

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την πρόθεση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών που τους παρέχονται, με την καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού, με σκοπό την αναβάθμισή τους. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η μελέτη διεξήχθη από το Μάιο του 2009 έως τον Ιούλιο του ίδιου έτους και το δείγμα αποτελείται από 150 άτομα, ηλικίας > 18 ετών, οι οποίοι ήταν επισκέπτες του Κέντρου Υγείας Αταλάντης. Για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο έπειτα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη συγκέντρωση των δεδομένων ήταν η προσωπική συνέντευξη με ταυτόχρονη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 15.0. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε τον έλεγχο t-test, τον έλεγχο χ^2 και τη λογιστική παλινδρόμηση. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Σχεδόν οι μισοί από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετέχουν στο κόστος της φροντίδας, καταβάλλοντας κάποιο μικρό ποσό, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος είναι το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, αυτοί που ανήκουν στο ΙΚΑ εμφανίστηκαν πιο πρόθυμοι να πληρώσουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υγειονομικών υπηρεσιών σε ποσοστό 63% και είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία συγκριτικά με τους ασφαλισμένους οποιουδήποτε άλλου ταμείου κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος, μελετήθηκαν τα «καθαρά» δυνητικά έσοδα που ενδέχεται να προκύψουν σε περίπτωση εισαγωγής του εισπρακτικού μηχανισμού, τα οποία ανέρχονται σε 184.107,4 € για το πρώτο έτος και σε 186.357,4 € για τα υπόλοιπα έτη. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Επιβεβαιώνεται ότι άτομα από ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και νεαρής ηλικίας τείνουν να είναι περισσότερο θετικά στην ιδέα της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών από το κέντρο υγείας. Επίσης, τα καθαρά έσοδα από την εφαρμογή ενός εισπρακτικού μηχανισμού ήταν αρκετά ώστε να καλύψουν ορισμένες κενές οργανικές θέσεις με επικουρικούς ιατρούς, αλλά και να συνδράμουν στην αγορά κάποιων ιατρικών μηχανημάτων ή στον εκσυγχρονισμό της κτηριακής υποδομής του κέντρου υγείας.

Η συμμετοχή στο κόστος είναι η οικονομική συμβολή των ασθενών όταν κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και αποτελεί στρατηγική για τον περιορισμό των δαπανών. Στόχοι της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος είναι η παραγωγή πρόσθετου εισοδήματος, η βελτίωση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, η οργάνωση της ορθολογικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας και η ενίσχυση του κόστους συνείδησης των

καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών. Εν τούτοις, μπορούν να υπάρξουν και επιπτώσεις από την εισαγωγή μηχανισμού συμμετοχής στο κόστος. Μια από αυτές αφορά στο γεγονός ότι μπορεί να αποθαρρύνει τους ανθρώπους από τη χρήση της αναγκαίας υγειονομικής φροντίδας.¹⁻³ Επιπρόσθετα, μπορεί να πλήξει άτομα με σοβαρά νοσήματα και άτομα χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος, τα οποία επωφελούνταν από τη «δωρεάν» υγειονομική φροντίδα. Για

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(6):777-784
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(6):777-784

Ι. Αναγνωστοπούλου,¹
Μ. Σεμερτζιάδη,¹
Ο. Σίσκου,²
Δ. Καϊτελίδου,²
Β. Τσουνίας³

¹Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Λαμία

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³Κέντρο Υγείας Αταλάντης, Αταλάντη

Investigation of the intent of patients to participate in cost sharing arrangements at the Atalanti Health Center

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αναβάθμιση υπηρεσιών υγείας
Εισπρακτικός μηχανισμός
Κέντρο υγείας
Πρόθεση συμμετοχής στο κόστος

Υποβλήθηκε 24.1.2011
Εγκρίθηκε 8.2.2011

την αντιμετώπιση όμως αυτών των ζητημάτων, διάφορες χώρες έχουν θεσπίσει μηχανισμούς απαλλαγής μερίδας πολιτών από τη συμμετοχή στο κόστος ή περιορισμού του κόστους λαμβάνοντας υπ' όψη παράγοντες, όπως η ηλικία (π.χ. παιδιά <5 ετών απαλλάσσονται πλήρως από τις δαπάνες υγείας), η κατάσταση υγείας (π.χ. χρόνιες παθήσεις) και το χαμηλό εισόδημα.^{1,4}

Έρευνα που διενεργήθηκε στην Τανζανία έδειξε ότι η συμμετοχή στο κόστος που εφαρμόστηκε οδήγησε στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων,* στη μείωση της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, καθώς πλέον οι υπηρεσίες υγείας είχαν αποκτήσει κάποιο κόστος και μια αξία, και στη σωστή διαχείριση των εσόδων σε διάφορα επίπεδα. Παρ' όλα αυτά, ο μηχανισμός απαλλαγής για όσους δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν δεν λειτούργησε αποτελεσματικά, ενώ παράλληλα δεν ανήλθαν τα έσοδα στα επιθυμητά επίπεδα. Αντίθετα, έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία σχετικά με την επίδραση της συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής περιθαλψής, έδειξε ότι η αύξηση στις χρεώσεις των ασφαλισμένων οδήγησε σε μείωση της ζήτησης για τα μη απολύτως αναγκαία φάρμακα αλλά και σε μικρή μείωση σε απαραίτητα φάρμακα.^{5,6}

