσωρεύτηκαν ελλείμματα και πολλά δημόσια νοσοκομεία παρουσίασαν σημαντικές ελλείψεις [7].

Γράφημα 4.1 Η εξέλιξη της τρέχουσας δαπάνης υγείας σε Ελλάδα vs Ευρωζώνης ως % του ΑΕΠ



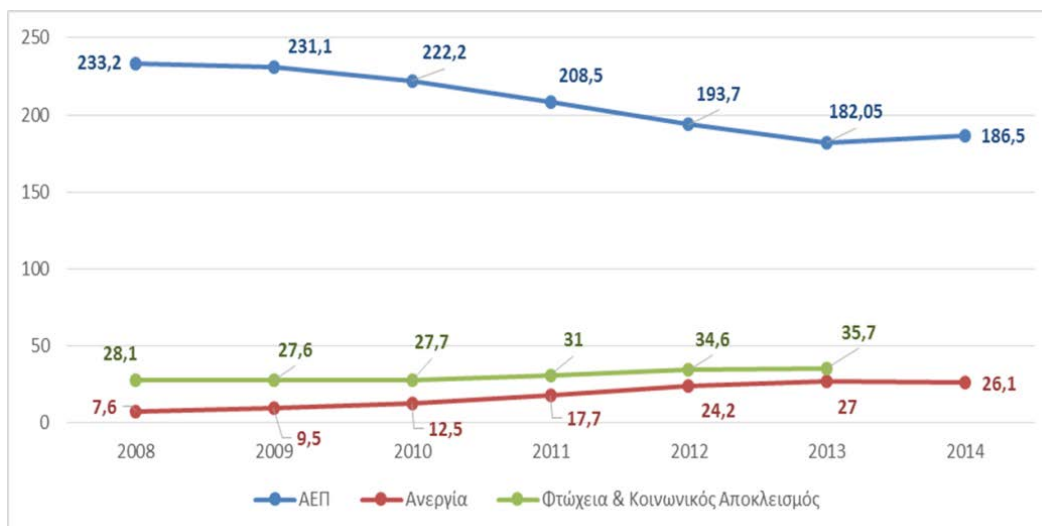
Πηγές: ΟΟΣΑ, 2015/ ΕΛΣΤΑΤ, 2015

Υπήρξε παράλληλα πρόοδος σε κάποιους τομείς: α) γίνεται καλύτερη και πιο αξιόπιστη καταγραφή στοιχείων (Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, ΕΛΣΤΑΤ) για να φανούν οι τομείς στους οποίους μπορεί να γίνει εξοικονόμηση χρημάτων, β) η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η ανάπτυξη, έστω και μερικώς, πληροφορικών συστημάτων Νοσοκομείου βοηθούν σε καλύτερο έλεγχο και συντονισμό [45] γ) η συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα (ΕΟΠΥΥ) συμβάλλει στην εξάλειψη των ανισοτήτων μεταξύ των ασφαλισμένων και δ) ο νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΕΔΥ) είναι σημαντικό βήμα για την ενοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας .

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι χρειάζονταν αλλαγές στο σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από την κρίση. Τα μέτρα όμως που εφαρμόστηκαν, ακολούθησαν μια οικονομικο/λογιστική λογική που άφησε έξω την έννοια ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας. Οι περισσότερες αλλαγές έγιναν χωρίς σχεδιασμό και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής τους.

Τα αποτελέσματα ήταν επώδυνα (Γράφημα 4.2).

Γράφημα 4.2 Η εξέλιξη του ΑΕΠ (σε δις Ευρώ), της Ανεργίας (% του δυνητικά εν ενεργεία πληθυσμού) της Φτώχειας και Κοινωνικού Αποκλεισμού(% στο σύνολο του πληθυσμού)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2015.

4.3 Επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού

Ανεργία και φτώχεια: Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία τα ποσοστά ανεργίας όταν ξεκίνησε η οικονομική κρίση ήταν 9,5% και έως το 2015 έφθασαν το 26% [46]. Το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται στα όρια της φτώχειας είναι 35,7% και το ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας αυξήθηκε από 20,1 το 2010 σε 42,7% το 2015 [46] (Γράφημα 4.2).

Αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας: Σημειώθηκε αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας, επανεμφάνιση της ελονοσίας και νέων ασθενειών όπως ο πυρετός του Δυτικού Νείλου και αύξηση οροθετικών για τον ιό AIDS/HIV [41]. Το ποσοστό μείωσης των δεικτών θνησιμότητας από καρκίνο κατά την τελευταία δεκαετία ήταν πολύ χαμηλό (3%) σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (14%). Αυξήθηκε το ποσοστό των ατόμων που πληρούσαν κλινικά κριτήρια κατάθλιψης και τα ποσοστά των αυτοκτονιών [47].

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ η Ελλάδα έχει υψηλά ποσοστά θανάτων από παθήσεις του κυκλοφορικού και από τροχαία ατυχήματα. Η παχυσαρκία υπερβαίνει τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ενώ στο κάπνισμα έχουμε τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος μετά την Ρωσία [47].

Αύξηση ανισοτιμιών στην υγεία μεταξύ κοινωνικών ομάδων: Παρότι στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη στοιχείων για δείκτες υγείας ανά κοινωνικοοικονομική κατηγορία [7], υπάρχουν δεδομένα που μας δείχνουν ότι οι ανισοτιμίες μεταξύ των κοινωνικών ομάδων οξύνθηκαν. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, το 20% των πλουσιότερων Ελλήνων, έχει 6,6 φορές υψηλότερο εισόδημα από το 20% των φτωχότερων πολιτών. Οι ιδιωτικές πληρωμές στην Ελλάδα, που είναι ιδιαίτερα υψηλές, επιβαρύνουν κυρίως τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος και τους χρόνια πάσχοντες. Πολλές μονάδες υπολειτουργούν και κυρίως πολίτες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, έχουν δυσκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες. [4]

Ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού, όπως άνεργοι ή παράνομοι μετανάστες αποκλείστηκε από ασφαλιστική κάλυψη. Τα μέτρα που είχαν προταθεί για την διεύρυνση της δυνατότητας κάλυψης ήταν ασαφή και ανεπαρκή [4]. Πολύ πρόσφατα υπήρξε ρύθμιση για κάλυψη των ανασφαλιστών. Το πρόβλημα της προσφυγικής κρίσης στην χώρα μας παραμένει ανοικτό.

5. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος σε μια χώρα εκτεταμένης σπατάλης στον χώρο της υγείας και αδυναμίας ελέγχου και συγκράτησης της προκλητής ζήτησης [48], εκ πρώτης όψεως φαίνεται να έχει λόγο εφαρμογής.

Στην Ελλάδα, υπήρχαν θεσμοθετημένες χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ και πριν από την κρίση, αλλά δεν ήταν υψηλές. Τα μέτρα όμως και οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν αυτή την περίοδο τις αύξησαν και αφορούσαν [14]:

Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Από τον Ιανουάριο του '11 αυξήθηκαν σε 5 ευρώ, από 3. Από την πληρωμή εξαιρέθηκαν τα άτομα που θεωρούνταν επείγοντα περιστατικά, οι κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας, ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, οι πολιτικοί πρόσφυγες και αλλοδαποί που έχουν ζητήσει άσυλο.

Ταυτόχρονα, η συμμετοχή των 5 ευρώ επιβλήθηκε και στα κέντρα υγείας. Εξαιρέθηκαν όσοι επισκέπτονταν τα κέντρα υγείας για προληπτικούς και προσυμπτωματικούς ελέγχους, τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας πάνω από 67% και οι χρόνια πάσχοντες.

Το 2014 προστέθηκε το ποσό των 25 ευρώ για την εισαγωγή στο νοσοκομείο, αλλά το μέτρο αποσύρθηκε γρήγορα, διότι υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από επαγγελματίες υγείας και τα κόμματα της αντιπολίτευσης.

Επίσης από το 2014 προστέθηκε 1 ευρώ για κάθε συνταγή.

Τον Απρίλιο του 2015 καταργήθηκε η συμμετοχή των 5 ευρώ σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ΤΕΙ νοσοκομείων.

Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ιδιωτικές πληρωμές που αφορούν έξοδα για νοσηλεία σε ανώτερη θέση από αυτή που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας ή πληρωμές για ορισμένα φάρμακα και ορισμένες εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις.

Το 2010, εφαρμόστηκε η ολοήμερη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ώστε να μπορούν πλέον οι πολίτες να πραγματοποιούν επισκέψεις σε εξειδικευμένους γιατρούς, διαγνωστικές εξετάσεις και επεμβατικές πράξεις, στα δημόσια νοσοκομεία. Η δαπάνη όμως για την επίσκεψη, τις εξετάσεις και τις θεραπευτικές και τις επεμβατικές πράξεις που πραγματοποιούνται εκτός του τακτικού ωραρίου στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας είναι ιδιωτική και βαραίνει τον ασθενή.

Στα συνταγογραφούμενα φάρμακα το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών είναι 25%. Η συμμετοχή αυξήθηκε σε κάποια κατά 13 έως 18%, ανάλογα με το φάρμακο. Ο αριθμός των φαρμάκων που απαλλάσσεται από την συμμετοχή στο κόστος μειώθηκε από 13% το 2012, σε 8% το 2013. Υπήρξε βέβαια μείωση των τιμών σε κάποια φάρμακα, αλλά θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και η μείωση των εισοδημάτων των πολιτών [49].

Αυξήθηκε το κόστος για οδοντιατρικές θεραπείες. Τα ποσοστά συμμετοχής κυμάνθηκαν από 0-40%, ενώ κάποιες υπηρεσίες (όπως η προσθετική οδοντιατρική) αφαιρέθηκαν από τη λίστα των ασφαλιστικών ταμείων. [2].

Πρόσφατη μελέτη στην χώρα μας έδειξε ότι η εισπραξη του εξέταστρου των 5 ευρώ στα Κέντρα Υγείας δεν ήταν οικονομικά βιώσιμη, διότι το κόστος των διοικητικών εξόδων για την εφαρμογή του υπερέβαινε τις εισπράξεις [50]. Είναι επομένως πολύ σημαντικό, οι αλλαγές στο σύστημα να μην γίνονται πρόχειρα και σπασμωδικά, αντιγράφοντας μεθόδους που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες.

Οι αυξήσεις αυτές, που υπόκεινται σε συνεχείς αλλαγές, συμβαίνουν την ίδια στιγμή που η φτώχεια και η ανεργία αυξάνει, τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού επιδεινώνονται και οι ανισότητες μεταξύ ομάδων του πληθυσμού βαθιάινουν. Καθώς δηλαδή η δημόσια δαπάνη για την υγεία μειώνεται, τα βάρη μετακυλούν στους πολίτες.

Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας στην χώρα μας, απαιτεί κάθε μέτρο που εφαρμόζεται να ελέγχεται, βάσει τεκμηριωμένων μελετών, για τις επιπτώσεις που επιφέρει στο σύστημα και στην υγεία του πληθυσμού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν η μελέτη της άποψης των χρηστών ως προς το μέτρο των αυξήσεων στη συμμετοχή στο κόστος, διότι

- η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας στην χώρα μας επιβάλλει μια συνεχή και πολύπλευρη ανατροφοδότηση στοιχείων,
- η άποψη των πολιτών αποτελεί πολύτιμο στοιχείο για την διαμόρφωση πολιτική υγείας κάθε τύπου,
- το συγκεκριμένο μέτρο, για να επιτελέσει το ρόλο του ως «οδηγό» σε περισσότερο συνειδητοποιημένη κατανάλωση, προϋποθέτει γνώσεις και αποδοχή από μέρους των πολιτών,
- τέλος, το μέτρο έχει συνδεθεί με προβλήματα προσβασιμότητας ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και πρέπει να δοθεί έμφαση στην άποψη των χρηστών ως προς τα εμπόδια που μπορεί να δημιουργεί η εφαρμογή του.

Πιο συγκεκριμένα στόχοι της μελέτης είναι: α) η περιγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων ενός δείγματος πληθυσμού από τον Νομό Ηρακλείου της Κρήτης για τις αυξήσεις στην συμμετοχή στο κόστος, β) η περιγραφή των επιπτώσεων του μέτρου στη συμπεριφορά τους ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας και γ) η διερεύνηση σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων των πολιτών και των κοινωνικο/δημογραφικών τους στοιχείων.

Ως επιμέρους στόχο η παρούσα εργασία είχε τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο.

7. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1 Πληθυσμός

Ο μελετώμενος πληθυσμός (δείγμα ευκολίας), ήταν ασθενείς άνω των 18, ασφαλισμένοι στο δημόσιο, ή με υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων, που είχαν μόλις απευθυνθεί σε Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας ή σε γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα έλαβαν μέρος ασθενείς του Κέντρου Υγείας Χάρακα, ασθενείς που εξέρχονταν από τα δύο μεγάλα Νοσοκομεία του Ηρακλείου (Βενιζέλειο και ΠΑΓΝΗ) και άτομα που είχαν μόλις επισκεφθεί γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ. Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκαν άδειες από τις αρμόδιες υπηρεσίες, όπου αυτό ήταν απαραίτητο (παράρτημα).

7.2 Ερωτηματολόγιο

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις αποτελούμενο από τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα υπήρχαν γενικές ερωτήσεις για την υγεία των ατόμων, στην δεύτερη οι ερωτήσεις αφορούσαν τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τους για τα τέλη, στην Τρίτη την χρήση από μέρους τους των υπηρεσιών υγείας και στην τέταρτη κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.

Οι κλειστού τύπου ερωτήσεις επελέγησαν διότι διευκολύνουν την μέτρηση και την σύγκριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις (όπου οι συμμετέχοντες αποτυπώνουν ελεύθερα την δική τους απάντηση), οι οποίες συχνά δημιουργούν προβλήματα ερμηνείας και κωδικοποίησης των απαντήσεων [51].

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από ομάδα ερευνητών από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Πανεπιστήμιο Αθηνών. Πιο συγκεκριμένα, στην δημιουργία του συμμετείχαν οι καθηγητές κ. Μ. Θεοδώρου, και η κ. Δ. Καϊτελίδου, ο επιδημιολόγος ερευνητής κ. Π. Γαλάνης. Στις τροποποιήσεις της παρούσης μελέτης συμμετείχε και η ερευνήτρια Αναστασία Διακάτου.

7.3 Πιλοτική φάση

Αρχικά έλαβε χώρα μια πιλοτική φάση κατά την οποία το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 20 άτομα για την διερεύνηση δυσκολιών στην συμπλήρωσή του. Η πιλοτική φάση οδήγησε σε μικρές αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα, αφαιρέθηκαν ερωτήσεις για να μην είναι ιδιαίτερα χρονοβόρο και άλλαξε η εκφώνηση ερωτήσεων για να γίνουν πιο κατανοητές.

7.4 Έλεγχος αξιοπιστίας

Προκειμένου να διερευνηθεί η αξιοπιστία του εργαλείου, ακολούθησε ένα τεστ αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 30 άτομα τα οποία σε διάστημα μιας εβδομάδας – έως 10 ημερών θα έπρεπε να συμπληρώσουν το διορθωμένο πια ερωτηματολόγιο δύο φορές (test – retest).

Στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος McNemar, με τιμές $p > 0,05$ να δηλώνουν την ύπαρξη αξιοπιστίας για τις αντίστοιχες ερωτήσεις. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι τιμές p για τις κατηγορικές μεταβλητές. Σε τις ερωτήσεις προέκυψε $p > 0,05$ γεγονός που δηλώνει την υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (πίνακας 7.1).

Στην περίπτωση των διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, με τιμές $p < 0,05$ να δηλώνουν την ύπαρξη αξιοπιστίας για τις αντίστοιχες ερωτήσεις. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ήταν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης τόσο μεγαλύτερη ήταν και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι τιμές p και οι συντελεστές συσχέτισης για τις διατάξιμες μεταβλητές. Σε όλες τις ερωτήσεις εκτός από μια προέκυψε $p < 0,05$ γεγονός που δηλώνει την υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (πίνακας 7.2).

Πίνακας 7.1. Αξιοπιστία των κατηγορικών μεταβλητών

Ερώτηση	Τιμή ρ
7	0,5
8	1
9	1
10.1	0,6
11.1	1
11.2	0,3
11.3	0,4
11.4	1
12.1	0,5
12.2	0,5
12.3	ΜΥ
12.4	0,3
12.5	1
12.6	ΜΥ
13	1
15	1
16	ΜΥ
18	ΜΥ
19	1
20	ΜΥ
21	1
22	ΜΥ
23	ΜΥ
25.1	1
25.2	1
25.3	1
25.4	1
25.5	1
25.6	1
26	1

ΜΥ: μη υπολογίσιμο εξαιτίας περιορισμένης μεταβλητότητας των δεδομένων

Πίνακας 7.2. Αξιοπιστία των διατάξιμων μεταβλητών

Ερώτηση	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	Τιμή p
5	0,71	<0,001
6	0,76	<0,001
17	0,57	<0,001
24.1	0,78	<0,001
24.2	0,57	<0,001
24.3	0,61	<0,001
24.4	0,41	<0,001
24.5	0,66	<0,001
24.6	0,44	<0,001
24.7	0,22	0,2

Συνολικά το ερωτηματολόγιο εμφάνιζε εξαιρετική αξιοπιστία σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων.

7.5 Συλλογή Δεδομένων

Η πιλοτική φάση και το τεστ αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκαν την περίοδο Μαΐου – Ιουνίου 2015.

Τα ερωτηματολόγια για το κύριο μέρος της έρευνας χορηγήθηκαν την περίοδο Σεπτεμβρίου – Νοεμβρίου.

Τα άτομα ενημερώνονταν με γραπτό και προφορικό τρόπο για τους σκοπούς της έρευνας και τους τρόπους διασφάλισης της ανωνυμίας τους. Εφόσον συμφωνούσαν να λάβουν μέρος, συμπλήρωναν οι ίδιοι το ερωτηματολόγιο (πληροφορημένη συγκατάθεση). Στον χώρο παρέμενε διακριτικά ο ερευνητής, ώστε να είναι δυνατή, εάν προέκυπτε ανάγκη, η παροχή διευκρινίσεων. Για την μεγαλύτερη διασφάλιση του απορρήτου, οι ασθενείς αφού συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο το έκλειναν σε φάκελο που παρείχε ο ερευνητής και το τοποθετούσαν σε ειδικά κατασκευασμένο κουτί που περιείχε άλλα παρόμοια. Στόχος ήταν η μικρότερη δυνατή συμμετοχή του ερευνητή κατά την συμπλήρωσή του, ώστε το άτομο να νιώθει ελεύθερο να εκφράσει την άποψή του.

Από τα 316 ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν, στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 200. Από τα υπόλοιπα 115 ερωτηματολόγια, 9 ακυρώθηκαν γιατί τα άτομα ήταν τελείως ανασφάλιστα και 107 γιατί είχαν αφήσει πάρα πολλά κενά, ή δεν είχαν συμπληρώσει τις ερωτήσεις που αφορούν τα κριτήρια επιλογής.

