



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.
«Βενιζέλειο» σχετικά με τις προτεραιότητες στην κατανομή των
οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας**

Ζαχαρένια Κουρλετάκη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ:

Κυριάκος Σουλιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής
Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής
Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Γεώργιος Φραγκιαδάκης, Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου
Ρεθύμνου

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος-GISanalyst,
MPH, PhD, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ηράκλειο, Απρίλιος 2019

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία σηματοδοτεί το τέλος των σπουδών μου σε επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης από το πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Έχοντας αποκομίσει σημαντικές και ουσιαστικές εμπειρίες, εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου, στους συμφοιτητές μου για τη στήριξη και το διαμοιρασμό γνώσης καθώς και σε όσους αποτέλεσαν αρωγοί σε αυτό το έργο.

Ειδικότερα όμως, ευχαριστώ θερμά την Τριμελή Συμβουλευτική Επιτροπή για την πάντα με προθυμία καθοδήγηση στην υλοποίηση της εργασίας μου, την αφειδώς ηθική συνδρομή τους αλλά και για το επιστημονικό ζήλο που με ενδιαφέρον μου μετέδωσαν. Πρόκειται για τους:

κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου,

κ. Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης,

κ. Γεώργιο Φραγκιαδάκη, Διοικητή Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου.

Ξεχωριστό ρόλο σε αυτό το ταξίδι είχε η κ. Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, η οποία καθημερινά και με ενθαρρυντικό τρόπο αποτέλεσε βασικό συντελεστή του αποτελέσματος. Ευχαριστώ επίσης ιδιαίτερα, τον Διευθυντή του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Δημόσια Υγεία-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» και Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, κ. Χρήστο Λιονή για την δυνατότητα που μου προσέφερε να εξελιχθώ προσωπικά, τη φιλομάθεια που μου μετέδωσε και την πολύτιμη συμβολή του.

Αφιερωμένη με αγάπη στην μητέρα μου



Περιεχόμενα

	Εισαγωγή	Σελ. 10
1	Η σημασία του καθορισμού προτεραιοτήτων στη διανομή υπηρεσιών υγείας	Σελ. 12
1.1	Αναγκαιότητα και κύριοι στόχοι αξιολόγησης των οικονομικών πόρων	Σελ. 12
1.2	Εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία	Σελ. 12
1.3	Βασικά κριτήρια ιεράρχησης της κατανομής των πόρων	Σελ. 13
2	Συνθήκες στη μοντελοποίηση της κατανομής των πόρων στην υγεία	Σελ. 14
2.1	Οικονομική στενότητα σε ήδη περιορισμένη διαθεσιμότητα πόρων	Σελ. 14
2.2	Ο ρόλος και οι διαφοροποιήσεις συντελεστών κατά τη λήψη αποφάσεων	Σελ. 15
2.3	Η Ελληνική πραγματικότητα	Σελ. 15
3	Διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας	Σελ. 17
3.1	Σκοπός και στόχοι έρευνας	Σελ. 17
3.2	Μεθοδολογία και ορισμός δειγματοληψίας	Σελ. 18
3.2.1	Βασικά σημεία διεξαγωγής της έρευνας	Σελ. 18
3.2.2	Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	Σελ. 18
3.2.3	Συλλογή δεδομένων	Σελ. 19
3.2.4	Στατική ανάλυση και έλεγχος των δεδομένων	Σελ. 20
4	Αποτελέσματα της έρευνας	Σελ. 21
4.1	Χαρακτηριστικά στοιχεία δείγματος	Σελ. 21
4.2	Παρουσίαση στάσεων και ερμηνεία τους	Σελ. 21
4.3	Συμπληρωματικά – Συνδυαστικά αποτελέσματα	Σελ. 28
5	Συζήτηση	Σελ. 30
5.1	Κύρια ευρήματα	Σελ. 30

5.2	Σύγκριση με άλλες μελέτες	Σελ. 31
5.3	Δυνατά σημεία και περιορισμοί έρευνας	Σελ. 32
5.4	Συμπεράσματα	Σελ. 33
6	Βιβλιογραφία	Σελ. 35
7	Παράρτημα	Σελ. 39
	Παράρτημα 1 - Ερωτηματολόγιο	Σελ. 40
	Παράρτημα 2 - Ερωτηματολόγιο χαρακτηριστικών στοιχείων	Σελ. 48
	Παράρτημα 3 - Πίνακες	Σελ. 49
	Παράρτημα 4 - Διαγράμματα	Σελ. 59
	Παράρτημα 5 - Έγκριση διεξαγωγής μελέτης	Σελ. 66

Περίληψη

Τίτλος εργασίας:

Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν. «Βενιζέλειο» σχετικά με τις προτεραιότητες στην κατανομή των οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας.

Ονοματεπώνυμο φοιτητή: Ζαχαρένια Κουρλετάκη

Επιβλέπουσα Επιτροπή Καθηγητών:

Κυριάκος Σουλιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Γεώργιος Φραγκιαδάκης, Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου

Συμβουλευτική Επιτροπή:

Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος-GISanalyst, MPH, PhD, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ημερομηνία: Απρίλιος 2019

Σημαντικοί όροι: προτεραιότητες υγείας, οικονομικοί πόροι, επαγγελματίες υγείας, κατανομή πόρων, λήψη αποφάσεων, κόστος, υπηρεσίες υγείας

Σκοπός: Η αποτύπωση της πολιτικής μέσω της οποίας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, επιτυγχάνεται η ιεράρχηση της κατανομής των οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αναδείχθηκαν οι προτιμήσεις τους για τις προτεραιότητες στην υγεία ως προς τη χρηματοδότηση, τη λήψη αποφάσεων και την κρατική τακτική λαμβάνοντας υπόψη το αντίκτυπο στους ασθενείς αλλά και τα μεγέθη των δαπανών.

Μεθοδολογία: Η συγχρονική μελέτη ακολούθησε το σχεδιασμό επισκόπησης (survey) και διεξήχθη κατά την περίοδο Νοεμβρίου 2018 - Φεβρουαρίου 2019 με

πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας ενός Γενικού Νοσοκομείου του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο και το δείγμα αποτελείται από 260 συμμετέχοντες, προερχόμενοι από το ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου οποιασδήποτε θέσης εκπαιδευτικών κατηγοριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Για την αξιολόγηση της έκβασης, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες εκτιμώντας τους παράγοντες επαγγελματικής ειδικότητας, επιπέδου εκπαίδευσης, υπηρεσιακού βαθμού και ηλικίας.

Αποτελέσματα: Περαιτέρω στήριξη του τομέα υγείας, χρηματοδοτικά και υλικοτεχνικά επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης αλλά και να διασφαλιστεί η καθολική κάλυψη αναγκών υγείας. Στη λήψη αποφάσεων επιθυμούν να συνεργάζονται μαζί τους οι επιστήμονες ενώ προτεραιότητα για χρηματοδότηση αναφέρουν ως την πρόληψη με 59%. Ως κριτήρια που αποτελούν το “εισιτήριο” για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία, υπέδειξαν τη σοβαρότητα της νόσου (85,5%) και την ηλικία του ασθενή (66,8%). Εκείνη η μεταβλητή που έδειξε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη στάση τους ήταν η θέση ευθύνης. Δε φάνηκε να διαφοροποιεί την αντίληψη τους το εκπαιδευτικό επίπεδο, ηλικία και η επαγγελματική ειδικότητα.

Συμπεράσματα: Ως πρώτη αποτύπωση των απόψεων των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας στην περίοδο της έντονης οικονομικής ύφεσης, σκιαγράφησε το κοινωνικό προφίλ που διατηρούν και την διάθεση για συν-απόφαση με τους ασθενείς ακόμα και σε θέματα ανακατανομής των πόρων. Οι έχοντες θέση ευθύνης στήριξαν μια πιο συντηρητική φιλοσοφία ενώ αντίθετα οι μη έχοντες θέση ευθύνης, διακατέχονταν από αποφασιστικότητα.

Abstract

Title:

Investigation of General Hospital “Venizeleio” health professionals’ perceptions on priorities in allocation of financial resources in health sector

Student name: Kourletaki Zacharenia

Supervising Teachers' Committee:

Kiriakos Souliotis, Associate Professor of Health Politics of University of Peloponnese

Ioanna Tsiligianni, Assistant Professor of Social Medicine of University of Crete

George Fragkiadakis, Administrator of General Hospital of Rethymno

Date: April 2019

Key words: health priorities, financial resources, healthcare professionals, allocation, decision making, cost, health services

Aim: An outline of the policy through which, in times of economic crisis, the hierarchy of the distribution of financial resources in the health sector from the health professionals is achieved. In particular, to highlight their preferences for health priorities in terms of financing, decision-making and government policy, taking into account the impact on patients and the amounts of expenditure.

Methodology: This is a cross-sectional study that follows the design of a “survey” and was conducted in the period November 2018-February 2019 with a study population of health professionals of a General Hospital of Heraklion, Crete. For the data collection, a questionnaire was distributed in various categories of the General Hospital of Heraklion “Venizeleio”. The sample was assigned to 260 participants, who offer their services as doctors, nurses, in paramedical departments, administrative sector and other staff of the hospital with at least a level of tertiary education. In order to evaluate the outcome, indicators were used to assess the factors of professional qualification, level of education, grade of service and age.

Results: Health professionals stated that they want further financial and logistics support for the health sector in times of economic crisis and but also to assure applying universal coverage of health needs. In decision-making they want scientists to collaborate with them, while prevention is mentioned as a funding priority for them with 59%.

As a "free ticket" for free access and treatment, they indicated the severity of the disease (85.5%) and the age of the patient (66.8%). The variable that showed statistically significant influence on their attitude was the position of responsibility. The level of education, age and professional specialty did not seem to differentiate their perception.

Conclusion: As a first illustration of the attitudes of Greek health professionals during the period of severe economic downturn, the social profile they retain and the willingness to co-decide with patients even in terms of redeployment, were outlined. Those in charge of responsibility support a more conservative philosophy, while the non-responsible, on the other hand, stand firmly in their attitudes.

Εισαγωγή

Καθολικό κοινωνικό αίτημα όλων είναι η υγεία να παρέχεται ως κοινωνικό αγαθό, ισότιμα και δίκαια προς όλους. Όμως η υγεία δεν διανέμεται σαν υπηρεσία δωρεάν και αντιθέτως, απαιτεί τεράστια κόστη με συνεχώς μειούμενους πόρους (Rygnänen et al., 1999). Κάθε απόφαση που αφορά στην υγεία λαμβάνεται στο βωμό της εξέλιξης, πάραυτα περιβάλλεται από τους όρους που θέτονται αυτόματα από το λεγόμενο budget. Ακόμα και ο ιδιωτικός τομέας αντιμετωπίζει έντονα το φαινόμενο αφού κάθε δαπάνη θα πρέπει να χρηματοδοτηθεί (Tritter et al., 2010). Αυτό ακριβώς το σημείο, προϋποθέτει μια “επίπονη” διαδικασία στην οποία περιλαμβάνεται η αξιολόγηση όλων των εναλλακτικών λύσεων ώστε να οδηγούμαστε στη λήψη αποφάσεων και στις βέλτιστες πρακτικές (Οικονόμου και Τούντας, 2007). Η αξιολόγηση βοηθά καθοριστικά στη τελική έκβαση των διαβουλεύσεων, εξετάζοντας κάθε πιθανή πτυχή στην κατανομή μέσω του κόστους ευκαιρίας (Edlin et al., 2015).

Μια περίοδος οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύει η χώρα μας δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την περιορισμένη διαθεσιμότητα των πόρων ως πηγή εκμετάλλευσης εισροών. Δημιουργείται κατά συνέπεια, η ανάγκη ιεράρχησης των προτεραιοτήτων για την ορθολογική κατανομή των πόρων στην υγεία λαμβάνοντας υπόψη κριτήρια και εργαλεία κοινώς αποδεκτά και με επιστημονική προσέγγιση (Rosén and Karlberg, 2002).

Στη διακήρυξη της Alma Ata του 1978, για πρώτη φορά επικυρώθηκε η σημασία της συμμετοχής των ασθενών και του κοινού στη λήψη αποφάσεων (Wale et al., 2017) και άνοιξε το δρόμο για την διάδοση της δημοκρατίας στην υγεία. Η βιβλιογραφία έχει εστιάσει αρκετά στις αντιλήψεις του κοινού και των χρηστών υπηρεσιών υγείας με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών να έρχονται σε σύγκρουση με τα καθιερωμένα (Arvidsson et al., 2012).