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κένυα έδειξε ότι η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) επέφερε περισσότερο δυσμενείς παρά θετικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι το μέτρο συνέτεινε στην παρεμπόδιση της εκδήλωσης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, στην προαγωγή ανισοτήτων, στην πρόσβαση σε υγειονομικές φροντίδες και στη συρρίκνωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, ενώ περιορισμένη ήταν η συνεισφορά του στην αύξηση των εσόδων του δημόσιου τομέα υγείας. Οι μηχανισμοί εξαίρεσης από το κόστος δεν κατόρθωσαν να προστατέψουν επαρκώς τις ευπαθείς ομάδες, καθώς οι διαδικασίες εξαίρεσης ήταν σύνθετες και χρονοβόρες, και οι ασθενείς δεν ήταν πλήρως ενημερωμένοι γι' αυτές.⁷ Τέλος, σε έρευνα που διεξήχθη στη Στοκχόλμη σε 8.200 άτομα σχετικά με τη διερεύνηση του βαθμού αποφυγής της χρήσης των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών λόγω της επιβαλλόμενης συμμετοχής στο κόστος, παρατηρήθηκε ότι η χρήση υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Συγκεκριμένα, το 50% αυτών που εκτιμούν την οικονομική τους κατάσταση κακή, δήλωσαν ότι παρέλειψαν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ τουλάχιστον σε μία περίπτωση, συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό (22%) στο γενικό πληθυσμό.⁸

Γενικά, αξίζει να σημειωθεί ότι οι υποστηρικτές του μέτρου της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος τονίζουν τη μείωση της ζήτησης σε υγειονομικές υπηρεσίες και παράλληλα την αύξηση των εσόδων, διευρύνοντας με αυτόν τον τρόπο τις υγειονομικές παροχές εκεί όπου η κρατική χρηματοδότηση είναι ελλιπής και αδυνατεί να αντεπεξέλθει. Επίσης, η αύξηση των εσόδων βοηθά προκειμένου τμήμα αυτών να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των οικονομικά ασθενέστερων, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, αυτοί που εναντιώνονται στο συγκεκριμένο μέτρο, υποστηρίζουν ότι τα νοικοκυριά επωμίζονται το οικονομικό βάρος, με αποτέλεσμα να πλήττονται οι πτωχότεροι και ασθενείς πολίτες και να διαταράσσεται η αλληλεγγύη μεταξύ των υγιών-εύρωστων και των ασθενών-πτωχών πολιτών, καθώς οι μεν πρώτοι παύουν να επιχορηγούν τους δεύτερους.⁹

Ένα σημαντικό πρόβλημα των κέντρων υγείας, στο οποίο θα μπορούσε εν μέρει να συνδράμει η εισαγωγή ενός μηχανισμού συμμετοχής στο κόστος, είναι η ελλιπής χρηματοδότησή τους. Χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και οι οικονομικοί πόροι προς αυτά είναι σταθεροί χωρίς να καλύπτουν τις πραγματικές τους ανάγκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Η εισαγωγή ενός εισπρακτικού μηχανισμού στα κέντρα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην κάλυψη των αναγκών για χρηματοδότηση και στη μείωση της κρατικής παρέμβασης για χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών,¹⁰ λαμβάνοντας βέβαια υπ' όψη όλα αυτά που προαναφέρθηκαν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης στο κόστος της φροντίδας τους, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των αναγκαίων δεδομένων. Η διαδικασία επιλογής του δείγματος που εφαρμόστηκε είναι αυτή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, χωρίς επαναποθέτηση, στην οποία κάθε μέλος ενός πληθυσμού μεγέθους N έχει πιθανότητα να συμπεριληφθεί σε δείγμα μεγέθους n ίση με n/N .¹¹ Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε ενήλικα άτομα, τα οποία εξέρχονταν από το Κέντρο Υγείας και μπορούσαν να ανταποκριθούν με αξιοπιστία στις διάφορες ερωτήσεις. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της εγκυρότητας του περιεχομένου του ερωτηματολογίου μέσω πιλοτικής συλλογής ερωτηματολογίων ($n=20$). Για την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach, ο οποίος ήταν 0,789, γεγονός που δηλώνει ότι η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου ήταν πολύ ικανοποιητική. Μετά από την ολοκλήρωση της πιλοτικής

* Σε αυτή την περίπτωση, προφανώς η φαρμακευτική περιθαλψη υποκαθιστά άλλες μορφές, ενδεχομένως πιο ακριβές για τους πολίτες.