7.6 Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19.

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος.

Για την εκτίμηση της ύπαρξης συσχέτισης των απαντήσεων του δείγματος με τα χαρακτηριστικά του, χρησιμοποιήθηκε ο X^2 έλεγχος ανεξαρτησίας για ποιοτικά χαρακτηριστικά (πχ φύλο, επάγγελμα κλπ) και οι έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney για ποσοτικά χαρακτηριστικά (πχ ηλικία, μηνιαίο εισόδημα), εφόσον αυτά δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή (ελέγχθηκε με Kolmogorov-Smirnov και QQ-plots).

7.7 Περιορισμοί

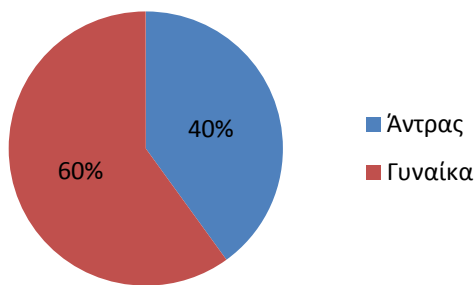
Είναι σημαντικό να επισημανθούν οι περιορισμοί της παρούσης μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας για επίσπευση της διαδικασίας, αλλά το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου του πληθυσμού στο Νομό. Η έμφαση της παρούσας μελέτης ήταν στην προσπάθεια απόσπασης ειλικρινών απαντήσεων σε προσωπικές ερωτήσεις, γι αυτό δεν επελέγη η μέθοδος της συνέντευξης, αλλά του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο έχει συνήθως μειωμένη ανταποκρισιμότητα. Κατά συνέπεια το δείγμα της μελέτης είναι σχετικά μικρό σε αριθμό. Οι χρονικοί περιορισμοί ολοκλήρωσης της εργασίας δεν επέτρεπαν την επέκταση της προσπάθειας συλλογής των ερωτηματολογίων.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

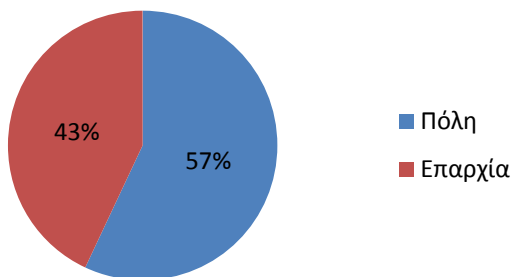
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

8.1 Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος:

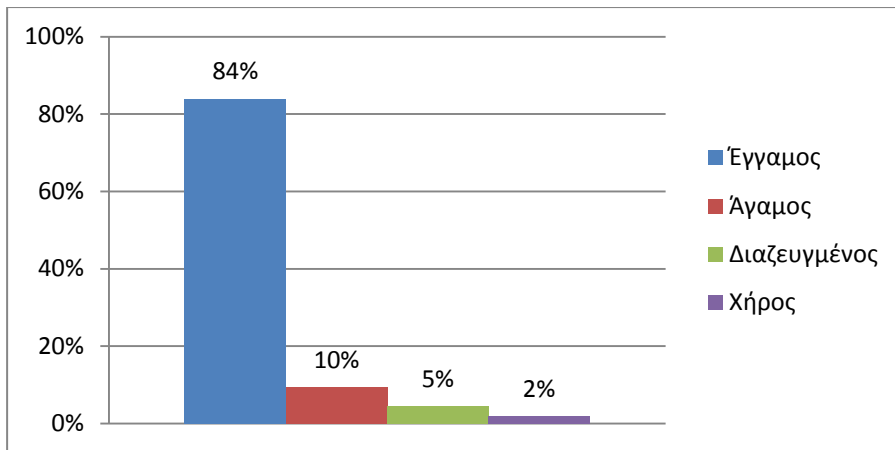
Οι περισσότεροι των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (60%) (γράφημα 8.1), διέμεναν στην πόλη του Ηρακλείου (57%) (γράφημα 8.2), ήταν παντρεμένοι (84%) (γράφημα 8.3), και Ελληνικής υπηκοότητας (98,49%).



Γράφημα 8.1: Φύλο

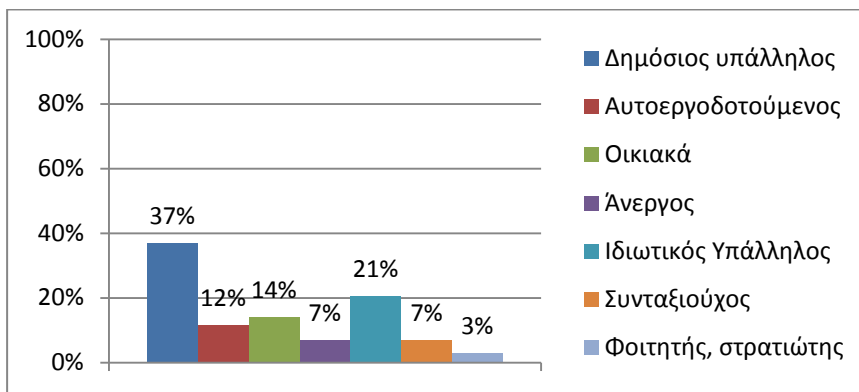


Γράφημα 8.2: Διαμονή στο Ν. Ηρακλείου



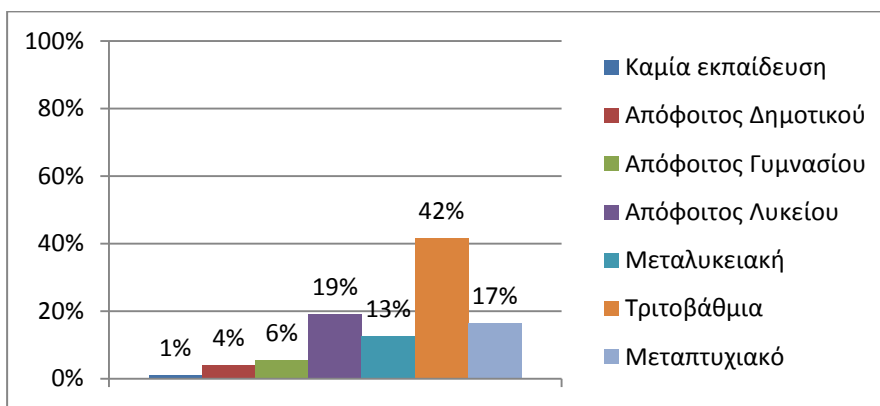
Γράφημα 8.3: Οικογενειακή κατάσταση

Σε ότι αφορά την απασχόληση, 37% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 20,5% ιδιωτικοί υπάλληλοι, 14% ασχολούνταν με τα οικιακά, 11,5% ήταν αυτοεργοδοτούμενοι και 7% ήταν συνταξιούχοι (γράφημα 8.4).



Γράφημα 8.4: Επάγγελμα

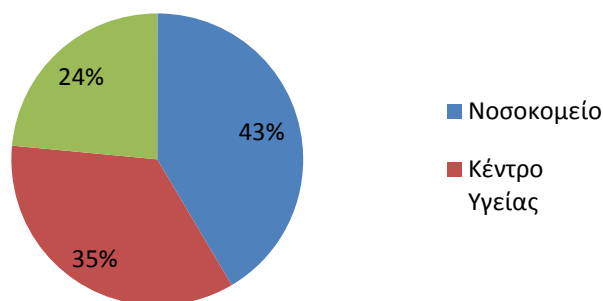
Οι περισσότεροι (41,5%) είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση, 16,5% κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο, ενώ το 19% ήταν απόφοιτοι λυκείου (γράφημα 8.5).



Γράφημα 8.5: Επίπεδο Εκπαίδευσης

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43 έτη, ενώ το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα τα 1836 ευρώ (εύρος 300 – 5000).

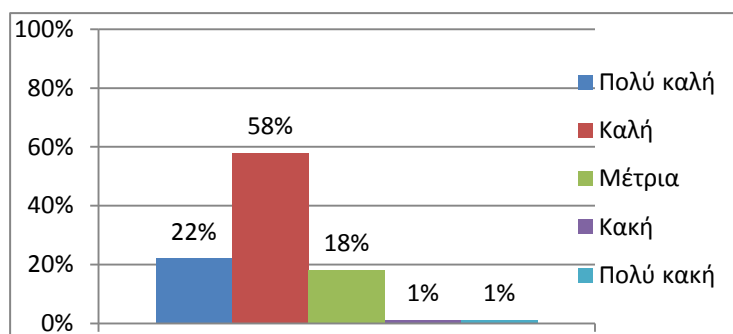
Το 41,5% του δείγματος είχε μόλις επισκεφθεί νοσοκομειακή μονάδα υγείας, το 35% κέντρο υγείας και το 23,5% ιατρό του ΕΟΠΥΥ (γράφημα 8.6). Η συντριπτική πλειοψηφία (94,5%) είχε ασφαλιστική κάλυψη. Μόνο 13 άτομα του δείγματος είχαν ασφαλιστική κάλυψη μέσω του νόμου που επιτρέπει την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και μόνο 14 άτομα εξαιρεθεί από μερικές πληρωμές.



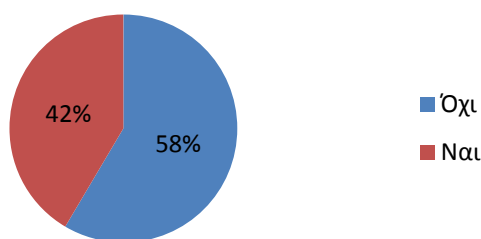
Γράφημα 8.6: Μονάδα Υγείας κατά την χορήγηση του ερωτηματολογίου

8.2 Χαρακτηριστικά της υγείας του δείγματος

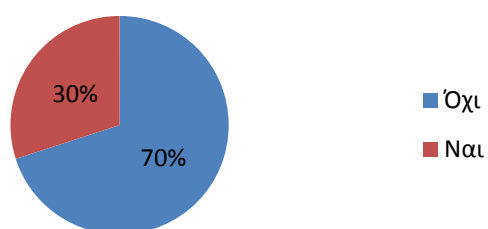
Το 58% του δείγματος δήλωσε ότι η υγεία τους είναι σε γενικές γραμμές καλή, το 41,5% ότι ακολουθεί κάποια θεραπεία και το 30% ότι έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας (γραφήματα 8.7, 8.8, 8.9)



Γράφημα 8.7: Απαντήσεις στην ερώτηση «Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;»



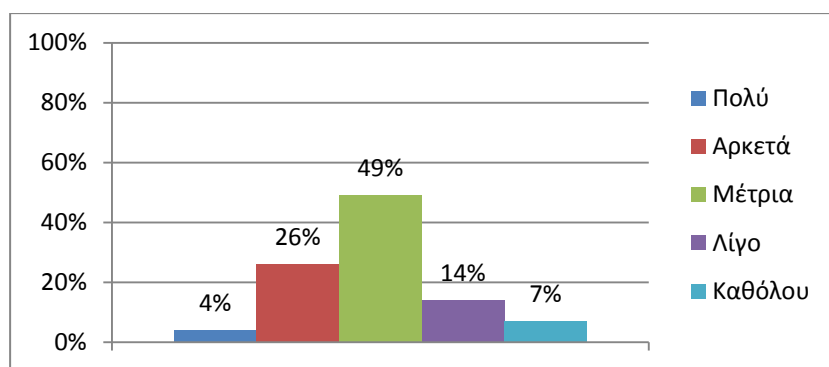
Γράφημα 8.8: Απαντήσεις στην ερώτηση «Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;»



Γράφημα 8.9: Απαντήσεις στην ερώτηση «Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας;»

8.3 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Το 49% είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 26% αρκετά, από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Ένα μικρό ποσοστό 4% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο (γράφημα 8.10)



Γράφημα 8.10: Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;

8.4 Γνώσεις του δείγματος αναφορικά με το μέτρο των συμμετοχών.

Το 78% του δείγματος δεν γνωρίζει, ή απαντά λάθος ότι πρέπει να πληρώνει συμμετοχή (εξέταστρο) όταν επισκέπτεται γιατρούς του δημοσίου (σε ποσοστά 15,2% και 62,8% αντίστοιχα). Η πλειοψηφία (64,8%) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν γνωρίζει το ποσοστό/ποσό συμμετοχής που πρέπει να πληρώσει για να λάβει φάρμακα, ούτε το ποσό που πρέπει να πληρώσει ανά συνταγή (73,96%) (πίνακας 8.1).

Είναι βέβαια σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι από αυτούς που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν το ποσοστό στα φάρμακα και το ποσό ανά συνταγή, το 39,3% και το 27,8% αντίστοιχα, μαντεύουν σωστά. Συνολικά, το 58,1% όλου του δείγματος υπολογίζει σωστά το ποσοστό για τα φάρμακα και το 45% το ποσό για κάθε συνταγή.

Πίνακας 8.1: Γνώσεις του δείγματος αναφορικά με το μέτρο των συμμετοχών

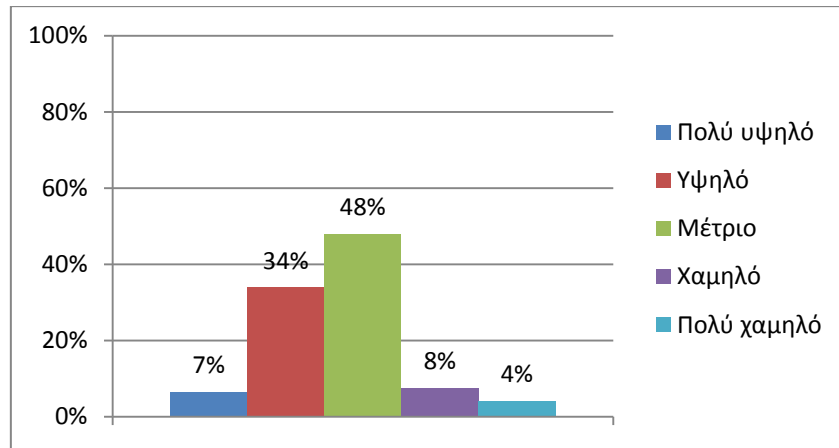
Ερωτήσεις		N (%)
Ξέρετε αν πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή (εξέταστρο) κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου (πχ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας) για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;	Δεν πληρώνω	44 (22,00%)
	Δεν ξέρω / πληρώνω	156 (78,00%)
Ξέρετε πόσο είναι το ποσοστό συμμετοχής που πρέπει να πληρώσετε, για να λάβετε τα φάρμακά που σας έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός σας;	Δεν το ξέρω	127 (64,80%)
	Το ξέρω	69 (35,20%)
Ξέρετε πόσο είναι το πάγιο ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή, πέραν του ποσοστού συμμετοχής των φαρμάκων;	Δεν το ξέρω	145 (73,98%)
	Το ξέρω	51 (26,02%)

Στο σύνολο του δείγματος, ένα ποσοστό 21,03% δηλώνει ότι πλήρωσε επίσκεψη στον γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας, και το 47,92% ότι πλήρωσε για την εργαστηριακή ανάλυση σε μικροβιολογικό εργαστήριο, ή άλλο διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ.

Το 38,78% δηλώνει ότι πλήρωσε για επίσκεψη σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ για συνταγογράφηση. Ενδιαφέρον είναι ότι το 66,2% από τα άτομα που δήλωσαν ότι πλήρωσαν σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, ανέφερε ότι το ποσό ήταν 10 ευρώ.

8.5 Εκτίμηση του δείγματος για το ύψος του ποσού

Η άποψη των περισσότερων ατόμων (47,98%) για το ύψος του ποσού που καλούνται να πληρώσουν με βάση την οικονομική τους κατάσταση, είναι πως αυτό είναι μέτριο. Το 33,84% το θεωρεί υψηλό, και το 6,57% πολύ υψηλό (γράφημα 8.11).

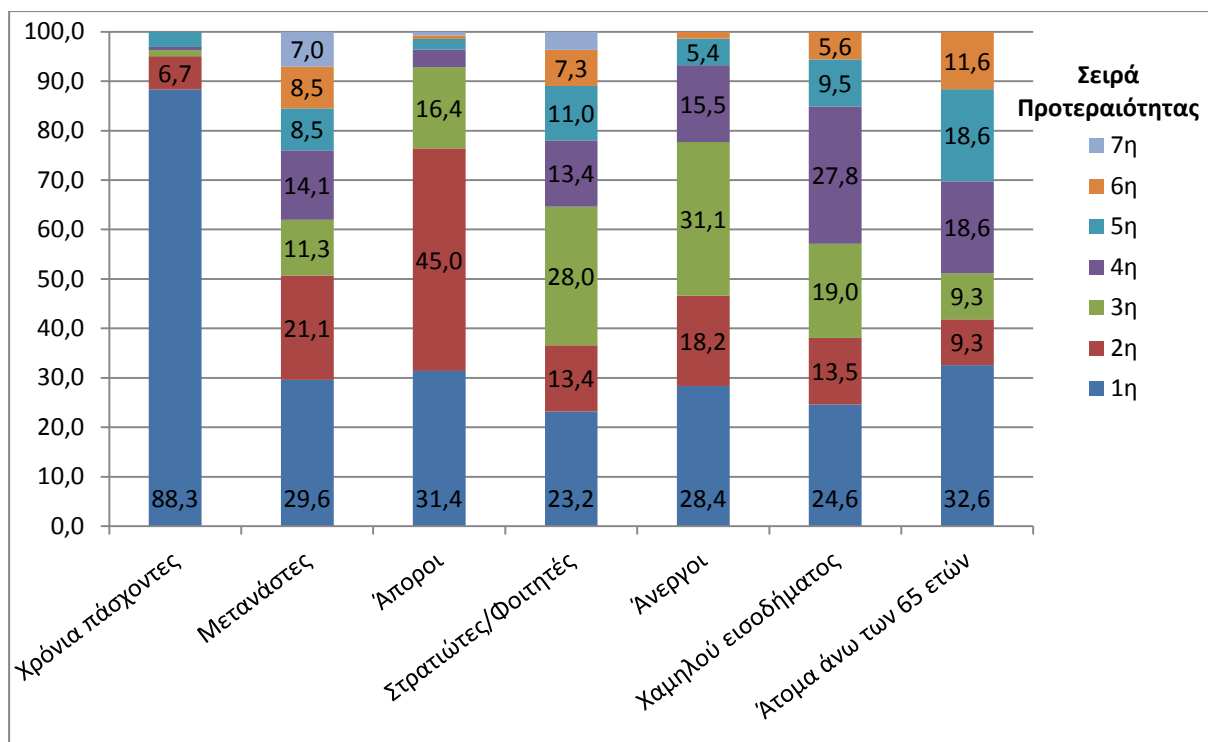


Γράφημα 8.11: «με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι»