Οι επαγγελματίες υγείας και άμεσα εμπλεκόμενοι στην διάθεση υπηρεσιών υγείας ασκώντας το έργο τους μέσα από μια υποκειμενική διάσταση, μπορούν να παραθέσουν ποικίλα πρόσθετα κριτήρια για τη διαμόρφωση των προτεραιοτήτων στην κατανομή των πόρων (Tromp and Baltussen, 2012). Στη χάραξη πολιτικών και στρατηγικής με απώτερο στόχο την βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας, οι αντιλήψεις τους έχουν καθοριστικό ρόλο και η καταγραφή και ανάλυση τους θα συμβάλλει έμμεσα και στην κάλυψη των αναγκών υγείας του γενικότερου πληθυσμού (Hoomans and Severens, 2014).

Τα διεθνή δεδομένα έχουν παρουσιάσει σχετικά ευρήματα και διαχρονικά φαίνεται η λήψη αποφάσεων να επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από αξίες όπως η ισότητα, προσβασιμότητα, χρησιμότητα και αποτελεσματικότητα (Lane et al., 2018). Παράλληλα, η στάση των επαγγελματιών υγείας πιθανά

διαφοροποιείται ανάλογα τα δημογραφικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά (Ryghänen et al., 1999) ή αντίθετα κάποιοι από αυτούς φαίνεται να μην έχουν κατανοήσει ότι αντιμετωπίζουν τον όρο “σπανιότητα των πόρων” (Hurst et al., 2007).

Στην Ελλάδα η έρευνα παραμένει ελλιπής και μόνη μελέτη με δείγμα Ελλήνων επαγγελματιών υγείας και πολιτών ήταν εκείνη κατά την οποία διαπιστώθηκαν τροποποιήσεις στις προτιμήσεις κατανομής των πόρων ανάμεσα στους συμμετέχοντες, με βασικότερη ότι το κοινό έδινε προτεραιότητα σε παρεμβάσεις για ανήλικα παιδιά ενώ οι ιατροί για ενήλικους ασθενείς (Theodorou et al., 2010).

Για ένα τόσο κρίσιμο θέμα στο οποίο οι έννοιες και οι προτιμήσεις δεν έχουν διευκρινιστεί οριστικά, οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων χρειάζονται ένα αναλυτικό εγχειρίδιο διοίκησης και οικονομικού προσανατολισμού που θα τους κατευθύνει στην αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την μεγιστοποίηση της ποιότητας. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μπορούν να ενσωματωθούν σε ένα τέτοιο πλαίσιο, κατοπτρίζοντας το αντίκτυπο στις υψηλού ή χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κατ’ επέκταση στο κοινωνικό σύνολο.

Κεφάλαιο 1

Η σημασία του καθορισμού προτεραιοτήτων στη διανομή υπηρεσιών υγείας

1.1 Αναγκαιότητα και κύριοι στόχοι της αξιολόγησης των οικονομικών πόρων

Μιλώντας για πόρους νοείται οτιδήποτε διαθέσιμο σε εγκαταστάσεις, ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό, χρόνο ή γνώση που μέσω της εκμετάλλευσης του συντελεί στην παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών (Drummond et al., 2015). Ακόμα και για τις πιο σύγχρονες κοινωνίες, το μοντέλο κατανομής των πόρων αποτελεί μια πρόκληση στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζοντας το, ένα πολυδιάστατο και διαχρονικό πρόβλημα (Theodorou M., 2010). Η κατανομή αφορά σε συνδυαστικές επιλογές με προσανατολισμό την ανάπτυξη και κατά συνέπεια ο καλύτερος δυνατός συνδυασμός θα έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και στην βιωσιμότητα της μονάδας (Drummond et al., 2015). Το κόστος κάθε παρέμβασης ισοδυναμεί με μια χαμένη ευκαιρία επένδυσης σε μία άλλη, δημιουργώντας έτσι την έννοια του εναλλακτικού κόστους (Edlin et al., 2015). Απαιτείται να δημιουργηθεί ένα συγκεκριμένο πλαίσιο περί προτεραιοτήτων μεταξύ των κύριων παρεμβάσεων (Angelis, Kanavos and Montibeller, 2016). Η κάθε περίπτωση, ενσωματώνει την εύστοχη αξιοποίηση πληροφοριών για το συνολικό προϋπολογισμό, το προφίλ υγείας πληθυσμού-στόχου αλλά και όλα τα πιθανά εμπόδια που μπορεί να παρουσιαστούν (Angelis, Kanavos and Montibeller, 2016).

1.2 Εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία

Κατά τα τελευταίες δεκαετίες, έχει ενταθεί η ανάγκη για ολοκληρωμένη οικονομική αξιολόγηση στις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας η οποία συμβάλλει ως απαραίτητο και χρήσιμο μέσο στη μέτρηση μεγεθών και στη λήψη αποφάσεων (Οικονόμου και Τούντας, 2007). Έχοντας ως πυλώνες τα βασικά κριτήρια που θέτει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην πράξη χρησιμοποιούνται καθορισμένες συγκριτικές ή μη μέθοδοι και δείκτες στο πλαίσιο της ορθολογικής πολιτικής στον τομέα της υγείας. Οι κύριες μορφές εκτίμησης είναι οι α) ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (Cost Effectiveness

Analysis/CEA) που συγκρίνει το κόστος με το τελικό προϊόν/υπηρεσία,

β) ανάλυση κόστους – οφέλους (Cost Benefit Analysis/CBA) που υπολογίζει το όφελος σε χρηματικές μονάδες και

γ) ανάλυση κόστους χρησιμότητας (Cost Utility Analysis/CUA) που μετράει την τελική έκβαση σε ποιότητα ή διάρκεια ζωής.

Αξιοποιώντας αυτές τις υποστηρικτικές τεχνικές με κατάλληλο και ουσιαστικό τρόπο, δύναται να υλοποιηθεί η καλύτερη δυνατή λύση ως προς την πρόσβαση και την προτεραιοποίηση σε κάθε καίριο ζήτημα στο πεδίο της υγείας (Drummond et al., 2015).

1.3 Βασικά κριτήρια ιεράρχησης της κατανομής των πόρων

Τα κριτήρια που πρωταγωνιστούν στη λήψη τέτοιων αποφάσεων σχετίζονται με τα αποτελέσματα και τα οφέλη των παρεμβάσεων, την επίπτωση της νόσου στην οποία εστιάζει μια παρέμβαση, το θεραπευτικό και οικονομικό υπόβαθρο της, την ποιότητα και αβεβαιότητα που απορρέουν, την πολυπλοκότητα της εφαρμογής μιας παρέμβασης αλλά και με αξίες όπως η ισότητα και η δικαιοσύνη (Guindo et al., 2012).

Ομοίως σύμφωνα με τον Norman Daniels, οι πολιτικές που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας οφείλουν να διακατέχονται από δικαιοσύνη, λογικότητα και διαφάνεια (Daniels, N. 2000).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει τρεις αρχές δεοντολογίας για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων: αποτελεσματικότητα (αριστοποίηση της υγείας του πληθυσμού), δικαιοσύνη (ελαχιστοποίηση των διαφορών/ανισοτήτων στην υγεία) και χρησιμότητα (το καλύτερο δυνατό για το μεγαλύτερο αριθμό) (Vermeulen and Krabbe, 2018). Ο Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με τη Διεθνή Κοινότητα Προτεραιοτήτων στην Υγεία έχουν επικαιροποιήσει ένα οδηγό-χάρτη κριτηρίων που δημοσιεύτηκε το 2014 (Norheim et al., 2014) κατά τον οποίο δίνεται έμφαση στην ευθύνη των εμπλεκόμενων στη λήψη αποφάσεων ενώ θέτει ως κύρια κριτήρια το είδος της ασθένειας, το κοινωνικό προφίλ του ασθενή και το ήδη μειωμένο επίπεδο υγείας του. Θεωρεί επίσης πως η ηλικία λαμβάνεται υπόψη σαν ανεξάρτητο κριτήριο, μόνο συνδυαστικά με άλλα ενώ π.χ. η σπανιότητα μιας νόσου και ο μεταστατικός καρκίνος είναι περιπτώσεις αυτόνομες που πρέπει να αντιμετωπίζονται χωρίς κλίμακες ταξινόμησης.

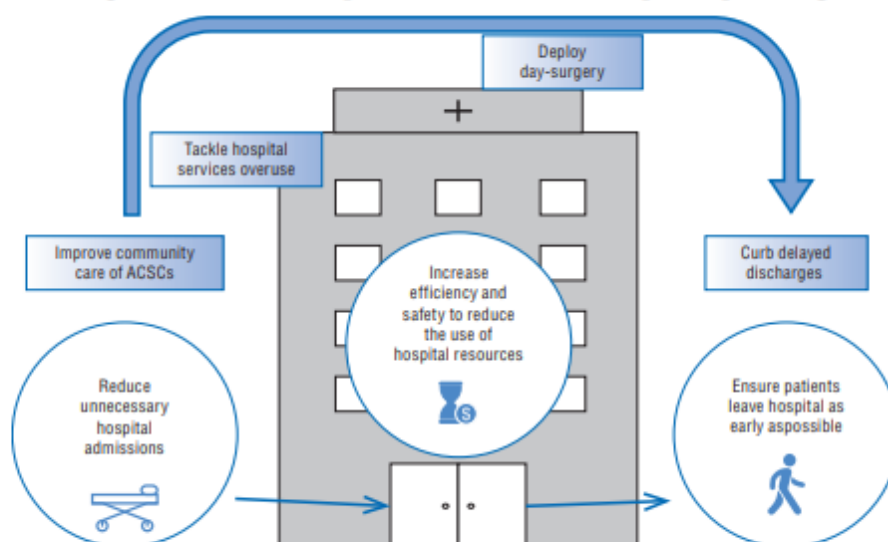
Κεφάλαιο 2

Συνθήκες στη μοντελοποίηση της κατανομής των πόρων στην υγεία

2.1. Οικονομική στενότητα σε ήδη περιορισμένη διαθεσιμότητα πόρων

Η άριστη κατανομή ή εξοικονόμηση πόρων περιλαμβάνει ταξινόμηση των σπάνιων λογιστικών διαθέσιμων για να επιτευχθεί ισορροπία στη ζήτηση και στην προσφορά υπηρεσιών υγείας αλλά και μεταξύ των κέντρων κόστους (Finkler, Ward and Baker, 2007). Η δεδομένη διαθεσιμότητα τους, προϋποθέτει την πλήρως αποδοτική εκμετάλλευση τους επιδιώκοντας την μεγιστοποίηση του παραγόμενου αποτελέσματος υπό τους περιορισμούς των προϋπολογισμών και του κόστους. Η Ελλάδα βρισκόμενη σε περίοδο επίμονης και βαθιάς χρηματοπιστωτικής κρίσης (Σουλιώτης, 2018), αντιμετωπίζει τα τελευταία έτη την υποχρηματοδότηση του συστήματος με τον καταμερισμό των ήδη σπάνιων αποθεμάτων ρευστότητας να παρακωλύεται. Η συνολική χρηματοδότηση για την υγεία μειώθηκε κατά 8,6 δις ευρώ σε χρονικό διάστημα 6 ετών με τις συνέπειες να είναι άκρως επιβαρυντικές για το σύστημα, τη στελέχωση αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έκτοτε, σημειώνεται επίσης μια συνεχή μετατόπιση της ζήτησης από τον ιδιωτικό προς το δημόσιο τομέα υγείας. Παράλληλα, φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού παρουσιάζονται στην υγεία και η ταυτόχρονη αύξηση της φτώχειας κάνει την ανάγκη για μια κλιμακωτή κατάταξη των προτεραιοτήτων να χαρακτηρίζεται επιτακτική.