έρευνας άρχισε η κύρια έρευνα στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης, η οποία διεξήχθη τη χρονική περίοδο* από το Μάιο του 2009 έως και τον Ιούλιο του ίδιου έτους και το ποσοστό απόκρισης ήταν 75%. Η μελέτη κατηγοριοποιήθηκε σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα εξετάζε τα στοιχεία σχετικά με τα έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας που παρασχέθηκαν στους ασθενείς τον τελευταίο χρόνο, την πρόθεση συμμετοχής τους στο κόστος για την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και τους λόγους άρνησης, ενώ η δεύτερη αφορούσε στα δημογραφικά και στα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο κυρίως από ερωτήσεις κλειστού τύπου, στις οποίες ο ερωτώμενος επέλεγε μία απάντηση από αυτές που παρατίθεντο. Ωστόσο, υπήρχαν και ερωτήσεις ανοικτού τύπου, στις οποίες η απάντηση δινόταν από τον ερωτώμενο (π.χ. ηλικία). Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μορφή μέσων τιμών (\pm τυπικών αποκλίσεων), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών διενεργήθηκε με τον έλεγχο των Kolmogorov-Smirnov. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων ήταν ο έλεγχος χ^2 (chi-square test), ο παραμετρικός έλεγχος t-test και η πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression). Στην περίπτωση της λογιστικής παλινδρόμησης, η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, ενώ το μοντέλο που εφαρμόστηκε ήταν αυτό της «βηματικής» παλινδρόμησης, με την προς τα πίσω διαγραφή (stepwise regression with backward elimination) των μεταβλητών. Υπολογίστηκαν οι λόγοι των odds της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Όσον αφορά στον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης με βάση την υπουργική απόφαση του 2002,¹² ως αμοιβή επίσκεψης προβλέπονται τα 3 €. Όμως, με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας του 2002 η υπουργική απόφαση αναστάλη λόγω της ελλιπούς οργάνωσης των κέντρων υγείας για την υποστήριξη και τη λειτουργία ενός εισπρακτικού μηχανισμού, καθώς και λόγω αντιδράσεων από πολίτες και ιατρικούς φορείς. Σύμφωνα με το ΠΔ 157/199,¹³ οι ιατρικές πράξεις τιμολογήθηκαν με βάση τις χρεώσεις που ισχύουν στα δημόσια νοσοκομεία και οι εξετάσεις χρεώθηκαν ανάλογα με το είδος τους. Συγκεκριμένα, οι εξετάσεις ακτινολογικού χρεώνονται με 4,05 €, οι αιματολογικές με 2,88 €, οι βιοχημικές με 2,26 €, η γενική ούρων με 1,76 € και οι ορολογικές εξετάσεις με 9,50 €. Στην παρούσα μελέτη, από τον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων παραλείφθηκαν τα εν λόγω έσοδα από τη διενέργεια υπερηχογραφήματων καρδιάς, καθώς δεν γίνονταν στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης, από τη διενέργεια

καρδιογραφήματων, γιατί δεν υπήρχαν ξεχωριστά στοιχεία επειδή αυτά διενεργούνταν στα ιατρεία –στο πλαίσιο της κλινικής εξέτασης και όχι ξεχωριστά σε κάποιο εργαστήριο– καθώς και από τη διενέργεια της δοκιμασίας Παπανικολάου και της δοκιμασίας κύησης, εφ' όσον από το 2008 και μετά δεν λειτουργούσε το μαιευτικό-γυναικολογικό ιατρείο. Για κάθε μια ομάδα εξετάσεων, π.χ. βιοχημικές, ως τιμή χρέωσης ελήφθη η τιμή που αφορά στη συνηθέστερα διενεργούμενη εξέταση (π.χ. προσδιορισμός γλυκόζης αίματος), η οποία συνήθως είναι και από τις χαμηλότερες της ομάδας, ώστε οι εκτιμήσεις να είναι συντηρητικές.

Για τον υπολογισμό του μέσου ετήσιου αριθμού ασθενών που προσέρχονταν για ιατρική επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, καθώς και για τον υπολογισμό του μέσου ετήσιου όγκου των εργαστηριακών εξετάσεων, ελήφθησαν υπ' όψη τα αντίστοιχα απολογιστικά στοιχεία από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης για το διάστημα 2004–2009. Κατά τους υπολογισμούς, δεν περιελήφθησαν οι ασθενείς που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας για συνταγογράφηση. Επιπρόσθετα, με βάση το ΦΕΚ Β', αρ. 1223/2002, από τη συμμετοχή στο κόστος προβλέπεται η εξαίρεση όσων είναι ανασφάλιστοι, των ασφαλισμένων στον ΟΓΑ και των ατόμων με ποσοστό αναπηρίας >65% (με βάση πιστοποίηση δημόσιας υγειονομικής επιτροπής). Επίσης, με βάση την ίδια ρύθμιση, προβλέπεται η εξαίρεση των ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, των ατόμων που έχουν προσβληθεί από AIDS, καθώς και των τυφλών που θα προσκομίζουν κάποια βεβαίωση. Το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονταν το Κέντρο Υγείας Αταλάντης και εξαιρούνταν από την υποχρέωση συμμετοχής στο κόστος με βάση τις παραπάνω ρυθμίσεις, εκτιμήθηκε σε 42%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 φαίνονται τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού κυμαινόταν από 18–89 έτη, με μέσο όρο τα 55 έτη περίπου ($\pm 19,55$).

Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζεται η πρόθεση των ασθενών-χρηστών του Κέντρου Υγείας στην καταβολή ενός μικρού χρηματικού ποσού για την αναβάθμιση των υγειονομικών του υπηρεσιών, καθώς και οι λόγοι άρνησης, ενώ στον πίνακα 4 παρατίθενται οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν την πρόθεση των ασθενών και σχετίζονταν με τα δημογραφικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Από τα 150 άτομα του δείγματος, τα 70 ήταν πρόθυμα να καταβάλλουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό ως επίσκεψη, ενώ τα υπόλοιπα αρνήθηκαν, κυρίως για λόγους οικονομικής φύσης. Σημαντικό ήταν το ποσοστό (17,5%) εκείνων που αρνήθηκαν επειδή αμφέβαλλαν ότι τα χρήματα που θα κατέβαλλαν θα χρησιμοποιούνταν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας. Επι-

* Η μελέτη αυτή διεξήχθη πριν από την έκδοση της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας (με αρ. πρωτ. ΓΠ ΟΙΚ 116038), με την οποία δίνονταν διευκρινίσεις σχετικά με τις αμοιβές «εξετάστρων» πρωινών εξωτερικών ιατρείων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και παροχής ιατρικών υπηρεσιών από τα κέντρα υγείας. Κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας δεν εισπράττετο στην πράξη κάποιο ποσό εξετάστρων.