8.6 Η άποψη του δείγματος για τις εξαιρέσεις

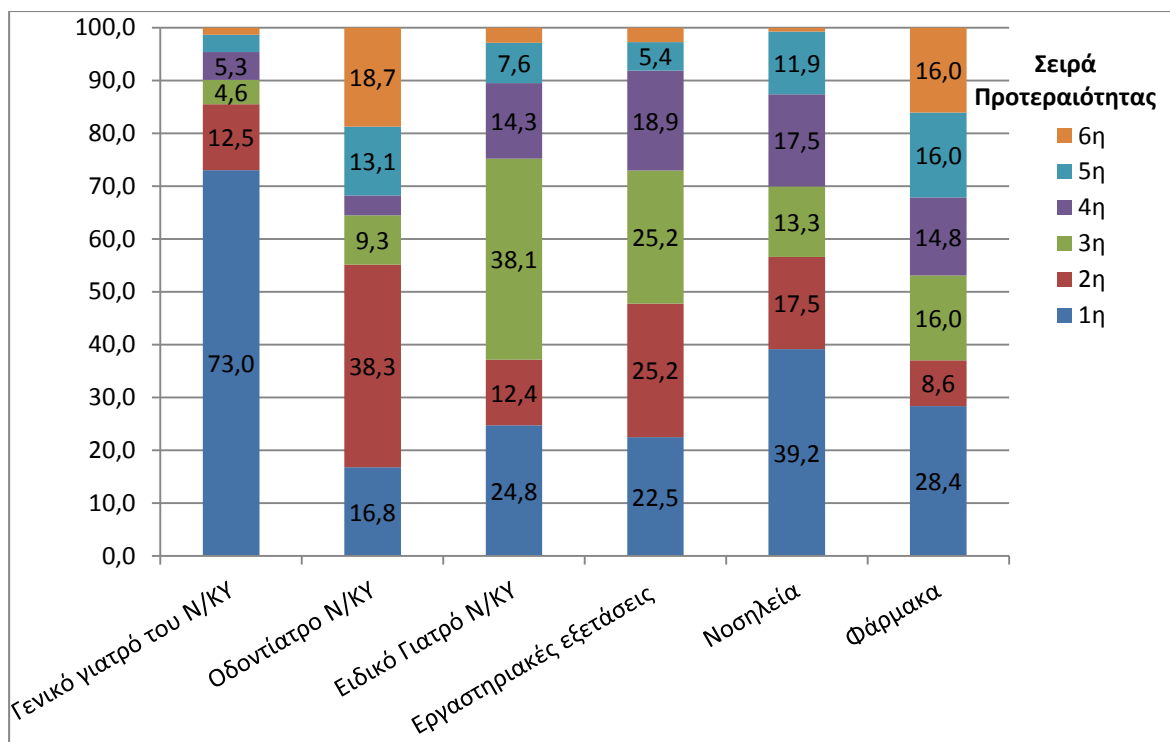
Η συντριπτική πλειοψηφία (93,91%) θεωρεί πως πρέπει κάποιος να εξαιρούνται από τα ποσά των συμμετοχών. Οι ερωτώμενοι είχαν επτά επιλογές όπως φαίνεται στο γράφημα 12.

Συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι στις εξαιρέσεις έχουν πρώτη προτεραιότητα τα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες (88,3%), στη συνέχεια τα άτομα άνω των 65 ετών (32,6%), οι κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας (31,4%) και τέλος οι μετανάστες και οι άνεργοι με ποσοστό 29,6% και 28,4% αντίστοιχα (Γράφημα 8.12).



Γράφημα 8.12: «Ποιες ομάδες νομίζετε ότι πρέπει να εξαιρεθούν από την πληρωμή τελών;»

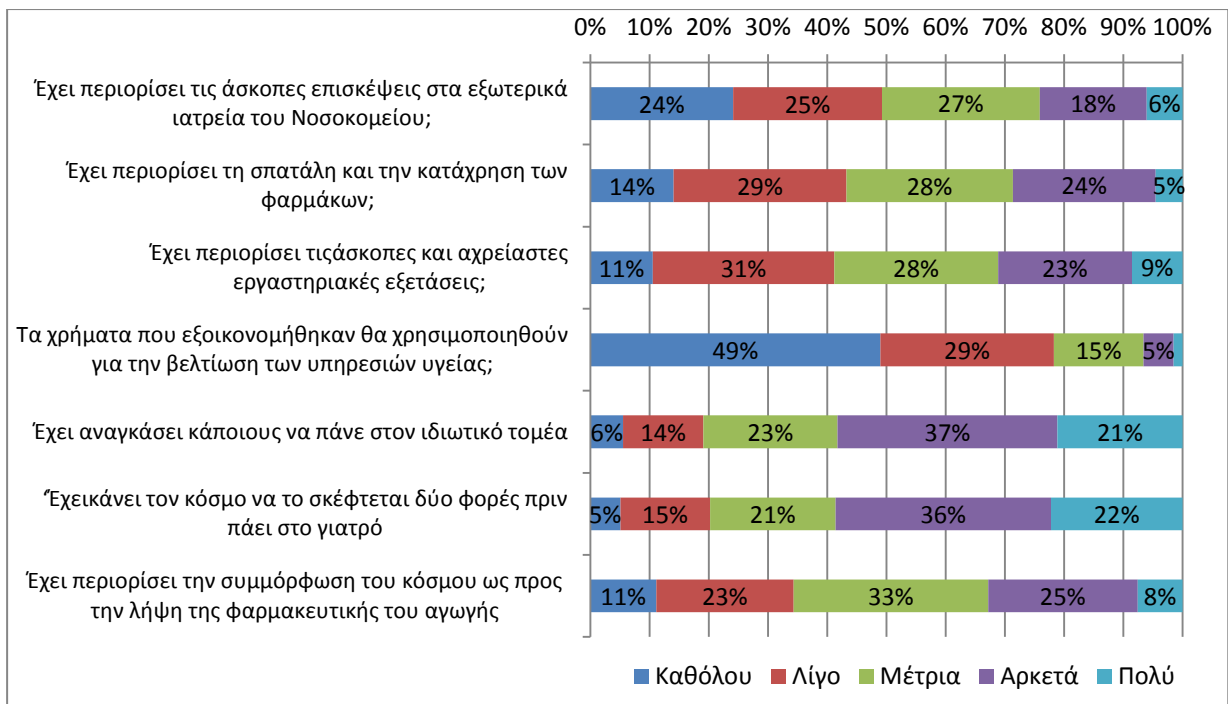
Επίσης, το 84,42% του δείγματος δεν συμφωνεί ότι πρέπει να επιβάλλονται ποσά για συμμετοχή στο κόστος σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Στην ερώτηση «Σε ποιες υπηρεσίες δεν θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να πληρώνετε;» οι ερωτηθέντες είχαν έξι επιλογές όπως φαίνεται στο Γράφημα 8.13. Θεωρούν ως πρώτη προτεραιότητα, τις επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας (73%), στη συνέχεια τη νοσηλεία στο νοσοκομείο (39,2%), και τέλος τα φάρμακα και τις επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς με ποσοστά 28,4% και 24,8% αντίστοιχα.



Γράφημα 8.13: «Σε ποιες υπηρεσίες δεν θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να πληρώνετε;»

8.7 Αντιλήψεις για τις επιπτώσεις της εφαρμογής του μέτρου

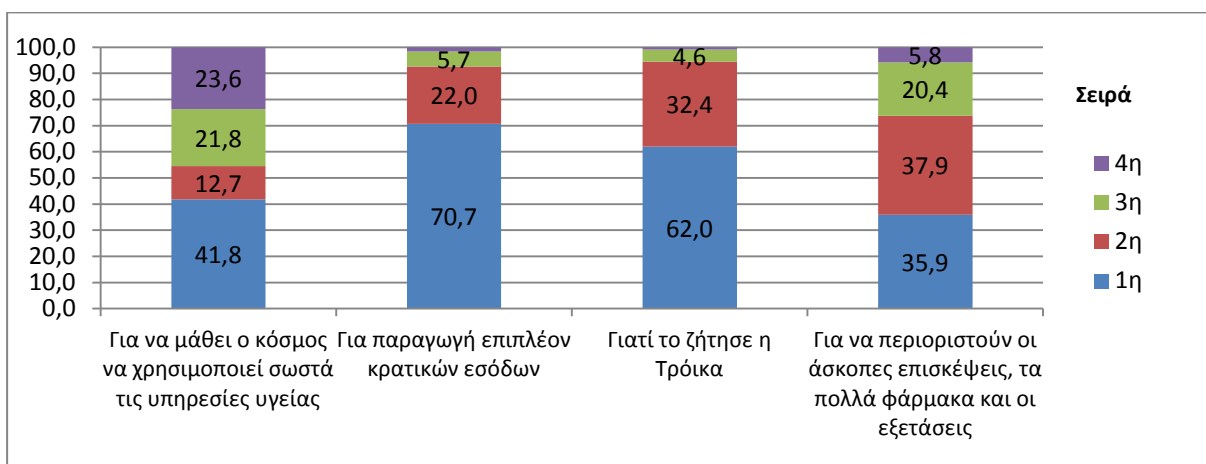
Περίπου οι μισοί ερωτηθέντες (49,25%) βρίσκουν ότι η εφαρμογή του μέτρου πληρωμών δεν έχει, παρά λίγο ή καθόλου, περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Μόνο το 24,12% πιστεύει ότι έχει περιορίσει αρκετά την σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, ενώ το 41,2% πιστεύει ότι οι άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις έχουν περιοριστεί λίγο ή καθόλου. Η πλειοψηφία (78,28%) δεν πιστεύει ότι τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (λίγο ή καθόλου). Το 58,3% πιστεύει ότι η εφαρμογή του μέτρου πληρωμών έχει αναγκάσει αρκετά ή πολύ κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα, το 58,58% πιστεύει ότι έχει κάνει τον κόσμο αρκετά ή πολύ να σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό και το 25,25% πιστεύει ότι η εφαρμογή του μέτρου έχει περιορίσει αρκετά την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα) (γράφημα 8.14).



Γράφημα 8.14: Απαντήσεις στην ερώτηση «Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής»

8.8 Εκτίμηση για τους λόγους εφαρμογής του μέτρου

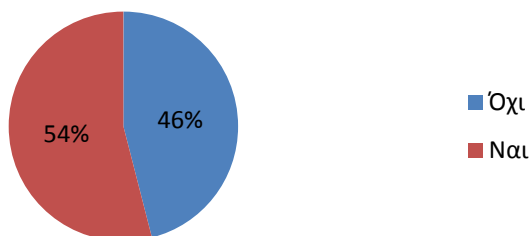
Στην ερώτηση «Για ποιο λόγο εσείς πιστεύετε ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των συμμετοχών;» οι ερωτηθέντες θεωρούν ως πρώτο λόγο την παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων με ποσοστό 70,7%, γιατί το ζήτησε η τρόικα με ποσοστό 62%, για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας με ποσοστό 41,8% και για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα φάρμακα και οι εξετάσεις με ποσοστό 35,9% (Γράφημα 8.15).



Γράφημα 8.15: «Για ποιο λόγο εσείς πιστεύετε ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των συμμετοχών;»

8.9 Πρόθεση πληρωμής

Το 54% του δείγματος είναι διατεθειμένο να πληρώσει κάποιο ποσό από το εισόδημά του όταν απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας, εάν αυτό βελτιώσει κάτι σωστό στο σύστημα υγείας (Γράφημα 8.16).



Γράφημα 8.16: «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;»

8.10 Δυσκολίες στην χρήση υγειονομικών πόρων

Το 72,08% δηλώνει ότι από τότε που καθιερώθηκε το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης στους γιατρούς δεν αντιμετωπίζει πρόσθετες δυσκολίες στο να παίρνει τη συνταγή για τα φάρμακα του. Αλλά, 25 άτομα (31,3% αυτών που απάντησαν, ή το 12,5 % στο συνολικό δείγμα) δήλωσαν ότι πήραν δανεικά για να πληρώσουν (Πίνακας 8.2).

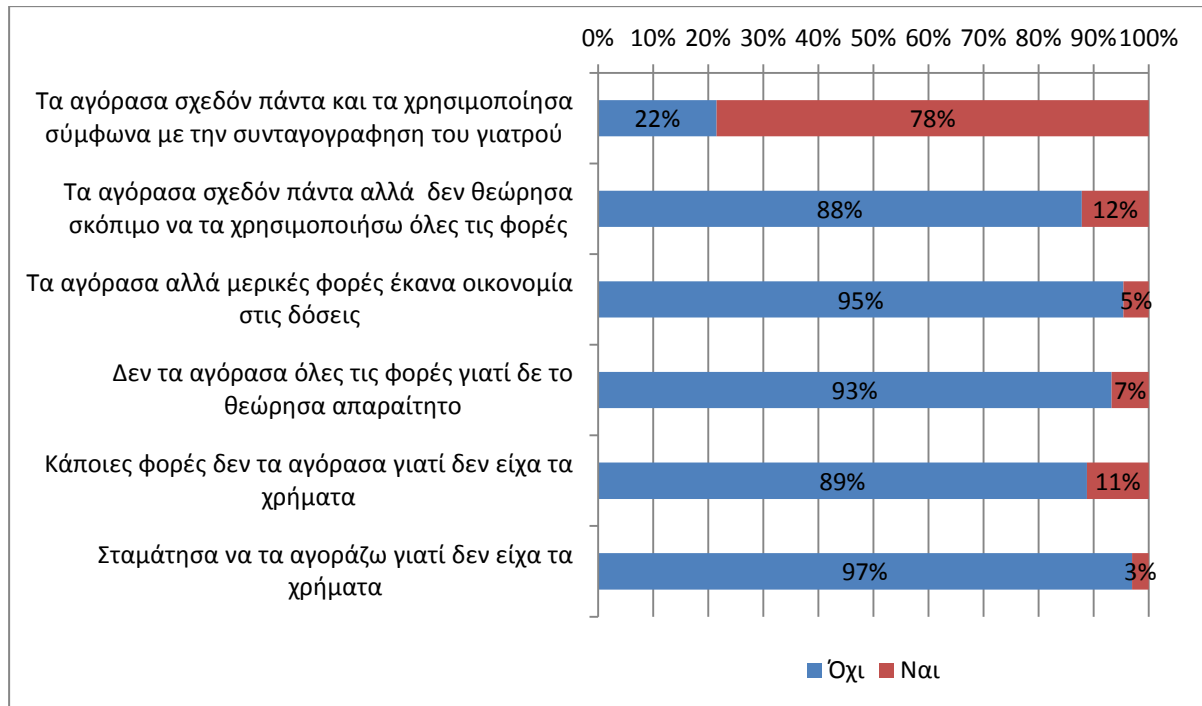
Πίνακας 8.2: Δυσκολίες σε χρήση υγειονομικών πόρων από το δείγμα

Ερωτήσεις		N (%)
Από τότε που καθιερώθηκε το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης στους γιατρούς, αντιμετωπίζετε πρόσθετες δυσκολίες στο να παίρνετε τη συνταγή σας για τα φάρμακα σας;	Όχι	142 (72,08%)
	Ναι	55 (27,92%)
Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	55 (68,8%)
	Ναι	25 (31,3%)

8.11 Συμμόρφωση σε χρήση φαρμάκων

Το 78,46% δηλώνει ότι κατά τους τελευταίους 12 μήνες τα φάρμακα που παίρνει για την ασθένειά του τα αγόρασε σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησε σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού, ενώ το 12,18% δεν το θεώρησε σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσει

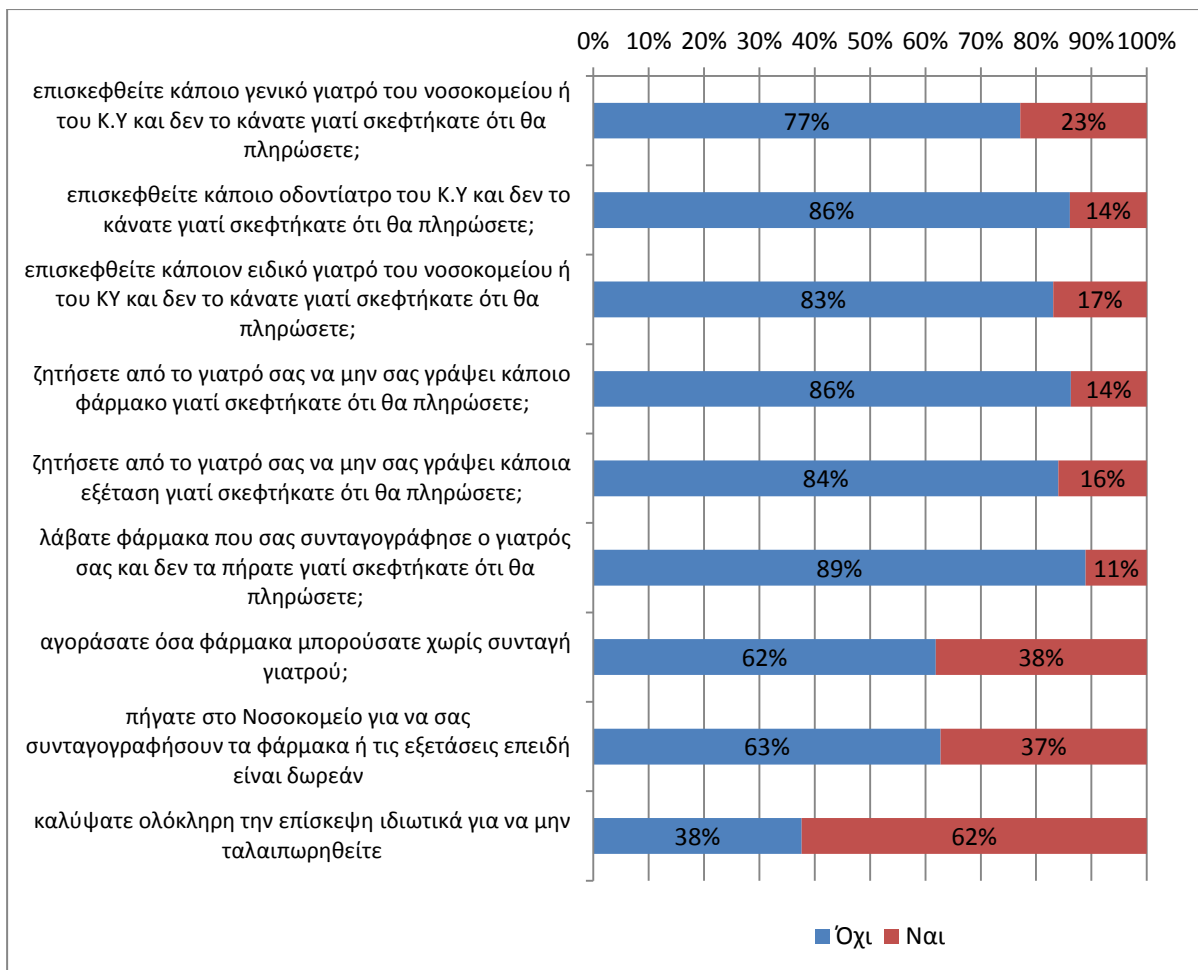
όλες τις φορές. Το 4,59% δηλώνει ότι τα αγόρασε, αλλά μερικές φορές έκανε οικονομία στις δόσεις, το 6,74% ότι δεν τα αγόρασε όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησε απαραίτητο, το 11,22% ότι κάποιες φορές δεν τα αγόρασε γιατί δεν είχε τα χρήματα και το 3,06% ότι σταμάτησε να τα αγοράζει γιατί δεν είχε τα χρήματα (γράφημα 8.17) .