Figure 2.2. Pressure points on wasteful hospital spending



HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018 © OECD/EUROPEAN UNION 2018

Εικόνα 1: Σημεία εστίασης για περιορισμό των δαπανών μιας νοσοκομειακής μονάδας
Πηγή: OECD/Health at a Glance: Europe 2018

2.2 Ο ρόλος και οι διαφοροποιήσεις συντελεστών στη λήψη αποφάσεων

Στην χάραξη πολιτικών και στη λήψη αποφάσεων μετέχουν συχνά φορείς από διαφορετικά σημεία προσέγγισης, γεγονός που ενισχύει την πολυπλοκότητα του θέματος. Η αναγνώριση της σύνθεσης του οδηγεί στην ανάπτυξη της πολυκριτηριακής ανάλυσης αποφάσεων (Multi-Criteria Decision Analysis/MCDA), τα αποτελέσματα της οποίας πιθανά να αποδειχτούν αντικρουόμενα (Tromp and Baltussen, 2012). Αν και στην Ελλάδα δεν υπάρχουν καθιερωμένοι μηχανισμοί ή διαδικασίες που να διασφαλίζουν την εμπλοκή του κοινού στη λήψη αποφάσεων, σε πολλές χώρες όπως η Σουηδία, η Αγγλία και το Ισραήλ εφαρμόζεται συγκεκριμένη πολιτική συμμετοχής του.

Ακόμα και σήμερα, η άποψη των επαγγελματιών υγείας δεν έχει εναρμονιστεί με αυτή την ιδέα και δεν υπάρχει σαφήνεια στη θέση τους σχετικά με την εμπλοκή του κοινού στη λήψη αποφάσεων. Παράλληλα, η συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας θεωρείται απαραίτητη καθώς αποτελούν την ομάδα εκείνη που συνδέεται άμεσα με τη κλινική πράξη, τη φροντίδα και γενικότερα το βαθμό και την ποιότητα των εφαρμοζόμενων πολιτικών (Hurst et al., 2007).

Η πλειοψηφία των Αμερικανών ιατρών αντιτίθεται στη χρήση στοιχείων κόστους-αποτελεσματικότητας στην καθοδήγηση των «κλινικών» αποφάσεων και οι οικονομολόγοι υγείας επιδιώκουν την αλλαγή νοοτροπίας τους μέσω εκπαίδευσης, αφού η διαφωνία είναι τόσο πρακτικού όσο και γνωστικού ελλείμματος (Antiel et al., 2013). Στην Γερμανία από την άλλη πλευρά, οι ιατροί είναι εκείνοι που έχουν ενεργό ρόλο στην καθιέρωση πολιτικών και στη λήψη αποφάσεων στο σύστημα (Φαρμακάς, 2006).

2.3 Η Ελληνική πραγματικότητα

Οι σχετικές δημοσιευμένες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τα ελληνικά δεδομένα έχουν ως δείγμα κυρίως το κοινό και επικεντρώνονται στη στάση του ως προς τον τρόπο κατανομής των πόρων στην υγεία. Το 2010 δημοσιεύτηκε μια μελέτη (Theodorou et al., 2010) που ανίχνευσε αντιλήψεις 300 πολιτών και 100 ιατρών της Ελλάδας για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην υγεία, χρησιμοποιώντας στη μεθοδολογία μέρος του ερευνητικού εργαλείου της παρούσας έρευνας. Καμία άλλη έρευνα στην Ελλάδα, δεν έχει συμπεριλάβει στο δείγμα της επαγγελματίες υγείας και ως εκ τούτου είναι από τις πρώτες προσπάθειες που εστιάζουν στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα.

Το 2009 δημοσιεύτηκαν στοιχεία που περιγράφουν το βαθμό ανάμειξης των Ελλήνων ιατρών στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν στην υγεία (Σουλιώτης, 2009) και παρουσιάζονται στον κάτωθι

πίνακα:

Συμμετοχή ιατρών στην λήψη αποφάσεων στο νοσοκομείο κατά πεδίο

Πεδία	Βαθμός συμμετοχής			
	Καμία	Περιορισμένη	Υψηλή	Πλήρης
Κατανομή εγκαταστάσεων – προσωπικού στα τμήματα	6,6%	34,4%	42,6%	16,4%
Επενδύσεις σε ιατρικό εξοπλισμό	0%	23,8%	74,6%	1,6%
Άλλες επενδύσεις (π.χ. κτίρια, λογισμικό)	16,4%	70,5%	13,1%	0%
Καθορισμός τιμών ή όγκου ιατρικών πράξεων	44,1%	25,4%	27,1%	3,4%
Διορισμός και απόλυση ιατρών νοσοκομείου	62,3%	21,3%	14,8%	1,6%
Ανθρώπινο δυναμικό (πλην ιατρών)	58,1%	37,1%	4,8%	0%
Μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός	12,7%	41,3%	46%	0%

Σε γενικές γραμμές, οι ιατροί φαίνεται να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σε μεγάλο βαθμό με ότι σχετίζεται με θέματα επενδύσεων σε ιατρικό εξοπλισμό και σε μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό ενώ αντίθετη εικόνα παρουσιάζουν για τα εργασιακά ζητήματα του ιατρικού προσωπικού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3

Διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας

3.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να παρουσιαστούν οι προσεγγίσεις των επαγγελματιών υγείας, ως κύριοι διανομείς των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τον τρόπο προτεραιοποίησης των οικονομικών πόρων στην υγεία. Επιδιώκεται να διευκρινιστεί ποια κριτήρια χρησιμοποιούν για την συγκεκριμένη ταξινόμηση και αναμένεται να καλυφθούν προβληματισμοί που αναδεικνύονται, όπως:

- α) Ποια κριτήρια λαμβάνουν υπόψη οι επαγγελματίες υγείας στον καθορισμό προτεραιοτήτων;
- β) Πως ιεραρχούν τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους, στο ευαίσθητο θέμα των υπηρεσιών υγείας;
- γ) Είναι θετικοί οι επαγγελματίες υγείας με τη συμμετοχή του κοινού στη λήψη αποφάσεων;
- δ) Ποια χαρακτηριστικά έχουν οι χρήστες του συστήματος υγείας για να απολαμβάνουν δωρεάν πρόσβαση ή προτεραιότητα στη διανομή υπηρεσιών υγείας;
- ε) Ποιές κατηγορίες υπηρεσιών υγείας υπερτερούν σε προτεραιότητα (ιεραρχούνται υψηλότερα) σε ανάγκη χρηματοδότησης για τους επαγγελματίες υγείας;
- στ) Με ποιό τρόπο πιστεύουν ότι το κράτος πρέπει να διαχειρίζεται τα ζητήματα στην υγεία σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης;
- ζ) Πόσο επηρεάζεται η αντίληψη τους στα παραπάνω βάσει - της επαγγελματικής ειδικότητας;
 - του εκπαιδευτικού επιπέδου;
 - της ηλικίας;
 - της υπηρεσιακής βαθμίδας;

3.2. Μεθοδολογία και ορισμός δειγματοληψίας

3.2.1 Βασικά σημεία διεξαγωγής της έρευνας

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη με τελική δειγματοληπτική ομάδα τους επαγγελματίες υγείας, την επαγγελματική ομάδα που έρχεται σε επαφή άμεσα ή έμμεσα με τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας από διαφορετική οπτική γωνία αλλά με κοινό προσανατολισμό την προστασία της υγείας του ασθενή. Αυτή η σχέση επαφής που διακρίνει το συγκεκριμένο πληθυσμό ήταν το χαρακτηριστικό που αποτέλεσε ξεχωριστό πλεονέκτημα για την επιλογή του στην παρούσα μελέτη.

Αξιοποιώντας την διαφορετικού επιπέδου κατάρτιση και εμπειρία τους η έρευνα αποτυπώνει στάσεις ιατρών, βιολόγων, νοσηλευτών, μαιών, επισκεπτών υγείας, φυσικοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, διαιτολόγων, ακτινοφυσικών, φαρμακοποιών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ειδικών ιατρικών εργαστηρίων, ειδικών διοίκησης μονάδων υγείας, ειδικών πληροφορικής υγείας και οικονομολόγων υγείας. Μάλιστα, επιλέχθηκαν να μετέχουν εκείνοι με εκπαιδευτικό υπόβαθρο τουλάχιστον τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διότι σύμφωνα με τον κώδικα δημοσίων υπαλλήλων (Ν. 3528/2007) προηγούνται στην ανάληψη θέσεων ευθύνης και κατ' επέκταση αποτελούν τους εν δυνάμει διαχειριστές των πόρων. Από την άλλη πλευρά λόγω της λεπτότητας του θέματος, η εξειδίκευση είναι σημαντική για την αποκωδικοποίηση του.

Η διεξαγωγή της υλοποιήθηκε από τον Νοέμβριο 2018 έως το Φεβρουάριο 2019, σε ένα δείγμα ευκολίας επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης «Βενιζέλειο». Ως κριτήρια εισαγωγής εκτός της βασικής επαγγελματικής ιδιότητας, τέθηκαν επίσης η αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα, η χρήση της ελληνικής γλώσσας αλλά και η ύπαρξη σχέσης εργασίας με το Νοσοκομείο για τουλάχιστον 6 μήνες.

3.2.2 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο - δημιουργήμα του κ. Φαρμακά Αντώνιου, Δρ. Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου στην ελληνική γλώσσα, έχοντας αξιολογηθεί και σταθμιστεί από ειδική επιστημονική ομάδα. Αποτελείται συνολικά από 22 ερωτήσεις και συνοδεύεται από ένα εισαγωγικό κείμενο εξοικείωσης του συμμετέχοντα με το θέμα, αλλά και διασφάλισης της προστασίας της ανωνυμίας του. Το κύριο μέρος ήταν 19 ερωτήσεων με κάποιες εξ' αυτών πολλαπλής

επιλογής και αρκετές με δυνατότητα συγκεκριμένων απαντήσεων εξαβάθμιας ή επταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert ενώ ακολουθούσε το πρακτικό κομμάτι 3 ασκήσεων καταμερισμού ενός χρηματικού ποσού σε προγράμματα υγείας (Φαρμακάς, 2016). Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 4 θεματικές ενότητες με σκοπό να εκμαιεύσουν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για:

- A) την πολιτική υγείας και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας (ερωτήσεις 1-7)
- B) τη λήψη αποφάσεων κατανομής πόρων και καθορισμού προτεραιοτήτων στην υγεία (ερωτήσεις 8-11)
- Γ) τα κριτήρια καθορισμού προτεραιοτήτων (ερωτήσεις 12-18)
- Δ) τον καθορισμό προτεραιότητας στις υπηρεσίες υγείας (ερώτηση 19)
- Ε) και οι ασκήσεις κατανομής χρημάτων (ασκήσεις 20-22).

Τέλος, ακολουθούσε η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων που ήταν προσαρμοσμένη στην δομή της παρούσας μελέτης. Σημειώνεται ότι από το ερωτηματολόγιο εξαιρέθηκαν τα υπο-ερωτήματα 13.2 “Οι Τουρκοκύπριοι” και 13.8 “Οι εγκλωβισμένοι” από την ενότητα Δ διότι κρίθηκε ότι αναφέρονταν σε πολιτισμικές διαφορές, οι οποίες εάν απευθύνονταν σε ελληνικό κοινό θα δημιουργούσαν σύγχυση. Συνολικά το ερωτηματολόγιο διατίθεται στο Παράρτημα 1.

3.2.3 Συλλογή των δεδομένων

Κατόπιν εγκρίσεων της Κεντρικής Υπηρεσίας της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης για τη διεξαγωγή της έρευνας και του κ. Φαρμακά για τη χρήση του εργαλείου, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Η. “Βενιζέλειο” που συναίνεσαν στη συμπλήρωση του. Παρόλο που η μελέτη δομήθηκε με δείγμα ευκολίας, διανεμήθηκαν 400 συνολικά ερωτηματολόγια και πιο συγκεκριμένα 200 σε στελέχη με θέση ευθύνης και 200 σε στελέχη χωρίς θέση ευθύνης. Η προσέγγιση πραγματοποιήθηκε για χρονικό διάστημα διάρκειας δύο εβδομάδων, κατά τις ημέρες από Δευτέρα έως Παρασκευή και κατά την πρωινή βάρδια δηλαδή ημέρες και ώρες με το μεγαλύτερο αριθμό του προσωπικού να βρίσκεται στο χώρο εργασίας του.

Όπου ζητήθηκε, δόθηκαν με αντικειμενικότητα διευκρινίσεις ή πληροφορίες με μοναδικό στόχο τη βοήθεια στην εμβάθυνση του ζητήματος. Να σημειωθεί ότι αρκετοί συμμετέχοντες αιτήθηκαν περαιτέρω χρονικό περιθώριο για τη συμπλήρωση του και λαμβάνοντας υπόψη το φόρτο εργασίας τους, τους παραχωρήθηκε. Η ανταποκρισιμότητα των συμμετεχόντων ήταν της τάξεως του 65% και το τελικό δείγμα αποτελείται από 260 απαντήσεις σε πληθυσμό περίπου 800 ατόμων.