Πίνακας 1. Τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

	Υπό μελέτη πληθυσμός	
	n	%
Φύλο		
Άνδρας	67	44,7
Γυναίκα	83	55,3
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος(η)	27	18,0
Παντρεμένος(η)	102	68,0
Χήρος(α)	17	11,3
Διαζευγμένος(η)	4	2,7
Τόπος διαμονής		
Αταλάντη	61	40,7
3–20 km έξω από την Αταλάντη	50	33,3
21–40 km έξω από την Αταλάντη	33	22,0
>40 km έξω από την Αταλάντη	6	4,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Κατώτερο	58	38,7
Ανώτερο	92	61,3
Είδος απασχόλησης		
Δεν εργάζεται (άνεργος – φοιτητής – οικιακά)	32	21,3
Συνταξιούχος	62	41,3
Χειρωνακτική εργασία	17	11,4
Μη χειρωνακτική εργασία	39	26,0
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)		
Μέχρι 1.100	82	54,7
1.101–2.200	47	31,3
>2.200	21	14
Φορέας κοινωνικής ασφάλισης (n=147)*		
ΙΚΑ	54	36,7
ΟΓΑ	60	40,8
Άλλα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης	33	22,4

* Ο αριθμός των ατόμων που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση μειώνεται σε 147 άτομα, επειδή 3 άτομα δεν ανήκαν σε κάποιον φορέα κοινωνικής ασφάλισης

πρόσθετα, σχεδόν όλοι από όσους δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν ένα μικρό ποσό ανά κλινική εξέταση-επίσκεψη ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν τα αρχικά ποσά, εκτός από τα εξεταστρα για υπερηχογράφημα καρδιάς –το οποίο δεν γινόταν στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης καθώς δεν υπήρχε το κατάλληλο ιατρικό μηχάνημα– ενώ όταν διπλασιάστηκαν τα αρχικά ποσά παρατηρήθηκε ότι μόνο το 60% συνέχισε να είναι θετικό. Επί πλέον, φάνηκε ότι τα άτομα μικρής ηλικίας ($\chi^2=5,209$, $p=0,071$), τα άτομα που ανήκαν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης ($\chi^2=5,640$,

Πίνακας 2. Η πρόθεση καταβολής συγκεκριμένων ποσών* από τον υπό μελέτη πληθυσμό για την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών.

	Πρόθεση καταβολής χρηματικού ποσού	
	Ναι	Όχι
	n (%)	n (%)
Αρχικά ποσά		
Επίσκεψη 3 € (κλινική εξέταση από τον ιατρό)	0 (100,0)	0 (0,0)
Καρδιογράφημα 4 €	67 (95,7)	3 (4,3)
Υπερηχογράφημα καρδιάς 8 €	42 (60,0)	28 (40,0)
Γενική αίματος 3 €	67 (95,7)	3 (4,3)
Διπλασιασμένα ποσά		
Επίσκεψη 6 € (κλινική εξέταση από τον ιατρό)	43 (61,4)	27 (38,6)
Καρδιογράφημα 8 €	42 (60,0)	28 (40,0)
Υπερηχογράφημα καρδιάς 16 €	42 (60,0)	28 (40,0)
Γενική αίματος 6 €	42 (60,0)	28 (40,0)

* Στα προτεινόμενα ποσά που παρουσιάστηκαν στους ασθενείς έγιναν μικρές τροποποιήσεις σε σχέση με το αντίστοιχο ΦΕΚ

Πίνακας 3. Οι λόγοι άρνησης καταβολής συγκεκριμένων ποσών από τον υπό μελέτη πληθυσμό για την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών (n=80).*

Λόγος άρνησης	n (%)
Γιατί δεν έχω την οικονομική άνεση	31 (38,8)
Θεωρώ ότι αυτά που πληρώνω ήδη στο ταμείο μου είναι αρκετά	25 (31,3)
Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας	14 (17,5)
Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα, αν είναι να πληρώσω	5 (6,3)
Είμαι καλυμμένος από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Κέντρο Υγείας	1 (1,3)
Άλλος λόγος (π.χ. σπάνια επίσκεψη, γιατί είναι δημόσιο, προτίμηση ιδιωτικού τομέα σε συνδυασμό με το γεγονός ότι πληρώνουν αρκετά στο ταμείο τους)	4 (5,0)

* Η ερώτηση αυτή απαντήθηκε μόνο από τα άτομα που δεν ήταν πρόθυμα να καταβάλλουν κάποιο χρηματικό ποσό έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών

$p=0,018$) και οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ ήταν περισσότερο θετικοί στο να συμμετάσχουν στο κόστος.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος (ναι=1, όχι=0). Η ανεξάρτητη μεταβλητή που βρέθηκε στατιστικά σημαντική ήταν το δημόσιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, η οποία ερμηνεύει το 12,8% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (συντελεστής προσδιορισμού $R^2=0,128$). Οι ασθενείς-χρήστες του Κέντρου Υγείας που ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ είχαν περίπου τέσσερις φορές

Πίνακας 4. Οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρέασαν την πρόθεση καταβολής μικρού χρηματικού ποσού για την αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών.