Γράφημα 8.17: «Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας»

8.12 Αλλαγές σε συμπεριφορές ως προς την χρήση υγειονομικών πόρων

Για το 22,84%, 13,92% και 16,92% έχει χρειαστεί να επισκεφθεί κάποιο γενικό γιατρό ή οδοντίατρο ή ειδικό γιατρό αντίστοιχα του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το έκανε γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει. Το 13,71% και το 15,98% ζήτησε από το γιατρό να μην του γράψει κάποιο φάρμακο, ή εξέταση αντίστοιχα, γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει. Το 11,05% δεν αγόρασε τα φάρμακα που συνταγογράφησε ο γιατρός, ενώ το 38,14% αγόρασε όσα φάρμακα μπορούσε χωρίς συνταγή γιατρού. Το 37,24% πήγε στο Νοσοκομείο για να του συνταγογραφήσουν φάρμακα ή εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν, ενώ το 62,37% κάλυψε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθεί (γράφημα 8.18).



Γράφημα 8.18: «Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να;»

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

8.13 Συσχετίσεις απαντήσεων με τα χαρακτηριστικά του δείγματος

Φύλο

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του φύλου και της ερώτησης «αν η εφαρμογή του νόμου έχει κάνει τον κόσμο να σκέφτεται δυο φορές πριν πάει στο γιατρό» ($p=0,053$) και της ερώτησης «κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αγόρασα σχεδόν πάντα τα φάρμακα για την ασθένεια, αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές» ($p=0,017$). Οι γυναίκες πιστεύουν αρκετά/πολύ σε μεγαλύτερο ποσοστό (64,7%) ότι η εφαρμογή του νόμου έχει κάνει τον κόσμο να σκέφτεται δυο φορές πριν πάει στο γιατρό σε σχέση με τους άντρες (49,4%). Από την άλλη, οι άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό (19%) από

τις γυναίκες (7,6%) αγόρασαν τα φάρμακα, και δεν τα χρησιμοποίησαν όλες τις φορές (Πίνακας 8.3).

Πίνακας 8.3: Συσχέτιση του φύλου με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις	Φύλο		p-value	
	Άντρας	Γυναίκα		
	N (%)	N (%)		
Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:				
Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου	17 (21,5%)	23 (19,3%)	0,053
	Μέτρια	23 (29,1%)	19 (16,0%)	
	Αρκετά/ Πολύ	39 (49,4%)	77 (64,7%)	
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:				
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι	64 (81,0%)	109 (92,4%)	0,017
	Ναι	15 (19,0%)	9 (7,6%)	

Χρόνιο Νόσημα

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ερώτησης «αν η εφαρμογή του νόμου έχει περιορίσει την σπατάλη και κατάχρηση φαρμάκων» ($p=0,042$), της ερώτησης «κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αγόρασα σχεδόν πάντα τα φάρμακα για την ασθένεια, και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογραφηση του γιατρού» ($p=0,001$) και της ερώτησης «από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να πάτε στο νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν» ($p=0,002$) (Πίνακας 8.4).

Πίνακας 8.4: Συσχέτιση της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις	Χρόνιο Νόσημα		p-value	
	Όχι	Ναι		
	N (%)	N (%)		
Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:				
Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου	66 (47,5%)	20 (33,3%)	0,042
	Μέτρια	32 (23,0%)	24 (40,0%)	
	Αρκετά/ Πολύ	41 (29,5%)	16 (26,7%)	
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:				
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογραφηση του γιατρού	Όχι	38 (28,1%)	4 (6,7%)	0,001
	Ναι	97 (71,9%)	56 (93,3%)	
Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:				
Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι	96 (69,6%)	27 (46,6%)	0,002
	Ναι	42 (30,4%)	31 (53,4%)	

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με χρόνια νόσημα πιστεύουν σε μικρότερο ποσοστό (33,3%), σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν χρόνια νόσημα (47,5%), ότι η εφαρμογή του νόμου έχει περιορίσει λίγο ή καθόλου την σπατάλη και κατάχρηση φαρμάκων. Επίσης, για τα φάρμακα που αγόρασαν και χρησιμοποίησαν, ακολούθησαν την συνταγογράφηση του γιατρού σε μεγαλύτερο ποσοστό (93,3%), από αυτούς που δεν έχουν χρόνια νόσημα (71,9%). Τέλος, από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, απευθύνθηκαν στο νοσοκομείο για να τους συνταγογραφήσουν τα φάρμακα, ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν, σε μεγαλύτερο ποσοστό (53,4%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν χρόνια νόσημα (30,4%).

Εισόδημα από επάγγελμα

Σε σχέση με το επάγγελμα κάποιες κατηγορίες επαγγέλματος είχαν μικρό μέγεθος δείγματος και ήταν δύσκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων. Αν όμως ξεχωρίσουμε τα επαγγέλματα που συνδέονται με κάποιο εισόδημα (δημόσιος, ιδιωτικός υπάλληλος, αυτοαπασχολούμενος, συνταξιούχος), από αυτές τις κατηγορίες που δεν έχουν εισόδημα (άνεργοι, οικιακά, φοιτητές, στρατιώτες) βρίσκουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και της ερώτησης «κατά τους τελευταίους 12 μήνες, κάποιες φορές δεν αγόρασα τα φάρμακα γιατί δεν είχα τα χρήματα» ($p=0,010$), της ερώτησης «χρειάστηκε να πάρετε δανεικά χρήματα για να πάτε στο γιατρό» ($p<0,001$) και των ερωτήσεων «από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε ($p<0,001$), να επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε ($p<0,001$), να επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε ($p=0,002$), να μην αγοράσετε φάρμακα που σας συνταγογράφησαν για να μην πληρώσετε ($p<0,001$) και να καλύψετε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε ($p=0,011$)» (Πίνακας 8.5).

Πίνακας 8.5: Συσχέτιση της επαγγελματικής κατάστασης με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις	Επαγγελματική Κατάσταση			p-value
	Με εισόδημα	Χωρίς εισόδημα		
		N (%)	N (%)	
Το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	45 (37,8%)	17 (58,6%)	0,042
	25%	74 (62,2%)	12 (41,4%)	
Το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	57 (51,4%)	14 (77,8%)	0,037
	1 ευρώ	54 (48,6%)	4 (22,2%)	
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:				
κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	138 (92,0%)	36 (78,3%)	0,010
	Ναι	12 (8,0%)	10 (21,7%)	
Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	49 (79,0%)	6 (33,3%)	<0,001
	Ναι	13 (21,0%)	12 (66,7%)	
Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:				
επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	126 (84,0%)	26 (55,3%)	<0,001
	Ναι	24 (16,0%)	21 (44,7%)	
επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	135 (91,8%)	32 (68,1%)	<0,001
	Ναι	12 (8,2%)	15 (31,9%)	
επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	130 (87,8%)	32 (68,1%)	0,002
	Ναι	18 (12,2%)	15 (31,9%)	
λάβετε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	137 (94,5%)	32 (71,1%)	<0,001
	Ναι	8 (5,5%)	13 (28,9%)	
καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι	48 (32,7%)	25 (53,2%)	0,011
	Ναι	99 (67,3%)	22 (46,8%)	

* Κατηγορία με εισόδημα: δημόσιος-ιδιωτικός υπάλληλος, αυτοεργοδοτούμενος, συνταξιούχος

* Κατηγορία χωρίς εισόδημα: οικιακά, άνεργος, φοιτητής/στρατιώτης

Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που έχουν εισόδημα από την εργασία τους, έχουν καλύτερη γνώση των ποσοστών συμμετοχής στα φάρμακα (25%) και του ποσού συμμετοχής ανά συνταγή (1 ευρώ) 62,2% και 48,6% αντίστοιχα, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν εισόδημα 41,4% και

22,2% αντίστοιχα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν εισόδημα, κάποιες φορές δεν αγόρασαν τα φάρμακα γιατί δεν είχαν τα χρήματα, σε μεγαλύτερο ποσοστό (21,7%) σε σχέση με αυτούς που έχουν (8%). Χρειάστηκε να δανειστούν χρήματα για να πάνε σε γιατρό σε μεγαλύτερο ποσοστό (66,7%) με αυτούς που έχουν (21%). Χρειάστηκε να επισκεφθούν κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή οδοντίατρο ή κάποιο ειδικό γιατρό και δεν το έκαναν γιατί σκεφτήκανε ότι θα πληρώσουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (44,7%, 31,9% και 31,9% αντίστοιχα), σε σχέση με αυτούς που έχουν εισόδημα (16%, 8,2% και 12,2% αντίστοιχα).

Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που έχουν κάποιο εισόδημα προτίμησαν να καλύψουν ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (67,3%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (46,8%).

Εκπαίδευση

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ερώτησης «χρειάστηκε να πάρετε δανεικά χρήματα για να πάτε στο γιατρό» ($p=0,044$), και της ερώτησης «από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να καλύψετε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε ($p=0,001$)» (Πίνακας 8.6).

Πίνακας 8.6: Συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Επίπεδο Εκπαίδευσης			p-value
		Βασική έως Μεταλυκειακή	Τριτοβάθμια	Μεταπτυχιακό	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	16 (53,3%)	28 (82,4%)	11 (68,8%)	0,044
	Ναι	14 (46,7%)	6 (17,6%)	5 (31,3%)	
Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι	42 (51,9%)	25 (31,3%)	6 (18,2%)	0,001
	Ναι	39 (48,1%)	55 (68,8%)	27 (81,8%)	

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με βασική εκπαίδευση χρειάστηκε να πάρουν δανεικά χρήματα για να πάνε στο γιατρό σε μεγαλύτερο ποσοστό (46,7%), σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Επιπλέον, αυτοί που έχουν μεταπτυχιακό προτίμησαν να καλύψουν ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (81,8%) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Ηλικία

Σε σχέση με την ηλικία η ανάλυση έδειξε ότι όσο πιο νεαρή ηλικία, τόσο λιγότερες γνώσεις (μικρότερη ηλικία έχουν αυτοί που δεν γνωρίζουν ότι το ποσοστό συμμετοχής στα φάρμακα είναι 25% (διάμεσος 39,5 ετών vs 44,5 ετών, $p=0,022$), αυτοί που δεν γνωρίζουν ότι το ποσό ανά συνταγή είναι 1 ευρώ (διάμεσος 40 ετών vs 45,5 ετών, $p=0,029$), λιγότερη συμμόρφωση, (α) δεν αγόρασαν τα φάρμακα, ή σταμάτησαν να τα αγοράζουν γιατί δεν είχαν τα χρήματα (διάμεσος 34,5 και 31,5 ετών αντίστοιχα vs 42 και 42 ετών αντίστοιχα, $p=0,030$ και $p=0,028$ αντίστοιχα), (β) ζήτησαν από το γιατρό να μην τους γράψει κάποιο φάρμακο, ή που τους τα έγραψε και δεν τα πήρανε ποτέ (διάμεσος 35 και 32 ετών αντίστοιχα vs 42 ετών αντίστοιχα, $p=0,014$ και $p=0,001$ αντίστοιχα) και μεγαλύτερη αμέλεια φροντίδας (χρειάστηκε να επισκεφτούν κάποιον γενικό γιατρό ή οδοντίατρο ή ειδικό γιατρό και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν (διάμεσος 36, 33 και 34 ετών αντίστοιχα vs 42 ετών αντίστοιχα, $p=0,002$, $p=0,012$ και $p=0,004$ αντίστοιχα) (Πίνακας 8.7).

Πίνακας 8.7: Συσχέτιση της ηλικίας με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Ηλικία Διάμεσος (25°-75°)	p-value
Το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	39,5 (33-52)	0,022
	25%	44,5 (36-54)	
Το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	40 (33-52)	0,029
	1 ευρώ	45,5 (40-53)	
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:			
Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	42 (34-52)	0,030
	Ναι	34,5 (31-46)	
Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	42 (34-52)	0,008
	Ναι	31,5 (29-34)	
Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:			
επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	42 (35-53)	0,002
	Ναι	36 (32-45)	
επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	42 (34-52)	0,012
	Ναι	33 (30-45)	
επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	42 (35-52)	0,004
	Ναι	34 (32-42)	
ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	42 (34-52)	0,014
	Ναι	35 (32-43)	
λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	42 (35-52)	0,001
	Ναι	32 (29-40)	

Ύψος μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος

Στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (διάμεσος 1500 ευρώ) έχουν (πίνακας 8.8):

- αυτοί που πιστεύουν κάτω του μετρίου ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής ($p=0,045$),
- αυτοί που σταμάτησαν να αγοράζουν τα φάρμακα γιατί δεν είχαν χρήματα (διάμεσος 525 ευρώ vs 2000 ευρώ, $p=0,014$),
- αυτοί που χρειάστηκαν να πάρουν δανεικά για να πάνε στο γιατρό (διάμεσος 1200 ευρώ vs 2000 ευρώ, $p=0,006$),
- αυτοί που χρειάστηκε να επισκεφτούν κάποιον γενικό γιατρό ή οδοντίατρο ή ειδικό γιατρό και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν (διάμεσος 1000, 880 και 975 ευρώ αντίστοιχα vs 2000 ευρώ αντίστοιχα, $p=0,001$ αντίστοιχα),
- αυτοί που ζήτησαν από το γιατρό να μην τους γράψει κάποιο φάρμακο ή που τους τα έγραψε και δεν τα πήρανε ποτέ (διάμεσος 1000 και 850 ευρώ αντίστοιχα vs 2000 ευρώ αντίστοιχα, $p=0,001$ αντίστοιχα)
- και αυτοί που πήγαν στο νοσοκομείο να τους συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν (διάμεσος 1400 ευρώ vs 2000 ευρώ, $p=0,001$).

Αντιθέτως, στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έχουν αυτοί που κάλυψαν ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθούν (διάμεσος 2000 ευρώ vs 1400 ευρώ, $p=0,001$).

Πίνακας 8.8: Συσχέτιση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις	Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα Διάμεσος (25 ^ο -75 ^ο)	p-value	
Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:			
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	1500 (1000-2200) 2000 (1400-3000) 1700 (1000-2500)	0,045
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:			
Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι Ναι	2000 (1000-2500) 525 (400-880)	0,014
Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα;	Όχι Ναι	2000 (1200-2500) 1200 (850-1900)	0,006
Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:			
επισκεφθείτε κάποιο γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	2000 (1250-2500) 1000 (600-1700)	0,001
επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	2000 (1183-2500) 880 (600-1650)	0,001
επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	2000 (1200-2500) 975 (600-1575)	0,001
ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	2000 (1000-2500) 1000 (600-2000)	0,001
Λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	2000 (1020-2500) 850 (500-1700)	0,001
Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι Ναι	2000 (1200-2500) 1400 (900-2000)	0,001
Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι Ναι	1400 (800-2000) 2000 (1183-2650)	0,001

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ερευνητική εργασία χρησιμοποίησε ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για την συγκέντρωση των στοιχείων και οι απαντήσεις του δείγματος στο ερωτηματολόγιο μας επιτρέπουν, να διαμορφώσουμε συμπεράσματα πάνω στα θέματα που αφορούν στους βασικούς ερευνητικούς στόχους. Πρέπει βεβαίως να ληφθούν υπόψιν οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Τα περιορισμένα χρονικά πλαίσια, το δείγμα ευκολίας, και η χαμηλή ανταποκρισιμότητα, που προαναφέρθηκαν, δεν το καθιστούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνολικού πληθυσμού. Προβληματίζει το γεγονός ότι τα επαρκώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια προήλθαν κυρίως από άτομα ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Χρήζει περαιτέρω διερεύνησης η εξακρίβωση των λόγων. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο μπορεί να θεωρήθηκε δύσκολο, ή πολύπλοκο, από άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, παρά τις ενδείξεις για το αντίθετο που προήλθαν από την πιλοτική/δοκιμαστική φάση, ή το γεγονός να μην σχετίζεται με το εργαλείο και να αφορά μια στάση απέναντι στο μέτρο ή τις έρευνες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έλαβαν μέρος δήλωσε μέτρια ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των χρηστών του Ελληνικού συστήματος υγείας είναι δυσαρεστημένη από την παροχή των προσφερόμενων υπηρεσιών [52][53]. Παρά ταύτα, έχει επίσης επιστημονικά τεκμηριωθεί ότι η "ικανοποίηση" είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο θέμα στο οποίο πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπική εμπειρία του ασθενούς [54]. Στην παρούσα περίπτωση θα ήταν χρήσιμο να υπήρχαν στοιχεία σύγκρισης με άλλες έρευνες στον ίδιο πληθυσμό, που θα επέτρεπαν να δούμε αν υπάρχουν αλλαγές στα επίπεδα ικανοποίησης του πληθυσμού σε σχέση με το παρελθόν. Για παράδειγμα, μελέτη του 2007 σε επαρχία παρουσιάζει τον βαθμό ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας, ως υψηλό [55].

Σε ότι αφορά τις γνώσεις των χρηστών, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει ή απαντά λάθος για το εξέταστρο, αλλά αυτό το εύρημα μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενο, εφόσον η χορήγηση του ερωτηματολογίου ήταν κοντά στην αλλαγή του μέτρου και έτσι δεν λαμβάνεται υπόψιν. Στις υπόλοιπες κατηγορίες η πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν γνωρίζει, αλλά περίπου οι μισοί μαντεύουν σωστά. Δεν είναι παράξενο όταν νόμοι και ρυθμίσεις αλλάζουν συχνά, να μπερδεύουν τους χρήστες. Υπάρχουν και άλλες μελέτες που έχουν καταγράψει χαμηλά ποσοστά γνώσεων των συμπληρωμών. Στην έρευνα των Reed και συν., μόνο το 41% του δείγματος γνώριζε σωστά το κόστος της συμμετοχής [21]. Χρειάζεται

επομένως, περαιτέρω διερεύνηση σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού τόσο στην επαρχία, όσο και στα αστικά κέντρα, για να μπορούμε να έχουμε μια πιο έγκυρη εικόνα. Τα ελλείματα στις γνώσεις των χρηστών έχουν συνδεθεί με λιγότερο αποτελεσματικές συμπεριφορές [32], όπως καθυστερήσεις ή μειώσεις σε απαραίτητη φροντίδα υγείας [31] και θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους φορείς που παίρνουν μέτρα και χαράζουν πολιτική υγείας.