3.2.4 Στατιστική ανάλυση και έλεγχος των δεδομένων

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα IBM SPSS 24, ενώ όλοι οι έλεγχοι εφαρμόστηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Αρχικά, έγινε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών όλων των μεταβλητών με τη χρήση του Kolmogorov-Smirnov test. Η πλειονότητα ακολουθούσε κανονική κατανομή ($p\text{-value}>0,05$) κι έτσι ακολουθήθηκε παραμετρικός έλεγχος, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων που εμφάνιζαν λοξότητα ($p\text{-value}<0,05$) παραπέμποντας σε μη παραμετρικούς ελέγχους.

Διεξήχθησαν τα περιγραφικά στοιχεία, τα οποία εκφράστηκαν ως μέση τιμή (mean) και τυπική απόκλιση (standard deviation-SD) για τις ποσοτικές μεταβλητές, ενώ ως απόλυτος αριθμός-σύνολο δείγματος (n) και ποσοστό (%) για τις ποιοτικές μεταβλητές. Οι ερωτήσεις του επιλεχθέντος εργαλείου αναλύθηκαν αυτόνομα και όχι ως σύνθεση (π.χ. δημιουργία διαστάσεων ή ολικού σκορ) μιας και το ερωτηματολόγιο δεν εξυπηρετούσε το σκοπό αυτό. Ο έλεγχος που εφαρμόστηκε για τις συγκρίσεις μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών ήταν ο έλεγχος Two-samples Independent T-test ενώ υπολογίσθηκε και ο δείκτης συσχέτισης Pearson's coefficient (Pearson's r) στις περιπτώσεις ελέγχου μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο δύο ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο έλεγχος chi-square test. Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκε ο έλεγχος ANOVA (Analysis of Variance correlation coefficient, ποσοτικές με ποιοτικές μεταβλητές), Mann-Whitney και Kruskal Wallis (μη παραμετρικοί έλεγχοι).

Επιπρόσθετα, έγινε έλεγχος όλων των παραμέτρων (ερωτήσεων) ως προς την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ιδιότητα αλλά δε φάνηκε να επιδρούν στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ($P\text{-value}>0,05$). Τέλος, για την ανάδειξη συσχετίσεων μεταξύ παραμέτρων (ερωτήσεων), τόσο για όσους κατείχαν θέση ευθύνης όσο και για όσους δεν είχαν θέση ευθύνης, έγινε χρήση του Pearson's r.

Κεφάλαιο 4

Αποτελέσματα της έρευνας

4.1 Χαρακτηριστικά στοιχεία δείγματος

Ηλικία

Στον υπό μελέτη πληθυσμό δείγματος των 260 ατόμων, η μέση ηλικία ήταν τα 44,6 έτη (Mean=44,6) με σταθερή τυπική απόκλιση 10,1 (SD=10,1).

Επαγγελματική κατηγορία

Ως προς την ειδικότητα, οι ιατροί 97/260 (37,3%) αποτελούν την πιο συχνή και ακολουθούν οι νοσηλευτές 77/260 (29,6%). Οι διοικητικοί υπάλληλοι ήταν 45/260 (17,3%) ενώ τους άλλους επαγγελματίες υγείας π.χ. φαρμακοποιοί, επισκέπτες υγείας, μαίες κ.α. εκπροσώπησαν οι 41/260 (15,8%).

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Οι 141/260 (54,2%) του δείγματος δήλωσαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης τους είναι τριτοβάθμιας κατηγορίας ενώ οι 86/260 (33,1%) διαθέτουν μεταπτυχιακού επιπέδου ειδίκευση. Τέλος, οι 33/260 (12,7%) έχουν ολοκληρώσει εκπόνηση διδακτορικής διατριβής.

Υπηρεσιακή βαθμίδα

Από τους συμμετέχοντες, οι 104/260 (40%) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μέσω κάποιας θέσης ευθύνης (π.χ. Προϊστάμενοι, Διευθυντές, Υπεύθυνοι Τμήματος κ.α.), ενώ οι 156/260 (60%) όχι. Πίνακας 1.

Η κατανομή της θέσης ευθύνης ως προς την ηλικία παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.

4.2 Παρουσίαση στοιχείων και ερμηνεία τους

Ερώτηση 1

Αναφέρεται στα έξοδα του κράτους στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης και οι περισσότεροι ερωτώμενοι 120/260 (46,2%) απάντησαν ότι θα πρέπει να ξοδεύει περισσότερα από όσα σήμερα.

Αναλύοντας τις απαντήσεις ως προς την μεταβλητή της θέσης ευθύνης τότε φαίνεται ότι οι 44/104 (42,3%) που κατέχουν θέση ευθύνης θεωρούν ότι θα πρέπει να ξοδεύονται όσα και σήμερα ενώ οι 81/120

(67,5%) οι οποίοι δεν παρέχουν τις υπηρεσίες τους μέσω κάποιας θέσης ευθύνης, θεωρούν ότι θα πρέπει να ξοδεύονται περισσότερο από όσα ξοδεύονται σήμερα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με $p < 0,01$ με μικρότερα ποσοστά για αύξηση των εξόδων σε όσους διαθέτουν θέση ευθύνης (37,5% για αύξηση, 42,3% για σταθεροποίηση). Διαγράμματα 2 - 3.

Ερώτηση 2

Η ερώτηση αυτή εξετάζει τις θέσεις των ερωτώμενων για τη στάση του κράτους και τον τύπο παροχής φροντίδας υγείας προς τους πολίτες. Στο σύνολο των απαντήσεων οι 179/260 (68,8%) επέλεξαν ότι το κράτος στον τομέα της υγείας, οφείλει σήμερα να διασφαλίζει ότι η φροντίδα υγείας παρέχεται δωρεάν και ισότιμα σε όλους τους νόμιμους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το εισόδημα τους.

Όταν ληφθεί υπόψη η θέση ευθύνης τότε παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των ερωτώμενων για τις παροχές. Τα άτομα με θέσης ευθύνης απαντούν σε ποσοστό 57,5% ότι πρέπει να παρέχεται ένα βασικό πακέτο παροχών, η ίδια ομάδα σε ποσοστό 38% θεωρεί ότι όλοι πρέπει να έχουν ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση ενώ το 31,7% θεωρούν ότι η δωρεάν παροχή θα πρέπει να διασφαλίζεται μόνο σε νόμιμους κατοίκους χαμηλών εισοδηματικών στρωμάτων. Διαγράμματα 4 - 5.

Ερώτηση 3

Σε αυτή την ενότητα ερωτήσεων παρουσιάζεται η θέση των συμμετεχόντων σχετικά με το τι είναι επιθυμητό να ισχύει για την παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι ερωτήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 και αφορούν στις αντιλήψεις των ερωτώμενων για “το πόσο πρέπει να παρέχει το κράτος ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα χαμηλά εισοδήματα”, “εάν η σύγχρονη τεχνολογία θα πρέπει να παρέχεται δωρεάν στο δημόσιο σύστημα” και “την προθυμία των ερωτώμενων να πληρώσουν παραπάνω για τη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης”.

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 2, το 86,2% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με το ότι στους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα θα πρέπει να παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, το 75,6% πιστεύει ότι πρέπει να διατίθεται η πιο σύγχρονη ιατρική τεχνολογία ενώ μάλλον ουδέτερη είναι η στάση του 41,8% (ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ).

Υπήρξαν στατιστικές διαφοροποιήσεις ($p < 0,001$) ως προς τη θέση ευθύνης, με γεγονός ότι το 42,4% συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα πρέπει να καλύπτονται ιατροφαρμακευτικά χωρίς ιδιωτική δαπάνη, σε σχέση με το 57,6% αυτών που δεν κατέχουν θέση ευθύνης. Παρόμοια, στην δήλωση για πληρωμή περισσότερων προσωπικών χρημάτων για την

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη το 68,8% που δεν κατέχει θέση ευθύνης δηλώνει ότι συμφωνεί σε αντίθεση με το 37,5% αυτών που κατέχουν θέση ευθύνης ($p=0,008$). Πίνακας 2.

Ερώτηση 4

Οι απόψεις των ερωτώμενων για το πως το κράτος θα μπορούσε να αντλήσει επιπλέον χρήματα για την υγεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Ουσιαστικά η ερώτηση σχετίζεται με τη στρατηγική που πρέπει να εφαρμόσει το κράτος προκειμένου να εξοικονομήσει πόρους, σε περίπτωση που θέλει π.χ. να τονώσει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Με βάση το σύνολο των απαντήσεων, το 94,4% των ερωτώμενων συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα στο ότι πρέπει να γίνει καλύτερη διαχείριση του υπάρχοντος κεφαλαίου. Σημαντικό επίσης ποσοστό της τάξεως του 51,8% συμφωνεί ή συμφωνεί πλήρως στο ότι πρέπει να επιτευχθεί, ξοδεύοντας λιγότερα χρήματα σε άλλους τομείς, ενώ ως τρίτη πιο συχνή συμφωνία δήλωσης ήταν η «αύξηση των εισροών» (40,3%).

Τα άτομα που ασκούν έργο μέσω μιας θέσης ευθύνης δείχνουν να διαφοροποιούν τις απαντήσεις τους από τα άτομα που δεν κατέχουν θέση ευθύνης στις δηλώσεις «ξοδεύοντας λιγότερα σε άλλους τομείς» και «αυξάνοντας τις εισφορές για ασφάλιση υγείας» με ποσοστά 28,0% ($n=37$) και 29,4% ($n=30$) αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δηλώσεις από άτομα που δεν κατέχουν θέσεις ευθύνης ήταν 72% και 70,6%. Πίνακας 3.

Ερώτηση 5

Σε αυτή την ερώτηση κρίθηκε από τους συμμετέχοντες, το μέτρο για αποκοπή ποσοστού 1,5% από το μισθό των δημοσίων υπαλλήλων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Από τις απαντήσεις, 128 άτομα (50,4%) διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με το μέτρο, το 33,1% επιθυμεί να είχε ερωτηθεί πριν την εφαρμογή του (συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα) ενώ ένα 53,8% ($n=126$) επιθυμεί την επέκταση του και σε ομάδα ιδιωτικών υπαλλήλων.

Η θέση ευθύνης φαίνεται να επηρεάζει και τις τρεις δηλώσεις ($p<0,01$) με ποσοστά στο “συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα” για τις θέσεις ευθύνης με 25,6% («συμφωνία μέτρου»), με 33,1% («προαιρετικότητα αποδοχής») και 53,8% («επεκτασιμότητα του μέτρου»). Πίνακας 4.

Ερώτηση 6

Με αυτή την ερώτηση ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κατατάξουν σε σειρά προτίμησης εμπλεκόμενες στην υγεία ομάδες, όπως θα επιθυμούσαν να συμμετέχουν κατά προτεραιότητα στη λήψη αποφάσεων αν χρειαζόταν να γίνει ανακατανομή των πόρων. Πρώτη επιλογή των απαντήσεων ήταν οι

επαγγελματίες υγείας με Mean=2,8 (SD=1,5) ενώ ακολούθησαν οι ειδικοί επιστήμονες & ακαδημαϊκοί με Mean=2,8 (SD=1,5) και οι διευθυντές του υπουργείου υγείας και των νοσοκομείων με Mean=3,5 (SD=1,4). Οι τελευταίες προτιμήσεις περιλάμβαναν την επιλογή του κοινού με Mean=5,2 (SD=1,8) και ακριβώς μία θέση πριν, οι πολιτικοί με Mean=4,9 (SD=1,8).

Από τα αποτελέσματα ιεράρχησης των ομάδων, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,042$) στην απάντηση «οι διευθυντές του υπουργείου υγείας και των νοσοκομείων» με χαμηλότερη μέση τιμή Mean=3,3 (SD=1,4) (άρα υψηλότερη ιεράρχηση) των ερωτώμενων με θέση ευθύνης σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν Mean=3,7 (SD=1,5).