	Πρόθεση καταβολής μικρού χρηματικού ποσού		Τιμή p
	Ναι n (%)	Όχι n (%)	
Ηλικία			0,071
18–44	33 (57,9)	24 (42,1)	
45–64	17 (44,7)	21 (55,3)	
>65	20 (36,4)	35 (63,6)	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,018
Κατώτερο	20 (34,5)	38 (65,5)	
Ανώτερο	50 (54,3)	42 (45,7)	
Κοινωνική ασφάλιση			0,007
ΙΚΑ	34 (63,0)	20 (37,0)	
ΟΓΑ	23 (38,3)	37 (61,7)	
Άλλα ταμεία (ΟΑΕΕ, ΔΕΗ, ΝΑΤ, ΥΠΑΔ κ.ά.)	11 (33,3)	22 (66,7)	

Πίνακας 5. Οι λόγοι των odds (OR) (της λογιστικής παλινδρόμησης), τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος (ναι=1, όχι=0).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	OR	95% ΔΕ για το OR	Τιμή p
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Κατώτερο (κατηγορία αναφοράς)			
Ανώτερο	2,374	1,099–5,132	0,28
Κοινωνική ασφάλιση			
Άλλα ταμεία (ΟΑΕΕ, ΔΕΗ, ΝΑΤ, ΥΠΑΔ κ.ά.) (κατηγορία αναφοράς)			
ΟΓΑ	1,844	0,697–4,874	0,217
ΙΚΑ	3,703	1,464–9,366	0,006

μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στο κόστος σε σχέση με εκείνους που ανήκαν σε κάποιο άλλο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

Ο ετήσιος εκτιμώμενος αριθμός επισκέψεων είναι περίπου 42.220 και ο εκτιμώμενος αριθμός εξετάσεων κατ' έτος ανέρχεται σε 118.750 περίπου. Σε περίπτωση λοιπόν εφαρμογής του προγράμματος συμμετοχής στο κόστος, τα δυνητικά έσοδα από τις επισκέψεις* και τις εργαστηριακές εξετάσεις** παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Άρα, τα συνολικά έσοδα με την εφαρμογή του προγράμματος συμμετοχής στο κόστος τόσο από τις επισκέψεις όσο

Πίνακας 6. Υπολογισμός των δυνητικών εσόδων από την εφαρμογή του εισπρακτικού μηχανισμού στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης.

A	Μέσος αριθμός κατά έτος επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας	42.222
B	Χρέωση ανά επίσκεψη (για κλινική εξέταση)	3 €
Γ	Ποσοστό ατόμων που εξαιρούνται από τη συμμετοχή στο κόστος	42%
Δ	Δυνητικά έσοδα από τις χρεώσεις των επισκέψεων= $A \times B \times \{(1 - (\Gamma/100))\}$	73.465,98 €
E	Κόστος αιματολογικών εξετάσεων	2,88 €
ΣΤ	Κόστος ακτινολογικών εξετάσεων	4,05 €
Z	Κόστος βιοχημικών εξετάσεων	2,26 €
H	Κόστος γενικής ούρων	1,76 €
Θ	Κόστος ορολογικών εξετάσεων	9,50 €
I	Μέσος ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων Από τις οποίες:	118.751
K	Ακτινολογικές	4,7%
Λ	Αιματολογικές	13,2%
M	Βιοχημικές	74,1%
N	Γενικής ούρων	4%
Ξ	Ορολογικές	3,6%
O	Δυνητικά έσοδα από τις χρεώσεις των εργαστηριακών εξετάσεων = $(1 - (\Gamma/100)) \times I \times \{[\Sigma T \times (K/100)] + \{E \times (N/100)\} + \{Z \times (M/100)\} + \{H \times (N/100)\} + \{\Theta \times (\Xi/100)\}\}$	183.041,42 €
Π	Συνολικά δυνητικά έσοδα από επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις=Δ+O	256.507,4 €

και από τις εξετάσεις που πραγματοποιούνταν στο Κέντρο Υγείας υπολογίστηκαν σε 256.507,4 € ετησίως. Όμως, στην περίπτωση λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού, το Κέντρο Υγείας επιβαρύνεται με το κόστος λειτουργίας πληροφοριακού συστήματος αλλά και με τη μισθοδοσία υπαλλήλων, που θα είναι υπεύθυνοι για την είσπραξη των εξετάσεων. Σύμφωνα με την εργασία της Στόκου,¹⁰ το κόστος για την αγορά κατάλληλου λογισμικού αναφορικά με την ενίσχυση των οικονομικών δραστηριοτήτων για το πρώτο έτος ανέρχεται σε 2.250 €, περιλαμβανομένης της εκμάθησης των υπαλλήλων στη χρήση του, ενώ η συντήρησή του εκτιμάται σε 150 € ετησίως. Λόγω του γεγονότος ότι το Κέντρο Υγείας Αταλάντης λειτουργεί 24 ώρες την ημέρα, απαιτείται η πρόσληψη 4 υπαλλήλων, 2 για το πρωινό ωράριο εργασίας, επειδή τότε σημειώνεται μεγαλύτερη κίνηση, και ενός για κάθε ένα από τα επόμενα

* Το κόστος επίσκεψης είναι 3 € με βάση το ΦΕΚ του 2002.

** Η χρέωση της κάθε εξέτασης με βάση το ΠΔ 157/1991 που ισχύει στα δημόσια νοσοκομεία είναι: Εξετάσεις ακτινολογικού 4,05 €, αιματολογικές 2,88 €, βιοχημικές 2,26 €, γενική ούρων 1,76 € και ορολογικές εξετάσεις 9,50 €.