Ενδιαφέρον είναι ότι το 66,2% από τα άτομα που δήλωσαν ότι πλήρωσαν σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, ανέφερε ότι το ποσό ήταν 10 ευρώ. Η παρούσα εργασία δεν διευκρίνιζε αν για τα ποσά που αναφέρουν τα άτομα, είχαν πάρει απόδειξη ιδιωτικής επίσκεψης ή όχι, αλλά θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί, αν τείνει να παγιωθεί η αντίληψη μιας μη θεσμοθετημένης πληρωμής ως "δεδομένης". Το Υπουργείο έχει θέσει σε λειτουργία μια εφαρμογή που επιτρέπει στους πολίτες να ελέγξουν αν ο ιατρός που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ έχει καλύψει το πλαφόν των επισκέψεών του, ώστε να μπορεί ο ασθενής να γνωρίζει εκ των προτέρων αν πρέπει να καλύψει την επίσκεψη ιδιωτικά ή δεν θα χρειαστεί να πληρώσει για αυτήν. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί πόσο καλά οι πολίτες το γνωρίζουν και το εφαρμόζουν. Το βέβαιο είναι, όπως έρευνες έχουν δείξει, ότι όταν ο πληθυσμός δεν γνωρίζει καλά τους κανόνες και τα ποσοστά των συμπληρωμών, είναι πολύ δύσκολο το σύστημα να περιορίσει πιθανές άτυπες πληρωμές [29].

Το ύψος του ποσού των συμπληρωμών χαρακτηρίζεται από την πλειοψηφία μέτριο έως υψηλό με βάση την οικονομική τους κατάσταση. Η στάση αυτή αντανακλά την επίδραση που είχαν οι αυξήσεις στις συμπληρωμές, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση των εισοδημάτων των πολιτών. Δεν μπορούμε να κρίνουμε ένα μέτρο ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν τον καιρό της εφαρμογής του. Για παράδειγμα, ένα εργαζόμενο άτομο μπορεί να μην θεωρεί πρόβλημα να πληρώσει 15 ευρώ το μήνα για ένα φάρμακο, αλλά κάποιο άλλο που βρίσκεται σε μερική απασχόληση, ή έχει συσσωρευμένα χρέη, μπορεί να βρίσκει το ποσό μεγάλο. Αυτή η θέση ενισχύεται και από το ότι ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (12,5%) χρειάστηκε κάποια στιγμή να πάρει δανεικά χρήματα για να πληρώσει υπηρεσίες υγείας. Παρόμοια ποσοστά αναφέρουν και άλλες έρευνες [29].

Στην παρούσα μελέτη οι ερωτηθέντες δήλωσαν στην συντριπτική τους πλειοψηφία (93,91%) ότι πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην επιβολή συμπληρωμών. Αυτό δηλώνει ότι αναγνωρίζουν πως τα μέτρα της συμμετοχής στο κόστος πλήττουν δυσανάλογα ομάδες

συμπολιτών τους. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούμε σε μελέτες που δείχνουν ότι τα άτομα είναι θετικά σε εξαιρέσεις για ευπαθείς ομάδες όπως χαμηλού εισοδήματος άτομα, ηλικιωμένοι και χρόνια πάσχοντες [30], [35].

Το συγκεκριμένο δείγμα έδωσε βασική προτεραιότητα στα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες και στα ηλικιωμένα άτομα, άνω των 65 ετών.

Στην Ελλάδα της κρίσης, μελέτη έδειξε ότι οι καρκινοπαθείς είναι μια από τις περισσότερο πληγείσες ομάδες στην Ελλάδα της κρίσης και αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα τόσο στην παροχή των απαραίτητων φαρμάκων, όσο και στις μεγάλες λίστες αναμονής [48]. Οι ηλικιωμένοι, που κατά κανόνα έχουν αυξημένη ανάγκη και κατά συνέπεια κατανάλωση, σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας, υπέστησαν μειώσεις στις συντάξεις και συχνά συνεισφέρουν στα οικογενειακά εισοδήματα με την σύνταξή τους [6].

Οι άλλες ομάδες που ακολούθησαν στην προτεραιότητα για εξαιρέσεις είναι κατά σειρά, μετανάστες, άνεργοι και χαμηλών εισοδημάτων άτομα. Στη χώρα μας ζει μεγάλος αριθμός παράνομων μεταναστών που δεν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ ο αριθμός μόνο των απογραφέντων αλλοδαπών είναι 912.000 [41]. Οι άνεργοι το 2014 έφθασαν το 25.5%. Περίπου 927.000 άνθρωποι ήταν μακροχρόνια άνεργοι. Τα προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας ή των ΜΚΟ, δεν επαρκούν [2]. Πρόσφατες έρευνες στον πληθυσμό έδειξαν ότι το φτωχότερο 20% του δείγματος κατέβαλε περίπου το 13,8% του οικογενειακού εισοδήματος σε υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το πλουσιότερο 20% ήταν 3,1% [41]. Σύμφωνα με έρευνα των Γιατρών του Κόσμου περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τέσσερα κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα το 2012 ήταν Έλληνες πολίτες, ενώ άλλη μελέτη πριν την αρχή της κρίσης έδειξε ότι το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνούσε το 3-4% [2].

Οι εξαιρέσεις όμως, είναι δύσκολη έννοια και απαιτούν προσεκτική και συστηματική μελέτη των συνθηκών διότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να αποκλειστεί μια ομάδα που δεν «φαίνεται». Πρωταρχικά πρέπει να προσδιοριστεί ποιοί συνιστούν την ομάδα. Μελέτη από τα κοινωνικά ιατρεία έδειξε ότι το 48% των ατόμων που απευθύνθηκαν σε αυτά, ήταν αυτοαπασχολούμενοι (άρα άτομα με εισόδημα), που έχασαν την ασφάλιση τους λόγω χρεών. Συχνά τα άτομα αυτά δεν γνωρίζουν πώς να κινηθούν και τι να διεκδικήσουν μέσα στο σύστημα γιατί δεν είχαν αντιμετωπίσει παρόμοια προβλήματα στο παρελθόν [6]. Αν επομένως μια απαλλαγή στηρίζεται μόνο στο εισόδημα μπορεί να αφήσει ακάλυπτο το θέμα

μιας οικογένειας με εισόδημα και συσσωρευμένα χρέη που την εμποδίζουν να φροντίσει επαρκώς την υγεία των μελών της. Ένα άλλο πρόβλημα των εξαιρέσεων είναι το εύρος της εξαίρεσης [6]. Για παράδειγμα, απαλλαγές που εφαρμόστηκαν στα φάρμακα για τους χρόνια πάσχοντες αφορούσαν την ΚΥΡΙΑ ασθένεια. Αυτό αφήνει ακάλυπτο το ζήτημα της συννοσηρότητας που συχνά χαρακτηρίζει τις χρόνιες παθήσεις και τα προβλήματα των ηλικιωμένων γενικότερα.

Στην παρούσα εργασία εξαιρέσεις για συμμετοχή στο κόστος προτείνονται από το 84,42% του δείγματος και για τις υπηρεσίες υγείας. Οι ερωτηθέντες θεωρούν ως πρώτη προτεραιότητα τις επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας. Θεωρούν δηλαδή πρωταρχική ανάγκη να είναι δωρεάν η πρόσβαση σε γενικό γιατρό και στη συνέχεια στη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Μοιάζει, ενώ παραμένει ισχυρός ο Νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του Ελληνικού συστήματος, να κερδίζει πλέον έδαφος στις απόψεις των χρηστών, η σημασία της άμεσης και δωρεάν πρόσβασης σε γενικό γιατρό ως βάση και πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Οι ειδικοί γιατροί έχουν την τελευταία θέση στην προτίμηση του δείγματος για εξαιρέσεις πληρωμών. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα από παλιά χαρακτηριζόταν από έλλειψη συντονισμού. Ο πολίτης ήταν μόνος στο να βρει τον δρόμο του και να χειριστεί προβλήματα, όπως οι λίστες αναμονής ή η περιπλάνηση από γιατρό σε γιατρό, για να φροντίσει τις ανάγκες του [14]. Όσο η οικονομική κατάσταση επέτρεπε στο άτομο να βρίσκει λύσεις, το πρόβλημα της έλλειψης συντονισμού και καθοδήγησης, αν και εμφανές, δεν αναδεικνυόταν στην ολότητά του. Οι απαντήσεις του δείγματος δίνουν προτεραιότητα στην άμεση και δωρεάν πρόσβαση σε γενικό γιατρό.

Για τις επιπτώσεις της εφαρμογής του μέτρου οι απαντήσεις, όπως και σε άλλες μελέτες [33] δείχνουν την δυσπιστία του δείγματος για την αποτελεσματικότητά του. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες βρίσκουν ότι η εφαρμογή του μέτρου δεν έχει περιορίσει πολύ τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, ούτε την σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, ούτε τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις. Αντιθέτως, πιστεύουν ότι η εφαρμογή του μέτρου πληρωμών έχει αναγκάσει αρκετά κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα, έχει κάνει τον κόσμο να σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό και έχει περιορίσει αρκετά την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής.

Πολύ ενδιαφέρον είναι το πολύ υψηλό ποσοστό (78,28%) που δεν πιστεύει ότι τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Σε συνδυασμό με την ερώτηση «Για ποιο λόγο εσείς πιστεύετε ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των συμμετοχών;» όπου η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος έδειξε ως κύριους λόγους την παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων (70,7%) και τις απαιτήσεις της τρόικας, δείχνει ότι κεντρική αντίληψη του δείγματος για το μέτρο είναι πως αυτό εφαρμόζεται κυρίως για να αντλήσει χρήματα, τα οποία όμως δεν πρόκειται να δοθούν για να υπάρξουν βελτιώσεις στον τομέα της υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν φανεί και σε άλλες μελέτες [33].

Παρότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη εκδήλωσαν σκεπτικισμό και δυσπιστία για την χρήση των εσόδων από την συμμετοχή στο κόστος, πάνω από τους μισούς δηλώνουν διατεθειμένοι να δεχτούν χρεώσεις, αν πειστούν ότι θα βελτιωθεί κάτι στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι πράγματι η παρουσία βελτιώσεων στις υπηρεσίες είναι κρίσιμος παράγοντας για να ενθαρρυνθεί η πρόθεση πληρωμής των χρηστών [34], [55]. Είναι σημαντικό επομένως μια κυβέρνηση που επιχειρεί να εφαρμόσει το μέτρο, να δείξει με πειστικό τρόπο στους πολίτες, με ποιο τρόπο το κόστος που επωμίζονται, θα οδηγήσει σε βελτιώσεις στο σύστημα.

Προβληματίζει ιδιαίτερα το υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης στην χρήση των φαρμάκων. Το 78,46% δηλώνει ότι κατά τους τελευταίους 12 μήνες τα φάρμακα που παίρνει για την ασθένειά του τα αγόρασε σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησε σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν υψηλό επίπεδο συμμόρφωσης είναι οι χρόνια πάσχοντες. Σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της ενότητας, οι απαντήσεις δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν μείωσε ή διέκοψε την κατανάλωση φαρμάκων. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο νέας μελέτης ώστε να φανεί αν όντως επιβεβαιώνεται σχέση μεταξύ της συμμετοχής στο κόστος και συμμόρφωσης στην κατανάλωση φαρμάκων, ή αν το εύρημα αφορά τα ιδιαίτερα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Είναι δεδομένο ότι έρχεται σε αντίθεση με σειρά μελετών που έχουν δείξει το αντίθετο, ότι δηλαδή η αύξηση των συμπληρωμών συνδέεται με μικρότερη συμμόρφωση προς τις οδηγίες του γιατρού και περιορισμό στην κατανάλωση [27], [28].

Στην Ελλάδα, στοιχεία από έρευνα για την υπολιπιδαιμική αγωγή σε δείγμα πληθυσμού, έδειξαν ότι ένας στους τρεις Έλληνες πετυχαίνει το στόχο της φαρμακευτικής αγωγής όταν

ξεκινά τη θεραπεία, ενώ το 53% εξ αυτών προβληματίζεται πολύ για το κόστος της θεραπείας [48]. Το 12,9% των ασθενών δηλώνει ότι εγκατέλειψε τη φαρμακευτική αγωγή λόγω ακριβώς του υψηλού κόστους συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη. Άλλες μελέτες σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού δείχνουν ότι το 60% χρονίως πασχόντων ανέφερε δυσκολίες να πληρώσει την θεραπεία [6].

Σε σχέση με την χρήση υπηρεσιών, η εικόνα που δίνουν οι απαντήσεις είναι ότι αυτή δεν επηρεάστηκε σημαντικά από τις αυξήσεις στη συμμετοχή με εξαίρεση ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος (62,37%) κάλυψε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθεί. Στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας κάλυπτε πάντα τα κενά που άφηνε η έλλειψη αξιοπιστίας στις δημόσιες υπηρεσίες, η γραφειοκρατία και οι μεγάλες λίστες αναμονής, κυρίως στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας [13]. Αυτό φαίνεται να παραμένει ισχυρό, αυξάνοντας βέβαια το χάσμα μεταξύ εκείνων που μπορούν να καλύψουν ιδιωτικά μια επίσκεψη και εκείνων που δεν μπορούν [2]. Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει αυτήν τη θέση καθώς τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερο εισόδημα και ανώτερη εκπαίδευση ήταν εκείνοι που προτίμησαν να καλύψουν ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθούν, σε ποσοστό 67,3%.

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος δεν δείχνει στους άλλους τομείς να έχει αλλάξει συμπεριφορές ως προς την χρήση, τα ποσοστά του δείγματος που αναφέρουν αλλαγές και επί της ουσίας ανικανοποίητες ανάγκες, δεν είναι μικρά. Το 23% δεν πήγε σε γιατρό γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει, το 14% ζήτησε από τον γιατρό να μην γράψει κάποια φάρμακα και το 16% κάποια εξέταση. Θα ήταν σημαντική μια συνεχής καταγραφή, έτσι ώστε να φανεί αν συγκριτικά γίνονται τροποποιήσεις ως προς τα ποσοστά αυτά. Μελέτη που αφορά το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού, αναφέρει ότι το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας κατά την περίοδο 2008- 2012 είχε αυξηθεί από 5,4 σε 8% [48].

Αξίζει προσοχής το ότι το 37,24% δηλώνει ότι πήγε στο Νοσοκομείο για να του συνταγογραφήσουν φάρμακα ή εξετάσεις, επειδή είναι δωρεάν και οι περισσότεροι που δήλωσαν ότι ακολουθούν αυτή την πρακτική, είναι χρόνια πάσχοντες. Τα άτομα επομένως δεν απευθύνονται στο Νοσοκομείο μόνο για κάτι άμεσο και επείγον, αλλά και για μη επείγοντα ή χρόνια ζητήματα γιατί θεωρούν ότι αυτός είναι ο χώρος που θα πάρουν δωρεάν συνταγή για φάρμακα ή εξετάσεις. Είναι πιθανό να συνδέεται επίσης με την αποφυγή

περιπλάνησης από γιατρό σε γιατρό και την αίσθηση ότι σε ένα χώρο θα μπορέσουν να κάνουν όλα όσα χρειάζονται χωρίς να πληρώσουν χρήματα. Για τους χρόνια πάσχοντες κάποιες φορές μπορεί να αποτελεί έναν οικείο χώρο που εμπιστεύονται. Η παρούσα μελέτη βεβαίως απλά καταγράφει. Τα παραπάνω συμπεράσματα θα πρέπει να υποστηριχθούν από περαιτέρω έρευνες. Ο κεντρικός ρόλος του Νοσοκομείου στο Ελληνικό σύστημα υγείας έχει πολλαπλώς τεκμηριωθεί. Μελέτες δείχνουν ότι την περίοδο 2010-2011 ο αριθμός των νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας αυξήθηκε κατά 9%, ενώ ο αριθμός των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία (που έχουν χρέωση) μειώθηκε κατά 19%. Σε έρευνα που έγινε σε 20 νοσοκομεία, έγινε φανερό ότι πολλά άτομα απευθύνονταν στα επείγοντα (που εξαιρούνταν τότε από κόστος συμμετοχής) ή σε ώρες που λείπει το διοικητικό προσωπικό και η πιθανότητα να επιβληθεί η συμμετοχή στο κόστος, που ίσχυε τότε, είναι περιορισμένη [2].

Οι γυναίκες του δείγματος έδειξαν ότι πιστεύουν περισσότερο από τους άνδρες ότι η εφαρμογή του μέτρου έχει κάνει τον κόσμο πιο διστακτικό στο να πάει στο γιατρό. Το ότι η συμμετοχή στο κόστος επηρεάζει διαφορετικά τις γυναίκες από τους άνδρες επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες [17] και σχετίζεται με την τάση των γυναικών να απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας πιο εύκολα και για λιγότερο σοβαρές αιτίες [56].

Από την άλλη, οι άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες αγόρασαν τα φάρμακα και δεν τα χρησιμοποίησαν όλες τις φορές, δηλαδή συμμορφώνονται λιγότερο σε σχέση με τις οδηγίες για την χρήση φαρμάκων. Η Keiser Health Survey [3], έδειξε ότι οι άνδρες σε μικρότερο ποσοστό από τις γυναίκες πηγαίνουν γρήγορα σε γιατρό, ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού για την αγωγή που χρειάζεται, και κάνουν προληπτικούς ελέγχους.

Οι χρόνια πάσχοντες θεωρούνται διεθνώς ομάδα σε μεγάλο κίνδυνο μείωσης της προσβασιμότητας εξαιτίας των αυξήσεων στις συμπληρωμές. Στο συγκεκριμένο δείγμα δηλώνουν περισσότερο ότι η εφαρμογή του νόμου έχει περιορίσει την σπατάλη και κατάχρηση φαρμάκων. Από τότε που εφαρμόστηκε το μέτρο απευθύνονται περισσότερο στο Νοσοκομείο για να εξυπηρετηθούν και να πάρουν τις συνταγές που χρειάζονται. Μελέτη στη Ελλάδα έδειξε ότι οι χρόνια πάσχοντες μείωσαν κατά 30% τις επισκέψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα μεταξύ 2011 και 2013 και κατά 20% τα έξοδα για την υγεία τους [6]. Αντίθετα όμως με τα ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι το μέτρο των συμπληρωμών συμβάλλει σε μειωμένη συμμόρφωση στην θεραπεία και χρήση των φαρμάκων [4], [18],

[19], στην παρούσα μελέτη η ομάδα αυτή δηλώνει πολύ μεγάλη συμμόρφωση στις οδηγίες του γιατρού για τα φάρμακα που αγόρασαν και χρησιμοποίησαν.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που αφορούν τα άτομα που δεν έχουν δικό τους εισόδημα (άνεργοι, φοιτητές, στρατιώτες, νοικοκυρές) και τα άτομα νεαρότερης ηλικίας. Τα πρώτα δηλώνουν λιγότερες γνώσεις για τις συμπληρωμές και είναι κυρίως εκείνα που κάποιες φορές δεν αγόρασαν τα φάρμακα γιατί δεν είχαν τα χρήματα ή χρειάστηκε να δανειστούν για να πάνε σε γιατρό ή απέφυγαν να επισκεφθούν τον γιατρό γιατί σκεφτήκανε ότι θα πληρώσουν. Τα δεύτερα δηλώνουν λιγότερες γνώσεις, λιγότερη συμμόρφωση (δεν αγόρασαν τα φάρμακα ή σταμάτησαν να τα αγοράζουν γιατί δεν είχαν τα χρήματα) και μεγαλύτερη αμέλεια φροντίδας (δεν πήγαν σε γιατρό ενώ χρειάστηκε). Και οι δύο αυτές ομάδες βρίσκονται σε ρίσκο μείωσης προσβασιμότητας. Όμως, το δείγμα αυτό είναι μεικτό και για αυτό θα πρέπει να προσέξει κανείς πολύ για την εξαγωγή οποιονδήποτε συμπερασμάτων. Για παράδειγμα, οι νεότεροι κατά κύριο λόγο ακόμη εξαρτώμενοι από το οικογενειακό εισόδημα (φοιτητές, φαντάροι) συχνά δεν παίρνουν μόνοι τους αποφάσεις για την υγεία, αλλά κάτω από τις οδηγίες ή κατευθύνσεις γονέων και κηδεμόνων. Επομένως, το εύρημα μπορεί να σχετίζεται με την γενικότερη στάση τους απέναντι σε θέματα υγείας και να μην σχετίζεται καθόλου με τις συμπληρωμές.