Η ίδια εικόνα παρατηρείται και στην επιλογή «ειδικοί επιστήμονες/ακαδημαϊκοί» ($p<0,001$) όπου η χαμηλότερη μέση τιμή (υψηλότερη ιεράρχηση) ήταν στην ομάδα με θέση ευθύνης Mean=2,2 (SD=1,5) σε σχέση με την ομάδα που δεν κατείχε θέση ευθύνης Mean=3,4 (SD=2,3). Ανάστροφη εικόνα με υψηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στην επιλογή «το κοινό» όπου τα άτομα με θέση ευθύνης σημείωσαν βαθμολογία Mean=5,9 (SD=1,7) σε σχέση με αυτά που δεν κατείχαν θέση ευθύνης Mean=4,8 (SD=1,8). Πίνακας 5.

Ερώτηση 7

Στο Διάγραμμα 6 αποτυπώνονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων περί εναλλακτικών τρόπων συμμετοχής του κοινού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο βαθμός συμφωνίας παρουσιάζεται με την συχνότητα ανά ομάδα. Η πιο συχνή επιλογή έγινε από 177/260 άτομα (68,9%) στην απάντηση “μέσω διαβούλευσης των δικαιούχων και των ασθενών με το Υπουργείο Υγείας”, ενώ 107/260 άτομα (41,8%) θεωρούν ότι πρέπει να γίνει έμμεσα μέσω της τοπικής αυτοδιοίκησης. Σημαντικό ποσοστό 100/260 (40,3%) ερωτηθέντων δηλώνει ότι πρέπει να γίνεται μέσω δημόσιας διαβούλευσης.

Η θέση ευθύνης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$) όλες τις δηλώσεις με εξαίρεση τη δήλωση που αφορά την έμμεση συμμετοχή μέσω τοπικών αρχών ($p=0,381$). Διάγραμμα 6.

Ερώτηση 8

Οι συμμετέχοντες στην ερώτηση αυτή κλήθηκαν να καταγράψουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους στο αν οι απόψεις του κοινού θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατανομής πόρων και καθορισμού προτεραιοτήτων. Το 40,8% απάντησε ότι συμφωνεί και το 14,2% πως συμφωνεί απόλυτα για τη συμμετοχή του κοινού στη λήψη αποφάσεων.

Στο ερώτημα αυτό δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την κατοχή θέσης ευθύνης ($p=0,300$), ενώ το ποσοστό του συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα ήταν 55% ($n=143$).

Διάγραμμα 7.

Ερώτηση 9

Για το αν η προτεραιότητα ασθενών σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες πρέπει να καθορίζεται βάσει κριτηρίων ή χωρίς κανένα περιορισμό ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες και οι 135/260 (51,9%), δηλαδή σχεδόν οι μισοί επέλεξαν ότι η προτεραιότητα ασθενών πρέπει να καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένα κριτήρια. Οι 125/260 (48,1%) θεωρούν ότι θα πρέπει όλοι οι ασθενείς να έχουν ισότιμη πρόσβαση και προτεραιότητα χωρίς κανένα κριτήριο ή περιορισμό. Διάγραμμα 8.

Ερώτηση 10

Στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζεται η στάση σχετικά με το ποιες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρέχονται κατά προτεραιότητα δωρεάν στους πολίτες. Η λίστα περιλαμβάνει τόσο προληπτικές εξετάσεις όσο και θεραπείες/εξετάσεις που γίνονται σε παιδιά ή σε άτομα που δεν συμμορφώνονται στην ασθένεια τους (πχ. Ca πνεύμονα και καπνιστής).

Υπάρχει μεγάλος βαθμός συμφωνίας (συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα) για τους εμβολιασμούς από 247/260 άτομα, εξετάσεις-θεραπίες φυματίωσης από 243/260 άτομα, θεραπείες καρδιοπαθών από 233/260 άτομα, μακροχρόνιες θεραπείες παιδιών από 236/260 άτομα και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου (test PAP, τεστ για καρκίνο προστάτη κ.α.) από 236/260 άτομα. Αντίθετα, λιγότερες απαντήσεις καταγράφηκαν για τη μεταμόσχευση ήπατος σε εξαρτημένο από αλκοόλ άτομο που αρνείται την αγωγή απεξάρτησης ($n=88$) και τη θεραπεία Ca πνεύμονα σε καπνιστή που συνεχίζει να καπνίζει και μετά τη διάγνωση ($n=122$). Διάγραμμα 9.

Ερώτηση 11

Οι επαγγελματίες υγείας αξιολόγησαν στην ερώτηση αυτή, ομάδες πληθυσμού που πρέπει να έχουν δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Τα “παιδιά” ($n=244$, 93,8%), οι “χρόνιοι ασθενείς” ($n=221$, 86,7%), οι “στρατιώτες” ($n=231$, 90,6%) και τα “άτομα με χαμηλά εισοδήματα” ($n=190$, 76%) είναι οι ομάδες εκείνες που οι ερωτώμενοι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι πρέπει να απολαμβάνουν πρόσβαση στην υγεία χωρίς κανένα κόστος.

Τα ποσοστά συμφωνίας διαφοροποιούνται με την θέση ευθύνης στις εξής κατηγορίες: “μετανάστες εκτός Ε.Ε.” (θέση ευθύνης: 30,8%, όχι θέση ευθύνης: 69,2%), ($p < 0,001$) “συνταξιούχοι ανεξαρτήτως εισοδήματος” (θέση ευθύνης: 32,8%, όχι θέση ευθύνης: 67,2%), ($p < 0,001$) και “άτομα με χαμηλό εισόδημα” (θέση ευθύνης: 32,6%, όχι θέση ευθύνης: 67,4%), ($p < 0,001$). Πίνακας 6.

Ερώτηση 12

Σημαντική παρατήρηση είναι ότι τα χαρακτηριστικά για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην αντιμετώπιση των ασθενών που σχετίζονται με κοινωνικά ή οικονομικά χαρακτηριστικά είχαν χαμηλά ποσοστά συμφωνίας. Αναλυτικότερα αυτά ήταν: “η οικονομική κατάσταση του ασθενή” (9,8%), η “κοινωνική θέση” του ασθενή (4,4%), το “κόστος της θεραπείας” (14,6%). Επίσης, χαμηλό ήταν το ποσοστό που αφορά στις οικογενειακές δεσμεύσεις του ασθενή (14,2%). Αντιθέτως το υψηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στο “ιστορικό και σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή” (85,5%).

Παρουσιάστηκαν επίσης διαφοροποιήσεις στην συμφωνία/διαφωνία με μικρότερα ποσοστά στο “συμφωνώ” από τα άτομα με θέση ευθύνης και σε παράγοντες όπως: “ηλικία του ασθενή” ($p = 0,020$), “οικονομική κατάσταση του ασθενή” ($p < 0,001$), “ιστορικό και σοβαρότητα κατάστασης του ασθενή” ($p < 0,001$), “οι οικογενειακές δεσμεύσεις” ($p = 0,013$), “η κοινωνική θέση/προσφορά” ($p < 0,001$), “ο τρόπος ζωής του ασθενή” ($p = 0,042$) και “το όφελος του ασθενή μετά τη θεραπεία” ($p = 0,008$). Πίνακας 7.

Ερώτηση 13 - Ερώτηση 14

Η προτεραιότητα με βάση τα χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζεται στην ερώτηση «Θα μπορούσε κάποια ομάδα ατόμων από την παρακάτω λίστα, βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ή κριτηρίων να έχει κατά προτεραιότητα δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία;» Η ιεράρχηση γίνεται σε κλίμακα 1-5 με το 1 να έχει την υψηλότερη ιεράρχηση και το 5 την χαμηλότερη. Εκτός από τις συνολικές αξιολογήσεις παρουσιάζεται και η επίδραση της θέσης ευθύνης.

Οι πέντε ομάδες που παρουσίασαν την υψηλότερη ιεράρχηση (χαμηλότερη μέση βαθμολογία) ήταν : α) “άτομα μεγάλης ηλικίας” Mean=1,9 (SD=0,8), β) “άτομα μικρής ηλικίας” Mean=1,9 (SD=1,2), γ) “ασθενείς σε επείγουσα κατάσταση” Mean=1,9 (SD=1,2), δ) “άτομα με ασθένειες που απειλούν τη ζωή” Mean=2,3 (SD=1,4), ε) “άτομα με ειδικές ανάγκες” Mean=2,4 (SD=1,1). Στον αντίποδα οι ομάδες με χαμηλότερη ιεράρχηση (υψηλότερη μέση βαθμολογία ήταν: α) “άτομα τελικού σταδίου” Mean=4,1 (SD=1,2), β) “ασθενείς με λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα” Mean=3,7 (SD=1,3), γ) “ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα” Mean=3,6 (SD=1,4), δ) “ασθενείς με καρδιοπάθειες” Mean=3,6 (SD=1,2) και ε) “ασθενείς με σοβαρές κοινωνικές ευθύνες” Mean=3,5 (SD=1,6).

Από το σύνολο των αναφερόμενων ομάδων οι περισσότερες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά όταν συγκρίθηκαν οι απαντήσεις των ατόμων με ή χωρίς θέση ευθύνης. Οι μόνες ομάδες που διαφοροποιήθηκαν ήταν: α) “άτομα μικρής ηλικίας” ($p=0,040$), β) “άτομα με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες” ($p<0,001$), γ) “ασθενείς με επείγουσα κατάσταση” ($p<0,001$) και δ) “ασθενείς με καρκίνο σε αρχικό στάδιο” ($p=0,020$). Με εξαίρεση την β) ομάδα οι μέσες τιμές των ατόμων με θέση ευθύνης ήταν χαμηλότερες από τα άτομα χωρίς θέση ευθύνης. Πίνακας 8.

Ερώτηση 15

Όσον αφορά τους τομείς και την προτεραιότητα τους για χρηματοδότηση, οι επαγγελματίες υγείας ιεράρχησαν πρώτη την πρόληψη με 153/260 (58,85%) ενώ ακολουθεί η έρευνα με 68/260 (23,46%). Μικρότερα ποσοστά παρουσίασαν η θεραπεία με 33/260 (10,77%) και τέλος ο τομέας της αποκατάστασης με 6/260 (6,92%). Διάγραμμα 10.

Ερώτηση 16

Οι 249/260 (95,8%) συμμετέχοντες θεωρούν ότι προτεραιότητα ως είδος θεραπείας θα πρέπει να έχουν εκείνες που δεν επιμηκύνουν τη ζωή αλλά μειώνουν τον πόνο και αυξάνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή ενώ οι 11/260 (4,2%) επέλεξαν τις θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή αλλά δε μειώνουν τον πόνο και δεν αυξάνουν την ποιότητα ζωής.

Ερώτηση 17

Από την ιεράρχηση των υπηρεσιών υγείας προκύπτει το Διάγραμμα 11. Η πιο υψηλής προτεραιότητα υπηρεσία για προτεραιότητα σε χρηματοδότηση είναι η θεραπευτική αγωγή σε παιδιά με ασθένειες απειλητικές για τη ζωή τους που απαντήθηκε από 252 ερωτώμενους (103 ή 40,9% από άτομα σε θέση ευθύνης). Η δεύτερη σε σειρά είναι με 160 ερωτώμενους (59 ή 36,9% από άτομα σε θέση ευθύνης) οι υπηρεσίες προαγωγής υγείας και ως τρίτη επιλογή με 150 απαντήσεις (26,7% από άτομα σε θέσης ευθύνης) τα προγράμματα θεραπείας ατόμων εξαρτημένων από ουσίες. Διάγραμμα 11.

Ερώτηση 18

Στην πρώτη άσκηση κατανομής χρηματικού ποσού 10 εκατομμυρίων ευρώ, οι συμμετέχοντες το διαμοίρασαν ως εξής: οι 90/260 ή το 34,6% έδωσε το μεγαλύτερο ποσό των 4 εκατομμυρίων ευρώ στο πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή τη διακοπή καπνίσματος.

Ακολούθησαν σε σειρά, 3 εκατομμύρια ευρώ που δόθηκαν από τους 80/260 ή το 30,8% για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς. Τέλος, 2 εκατομμύρια ευρώ κατανεμήθηκαν από τους 89/260 ή το 34,2% σε πρόγραμμα εμβολιασμού ηλικιωμένων κατά της γρίπης. Πίνακας 9.