ωράρια εργασίας. Ως μέσος μηνιαίος μισθός ενός διοικητικού υπαλλήλου υπολογίζονται τα 1.340 € και 1.000 € τα δώρα ετησίως. Συνεπώς, το ετήσιο κόστος μισθοδοσίας και των 4 υπαλλήλων ανέρχεται σε 70.000 € περίπου, επειδή οι υπάλληλοι που θα εργάζονται το βράδυ θα λαμβάνουν και πρόσθετες αποδοχές. Εάν σε αυτό προστεθεί και το κόστος λειτουργίας αλλά και το κόστος συντήρησης του πληροφοριακού συστήματος που απαιτείται για τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, προκύπτει κόστος 72.400 € για το πρώτο έτος και 70.150 € για τα υπόλοιπα έτη. Τα δυνητικά έσοδα από τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού είναι επαρκή, οπότε μπορούν να καλυφθούν τα έξοδα για την αγορά, τη συντήρηση και τη μισθοδοσία των υπαλλήλων. Επιπρόσθετα, προκύπτει και πλεόνασμα που υπολογίζεται στα 184.107,4 € για τον πρώτο χρόνο και 186.357,4 € για τα υπόλοιπα έτη. Βέβαια, αυτό παρέχει τη δυνατότητα στο Κέντρο Υγείας να χρησιμοποιήσει τα συγκεκριμένα έσοδα επικοδομητικά με την πρόσληψη επαγγελματιών υγείας για την κάλυψη των κενών θέσεων. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης υπάρχουν 10 κενές οργανικές θέσεις ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα εργασία διαπιστώθηκε ότι από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού, το 46,7% δήλωσε προθυμία συμμετοχής στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, ενώ το υπόλοιπο 53,3% αρνήθηκε κυρίως λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που φάνηκε να επέδρασαν στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος ήταν η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

Σε ανάλογη μελέτη που εκπονήθηκε το 2000 σε 350 άτομα στο λεκανοπέδιο Αττικής όσον αφορά στην πρόθεση πληρωμής για βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας, το ποσοστό που δήλωσε πρόθυμο να πληρώσει κάποιο πρόσθετο χρηματικό ποσό σε περίπτωση που του ζητηθεί, για αναβάθμιση των παρεχομένων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ήταν αρκετά μεγαλύτερο (70%) συγκριτικά με το ποσοστό της παρούσας μελέτης. Η ηλικία και η κοινωνική τάξη βρέθηκε να σχετίζονται με την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος. Συγκεκριμένα, οι νεαρές ηλικίες δήλωσαν την πρόθεση να πληρώσουν κάποιο πρόσθετο χρηματικό ποσό σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό. Επίσης, τα άτομα που ανήκαν στα μεσαία κοινωνικά στρώματα ήταν περισσότερο θετικά στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, ενώ λιγότερο πρόθυμα —στη συμμετοχή στο κόστος— ήταν τα άτομα από τα κατώτερα στρώματα.¹⁴ Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία

με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όσον αφορά στην ηλικία, αφού τα άτομα ηλικίας 18—44 ετών δήλωσαν περισσότερο θετικά στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος σε ποσοστό 57,9% σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπου το ποσοστό μειώνεται. Ακόμη, τα άτομα που ανήκαν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν πιο πρόθυμα να πληρώσουν. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι άτομα από ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες αλλά και άτομα νεαρής ηλικίας τείνουν να είναι περισσότερο πρόθυμα να συμμετάσχουν στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από το Κέντρο Υγείας.

Όσον αφορά στο δημόσιο ταμείο ασφάλισης από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού, αυτοί που ανήκαν στο ΙΚΑ εμφανίστηκαν περισσότερο πρόθυμοι να πληρώσουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό 63%, και παρουσίασαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Το εν λόγω γεγονός υποδηλώνει έμμεσα ότι οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ δεν είναι επαρκώς ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το ταμείο τους. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε για λογαριασμό της κοινωνικής ασφάλισης, κατά την οποία βρέθηκε ότι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένοι και εμφανίστηκαν λιγότερο ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση που τους προσέφερε το ταμείο τους.¹⁵ Επίσης, σε έρευνα που διεξήχθη σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ (στην Αθήνα) σε σύνολο 435 ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (51,2%) ήταν μέτρια ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται από το εν λόγω ταμείο.¹⁶

Από τον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων που προέρχονται από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού παρατηρήθηκε ότι τα έσοδα είναι σαφώς περισσότερα από τα έξοδα που απαιτούνται για τη θέσπιση και τη συντήρηση του μηχανισμού. Με τα καθαρά έσοδα, όπως αυτά υπολογίστηκαν (πίν. 6), θα μπορούσε εν μέρει να λυθεί το πρόβλημα της ανεπάρκειας προσωπικού, καθώς το Κέντρο Υγείας θα μπορούσε να προσλάβει επικουρικούς ιατρούς, οι οποίοι θα κάλυπταν τις κενές θέσεις. Επιπρόσθετα, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αγορά κάποιων ιατρικών μηχανημάτων ή στον εκσυγχρονισμό της κτηριακής υποδομής του Κέντρου Υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας της Στόκου,¹⁰ για την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού σε κέντρα υγείας αστικού και μη αστικού τύπου, τα δυνητικά έσοδα σε μη αστικού τύπου κέντρα υγείας —όπως είναι και το Κέντρο Υγείας Αταλάντης— στις τουριστικές περιοχές