Ομάδα υψηλού κινδύνου για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διεθνώς τα άτομα χαμηλού εισοδήματος. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα η οποία επηρεάζεται από τις αυξήσεις στις τιμές των συμμετοχών, μειώνοντας την χρήση των υπηρεσιών υγείας [26]. Η παρούσα μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με μια σειρά παραγόντων, όπως το ότι περισσότερο από τους άλλους σταμάτησαν να αγοράζουν τα φάρμακα, χρειάστηκαν να πάρουν δανεικά για να πάνε στο γιατρό, χρειάστηκε να επισκεφτούν κάποιον γιατρό και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν, ζήτησαν από το γιατρό να μην τους γράψει κάποιο φάρμακο, ή δεν πήρανε ποτέ αυτά που τους έγραψε. Επίσης, ότι επέλεξαν να πάνε στο νοσοκομείο να τους συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η ομάδα αυτή αύξησε τις επισκέψεις στα ΤΕΠ [27]. Τέλος, τα άτομα χαμηλού εισοδήματος είναι δύσπιστα στο ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του. Οι συσχετίσεις αυτές δίνουν στοιχεία αφενός για τον τρόπο με τον οποίο το μέτρο δυσκόλεψε η δυνατότητά τους να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου για την τάση τους για πλημμελή φροντίδα υγείας. Πρόσφατες

έρευνες στον πληθυσμό έδειξαν ότι το φτωχότερο 20% του δείγματος κατέβαλε περίπου το 13,8% του οικογενειακού εισοδήματος σε υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το πλουσιότερο 20% ήταν 3,1 [41]. Η μελέτη αυτή δείχνει ότι οι συμπληρωμές για υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν περισσότερο τα άτομα με χαμηλό εισόδημα.

Όπως αναφέρει η μελέτη των Reed και συν [21] όταν υπάρχουν χρεώσεις, τα άτομα συχνά δεν εγκαταλείπουν την φροντίδα, αλλά πηγαίνουν σε άλλη μορφή φροντίδας. Η παρούσα εργασία δείχνει ότι τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα πηγαίνουν στον ιδιωτικό τομέα, και τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα στο Νοσοκομείο.

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν ανώδυνοι και επώδυνοι τρόποι συγκράτησης δαπανών. Οι ανώδυνοι αποσκοπούν στην πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων ενός τόπου, όπως ο περιορισμός της διοικητικής δαπάνης, της παραοικονομίας και των αναποτελεσματικών υπηρεσιών, ενώ οι επώδυνοι οδηγούν στη μείωση ή κατάργηση χρήσιμων υπηρεσιών για τον πληθυσμό [2].

Η Ελλάδα χρειάστηκε μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα να εφαρμόσει στο σύστημα υγείας μεταρρυθμίσεις που δεν είχαν γίνει για πολλά χρόνια. Οι μεταρρυθμίσεις έγιναν υπό την πίεση μνημονίων, χωρίς κατάλληλο σχεδιασμό και δυνατότητα ελέγχου της αποτελεσματικότητάς τους. Η επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού έδειξε ότι είχαν επώδυνα αποτελέσματα. Σειρά μελετών έχει δείξει ότι οι απότομες αλλαγές στο σύστημα υγείας, χωρίς δοκιμαστικές περιόδους που να παρακολουθούν τις επιπτώσεις τους, παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα στην υλοποίηση και σοβαρές αστοχίες [2].

Στην παρούσα ερευνητική εργασία τα άτομα δείχνουν δύσπιστα προς το σύστημα. Οι περισσότεροι δεν πιστεύουν ότι τα χρήματα που μπορεί να εξοικονομηθούν από τη συμμετοχή στο κόστος θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση του συστήματος. Θεωρούν ότι αυτός είναι άλλος ένας τρόπος για να συγκεντρώσει το κράτος χρήματα και άλλη μια απαίτηση από την τρόικα. Επίσης, αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα του μέτρου. Παρόλα αυτά, τουλάχιστον οι μισοί δηλώνουν διατεθειμένοι να πληρώσουν χρήματα, αν πειστούν ότι πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών. Μια προσπάθεια εφαρμογής χρεώσεων θα πρέπει επομένως να συνοδεύεται από απτές αποδείξεις, όπως για παράδειγμα βελτιώσεις στις εγκαταστάσεις [35], για να εξασφαλίσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή.

Οι συμμετέχοντες δεν ήταν καλοί γνώστες των χρεώσεων. Ένας καλά ενημερωμένος πολίτης μπορεί να πάρει ορθότερες αποφάσεις και να αποφύγει προσπάθειες παραπλάνησής του από επαγγελματίες. Μπορεί δηλαδή να αντιμετωπίσει με πιο αποτελεσματικό τρόπο τα ζητήματα του ηθικού κινδύνου και της προκλητής ζήτησης. Είναι πολύ σημαντικό να γίνουν εκτεταμένες προσπάθειες ενημέρωσης (αναρτήσεις σε εισόδους υγειονομικών μονάδων, διαφημίσεις σε ΜΜΕ) για τις υποχρεώσεις των χρηστών και για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να ενημερώνονται, και άλλες πιο στοχευμένες, σε νέους που, όπως έδειξε η μελέτη έχουν τις λιγότερες γνώσεις, ή τον γυναικείο πληθυσμό που επηρεάζεται περισσότερο.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι αυξήσεις στις συμμετοχές στο κόστος σε φάρμακα και υπηρεσίες, μετέφεραν στον πολίτη βάρη της χρηματοδότησης του συστήματος, σε μια εποχή που τα εισοδήματα μειώθηκαν και πολλοί άνθρωποι είναι άνεργοι ή απειλούνται από ανεργία. Στην παρούσα μελέτη οι μισοί ερωτηθέντες δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες και μέτρια ως υψηλά τα κόστη. Ένα ποσοστό 12,5%, πήρε δανεικά για να καλύψει τα έξοδα. Το ποσοστό αυτό αποτελείται από άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και χαμηλότερης εκπαίδευσης. Το κράτος, εάν ενδιαφέρεται για την ποιότητα της φροντίδας υγείας και όχι μόνο τα λογιστικά του, οφείλει να παρακολουθεί τις απόψεις και την γνώμη των χρηστών και να αναζητά τους λόγους και τις ιδιαίτερες συνθήκες που τις διαμορφώνουν. Βιώνοντας την κρίση οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι κάποιες ομάδες πλήττονται σφοδρότερα. Δίνουν μεγάλη προτεραιότητα στους χρόνια πάσχοντες και μετά στους ηλικιωμένους. Αναγνωρίζουν επίσης την ανάγκη εξαιρέσεων σε υπηρεσίες και είναι πολύ σημαντικό ότι προτεραιότητα τους είναι οι επισκέψεις σε γενικό γιατρό του ΕΣΥ. Διαφαίνεται λοιπόν η συνειδητοποίηση της ανάγκης να είναι δωρεάν η πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, ώστε το άτομο να αποκτήσει έναν «οδηγό» μέσα σε αυτό. Εξακολουθούν να απουσιάζουν από το Ελληνικό σύστημα υγείας διαδικασίες παραπομπής και φροντίδα για κατεύθυνση και συνέχεια, ώστε ο πολίτης να νιώθει πιο ασφαλής για το τι πρέπει να κάνει [14].

Η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος δεν έδειξε στην παρούσα μελέτη να επηρεάζει την συμμόρφωση με τις οδηγίες του γιατρού και να μειώνει την κατανάλωση στα φάρμακα, αντίθετα με σειρά μελετών που συνδέει την αύξηση των συμπληρωμών στα φάρμακα με μικρότερη συμμόρφωση και μειώσεις στην κατανάλωση [27], [28]. Με δεδομένο ότι στην χώρα μας έχει εκτεταμένα καταγραφεί η υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων, το εύρημα θα μπορούσε να αποτυπώνει μια στροφή προς το καλύτερο. Τα αποτελέσματα αυτά όμως θα πρέπει να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες για να είναι έγκυρα. Μεγαλύτερη συμμόρφωση δήλωσαν οι χρόνια πάσχοντες και μικρότερη τα άτομα χαμηλού εισοδήματος.

Σε σχέση με την χρήση των υπηρεσιών υγείας η μελέτη κατέγραψε μια κατεύθυνση προς τον ιδιωτικό τομέα, κυρίως από τα άτομα που έχουν υψηλότερα εισοδήματα και επίπεδο εκπαίδευσης. Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων, κυρίως ατόμων με χρόνια νοσήματα και χαμηλά εισοδήματα απευθύνεται στο νοσοκομείο για εξετάσεις και φάρμακα, και ένα επίσης σημαντικό ποσοστό κυρίως χαμηλού εισοδήματος αγοράζει όσα φάρμακα μπορεί χωρίς

συνταγή γιατρού. Αυτό καθιστά απαραίτητη την συνεχή παρακολούθηση και συγκριτική ανάλυση των τάσεων για να αποτραπούν τάσεις αύξησης ανισοτήτων.

Παίρνοντας υπόψιν τους περιορισμούς αυτής της έρευνας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, για το δείγμα πληθυσμού της παρούσας μελέτης, το μέτρο των αυξήσεων στη συμμετοχή στο κόστος δεν μοιάζει να καθοδηγεί. Οι πολίτες νιώθουν μπερδεμένοι και πολύ δύσπιστοι προς τις αλλαγές που πραγματοποιούνται και απέναντι στις οποίες δεν έχουν λόγο και δύναμη. Αναμφίβολα απαιτείται περαιτέρω μελέτη σε μεγάλο δείγμα του πληθυσμού και δυνατότητα συγκρίσεων δεδομένων, για να μπορούμε να καταλήξουμε σε γενικότερα και ασφαλέστερα συμπεράσματα. Οι συνθήκες απαιτούν σωστό σχεδιασμό και προσπάθεια εξυγίανσης του συστήματος. Απαιτείται καλή γνώση και διαρκής παρακολούθηση των δεδομένων του περιβάλλοντος, ώστε να εξασφαλιστεί η πλήρης κάλυψη όλων των πολιτών και η μείωση των ανισοτήτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] Λιαρόπουλος Λ. «Διεθνή συστήματα Υγείας, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας». Εκδόσεις Βήτα, 2010.
- [2] Economou Ch., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A. “Case study: the impact of economic crisis on the Greek Health System”. In Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J and Kluge H, eds (2014). Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience, Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- [3] Gruber J. The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond. Kaiser Family Foundation, 2006.
- [4] Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient, British Medical Journal, September 2010, Vol.341, No 7771, pp.487-489.
- [5] Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ, Λιαρόπουλος Λ. «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25 (5):663-672.
- [6] Dubois H, Molinuevo D. «Access to healthcare in times of crisis». European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014.
- [7] Bodenheimer TS, Grumbach K. Κατανοώντας την πολιτική υγείας : Μια κλινική προσέγγιση. Σουλιώτης Κ. ed. Αθήνα : Παρισιάνου Α.Ε., 2010.
- [8] Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 2010.
- [9] Υφαντόπουλος Γ. «Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική». Αθήνα: Τυπωθήτω, 2006.
- [10] Σακελλαρόπουλος Θ. «Αναζητώντας το Νέο Κοινωνικό Κράτος». Στο Σακελλαρόπουλος Θ, Χάλαρης Γ, Λαμπροπούλου Κ, Κυπριανός Π, Χτούρης Σ, Κουζής Γ, επ. Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους. Εκδόσεις Κριτική, 1999.
- [11] Βοζίκης Α. Το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς και η ιδιωτικοποίηση στο χώρο της υγείας: Πρακτικές και συμπεράσματα από τη διεθνή εμπειρία. Μελέτες προς τιμήν του καθηγητού Πέτρου Λίβα, σελ. 91-104. Πανεπιστήμιο Πειραιώς-τμήμα Οικονομικής Επιστήμης. Πειραιάς, 2010.
- [12] Mladovsky P, Svastava D, Cylus J, Karanikolos V, Evetovits T, Thomson S, McCee M. Health Policy in the financial crisis in Health Care , Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2012, 18(1).

- [13] Σουλιώτης Κ. Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, 2000.
- [14] Οικονόμου Χ. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθένειας στην Ελλάδα. Επιστημονικές Εκθέσεις ΙΝΕ, 2012.
- [15] Shapiro F. M, Ware E. J, Sherbourne D. C. Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms, *Annals of Internal Medicine*, February 1986, Vol. 104, No.2, pp.246-251.
- [16] Augurzky B, Bauer K. T, Schaffner S. Copayments in the German Health System: Does it Work?, *IZA Discussion Paper*, September 2006, No.2290, pp. 1-17.
- [17] Cherkin C. D, Grothaus L, Wagner H. E. The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization, *Medical Care*, November 1989, Vol.27, No.11, pp. 1036-1045.
- [18] Piette D. J, Heisler M, Wagner H, T. Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adults With Diabetes, *Diabetes Care*, February 2004, Vol.27, No.2, pp. 384-391.
- [19] Gibson B. T, Ozminkowski J. R, Goetzel Z. R. The effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence, *The American Journal of Managed Care*, November 2005, Vol.11, No.11, pp.730-740.
- [20] Mullainathan S. When a Co-Pay gets in the Way of Health, New York edition, August 2013, p.BU6.
- [21] Reed M, Fung V, Brand R, Fireman B, Newhouse P. J, Selby V. J, Hsu J. Care-Seeking Behavior in Response to Emergency Department Copayments, *Medical Care*, August 2005, Vol.43, No.8, pp. 810-816.
- [22] Hsu J, Price M, Brand R, Ray T. G, Fireman B, Newhouse P. J, Selby V. J. Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study, *HSR: Health Services Research* 41:5, October 2006.
- [23] Mythbusters. Myth: User fees ensure better of health services, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, November 2012, ISSN:1923-1253.
- [24] Fendrick M, Chernew E. M. 'Fiscally Responsible, Clinically Sensitive' Cost Sharing: Contain Costs While Preserving Quality, *The American Journal of Managed Care*, June 2007, Vol.13, No.6, Part 2, pp. 325-327.
- [25] Karter J. A, Stevens R. M, Herman H. W, Ettner S, Marrero G. D. Out-of-Pocket Costs and Diabetes Preventive Services, *Diabetes Care*, August 2003, Vol.26, No.8, pp. 2294-2299.

- [26] Amitabh C, Gruber J, McKnight R. Patient Cost Sharing in Low Income Populations, *American Economic Review*, May 2010, Papers & Proceedings 100.2, pp. 303-308.
- [27] Tamblyn R, Laprise R, Hanley J, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle P, Mallet L. Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, *American Medical Association*, January 2001, Vol.285, No. 4, pp. 421-429.
- [28] Sinnott S. J, Buckley C, O’Riordan, Bradley C, Whelton H. The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLOS ONE* www.plosone.org May 2013, Vol.8, Issue 5, e64914.
- [29] Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access, *European Journal of Public Health*, December 2012, Vol.23, No.6, pp. 916-922.
- [30] Danyliv A, Pavlova M, Gryga I, Groot W. 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.
- [31] Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse P. J, Selby V. J. Cost-Sharing Patient Knowledge and Effects on Seeking Emergency Department Care, *Medical Care*, March 2004, Vol.42, No. 3, pp. 290-296.
- [32] Lischko M. A, Burgess F. J. Jr. Knowledge of Cost Sharing and Decisions to Seek Care, *The American Journal of Managed Care*, April 2010, Vol.16, No.4, pp. 298-304.
- [33] Sinnott S. J, Guinane M, Whelton H, Byrne S. 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*, January 2013, pp. 1-9.
- [34] Baji P, Pavlova M, Gulasci L, Groot W. User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders, *Health Policy* 102, 2011, pp. 255-262.
- [35] Pavlova M, Groot W, Merode van G. Public attitudes towards patient in Bulgarian public health care sector: results of a household survey, *Health Policy* 59, 2002, pp. 1-24.
- [36] Μόσιαλος Η, Θεοδώρου Μ. Η Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη, Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, *Mediforce*, Αθήνα, 2003, pp. 25-48.
- [37] Κυριόπουλος Γ. Οικονομική κρίση και υγεία. Εκδόσεις Καστανιώτη, 2012.

- [38] Κυριόπουλος Γ. Πέραν του «Μνημονίου»: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας. 2011.
- [39] <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF>
- [40] ΟΟΣΑ: www.oecd.org/health-at-a-glance. 2014.
- [41] ΕΛΣΤΑΤ: www.statistics.gr/portal. 2013.
- [42] ΟΟΣΑ: www.oecd.org/health-at-a-glance. 2012.
- [44] Μόσιαλος Η, Allin S. “Ομάδες Συμφερόντων και η Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα” στο Featherstone K. Πολιτική στην Ελλάδα η πρόκληση του εκσυγχρονισμού, μετάφραση Νιάρχος Γ. Εκδόσεις Οκτώ, 2006.
- [45] Ηλιοπούλου Δ, Κουτσούρης Δ, Σπύρου Σ, Χατζηλάκος Α, Σακελλαρόπουλος Θ. E-Health: Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας (Ζητήματα Πολιτικής στις Υπηρεσίες Ψηφιακής Υγείας και Ιατρικής), Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2012.
- [46] ΕΛΣΤΑΤ: www.statistics.gr/portal. 2015.
- [47] ΟΟΣΑ: www.oecd.org/health-at-a-glance. 2013.
- [48] Οικονόμου Χ, Κατελίδου Δ, Κάτσικας Δ, Σίσκου Ο, Ζαφειροπούλου Μ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα με επίκεντρο τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2014, 9(2):99-115.
- [49] Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece’s health crisis: from austerity to denialism. Lancet 2014, 383:748-753.
- [50] Siskou O, Stokou H, Theodorou M, Kaitelidou D, Galanis P, Tsavalias K, Konstantakopoulou O, Charalambous G, Liaropoulos L. Evaluating Cost Sharing Measures in Public Primary Units in Greece: Cost Sharing Measures in Primary Care. International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH) 2015, 4(4):52-62.
- [51] Γαλάνης Π. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2009, 26(5):699-711.
- [52] Αντεριώτη Π, Αντωνίου Γ. «Ικανοποίηση ασθενών από την Φροντίδα Υγείας». Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2014, 1(1).
- [53] Καλογεροπούλου Μ. «Μέτρηση Ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2011, 28(5).
- [54] Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας». Το βήμα του Ασκληπιού, 2010, 9 (4).
- [55] Πολύζος Ν, Σινογεώργου Θ, Μαριάτου Δ. «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας». Primary Health Care, 2007 (19)1: 10-19.