Ερώτηση 19

Αντίστοιχα με την προηγούμενη άσκηση, η κατανομή διαμορφώθηκε ως εξής: οι 109/260 ή το 41,9% επέλεξε να δώσει το μεγαλύτερο ποσό των 4 εκατομμυρίων ευρώ σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς τύπου bypass ενώ οι 123/260 ή το 47,3% έδωσε 3 εκατομμύρια ευρώ σε επέμβαση μερικής ή ολικής αντικατάστασης ισχίου. Το ίδιο ποσό των 3 εκατομμυρίων ευρώ αντιστοιχούν και οι 119/260 ή το 45,8% σε επέμβαση θεραπείας γλαυκώματος οφθαλμού. Διάγραμμα 12.

Ερώτηση 20

Στην τελευταία άσκηση κατανομής των 10 εκατομμυρίων ευρώ, το ποσό ανά πρόγραμμα διαμορφώθηκαν ως εξής: το 41,54% και το 60% προσέφερε 3 εκατομμύρια ευρώ στο πρόγραμμα Α και Β που απευθύνονται σε βρέφη και παιδιά αντίστοιχα ενώ το 38,08% και το 49,23% μοίρασε από 2 εκατομμύρια ευρώ στο πρόγραμμα Γ και Δ που απευθύνονται σε ενήλικες εργαζόμενους και ηλικιωμένους αντίστοιχα. Η ηλικία φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις όσον αφορά την επιλογή τους στο πρόγραμμα Α, Β, Γ ή Δ (που απευθύνεται σε 10.000 βρέφη, παιδιά, ενήλικους εργαζόμενους ή ηλικιωμένους αντίστοιχα). Όσο αυξάνεται η ηλικία οι συμμετέχοντες τείνουν να ιεραρχούν υψηλότερα τα προγράμματα τύπου Γ για ενήλικους εργαζόμενους (Pearson's $r=0,74$, $p\text{-value}=0,04$). Αντίθετα όσο μειώνεται η ηλικία, τα προγράμματα τύπου Α για βρέφη και τύπου Β για παιδιά ιεραρχούνται χαμηλότερα (Pearson's $r=-0,84$, $p\text{-value}=0,02$, Pearson's $r=-0,74$, $p\text{-value}=0,04$ αντίστοιχα).

4.3 Συμπληρωματικά - Συνδυαστικά Αποτελέσματα

Συνολικά, όλοι οι συμμετέχοντες ανεξαρτήτως αυτών των χαρακτηριστικών έτειναν να απαντούν με παρόμοιο τρόπο. Το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική ειδικότητα δε φάνηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, επιβεβαιώνοντας τα μελετώμενα στοιχεία στη βιβλιογραφία (Rygnänen et al., 1999). Η ηλικία ήταν η μόνη εκ των χαρακτηριστικών αυτών που φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις τους όσον αφορά την κατανομή χρηματικού ποσού στο πρόγραμμα υγείας

A, B, Γ ή Δ (που απευθύνεται σε 10.000 βρέφη, παιδιά, ενήλικους εργαζόμενους ή ηλικιωμένους αντίστοιχα). Η θέση ευθύνης αποτέλεσε την μεταβλητή εκείνη που παρουσίασε διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις και στατιστικά σημαντικά σημεία στις συσχετίσεις τους.

Ελέγχθηκαν επίσης ζεύγη απαντήσεων ως προς τη θέση ευθύνης και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές οι εξής συσχετίσεις:

Οι έχοντες θέση ευθύνης που επέλεξαν το κοινό ως πρώτη απάντηση στην ιεράρχηση ομάδων στη διαμόρφωση της ανακατανομής πόρων, έτειναν να επιλέγουν και την απάντηση “ασθενείς με καρκίνο αρχικού σταδίου” σε ερώτηση για την προτεραιότητα σε δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία με 0,95 (p -value $<0,0001$). Αρνητική συσχέτιση με -0,98 (p -value $<0,0001$) φαίνεται να είχαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων με θέση ευθύνης που επέλεξαν το κοινό να εμπλέκεται με τη λήψη αποφάσεων και ταυτόχρονα το κράτος οφείλει να ξοδεύει περισσότερα για την υγεία από όσα ξοδεύει σήμερα.

Αντιστρόφως οι ίδιοι εμφάνισαν θετική συσχέτιση με 0,97 (p -value $<0,001$) με την απάντηση ότι θα πρέπει να ξοδεύονται για την υγεία όσα και σήμερα. Πίνακας 10.

Κεφάλαιο 5

Συζήτηση

5.1. Κύρια ευρήματα

Από τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύονται συμπεράσματα που σε γενικές γραμμές επιβεβαιώνουν την τάση στην Ελλάδα για την υγεία και την ανάγκη χρηματοδοτικής στήριξης της. Οι επαγγελματίες υγείας είναι σαφείς στην επιλογή τους αυτή με ποσοστό 67,5% ενώ κατά 68,3% εκφράζουν την άποψη τους για δωρεάν παροχή υγείας σε νόμιμους κατοίκους με χαμηλά εισοδήματα, απαντήσεις που ενισχύουν το κοινωνικό προφίλ στο οποίο στηρίχθηκε η ίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας. Το 75,6% επίσης, θεωρεί ότι ένα δημόσιο σύστημα υγείας θα πρέπει να διαθέτει την πλέον σύγχρονη ιατρική τεχνολογία και να καλύπτει όλες τις νέες ιατρικές θεραπείες και τα νέα φάρμακα, γεγονός που σημαίνει ότι είναι επιθυμητό να διατηρηθεί μια ανοδική πορεία στην ποιότητα των μέσων αλλά και του αποτελέσματος. Το 94,4% πιστεύει ότι η εύρεση πόρων στην υγεία θα μπορούσε απλά να συνεπάγεται τη καλύτερη χρηματική διαχείριση.

Κατά τη λήψη αποφάσεων θεωρούν ότι τον πρώτο λόγο πρέπει να έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας σε συνεργασία με τους ειδικούς επιστήμονες και ακαδημαϊκούς ενώ τελευταίοι επιλέγονται οι πολιτικοί. Πιθανά αυτά τα δύο ευρήματα σχετίζονται με την αποστασιοποιημένη από την κεντρική πολιτική σκηνή στάση τους, με αφορμή τα δυσάρεστα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης. Όσον αφορά τη συμμετοχή του κοινού στη λήψη αποφάσεων, κατά πλειοψηφία (68,9%) επιλέγουν ορθότερο να γίνεται μέσω διαβούλευσης εκλεγμένων αντιπροσώπων των δικαιούχων και των ασθενών με το Υπουργείο Υγείας. Παράλληλα το 51,9% δηλώνει ότι όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να απολαμβάνουν ισότιμη πρόσβαση και προτεραιότητα σε θεραπείες και υπηρεσίες υγείας, χωρίς κανένα περιορισμό. Για ακόμα μια φορά, η τάση για καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας επαναλαμβάνεται και μάλιστα με συναινετική στάση για την εμπλοκή του κοινού στη διαμόρφωση πολιτικών.

Έμφαση δίνεται στην πρόληψη αφού προβάδισμα διαγράφεται για τη δωρεάν προσφορά στις εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και τους εμβολιασμούς ενώ ταυτόχρονα επιλέγεται πρώτη με 58,9% ως τομέας υγείας για προτεραιότητα στη χρηματοδότηση. Αυτό επαναλαμβάνεται σε άλλη καταγραφή απαντήσεων που συγκεντρώνει το 53,8% για τις υπηρεσίες προαγωγής υγείας και τις προληπτικές δράσεις, επίσης όσον αφορά τη προτεραιότητα τους για χρηματοδότηση.

Συμβαδίζοντας με τη μελετώμενη βιβλιογραφία για τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στην προτεραιοποίηση, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν τη σοβαρότητα της νόσου και την ηλικία του ασθενή (Tromp and Baltussen, 2012, Norheim et al., 2014).

5.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες

Το 1999 μέσω ενός δείγματος 3722 ατόμων στη Φινλανδία μελετήθηκαν οι στάσεις του κοινού, των πολιτικών, των ιατρών και των νοσηλευτών αναφορικά με τις μεθόδους “προτεραιοποίησης” που εφαρμόζουν. Σε γενικές γραμμές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών τα ευρήματα ήταν παρόμοια και υπήρχαν κάποιες περιστασιακές, στατιστικά σημαντικές διαφορές ενώ η ηλικία, το φύλο και η θέση ευθύνης έδειξαν να έχουν ελάχιστη σχέση με τη στάση τους, κάτι που ταυτίζεται εν μέρει με την παρούσα μελέτη που η επίδραση φάνηκε να συνδέεται ελάχιστα με την ηλικία και αρκετά με τη θέση ευθύνης. Πιο συγκεκριμένα, ως πρώτα κριτήρια επιρροής τους δήλωσαν οι ιατροί και νοσηλευτές το νεαρό της ηλικίας του ασθενή κατά 48% και 47% αντίστοιχα και τη σοβαρότητα της νόσου κατά 49% και 39% αντίστοιχα. Στο σημείο αυτό, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνονται. Επιπρόσθετα, οι ιατροί κατά 59% συμφωνούν με την αυξημένη φορολογία για θεραπεία ως μέθοδος προτεραιότητας ενώ οι νοσηλευτές κατά 51% στον περιορισμό των υψηλού κόστους θεραπειών και εξετάσεων (Rygnänen et al., 1999).

Μένοντας στη Σκανδιναβία, το 2001 δημοσιεύτηκε μια μελέτη Σουηδών με δείγμα 1194 ατόμων, πολιτών και ιατρών που εξέταζε την αντίληψη τους για την κατανομή των πόρων (Rosén and Karlberg, 2002). Οι ιατροί για να ξεπεραστούν οι διαφορές ζήτησης και μειωμένων πόρων, πρότειναν με 64% και σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των πολιτών, την αύξηση των φόρων ή τα συμπληρωματικά συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης. Η συγκεκριμένη απάντηση στην παρούσα μελέτη είχε τελείως διαφορετική απήχηση, δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν η άντληση των εσόδων να πραγματοποιηθεί με καλύτερη διαχείριση των χρημάτων αλλά και οι υπηρεσίες υγείας να παρέχοντας δωρεάν στους νόμιμους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το εισόδημα τους.

Στην Κένυα το 2012, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σε 341 επαγγελματίες υγείας για την άποψη τους σχετικά με τον μηχανισμό κατανομής πόρων που εφαρμόζει η κρατική πολιτική. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, συνολικά παρουσιάστηκε έντονα αρνητική άποψη ενώ επιπρόσθετα ανέδειξαν ότι όταν δεν λαμβάνονται υπόψη οι αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης, επηρεάζεται αρνητικά όχι μόνο η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και η ικανοποίηση τους ως εργαζόμενοι (Owili et al., 2015).

Για την Ελλάδα, διατίθενται τα δεδομένα της έρευνας που διεξήχθη το 2006 με πληθυσμό δείγματος 300 πολίτες και 100 ιατρούς, για το πως αντιλαμβάνονται το ρόλο τους στον καθορισμό προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας. Αποτελεί τη πρώτη έρευνα στον ελληνικό χώρο που οι επαγγελματίες υγείας έχουν αντιπροσώπευση ενώ σαν μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε μέρος του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης (Theodorou et al., 2006). Στη συλλογή δεδομένων ενσωματώθηκαν και ως δημογραφικά/κοινωνικά στοιχεία αυτά της ηλικίας, της εκπαίδευσης, του είδους ασφάλισης και του επιπέδου υγείας αλλά δε πραγματοποιήθηκε καμία συσχέτιση. Αν και δεν διεξήχθη σε περίοδο οικονομικής στενότητας, οι ιατροί έδειξαν ότι επιθυμούν την προτεραιότητα σε χρηματοδότηση αναφορικά με χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλού ιατροτεχνολογικού επιπέδου, υπηρεσίες προαγωγής υγείας αλλά και θεραπείες απευθυνόμενες σε παιδιά. Η ιεράρχηση αυτή παραμένει σε υψηλά ποσοστά και στην παρούσα μελέτη ενώ οι ιατροί ανέφεραν πως στην πρόληψη και στη παρέμβαση ο ρόλος τους κατά τη λήψη αποφάσεων είναι πιο ισχυρός. Έχοντας ως κοινό κομμάτι ερωτήσεων τις 3 ασκήσεις κατανομής των 10 εκατομμυρίων ευρώ, οι ιατροί στη μελέτη του 2006 και στην παρούσα παρουσιάστηκαν με παρόμοια στάση, η οποία διαφοροποιούνταν ελαφρά. Συγκεκριμένα, οι ιατροί στη μελέτη του 2006 διαμοίρασαν μεγαλύτερο ποσό στο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς ενώ στην παρούσα επέλεξαν να το προσδώσουν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή τη διακοπή του καπνίσματος. Μη στατιστικά σημαντικές απαντήσεις παρατηρήθηκαν στο ότι οι ιατροί επέλεξαν να δώσουν προτεραιότητα στη πρόσβαση σε ενήλικες εργαζόμενους ενώ το κοινό σε βρέφη, πληθυσμιακές ομάδες που κατηγοριοποιήθηκαν πρώτες και στην παρούσα μελέτη.