ανέρχονται σε 173.126 €, ενώ στις αγροτικές περιοχές το ποσό αυτό μειώνεται σε 52.317 €. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις αγροτικές περιοχές τα έξοδα για τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού υπερβαίνουν τα δυνητικά έσοδα –συγκεκριμένα, τα έξοδα είναι 69.450 € για το πρώτο έτος και 67.350 € για τα υπόλοιπα– με αποτέλεσμα η εισαγωγή και η λειτουργία ενός τέτοιου μηχανισμού να κρίνεται ασύμφορη. Εν τούτοις, αυτό δεν συμβαίνει στις τουριστικές περιοχές, όπου τα δυνητικά έσοδα είναι πολύ περισσότερα. Όμως, η αύξηση των εσόδων στα υπόλοιπα κέντρα υγείας θα οδηγούσε σε εξοικονόμηση πόρων από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και έτσι θα ωφελούνταν τα κέντρα υγείας των αγροτικών περιοχών, καθώς θα ήταν εφικτό να καλυφθούν τα ελλείμματά τους. Συγκριτικά με την παρούσα εργασία, τα δυνητικά έσοδα που προκύπτουν είναι κατά πολύ πιο αυξημένα και ανέρχονται σε 256.507,4 €.

Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα από τα δυνητικά έσοδα και λαμβάνοντας υπόψη ότι σχεδόν οι μισοί από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν πρόθυμοι να καταβάλλουν ένα μικρό χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, το Κέντρο Υγείας θα μπορούσε να θεσπίσει έναν εισπρακτικό μηχανισμό συμμετοχής στο κόστος. Βέβαια, πρέπει να τονιστεί ότι η εργασία δεν αποτελεί γενίκευση της κατάστασης που επικρατεί και στα υπόλοιπα κέντρα υγείας. Γι' αυτό, θα ήταν ορθό να εξεταστούν πολλά κέντρα υγείας από όλη την Ελλάδα πριν από τη θέσπιση κάποιου εισπρακτικού μηχανισμού. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξεταστούν τα θετικά και τα αρνητικά που ενδέχεται να προκύψουν. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος από τη μία πλευρά

μπορεί να βοηθήσει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και στη συγκράτηση των ιδιωτικών δαπανών από τα νοικοκυριά, όμως ενδέχεται να πλήξει κατώτερα κοινωνικά στρώματα, τα οποία κατέφευγαν στο κέντρο υγείας ως «αναγκαστική» λύση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περιοχή της δυτικής Ουγκάντα για τη συμμετοχή στο κόστος βρέθηκε ότι το 75% των υποστηρικτών της δήλωσε ότι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών βελτιώθηκε μετά από την εφαρμογή του προγράμματος, ενώ μόνο το 14% όσων ήταν αντίθετοι στη σχετική ιδέα δήλωσε ότι παρουσιάστηκε βελτίωση.¹⁷ Το 1993, στη Ζάμπια τέθηκε σε εφαρμογή η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Μετά από χρόνια εφαρμογής υπήρξε μεγάλη ανησυχία σχετικά με τα αποτελέσματα. Η συμμετοχή στο κόστος παρουσίασε θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Τα θετικά αφορούσαν στην πιο ορθολογική διαχείριση και στη μείωση της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενώ, αντίθετα, αρνητικό ήταν το γεγονός ότι η συμμετοχή έπληξε τους πιο πτωχούς. Όταν το μέτρο καταργήθηκε το 2006, παρουσιάστηκε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, της κατανάλωσης φαρμάκων και του φόρτου εργασίας του προσωπικού. Από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν κέντρα υγείας πριν και μετά από την κατάργηση του προγράμματος συμμετοχής στο κόστος, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών παρέμεινε η ίδια και μόλις το 20% ανέφερε ότι μειώθηκε η διαθεσιμότητα σε φάρμακα.¹⁸ Πράγματι, όσον αφορά στη διαθεσιμότητα φαρμάκων, έρευνα που διενεργήθηκε σε δύο περιοχές της Αιγύπτου έδειξε ότι το 1/3 των ασθενών που ρωτήθηκαν δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την ποσότητα των διαθέσιμων φαρμάκων.¹⁹

ABSTRACT

Investigation of the intent of patients to participate in cost sharing arrangements at the Atalanti Health Center

I. ANAGNOSTOPOULOU,¹ M. SEMERTZIADI,¹ O. SISKOU,² D. KAITELIDOU,² V. TSOUNIAS³

¹Department of Computer Science and Biomedical Informatics, University of Central Greece, Lamia, ²Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ³Atalanti Health Center, Atalanti, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2011, 28(6):777–784

OBJECTIVE Investigation of the determinants associated with the intent of involvement of citizens in the cost of upgrading primary health services by payment of an additional fee. **METHOD** The study was conducted in the period May–July 2009 with 150 participants aged over 18 years who attended the Health Center of Atalanti. Data were collected by personal interview using a questionnaire created for the purpose after an extensive literature review. Data analysis was conducted with the statistical package SPSS 15.0, using t test, chi square test and logistic regression, with the level of statistical significance set at 0.05. **RESULTS** Almost half of the participants declared their willingness to participate in cost sharing by paying an extra fee, in order to receive upgraded health services. The factor that appeared to play a major role in the intent to participate in cost sharing was the type of health insurance. Specifically, participants who were insured by the Social Insurance Institution (IKA) reported being more willing to pay a

small additional fee in order to gain upgraded health services, in a percentage of 63%, and they had a probability of expressing willingness four times higher than that of those insured by any other scheme. People in higher socio-economic groups and younger age groups tended to be more positive. Finally, this study examined the net potential revenues that could be incurred with the introduction of a cost sharing mechanism, which were estimated to be € 184,107.4 for the first year and € 186,357.4 for the following years. **CONCLUSIONS** It was confirmed that people in higher socio-economic groups and younger people tend to be more positive about the idea of participating in the cost of primary health care services. It was estimated that net revenues from the application of a cost sharing mechanism would be sufficient to fill some vacant positions with auxiliary doctors, but also to help purchase medical equipment and modernize the building infrastructure of the Health Center.