[56] Bertakis K. D, Azari R, Helms L. J, Callahan E. J, Robbins J. A. "Gender Differences in the Utilization of Health Care Services." *Journal of Family Practice* Feb. 2000;49(2):147-152.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

*Ερωτηματολόγιο Έρευνας για τις απόψεις,
στάσεις και συμπεριφορές των ασθενών
σχετικά με την επιβολή συμπληρωμών σε
υπηρεσίες του Δημόσιου Συστήματος Υγείας*

Εισαγωγικά για την έρευνα

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί έχει σαν στόχο να διερευνήσει τις απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές των πολιτών σε σχέση με τις αυξήσεις στην πληρωμή συμμετοχών, στο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, επιδιώκει να προσδιορίσει πώς τα άτομα που απευθύνονται σε 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 επηρεάζει τη συμπεριφορά τους, ως προς την χρήση αυτών των υπηρεσιών. Η έρευνα αυτή γίνεται στο πλαίσιο Διατριβής που εκπονώ ως φοιτητής/-τρια του μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Τα 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 και 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 είκοσι λεπτά.

Σας ευχαριστώ

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 χρόνια 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 ξέρω, δεν πληρώνουμε Όχι, δεν ξέρω

[] Ναι ξέρω, πληρώνουμε

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

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

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 συνταγογράφηση 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 εργαστηριακές δεν γνωρίζω

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

Εάν 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 Όχι Ναι Πόσες φορές

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

Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

27. Τόπος μόνιμης διαμονής

Δήμος ή Κοινότητα Επαρχία

28. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η Άγαμος/η Χήρος/α
Διαζευγμένος

29. Υπηκοότητα

Έλληνας Μετανάστης Ε. Ε. Άλλη

30. Επαγγελματική κατάσταση

Δημόσιος υπάλληλος (συν ευρύτερος δημόσιος τομέας) Ιδιωτικός υπάλληλος

Αυτοεργοδοτούμενος (αγρότης, επιχειρηματίας) Συνταξιούχος

Οικιακά Φοιτητής, στρατιώτης

Άνεργος

31. Πόσα άτομα μένετε μαζί στο ίδιο σπίτι;

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

ΠΡΟΣ:

Τον Διευθυντή του Κέντρου Υγείας Χάρακα.

Ηράκλειο, 12 Σεπτεμβρίου 2015

Θέμα: Αίτημα έγκρισης για την χορήγηση ερωτηματολογίου που αφορά το μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

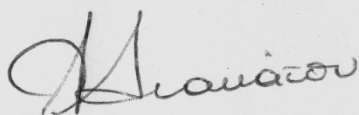
Αξιότιμε κ. Δρακωνάκη

Θα ήθελα να ζητήσω την έγκρισή σας για την διεξαγωγή της έρευνας που εκπονώ στα πλαίσια της διατριβής μου, ως φοιτήτριας του μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

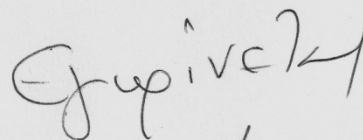
Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση απόψεων, στάσεων και συμπεριφοράς των ασθενών αναφορικά με το μέτρο της πληρωμής συμμετοχών στο σύστημα υγείας, αλλά και η εκτίμηση του ύψους των συμμετοχών που καταβάλλουν. Πώς δηλαδή οι ασθενείς που προσφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αντιλαμβάνονται τη συμμετοχή τους στο κόστος, τι ποσά δαπανούν, πώς κρίνουν το μέτρο και σε ποιο βαθμό αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά τους, όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας θα δοθεί το συνημμένο ερωτηματολόγιο σε άτομα που έχουν επισκεφθεί Δημόσιες Υπηρεσίες (Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) και ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΠΥ.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την προσοχή σας και παραμένω στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία θεωρείτε χρήσιμη.

Με τιμή



Αναστασία Διακάτου



7^η Δ.Υ.Π.Ε. - Π.Ε.Δ.Υ. - Κ.Υ. ΧΑΡΑΚΑ
ΔΡΑΚΟΝΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ Δ/ΝΤΗΣ
ΑΜΚΑ: 06035603619 - Α.Μ. ΤΣΑΥ 60418

Πίνακας 1: Περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ερωτήσεις		N (%)
Μονάδα Υγείας	Νοσοκομείο	83 (41,50%)
	Κέντρο Υγείας	70 (35,00%)
	ΕΟΠΥΥ	47 (23,50%)
1. φύλο	Άντρας	80 (40,00%)
	Γυναίκα	120 (60,00%)
3. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη από το ταμείο σας;	Όχι	11 (5,50%)
	Ναι	189 (94,50%)
4. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη μέσω του νόμου που επιτρέπει την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων;	Όχι	187 (93,50%)
	Ναι	13 (6,50%)
6. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι	Πολύ καλή	44 (22,00%)
	Καλή	116 (58,00%)
	Μέτρια	36 (18,00%)
	Κακή	2 (1,00%)
	Πολύ κακή	2 (1,00%)
7. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;	Όχι	117 (58,50%)
	Ναι	83 (41,50%)
8. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να έρχεστε συχνά στο γιατρό;	Όχι	140 (70,00%)
	Ναι	60 (30,00%)
27. Τόπος μόνιμης διαμονής (Ν.Ηρακλείου)	Πόλη	114 (57,00%)
	Επαρχία	86 (43,00%)
28. Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	168 (84,00%)
	Άγαμος	19 (9,50%)
	Διαζευγμένος	9 (4,50%)
	Χήρος	4 (2,00%)
29.Υπηκοότητα	Έλληνας	196 (98,49%)
	Μετανάστης	2 (1,01%)
	ΕΕ	1 (0,50%)
	Άλλο	0 (0,00%)
30.Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος υπάλληλος	74 (37,00%)
	Αυτοεργοδοτούμενος	23 (11,50%)
	Οικιακά	28 (14,00%)
	Άνεργος	14 (7,00%)
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	41 (20,50%)
	Συνταξιούχος	14 (7,00%)
	Φοιτητής, στρατιώτης	6 (3,00%)
33. Επίπεδο εκπαίδευσης	Καμία εκπαίδευση	2 (1,00%)
	Απόφοιτος Δημοτικού	8 (4,00%)
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11 (5,50%)
	Απόφοιτος Λυκείου	38 (19,00%)
	Μεταλυκειακή	25 (12,50%)
	Τριτοβάθμια	83 (41,50%)
	Μεταπτυχιακό	33 (16,50%)
	Διάμεσος (25ο-75ο)	Μέσος (ΤΑ)
Ηλικία (έτη)	41 (34-52)	43 (13)
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (Εύρος: 300-5000)	1900 (1000-2500)	1836 (981)

Πίνακας 2: Γνώσεις κ αντιλήψεις του δείγματος

Ερωτήσεις		N (%)
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	8 (4,00%) 52 (26,00%) 98 (49,00%) 28 (14,00%) 14 (7,00%)
9. Ξέρετε ότι πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή (εξέταστρο), κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου(πχ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας), για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;	Δεν πληρώνω ΔΓ/πληρωνω	44 (22,00%) 156 (78,00%)
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	Δεν το ξέρω Το ξέρω	127 (64,80%) 69 (35,20%)
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσοστό είναι 25% (όλο το δείγμα)	Λάθος Σωστά Διάμεσος (25°-75°)	62 (41,9%) 86 (58,1%) 4 (2-4)
Τι ποσοστό απαντησαν (όλο το δείγμα):		
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσοστό είναι 25% (από αυτούς που δηλώνουν ότι το ξέρουν)	Λάθος Σωστά	11 (17,2%) 53 (82,8%)
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσοστό είναι 25% (από αυτούς που δηλώνουν ότι δεν το ξέρουν)	Λάθος Σωστά	51 (60,7%) 33 (39,3%)
10.2 το πάγιο ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή, πέραν του ποσοστού συμμετοχής των φαρμάκων	Δεν το ξέρω Το ξέρω	145 (73,98%) 51 (26,02%)
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσό είναι 1 ευρώ (όλο το δείγμα)	Λάθος Σωστά Διάμεσος (25°-75°)	71 (55%) 58 (45%) 2 (1-10)
Τι ποσό απαντησαν (όλο το δείγμα):		
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσό είναι 1 ευρώ (από αυτούς που δηλώνουν ότι το ξέρουν)	Λάθος Σωστά	14 (28%) 36 (72%)
Πόσοι απάντησαν σωστά ότι το ποσό είναι 1 ευρώ (από αυτούς που δηλώνουν ότι δεν το ξέρουν)	Λάθος Σωστά	57 (72,2%) 22 (27,8%)
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 Τι ποσό απαντησαν: Εύρος (0-100)	Όχι Ναι Διάμεσος (25°-75°) MT (TA)	154 (78,97%) 41 (21,03%) 27,5 (5-49) 28,9 (26,46)
11.2. Για κάθε επίσκεψη σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ για συνταγογράφηση Πόσοι απάντησαν ότι το ποσό είναι 10 ευρώ Τι ποσό απαντησαν: Εύρος (0-40)	Όχι Ναι Άλλο 10 ευρώ Διάμεσος (25°-75°) MT (TA)	120 (61,22%) 76 (38,78%) 26 (33,8%) 51 (66,2%) 27,5 (5-49) 13,9 (8,34)
11.3. Για την εργαστηριακή ανάλυση στο μικροβιολογικό εργαστήριο ή άλλο διαγνωστικό κέντρο (πχ ακτινολογικό) συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ Τι ποσό απαντήσαν: Εύρος (0-250)	Όχι Ναι Διάμεσος (25°-75°) MT (TA)	100 (52,08%) 92 (47,92%) 15 (10-25) 23,44 (33,96)
11.4. Για την αγορά των φαρμάκων σας στο φαρμακείο κατά το τελευταίο τρίμηνο;	Όχι Ναι	67 (34,90%) 125 (65,10%)

Τι ποσό απαντήσαν: Εύρος (0-350)	Διάμεσος (25 ^ο -75 ^ο) MT (TA)	
		25 (15-50) 39.95 (49.98)
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	13 (6,57%) 67 (33,84%) 95 (47,98%) 15 (7,58%) 8 (4,04%)
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 πληρώνουν όλοι	185 (93,91%) 12 (6,09%)
21. Θα συμφωνούσατε να επιβληθούν ποσά για συμμετοχή στο κόστος σε όλες τις υπηρεσίες υγείας;	Όχι δεν θα συμφωνούσα Ναι, θα συμφωνούσα	168 (84,42%) 31 (15,58%)
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	48 (24,12%) 50 (25,13%) 53 (26,63%) 36 (18,09%) 12 (6,03%)
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ	28 (14,07%) 58 (29,15%) 56 (28,14%) 48 (24,12%) 9 (4,52%)
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ	21 (10,55%) 61 (30,65%) 55 (27,64%) 45 (22,61%) 17 (8,54%)
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ	97 (48,99%) 58 (29,29%) 30 (15,15%) 10 (5,05%) 3 (1,52%)
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ	11 (5,53%) 27 (13,57%) 45 (22,61%) 74 (37,19%) 42 (21,11%)
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ	10 (5,05%) 30 (15,15%) 42 (21,21%) 72 (36,36%) 44 (22,22%)
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	22 (11,11%) 46 (23,23%) 65 (32,83%) 50 (25,25%) 15 (7,58%)
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;	Όχι Ναι	92 (46,00%) 108 (54,00%)

Πίνακας 3: Συσχέτιση του φύλου με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Φύλο		p-value
		Αντρας N (%)	Γυναίκα N (%)	
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ/ Αρκετά	20 (25,0%)	40 (33,3%)	0,452
	Μέτρια	42 (52,5%)	56 (46,7%)	
	Λίγο/Καθόλου	18 (22,5%)	24 (20,0%)	
10.1 το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	26 (43,3%)	36 (40,9%)	0,769
	25%	34 (56,7%)	52 (59,1%)	
10.2 το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	26 (48,1%)	45 (60,0%)	0,182
	1 ευρώ	28 (51,9%)	30 (40,0%)	
17. Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:	Πολύ υψηλό/Υψηλό	33 (41,3%)	47 (39,8%)	0,671
	Μέτριο	36 (45,0%)	59 (50,0%)	
	Χαμηλό/Πολύ χαμηλό	11 (13,8%)	12 (10,2%)	
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;	Λίγο/Καθόλου	36 (45,6%)	62 (51,7%)	0,137
	Μέτρια	27 (34,2%)	26 (21,7%)	
	Αρκετά/ Πολύ	16 (20,3%)	32 (26,7%)	
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου	37 (46,8%)	49 (40,8%)	0,635
	Μέτρια	22 (27,8%)	34 (28,3%)	
	Αρκετά/ Πολύ	20 (25,3%)	37 (30,8%)	
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Λίγο/Καθόλου	34 (43,0%)	48 (40,0%)	0,170
	Μέτρια	26 (32,9%)	29 (24,2%)	
	Αρκετά/ Πολύ	19 (24,1%)	43 (35,8%)	
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο/Καθόλου	64 (82,1%)	91 (75,8%)	0,577
	Μέτρια	10 (12,8%)	20 (16,7%)	
	Αρκετά/ Πολύ	4 (5,1%)	9 (7,5%)	
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Λίγο/Καθόλου	17 (21,5%)	21 (17,5%)	0,492
	Μέτρια	20 (25,3%)	25 (20,8%)	
	Αρκετά/ Πολύ	42 (53,2%)	74 (61,7%)	
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου	17 (21,5%)	23 (19,3%)	0,053
	Μέτρια	23 (29,1%)	19 (16,0%)	
	Αρκετά/ Πολύ	39 (49,4%)	77 (64,7%)	
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)	Λίγο/Καθόλου	27 (34,2%)	41 (34,5%)	0,358
	Μέτρια	30 (38,0%)	35 (29,4%)	
	Αρκετά/ Πολύ	22 (27,8%)	43 (36,1%)	
12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:				
12α. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογραφηση του γιατρού	Όχι	17 (21,8%)	25 (21,4%)	0,943
	Ναι	61 (78,2%)	92 (78,6%)	
12β. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι	64 (81,0%)	109 (92,4%)	0,017
	Ναι	15 (19,0%)	9 (7,6%)	
12γ. Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	Όχι	74 (94,9%)	113 (95,8%)	0,771
	Ναι	4 (5,1%)	5 (4,2%)	
12δ. Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές	Όχι	69 (90,8%)	111 (94,9%)	0,269

γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	Ναι	7 (9,2%)	6 (5,1%)	
12ε Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	71 (91,0%)	103 (87,3%)	0,417
	Ναι	7 (9,0%)	15 (12,7%)	
12στ Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	75 (96,2%)	115 (97,5%)	0,604
	Ναι	3 (3,8%)	3 (2,5%)	
18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	19 (59,4%)	36 (75,0%)	0,140
	Ναι	13 (40,6%)	12 (25,0%)	
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	62 (79,5%)	90 (75,6%)	0,528
	Ναι	16 (20,5%)	29 (24,4%)	
25.2.επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	65 (85,5%)	102 (86,4%)	0,857
	Ναι	11 (14,5%)	16 (13,6%)	
25.3.επισκεφθείτε κάποιο ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	64 (84,2%)	98 (82,4%)	0,736
	Ναι	12 (15,8%)	21 (17,6%)	
25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	70 (89,7%)	100 (84,0%)	0,254
	Ναι	8 (10,3%)	19 (16,0%)	
25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	63 (82,9%)	100 (84,7%)	0,731
	Ναι	13 (17,1%)	18 (15,3%)	
25.6. λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	69 (90,8%)	100 (87,7%)	0,508
	Ναι	7 (9,2%)	14 (12,3%)	
25.7. αγοράσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;	Όχι	46 (61,3%)	74 (62,2%)	0,905
	Ναι	29 (38,7%)	45 (37,8%)	
25.8. Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι	48 (62,3%)	75 (63,0%)	0,923
	Ναι	29 (37,7%)	44 (37,0%)	
25.9. Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι	25 (33,3%)	48 (40,3%)	0,327
	Ναι	50 (66,7%)	71 (59,7%)	

Πίνακας 4: Συσχέτιση της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Χρόνιο Νόσημα		p-value	
		Όχι N (%)	Ναι N (%)		
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ/ Αρκετά Μέτρια	44 (31,4%) 69 (49,3%)	16 (26,7%) 29 (48,3%)	0,613	
	Λίγο/Καθόλου	27 (19,3%)	15 (25,0%)		
10.1 Το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	46 (45,1%)	16 (34,8%)	0,239	
	25%	56 (54,9%)	30 (65,2%)		
10.2 το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	46 (51,7%)	25 (62,5%)	0,253	
	1 ευρώ	43 (48,3%)	15 (37,5%)		
17. Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:	Πολύ υψηλό/Υψηλό	51 (37,0%)	29 (48,3%)	0,283	
	Μέτριο	69 (50,0%)	26 (43,3%)		
	Χαμηλό/Πολύ χαμηλό	18 (13,0%)	5 (8,3%)		
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;	Λίγο/Καθόλου	71 (51,1%)	27 (45,0%)	0,702
		Μέτρια	35 (25,2%)	18 (30,0%)	
	Αρκετά/ Πολύ	33 (23,7%)	15 (25,0%)		
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου	66 (47,5%)	20 (33,3%)	0,042	
	Μέτρια	32 (23,0%)	24 (40,0%)		
	Αρκετά/ Πολύ	41 (29,5%)	16 (26,7%)		
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Λίγο/Καθόλου	61 (43,9%)	21 (35,0%)	0,169	
	Μέτρια	33 (23,7%)	22 (36,7%)		
	Αρκετά/ Πολύ	45 (32,4%)	17 (28,3%)		
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο/Καθόλου	105 (76,1%)	50 (83,3%)	0,409	
	Μέτρια	24 (17,4%)	6 (10,0%)		
	Αρκετά/ Πολύ	9 (6,5%)	4 (6,7%)		
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Λίγο/Καθόλου	27 (19,4%)	11 (18,3%)	0,950	
	Μέτρια	32 (23,0%)	13 (21,7%)		
	Αρκετά/ Πολύ	80 (57,6%)	36 (60,0%)		
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου	33 (23,9%)	7 (11,7%)	0,102	
	Μέτρια	30 (21,7%)	12 (20,0%)		
	Αρκετά/ Πολύ	75 (54,3%)	41 (68,3%)		
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)	Λίγο/Καθόλου	43 (30,9%)	25 (42,4%)	0,301	
	Μέτρια	48 (34,5%)	17 (28,8%)		
	Αρκετά/ Πολύ	48 (34,5%)	17 (28,8%)		
12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:					
	12α. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού	Όχι	38 (28,1%)	4 (6,7%)	0,001
	Ναι	97 (71,9%)	56 (93,3%)		
12β Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι	117 (85,4%)	56 (93,3%)	0,117	
	Ναι	20 (14,6%)	4 (6,7%)		
12γ Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	Όχι	130 (95,6%)	57 (95,0%)	0,856	
	Ναι	6 (4,4%)	3 (5,0%)		