Το 2016 το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη, δημιουργήθηκε για να αντλήσει την άποψη του Κυπριακού κοινού διαπιστώνοντας την ύπαρξη πολλών όμοιων στάσεων. Έμφαση καταγράφεται σε ότι αφορά στην πρόληψη και παράλληλα κατατάσσεται σε πρώτη προτεραιότητα για χρηματοδοτική στήριξη ως τομέας υγείας.

Πιο σημαντική ομάδα για να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων θεωρήθηκε αυτή των επαγγελματιών υγείας ενώ στη τελευταία κλίμακα ιεραρχούνται οι πολιτικοί, απόψεις που συγκλίνουν με εκείνες της παρούσας μελέτης. Το κοινό παράλληλα κατατάσσει τους ασθενείς στην τρίτη θέση και τους διευθυντές των νοσοκομείων στην τέταρτη δείχνοντας ότι επιθυμεί πιο έντονα την εμπλοκή τους στη διαμόρφωση στρατηγικών. Στους εναλλακτικούς τρόπους συμμετοχής του κοινού στη λήψη αποφάσεων υπάρχει συμφωνία και στις δύο ομάδες για το ότι πρέπει αν επιτυγχάνεται μέσω διαβούλευσης εκλεγμένων αντιπροσώπων με τους επίσημους φορείς.

Ένα διαφορετικό κριτήριο που επηρεάζει κατά μεγαλύτερο ποσοστό το κοινό στην αντιμετώπιση των ασθενών ήταν ο συνολικός χρόνος αναμονής (61,1%). Ως προς τις πληθυσμιακές ομάδες παρατηρείται ότι

το κοινό ιεράρχησε χαμηλά τη κατηγορία των ατόμων μεγάλης ηλικίας ενώ οι επαγγελματίες υγείας στην πρώτη θέση. Πάραυτα η ευαισθητοποίηση στα άτομα μικρής ηλικίας και τα παιδιά παραμένει έντονη και στις δύο ομάδες (Φαρμακάς, 2016).

Στο πλαίσιο υιοθέτησης τακτικών που θα ενισχύσουν τη «φωνή» του ασθενή στη λήψη αποφάσεων, είναι σημαντικό ότι στη σύγκριση των δύο μελετών σε πολλά σημεία σχεδόν ταυτίζεται η άποψη του κοινού με των επαγγελματιών υγείας.

5.3. Δυνατά σημεία και περιορισμοί

Ξεκινώντας από τα ισχυρά σημεία, σημειώνεται ότι αποτελεί την πρώτη μελέτη σε πανελλήνια κλίμακα που σε περίοδο της οικονομικής κρίσης που αποτυπώνει τις στάσεις αποκλειστικά και μόνο της ευρύτερης ομάδας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το θέμα. Κάτι τέτοιο δημιουργεί ευκαιρίες για περαιτέρω έρευνα που θα οδηγήσει στην κάλυψη του κενού που φαίνεται ότι υπάρχει και στο πλαίσιο προώθησης της έννοιας της δημοκρατίας σε όλα τα επίπεδα. Χρησιμοποιήθηκε επίσης ένα μεθοδολογικό εργαλείο προσαρμοσμένο στα δεδομένα του πληθυσμού και στην ελληνική γλώσσα, γεγονός που ευνόησε στο να μη παρουσιαστούν εμπόδια πολιτισμικής διάστασης στην κατανόηση ή στη μετάφραση.

Λόγω του σχεδιασμού της ως συγχρονική μελέτη, δεν διερευνήθηκαν αιτιολογικές συσχετίσεις ενώ δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση καθορισμού ισχύος και κατάλληλου αριθμού δείγματος. Αυτό καθιστά επίσης, μη γενικεύσιμα τα αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά θεωρείται ότι το δείγμα είναι επαρκές για τη σκιαγράφηση του υπό μελέτη πληθυσμού και τα ευρήματα διαθέτουν τη σχετική αξιοπιστία λόγω του αριθμού συμμετοχής σε σχέση με το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν. "Βενιζέλειο". Κατά τη συλλογή των δεδομένων πιθανά να υπήρξε μεροληψία (bias) αφού επιλέχθηκε το πρωινό ωράριο εργασίας για την προσέγγιση των συμμετεχόντων, το οποίο ευνοεί τους έχοντες θέση ευθύνης.

Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά στοιχεία δείγματος που συλλέχθηκαν θα μπορούσαν να είναι ακόμα πιο διευρυμένα ώστε να ακολουθήσει η πολυεπίπεδη ανάλυση τους.

5.4. Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ευρήματα, είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας ακόμα και διανύοντας μια μακρά ύφεση και περίοδο στενότητας παρουσιάζουν μια όμοια στάση ως προς τα τεκταινόμενα στο χώρο της υγείας. Δηλώνουν ξεκάθαρα ότι επιθυμούν την αύξηση της χρηματοδότησης του τομέα υγείας,

ότι απαιτείται η στήριξη των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων αλλά και ότι είναι δεκτικοί στην εμπλοκή των ασθενών σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Αναγνωρίζουν και τονίζουν τη σημασία της προληπτικής ιατρικής και των προγραμμάτων προαγωγής υγείας κατατάσσοντας τα στις υψηλότερες θέσεις για χρηματοδότηση μαζί με τις υψηλού επιπέδου χειρουργικές επεμβάσεις και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, δείχνοντας τη βούληση τους για υποστήριξη της συνεχούς αναβάθμισης της ποιότητας.

Ως προς τις πληθυσμιακές ομάδες οι προτεραιότητες που δίνουν, σημειώνονται σε κοινό πλαίσιο ενισχύοντας την άποψη τους για ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Επιπρόσθετα οι αρχές που επικαλούνται στη βιβλιογραφία ως κριτήριο κατανομής των πόρων όπως ισότητα και δικαιοσύνη, φαίνεται σε μεγάλο βαθμό να υφίσταται και στην αντίληψη των συμμετεχόντων.

Η θέση ευθύνης έδειξε να είναι η παράμετρος εκείνη που επηρεάζει σημαντικά τη στάση των επαγγελματιών υγείας διαχωρίζοντας το δείγμα της μελέτης σε συγκρατημένο και απελευθερωμένο ως προς τις απαντήσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι που κατέχουν θέση ευθύνης παρουσιάζονται πιο συντηρητικοί σε αντίθεση με εκείνους που δεν κατέχουν θέση ευθύνης που τείνουν να απαντούν με τρόπο πιο ξεκάθαρο. Τα ευρήματα της μελέτης θα μπορούσαν να θεωρηθούν αξιοσημείωτα για να ξεκινήσει μια συζήτηση επιστημονικής βάσης. Η συσχέτιση της κατοχής θέσης ευθύνης με την στάση των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο διάθεσης των οικονομικών πόρων στην υγεία θα μπορούσε να αποτελέσει μια νέα προοπτική για τη μελλοντική έρευνα και να οδηγήσει σε πιο συγκεκριμένα συμπεράσματα. Δημιουργεί προβληματισμό για το πόσο ευθυγραμμίζονται οι στόχοι, οι πεποιθήσεις και τα «πιστεύω» των διαμορφωτών πολιτικής υγείας με εκείνων που εφαρμόζουν στην πράξη αυτό το έργο. Παράλληλα ακόμα ένας κύκλος διαλόγου, θα μπορούσε να περικλείει τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν κατά την ανάπτυξη αυτής της στρατηγικής στον κλάδο της υγείας.

6. Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

1. Angelis, A., Kanavos, P. and Montibeller, G. (2016). Resource Allocation and Priority Setting in Health Care: A Multi-criteria Decision Analysis Problem of Value?. *Global Policy*, 8, pp.76-83.
2. Antiel, R., Curlin, F., James, K. and Tilburt, J. (2013). The moral psychology of rationing among physicians: the role of harm and fairness intuitions in physician objections to cost-effectiveness and cost-containment. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(1), p.13.
3. Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Andersson, D. and Carlsson, P. (2012). Setting priorities in primary health care - on whose conditions? A questionnaire study. *BMC Family Practice*, 13(1).
4. Baltussen, R., Acharya, A., Antioch, K., Chisholm, D., Grieve, R., Kirigia, J., Torres-Edejer, T., Walker, D. and Evans, D. (2009). Cost-Effectiveness and Resource Allocation (CERA) – directions for the future. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7(1), p.14.
5. Bowling, A. (1996). Health care rationing: the public's debate. *BMJ*, 312(7032), pp.670-674.
6. Cohen, A. (2012). The Debate over Health Care Rationing: Déjà Vu All over Again?. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 49(2), pp.90-100.
7. Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321(7272), pp.1300-1301.
8. Drummond, F.M., Schulpher, J.M., Claxton, K. and Stoddart, L.G. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 4th Edition*, United States of America, Oxford University Press.
9. Edlin, R., McCabe, C., Hulme, C., Hall, P. and Wright, J. (2015). *Cost Effectiveness Modelling for Health Technology Assessment. A Practical Course*. Springer International Publishing Switzerland.
10. Finkler A.S., Ward M.D. and Baker J.J. (2007), Ch.4 'Cost Allocation', *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*, 3rd Edition, Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers., United States of America, pp. 49-80.
11. FLECK, L. (2018). Controlling Healthcare Costs: Just Cost Effectiveness or "Just" Cost Effectiveness?. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(02), pp.271-283.
12. Guindo, L., Wagner, M., Baltussen, R., Rindress, D., van Til, J., Kind, P. and Goetghebeur, M. (2012). From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 10(1), p.9.
13. Ham, C. (1997). Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 42(1), pp.49-66.
14. Hasanova, R., Mentzakis, E., Paolucci, F. and Shmueli, A. (2018). Beyond DRG: The effect of socio-economic indicators on inpatient resource allocation in Australia. *Health Policy and Technology*, 7(3), pp.302-309.

15. Hoomans, T. and Severens, J. (2014). Economic evaluation of implementation strategies in health care. *Implementation Science*, 9(1).
16. Hurst, S., Forde, R., Reiter-Theil, S., Slowther, A., Perrier, A., Pegoraro, R. and Danis, M. (2007). Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Services Research*, 7(1).
17. Jakovljevic, M. (2012). Resource allocation strategies in Southeastern European health policy. *The European Journal of Health Economics*, 14(2), pp.153-159.
18. Krütli, P., Rosemann, T., Törnblom, K. and Smieszek, T. (2016). How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People. *PLOS ONE*, 11(7), p.e0159086.
19. Lane, H., Sturgess, T., Philip, K., Markham, D., Walsh, J., Hubbard, W., Martin, J. and Haines, T. (2018). How Do Allied Health Professionals Define and Apply Equity When Making Resource Allocation Decisions?. *International Journal of Health Services*, 48(2), pp.349-364.
20. Mitton, C., Dionne, F. and Donaldson, C. (2014). Managing Healthcare Budgets in Times of Austerity: The Role of Program Budgeting and Marginal Analysis. *Applied Health Economics and Health Policy*, 12(2), pp.95-102.
21. Morton, A., Thomas, R. and Smith, P. (2016). Decision rules for allocation of finances to health systems strengthening. *Journal of Health Economics*, 49, pp.97-108.
22. Mossialos, E. and Lear, J. (2012). Balancing economic freedom against social policy principles: EC competition law and national health systems. *Health Policy*, 106(2), pp.127-137.
23. Norheim, O., Baltussen, R., Johri, M., Chisholm, D., Nord, E., Brock, D., Carlsson, P., Cookson, R., Daniels, N., Danis, M., Fleurbaey, M., Johansson, K., Kapiriri, L., Littlejohns, P., Mbeeli, T., Rao, K., Edejer, T. and Wikler, D. (2014). Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 12(1), p.18.
24. Nunes, R. and Rego, G. (2013). Priority Setting in Health Care: A Complementary Approach. *Health Care Analysis*, 22(3), pp.292-303.
25. Oduncu, F. (2012). Priority-setting, rationing and cost-effectiveness in the German health care system. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), pp.327-339.
26. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
27. Owili, P., Hsu, Y., Chern, J., Chiu, C., Wang, B., Huang, K. and Muga, M. (2015). Perceptions and Attitudes of Health Professionals in Kenya on National Health Care Resource Allocation Mechanisms: A Structural Equation Modeling. *PLOS ONE*, 10(6), p.e0127160.