Key words: Health center, Intent for participation in cost sharing, Revenue collecting mechanism, Upgrading health services

Βιβλιογραφία

- LUNDY J, FINDER BD. Cost sharing for health care: France, Germany, and Switzerland. Kaiser Family Foundation's Health Care Marketplace Project 2009 [available at: <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>]
- KEELER EB. Effects of cost sharing on use of medical services and health. *Med Pract Manage* 1992, 8:317–321 [available at: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2005/RP1114.pdf>]
- EDEN J. Benefit design in health care system reform: Patient cost sharing. *JAMA* 1994, 272:12 [available at: <http://jama.ama-assn.org/content/272/1/12.full.pdf+html>]
- OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. Benefit design: Patient cost-sharing. OTA, US Congress, 1993 [available at: <http://www.fas.org/ota/reports/9310.pdf>]
- MINISTRY OF HEALTH. Health care financing in Tanzania; 2005 fact sheet no 1 [available at: http://www.districthealthservice.com/cms/upload/policycat_80_5970.pdf]
- LUNDBERG L, JOHANNESSEN M, ISACSON DG, BORGQUIST L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy* 1998, 44:123–134
- CHUMA J, MUSIMBI J, OKUNGU V, GOODMAN C, MOLYNEUX C. Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy on practice? *Int J Equity Health* 2009, 8:15 [available at: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/15>]
- ELOFSSON S, UNDÉN AL, KRAKAU I. Patient charges – a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. *Soc Sci Med* 1998, 46:1375–1380
- ΣΙΣΚΟΥ Ο. *Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή, 2006
- ΣΤΟΚΟΥ Ε. *Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα και η εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού σε αυτά*. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διπλωματική εργασία, 2008
- ΔΟΝΑΤΟΣ Γ, ΧΟΜΠΑΣ Β. *Στατιστικές μέθοδοι*. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα, 1988:274–314
- ΦΕΚ 1223/Β' /20.9.2002 [διαθέσιμο: [http://www.et.gr/idocs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHghqNAYvmYB3dtvSoClrL87iJx0JCjFqx4ndCieBbLVuJnJ48_97uHrMtszFzeyCiBSQOpYnTy36MacmUFCx2ppFvBej56Mmc8Qd-](http://www.et.gr/idocs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHghqNAYvmYB3dtvSoClrL87iJx0JCjFqx4ndCieBbLVuJnJ48_97uHrMtszFzeyCiBSQOpYnTy36MacmUFCx2ppFvBej56Mmc8Qd-b8ZfrJqZnslAdk8Lv_e6czmhEembNmZCMxLMtXBzmzXeJiv9E7k_siMViCHG9U3W2DUKGVddLaS0tNQ)
- ΦΕΚ 62/Α' /30.4.1991 [Διαθέσιμο: http://www.et.gr/idocs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wGVo0BSic6eqXdvtvSoClrL8mxzAfm4pTubtlI9LGdkF53UIxsx942CdyqxSQYNuqAGCF0ifB9HI6qSYtMQEKHLwnFqmgJSA5WIsuVnRwO1oKqSe4BIOTSpEWYhszF8P8UqWb_zFijMd7PezcQSuBhEpuFD-KY5FIiwZQMTP17E7Cmnl-63Wob]
- ΔΟΛΓΕΡΑΣ Α, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΚΟΝΤΟΣ Δ. Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του λεκανοπεδίου Αττικής. Στο: Κυριόπουλος Γ, Λιαρόπουλος Λ, Μπουρανίδης Χ, Οικονόμου Χ (Συντ.) *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2001
- Διμηνιαία Έκδοση για την Κοινωνική Ασφάλιση. Ασφαλιστικά ταμεία: Το κράτος επιμένει στην τακτική του. *Ασφαλισμένος* 2000, 4
- ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ Θ, ΧΟΥΛΙΑΡΑ Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:497–503 [διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/archives/2003-5/pdf/497.pdf>]
- KIPP W, KAMUGISHA J, BURNHAM G, RUBAALE T. Cost-sharing in Kabarole district, Western Uganda: Communities' and health professionals' perceptions about health financing. *Journal of Health and Population in Developing Countries* 2000, 2:30–38
- MASIYE F, CHITAH BM, CHANDA P, SIMEO F. Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of effects on utilisation and quality of care. EQUINET discussion paper series 57. EQUINET, UCT HEU: Harare, 2007
- GADALLAH M, ZAKI B, RADY M, ANWER W, SALLAM I. Patient satisfaction with primary health care services in two districts in Lower and Upper Egypt. *East Mediterr Health J* 2003, 9:422–430

Corresponding author:

O. Siskou, Faculty of Nursing, University of Athens, 123 Papadimitriou street, GR-115 27 Athens, Greece
e-mail: olsiskou@nurs.uoa.gr