12δ. Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	Όχι Ναι	123 (92,5%) 10 (7,5%)	57 (95,0%) 3 (5,0%)	0,518
12ε Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι Ναι	121 (89,0%) 15 (11,0%)	53 (88,3%) 7 (11,7%)	0,896
12στ Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι Ναι	132 (97,1%) 4 (2,9%)	58 (96,7%) 2 (3,3%)	0,883
18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι Ναι	39 (75,0%) 13 (25,0%)	16 (57,1%) 12 (42,9%)	0,100
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	110 (79,1%) 29 (20,9%)	42 (72,4%) 16 (27,6%)	0,306
25.2.επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	121 (87,7%) 17 (12,3%)	46 (82,1%) 10 (17,9%)	0,313
25.3.επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	117 (84,2%) 22 (15,8%)	45 (80,4%) 11 (19,6%)	0,520
25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	119 (85,6%) 20 (14,4%)	51 (87,9%) 7 (12,1%)	0,666
25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	118 (84,9%) 21 (15,1%)	45 (81,8%) 10 (18,2%)	0,598
25.6. λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	118 (87,4%) 17 (12,6%)	51 (92,7%) 4 (7,3%)	0,289
25.7. αγорάσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;	Όχι Ναι	89 (65,0%) 48 (35,0%)	31 (54,4%) 26 (45,6%)	0,167
25.8. Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι Ναι	96 (69,6%) 42 (30,4%)	27 (46,6%) 31 (53,4%)	0,002
25.9. Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι Ναι	51 (37,2%) 86 (62,8%)	22 (38,6%) 35 (61,4%)	0,858

Πίνακας 5: Συσχέτιση της επαγγελματικής κατάστασης με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Επαγγελματική Κατάσταση		p-value
		Δημόσιος-ιδιωτικός υπάλληλος, Αυτοεργοδοτούμενος, Συνταξιούχος	Οικιακά, Άνεργος, Φοιτητής/στρατιώτης	
		N (%)	N (%)	
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ/ Αρκετά	41 (27,0%)	19 (39,6%)	0,240
	Μέτρια	77 (50,7%)	21 (43,8%)	
	Λίγο/Καθόλου	34 (22,4%)	8 (16,7%)	
10.1 το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	45 (37,8%)	17 (58,6%)	0,042
	25%	74 (62,2%)	12 (41,4%)	
10.2 το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	57 (51,4%)	14 (77,8%)	0,037
	1 ευρώ	54 (48,6%)	4 (22,2%)	
17. Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:	Πολύ υψηλό/Υψηλό	61 (40,4%)	19 (40,4%)	0,381
	Μέτριο	75 (49,7%)	20 (42,6%)	
	Χαμηλό/Πολύ χαμηλό	15 (9,9%)	8 (17,0%)	
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;	Λίγο/Καθόλου	71 (47,0%)	27 (56,3%)	0,345
	Μέτρια	44 (29,1%)	9 (18,8%)	
	Αρκετά/ Πολύ	36 (23,8%)	12 (25,0%)	
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου	62 (41,1%)	24 (50,0%)	0,552
	Μέτρια	44 (29,1%)	12 (25,0%)	
	Αρκετά/ Πολύ	45 (29,8%)	12 (25,0%)	
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Λίγο/Καθόλου	61 (40,4%)	21 (43,8%)	0,911
	Μέτρια	42 (27,8%)	13 (27,1%)	
	Αρκετά/ Πολύ	48 (31,8%)	14 (29,2%)	
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο/Καθόλου	123 (81,5%)	32 (68,1%)	0,142
	Μέτρια	20 (13,2%)	10 (21,3%)	
	Αρκετά/ Πολύ	8 (5,3%)	5 (10,6%)	
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Λίγο/Καθόλου	24 (15,9%)	14 (29,2%)	0,104
	Μέτρια	37 (24,5%)	8 (16,7%)	
	Αρκετά/ Πολύ	90 (59,6%)	26 (54,2%)	
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου	28 (18,5%)	12 (25,5%)	0,576
	Μέτρια	33 (21,9%)	9 (19,1%)	
	Αρκετά/ Πολύ	90 (59,6%)	26 (55,3%)	
24.7. Έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη	Λίγο/Καθόλου	47 (31,3%)	21 (43,8%)	0,103
	Μέτρια	55 (36,7%)	10 (20,8%)	
	Αρκετά/ Πολύ	48 (32,0%)	17 (35,4%)	

δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα)				
12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:				
12α . Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιήσα σύμφωνα με την συνταγογραφήση του γιατρού	Όχι	30 (20,1%)	12 (26,1%)	0,391
	Ναι	119 (79,9%)	34 (73,9%)	
12β Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι	134 (89,3%)	39 (83,0%)	0,245
	Ναι	16 (10,7%)	8 (17,0%)	
12γ Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	Όχι	145 (96,7%)	42 (91,3%)	0,128
	Ναι	5 (3,3%)	4 (8,7%)	
12δ. Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	Όχι	139 (93,9%)	41 (91,1%)	0,510
	Ναι	9 (6,1%)	4 (8,9%)	
12ε Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	138 (92,0%)	36 (78,3%)	0,010
	Ναι	12 (8,0%)	10 (21,7%)	
12στ Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	148 (98,7%)	42 (91,3%)	0,061
	Ναι	2 (1,3%)	4 (8,7%)	
18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	49 (79,0%)	6 (33,3%)	<0,001
	Ναι	13 (21,0%)	12 (66,7%)	
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	126 (84,0%)	26 (55,3%)	<0,001
	Ναι	24 (16,0%)	21 (44,7%)	
25.2.επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	135 (91,8%)	32 (68,1%)	<0,001
	Ναι	12 (8,2%)	15 (31,9%)	
25.3.επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	130 (87,8%)	32 (68,1%)	0,002
	Ναι	18 (12,2%)	15 (31,9%)	
25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	132 (88,6%)	38 (79,2%)	0,099
	Ναι	17 (11,4%)	10 (20,8%)	
25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	125 (84,5%)	38 (82,6%)	0,765
	Ναι	23 (15,5%)	8 (17,4%)	

25.6. λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι	137 (94,5%)	32 (71,1%)	<0,001
	Ναι	8 (5,5%)	13 (28,9%)	
25.7. αγοράσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;	Όχι	87 (59,2%)	33 (70,2%)	0,175
	Ναι	60 (40,8%)	14 (29,8%)	
25.8. Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι	96 (64,4%)	27 (57,4%)	0,388
	Ναι	53 (35,6%)	20 (42,6%)	
25.9. Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι	48 (32,7%)	25 (53,2%)	0,011
	Ναι	99 (67,3%)	22 (46,8%)	

Πίνακας 6: Συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Επίπεδο Εκπαίδευσης			p-value	
		Βασική έως Μεταλυκειακή N (%)	Τριτοβάθμια N (%)	Μεταπτυχιακό N (%)		
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ/ Αρκετά	32 (38,1%)	19 (22,9%)	9 (27,3%)	0,126	
	Μέτρια	36 (42,9%)	48 (57,8%)	14 (42,4%)		
	Λίγο/Καθόλου	16 (19,0%)	16 (19,3%)	10 (30,3%)		
10.1 το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο	23 (38,3%)	27 (43,5%)	12 (46,2%)	0,750	
	25%	37 (61,7%)	35 (56,5%)	14 (53,8%)		
10.2 το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο	29 (56,9%)	26 (48,1%)	16 (66,7%)	0,299	
	1 ευρώ	22 (43,1%)	28 (51,9%)	8 (33,3%)		
17. Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείτε ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:	Πολύ υψηλό/Υψηλό	30 (35,7%)	34 (42,0%)	16 (48,5%)	0,658	
	Μέτριο	43 (51,2%)	37 (45,7%)	15 (45,5%)		
	Χαμηλό/Πολύ χαμηλό	11 (13,1%)	10 (12,3%)	2 (6,1%)		
24. Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:					0,258	
	24.1. Έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου;	Λίγο/Καθόλου	46 (55,4%)	41 (49,4%)		11 (33,3%)
		Μέτρια	20 (24,1%)	23 (27,7%)		10 (30,3%)
Αρκετά/ Πολύ		17 (20,5%)	19 (22,9%)	12 (36,4%)		
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου	36 (43,4%)	37 (44,6%)	13 (39,4%)	0,834	
	Μέτρια	23 (27,7%)	25 (30,1%)	8 (24,2%)		
	Αρκετά/ Πολύ	24 (28,9%)	21 (25,3%)	12 (36,4%)		
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Λίγο/Καθόλου	36 (43,4%)	37 (44,6%)	9 (27,3%)	0,202	
	Μέτρια	23 (27,7%)	24 (28,9%)	8 (24,2%)		
	Αρκετά/ Πολύ	24 (28,9%)	22 (26,5%)	16 (48,5%)		
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο/Καθόλου	61 (74,4%)	67 (80,7%)	27 (81,8%)	0,768	
	Μέτρια	14 (17,1%)	11 (13,3%)	5 (15,2%)		
	Αρκετά/ Πολύ	7 (8,5%)	5 (6,0%)	1 (3,0%)		
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Λίγο/Καθόλου	18 (21,7%)	14 (16,9%)	6 (18,2%)	0,946	
	Μέτρια	18 (21,7%)	20 (24,1%)	7 (21,2%)		
	Αρκετά/ Πολύ	47 (56,6%)	49 (59,0%)	20 (60,6%)		
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου	17 (20,7%)	19 (22,9%)	4 (12,1%)	0,354	
	Μέτρια	13 (15,9%)	21 (25,3%)	8 (24,2%)		
	Αρκετά/ Πολύ	52 (63,4%)	43 (51,8%)	21 (63,6%)		
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)	Λίγο/Καθόλου	29 (34,9%)	32 (38,6%)	7 (21,9%)	0,556	
	Μέτρια	26 (31,3%)	26 (31,3%)	13 (40,6%)		
	Αρκετά/ Πολύ	28 (33,7%)	25 (30,1%)	12 (37,5%)		
12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:					0,286	
	12α. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού	Όχι	17 (20,2%)	21 (26,3%)		4 (12,9%)
	Ναι	67 (79,8%)	59 (73,8%)	27 (87,1%)		
12β. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι	75 (89,3%)	71 (87,7%)	27 (84,4%)	0,769	
	Ναι	9 (10,7%)	10 (12,3%)	5 (15,6%)		
12γ. Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	Όχι	79 (94,0%)	78 (97,5%)	30 (93,8%)	0,508	
	Ναι	5 (6,0%)	2 (2,5%)	2 (6,3%)		
12δ. Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	Όχι	76 (92,7%)	74 (93,7%)	30 (93,8%)	0,962	
	Ναι	6 (7,3%)	5 (6,3%)	2 (6,3%)		
12ε. Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	70 (83,3%)	75 (93,8%)	29 (90,6%)	0,101	
	Ναι	14 (16,7%)	5 (6,3%)	3 (9,4%)		
12στ. Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι	79 (94,0%)	79 (98,8%)	32 (100,0%)	0,119	
	Ναι	5 (6,0%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)		
18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Όχι	16 (53,3%)	28 (82,4%)	11 (68,8%)	0,044	
	Ναι	14 (46,7%)	6 (17,6%)	5 (31,3%)		

25. Από τότε που αυξήθηκε το ποσό/ποσοστό των πληρωμών, χρειάστηκε να:					
25.1.επισκεφθείτε κάποιον γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	58 (70,7%)	65 (79,3%)	29 (87,9%)	0,118	
Ναι	24 (29,3%)	17 (20,7%)	4 (12,1%)		
25.2.επισκεφθείτε κάποιον οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	66 (82,5%)	72 (88,9%)	29 (87,9%)	0,478	
Ναι	14 (17,5%)	9 (11,1%)	4 (12,1%)		
25.3.επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	66 (81,5%)	68 (84,0%)	28 (84,8%)	0,876	
Ναι	15 (18,5%)	13 (16,0%)	5 (15,2%)		
25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	72 (86,7%)	72 (88,9%)	26 (78,8%)	0,359	
Ναι	11 (13,3%)	9 (11,1%)	7 (21,2%)		
25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	69 (86,3%)	70 (86,4%)	24 (72,7%)	0,151	
Ναι	11 (13,8%)	11 (13,6%)	9 (27,3%)		
25.6. λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;					
Όχι	69 (87,3%)	71 (91,0%)	29 (87,9%)	0,745	
Ναι	10 (12,7%)	7 (9,0%)	4 (12,1%)		
25.7. αγорάσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;					
Όχι	54 (66,7%)	48 (60,0%)	18 (54,5%)	0,436	
Ναι	27 (33,3%)	32 (40,0%)	15 (45,5%)		
25.8. Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν					
Όχι	50 (61,7%)	50 (61,0%)	23 (69,7%)	0,661	
Ναι	31 (38,3%)	32 (39,0%)	10 (30,3%)		
25.9. Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε					
Όχι	42 (51,9%)	25 (31,3%)	6 (18,2%)	0,001	
Ναι	39 (48,1%)	55 (68,8%)	27 (81,8%)		

Πίνακας 7: Συσχέτιση της ηλικίας και του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος με τις απαντήσεις του δείγματος

Ερωτήσεις		Ηλικία	p-value	Μηνιαίο	p-value
		Διάμεσος (25 ^ο -75 ^ο)		Εισόδημα Διάμεσος (25 ^ο -75 ^ο)	
5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας;	Πολύ/ Αρκετά Μέτρια	40 (31,5-49) 42 (34-52)	0,129	1600 (900-2200) 2000 (1000-2500)	0,146
	Λίγο/Καθόλου	42,5 (35-54)		2000 (1250-2600)	
10.1 το ποσοστό συμμετοχής για να λάβετε τα φάρμακά είναι:	Άλλο 25%	39,5 (33-52) 44,5 (36-54)	0,022	2000 (1200-2800) 2000 (1000-2500)	0,797
10.2 το ποσό που πληρώνετε ανά συνταγή είναι:	Άλλο 1 ευρώ	40 (33-52) 45,5 (40-53)	0,029	1850 (1010-2300) 2041,5 (1500-2600)	0,073
	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	42 (34-54) 41 (34-52) 38 (31-49)	0,159	1750 (1000-2200) 2000 (1000-2550) 1200 (800-2300)
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;	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42 (34-53) 41 (35-52)	0,735	1800 (1000-2500) 1800 (975-2175)	0,588
	Αρκετά/ Πολύ	40 (32,5-51,5)		2000 (1000-2600)	
24.2. Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42 (33-54) 40,5 (35-52)	0,802	1800 (1000-2600) 1950 (1000-2150)	0,880
	Αρκετά/ Πολύ	40 (33-48)		2000 (1000-2500)	
24.3. Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	43,5 (34-54) 40 (34-52)	0,081	1800 (1000-2500) 2000 (1020-2500)	0,579
	Αρκετά/ Πολύ	38,5 (32-47)		1650 (1000-2500)	
24.4. Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42 (34-52) 41 (37-52)	0,122	1900 (1000-2500) 2000 (1000-2500)	0,292
	Αρκετά/ Πολύ	33 (31-38)		1600 (600-2000)	
24.5. Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42 (33-52) 43 (36-52)	0,586	1400 (1000-2250) 2000 (1000-2500)	0,523
	Αρκετά/ Πολύ	40 (33,5-52)		2000 (1000-2500)	
24.6. Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42,5 (35,5-53,5) 40 (35-50)	0,461	1600 (1000-2500) 2000 (1000-2500)	0,644
	Αρκετά/ Πολύ	40 (32,5-52)		1700 (1000-2500)	
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)	Λίγο/Καθόλου Μέτρια	42 (34-54) 42 (36-52)	0,115	1500 (1000-2200) 2000 (1400-3000)	0,045
	Αρκετά/ Πολύ	38 (32-48)		1700 (1000-2500)	
12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:					
12α. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού	Όχι Ναι	40 (32-50) 42 (34-52)	0,125	2000 (1000-2800) 1800 (1000-2500)	0,455
	12β. Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	Όχι Ναι		41 (34-52) 39 (33-50)	
12γ. Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	Όχι Ναι	41 (34-52) 40 (34-46)	0,671	1900 (1000-2500) 1900 (850-2900)	0,805
	12δ. Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο	Όχι Ναι		42 (34-52) 38 (32-40)	
12ε. Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι Ναι	42 (34-52) 34,5 (31-46)	0,030	2000 (1000-2500) 1200 (500-2300)	0,081
	12στ. Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	Όχι Ναι		42 (34-52) 31,5 (29-34)	
18. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει δανεικά χρήματα	Όχι	46 (35-54)	0,131	2000 (1200-2500)	0,006

για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα ποσά;	Ναι	37 (32-53)		1200 (850-1900)	
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	42 (35-53) 36 (32-45)	0,002	2000 (1250-2500) 1000 (600-1700)	0,001
25.2.επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	42 (34-52) 33 (30-45)	0,012	2000 (1183-2500) 880 (600-1650)	0,001
25.3.επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του ΚΥ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	42 (35-52) 34 (32-42)	0,004	2000 (1200-2500) 975 (600-1575)	0,001
25.4. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	42 (34-52) 35 (32-43)	0,014	2000 (1000-2500) 1000 (600-2000)	0,001
25.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	42 (34-52) 39 (32-53)	0,540	2000 (1000-2500) 1200 (950-2200)	0,130
25.6. λάβατε φάρμακα που σας συνταγογράφησε ο γιατρός σας και δεν τα πήρατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	Όχι Ναι	42 (35-52) 32 (29-40)	0,001	2000 (1020-2500) 850 (500-1700)	0,001
25.7. αγοράσατε όσα φάρμακα μπορούσατε χωρίς συνταγή γιατρού;	Όχι Ναι	40 (33-52) 42 (34-52)	0,692	2000 (1000-2500) 1750 (1000-2250)	0,811
25.8. Πήγατε στο Νοσοκομείο για να σας συνταγογραφήσουν τα φάρμακα ή τις εξετάσεις επειδή είναι δωρεάν	Όχι Ναι	41 (34-52) 40 (32-53)	0,634	2000 (1200-2500) 1400 (900-2000)	0,001
25.9. Καλύψατε ολόκληρη την επίσκεψη ιδιωτικά για να μην ταλαιπωρηθείτε	Όχι Ναι	41 (33-53) 40 (34-52)	0,985	1400 (800-2000) 2000 (1183-2650)	0,001