28. Pettoello-Mantovani, M., Namazova-Baranova, L. and Ehrich, J. (2016). Integrating and rationalizing public healthcare services as a source of cost containment in times of economic crises. *Italian Journal of Pediatrics*, 42(1).
29. Rosén, P. and Karlberg, I. (2002). Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health Expectations*, 5(2), pp.148-155.
30. Ryynänen, O., Myllykangas, M., Kinnunen, J. and Takala, J. (1999). Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science & Medicine*, 49(11), pp.1529-1539.
31. Schwappach, D. (2003). Does it matter who you are or what you gain? an experimental study of preferences for resource allocation. *Health Economics*, 12(4), pp.255-267.
32. Souliotis, K., Peppou, L., Agapidaki, E. and Tzavara, C. (2018). Health Democracy Index: Development and Validation of a Self-Reported Instrument for Measuring Patient Participation in Health Policy. *Frontiers in Public Health*, 6.
33. Strech, D., Persad, G., Marckmann, G. and Danis, M. (2009). Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy*, 90(2-3), pp.113-124.
34. Strech, D., Synofzik, M. and Marckmann, G. (2008). How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(1), pp.80-99.
35. Teng, F., Mitton, C. and MacKenzie, J. (2007). Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC Health Services Research*, 7(1).
36. Theodorou, M., Samara, K., Pavlakis, A., Middleton, N., Polyzos, N. and Maniadakis, N. (2010). The Public's and Doctors' Perceived Role in Participation in Setting Health Care Priorities in Greece. *Hellenic J Cardiol*, (51), pp.200-208.
37. Tritter, J., Koivusalo, M., Ollila, E and, Dorfman, P. (2010). *Globalisation, Markets and Healthcare Policy. Redrawing the patient as a consumer*. New York, Routledge, Taylor & Francis Group.
38. Tromp, N. and Baltussen, R. (2012). Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Services Research*, 12(1).
39. Vermeulen, K. and Krabbe, P. (2018). Value judgment of health interventions from different perspectives: arguments and criteria. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16(1).
40. Wale, J., Scott, A., Hofmann, B., Garner, S., Low, E. and Sansom, L. (2017). WHY PATIENTS SHOULD BE INVOLVED IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(01), pp.1-4.
41. Weinstein, M. (2001). Should physicians be gatekeepers of medical resources?. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), pp.268-274.
42. Wiseman, V., Mooney, G., Berry, G. and Tang, K. (2003). Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. *Social Science & Medicine*, 56(5), pp.1001-1012.

Ελληνική

1. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και Στοιχεία 2015– 2016
2. Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε. και Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (4): 549-557.
3. Οικονόμου, Ν.Α., Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):7-21
4. Σουλιώτης, Κ., Γκρέγκορ, Σ., Μπαλασόπουλου, Α. & Κυριόπουλος, Γ. (2009). Decision making and hospital management in Greece: research findings from the survey: "Hospital Governance in Europe." *SPOUDAI Journal of Economics and Business*, 59(1-2). pp. 142-174.
5. Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ. και Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (Συμπλ.1): 9-16.
6. Φαρμακάς Α., Θεοδώρου Μ. (2016). Η συμμετοχή του κοινού στον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. PhD Thesis, Λευκωσία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Παράρτημα

1 - Ερωτηματολόγιο

Φαρμακάς Α., Θεοδώρου Μ. (2016). Η συμμετοχή του κοινού στον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. *PhD Thesis, Λευκωσία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.*

Α. Πολιτική Υγείας και Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας							
1	Επιλέξτε μία από τις τρεις πιο κάτω δηλώσεις, αυτή που να είναι πιο κοντά στη δική σας άποψη σημειώνοντας με V στο αντίστοιχο κουτάκι. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπως είναι η σημερινή, το κράτος στον τομέα της υγείας πρέπει να διαθέσει:						
1.1	Περισσότερα χρήματα από όσα ξοδεύει σήμερα						1
1.2	Όσα ξοδεύει σήμερα						2
1.3	Λιγότερα από όσα ξοδεύει σήμερα						3
2	Επιλέξτε μία από τις τρεις πιο κάτω δηλώσεις, αυτή που να είναι πιο κοντά στη δική σας άποψη σημειώνοντας με V στο αντίστοιχο κουτάκι. Το κράτος στον τομέα της υγείας οφείλει σήμερα:						
2.1	Να διασφαλίσει ότι η φροντίδα υγείας παρέχεται δωρεάν και ισότιμα σε όλους τους νόμιμους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το εισόδημά τους						
2.2	Να διασφαλίσει ότι η φροντίδα υγείας παρέχεται δωρεάν μόνο στους νόμιμους κατοίκους που έχουν χαμηλά εισοδήματα						
2.3	Να παρέχει σε όλους τους νόμιμους κατοίκους ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα μόνο νοσοκομειακή φροντίδα και τα υπόλοιπα να τα καλύπτουν οι ίδιοι οι ασθενείς με δικά τους χρήματα						
	Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με V στο αντίστοιχο κουτάκι.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
3	Όταν ένας πολίτης με χαμηλό εισόδημα έχει ανάγκη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη το κράτος οφείλει να του την παρέχει δωρεάν	1	2	3	4	5	6
4	Ένα δημόσιο σύστημα υγείας θα πρέπει να διαθέτει την πλέον σύγχρονη ιατρική τεχνολογία και να καλύπτει όλες τις νέες ιατρικές θεραπείες και τα νέα φάρμακα	1	2	3	4	5	6
5	Είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα για να βελτιωθεί η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	1	2	3	4	5	6
6	Εφόσον το κράτος αποφασίσει να ξοδέψει περισσότερα για την υγεία από πού θα βρει τα επιπλέον χρήματα; Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με V στο αντίστοιχο κουτάκι.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
6.1	Ξοδεύοντας λιγότερα σε άλλους τομείς	1	2	3	4	5	6
6.2	Αυξάνοντας τους φόρους	1	2	3	4	5	6
6.3	Αυξάνοντας τις εισφορές για ασφάλιση υγείας	1	2	3	4	5	6
6.4	Αυξάνοντας τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (αυξάνοντας τα ημερινά τέλη)	1	2	3	4	5	6
6.5	Με καλύτερη διαχείριση των χρημάτων που υπάρχουν	1	2	3	4	5	6

7	Από την 1 ^η Αυγούστου 2013 αποκόπτεται το 1,5% από το μισθό των δημοσίων υπαλλήλων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
7.1	Δηλώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το πιο πάνω μέτρο όπως αυτό εφαρμόστηκε	1	2	3	4	5	6
7.2	Δηλώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη δήλωση: "Θα έπρεπε πρώτα να ερωτηθούν οι ίδιοι αν αποδέχονταν και εφόσον συμφωνούσαν, τότε να γίνει η αποκοπή"	1	2	3	4	5	6
7.3	Δηλώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη δήλωση: "Θα έπρεπε να έχουν την ίδια επιλογή και όσοι ιδιωτικοί υπάλληλοι δεν είναι σήμερα δικαιούχοι λόγω εισοδηματικών κριτηρίων, δηλαδή να έχουν ασφάλιση υγείας με την καταβολή 1,5% του μισθού τους, εφόσον το επιθυμούν"	1	2	3	4	5	6

Β. Λήψη αποφάσεων κατανομής πόρων και καθορισμού προτεραιοτήτων στην υγεία

8	Αν χρειαζόταν να γίνει ανακατανομή πόρων στην υγεία, <u>ιεραρχήσετε με αρίθμηση</u> , αρχίζοντας από το 1 για την πιο σημαντική, 2 για την αμέσως επόμενη κ.ο.κ. τις ομάδες που ακολουθούν και οι οποίες κατά την άποψή σας θα πρέπει να αποφασίσουν γι' αυτό.						
8.1	Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους						
8.2	Οι επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές κλπ)						
8.3	Οι διευθυντές του υπουργείου υγείας και των νοσοκομείων						
8.4	Οι πολιτικοί (Υπουργικό Συμβούλιο/Υπουργοί, Βουλή/Βουλευτές κλπ)						
8.5	Το κοινό (ο κόσμος)						
8.6	Οι διευθυντές ασφαλιστικών ταμείων π.χ. ΟΑΥ						
8.7	Ειδικοί επιστήμονες & ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας π.χ. επιδημιολόγοι, οικονομολόγοι, κ.α.						

9	Η πιο κάτω λίστα περιλαμβάνει εναλλακτικούς τρόπους συμμετοχής του κοινού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με V στο αντίστοιχο κουτάκι.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
9.1	Με ψηφοφορία/δημοψήφισμα	1	2	3	4	5	6
9.2	Μέσω διαβούλευσης εκλεγμένων αντιπροσώπων των δικαιούχων και των ασθενών με το Υπουργείο Υγείας	1	2	3	4	5	6
9.3	Με συμμετοχή σε κοινές επιτροπές με επαγγελματίες υγείας	1	2	3	4	5	6
9.4	Εμμεσα μέσω της συμμετοχής των τοπικών αρχών/τοπικής αυτοδιοίκησης	1	2	3	4	5	6
9.5	Με ένα τυχαίο δείγμα πολιτών και ασθενών	1	2	3	4	5	6
9.6	Με δημόσια διαβούλευση, στην οποία συμμετέχουν όσοι επιθυμούν να εκφράσουν την άποψή τους	1	2	3	4	5	6
10	Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την ακόλουθη δήλωση: "Οι απόψεις του κοινού θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατανομής πόρων & καθορισμού προτεραιοτήτων στην υγεία"	1	2	3	4	5	6

11	Επιλέξτε μία από τις δύο πιο κάτω δηλώσεις, αυτή που να είναι πιο κοντά στην δική σας άποψη, σημειώνοντας με V στο αντίστοιχο κουτάκι.		
11.1	Η προτεραιότητα ασθενών σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες πρέπει να καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένα κριτήρια		
11.2	Όλοι οι ασθενείς ανεξάρτητα από το πρόβλημα υγείας τους, πρέπει να έχουν ισότιμη πρόσβαση και προτεραιότητα σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες χωρίς κανένα κριτήριο και κανέναν περιορισμό		

Γ. Κριτήρια καθορισμού προτεραιοτήτων							
12	Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, σημειώνοντας με V στο αντίστοιχο κουτάκι. "Οι πιο κάτω υπηρεσίες υγείας & θεραπείες θα πρέπει να προσφέρονται στους πολίτες δωρεάν"	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
12.1	Εμβολιασμοί	1	2	3	4	5	6
12.2	Εξετάσεις και θεραπεία της φυματίωσης	1	2	3	4	5	6
12.3	Μεταμόσχευση ήπατος σε άτομο εξαρτημένο από αλκοόλ που αρνείται θεραπεία απεξάρτησης	1	2	3	4	5	6
12.4	Θεραπεία υψηλού κόστους σε ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα που συνεχίζει να καπνίζει μετά τη διάγνωση	1	2	3	4	5	6
12.5	Μακροχρόνιες & υψηλού κόστους θεραπείες σε καρδιοπαθείς	1	2	3	4	5	6
12.6	Μακροχρόνιες & υψηλού κόστους θεραπείες σε παιδιά	1	2	3	4	5	6
12.7	Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως επίσκεψη σε παθολόγο/οικογενειακό ιατρό/παιδίατρο κ.α.	1	2	3	4	5	6
12.8	Εγχείρηση καρδιάς σε καπνιστή που συνεχίζει να καπνίζει	1	2	3	4	5	6
12.9	Εξετάσεις και θεραπείες για τα λοιμώδη νοσήματα	1	2	3	4	5	6
12.10	Θεραπεία μεθαδόνης/υποκατάστατων ουσιών σε χρήστες ναρκωτικών	1	2	3	4	5	6
12.11	Θεραπείες καρκινοπαθών τελικού σταδίου	1	2	3	4	5	6
12.12	Εξετάσεις προοπτικού ελέγχου (μαστογραφία, Παπ τεστ, τεστ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τεστ για τον καρκίνο του προστάτη κ.α.)	1	2	3	4	5	6

13	Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε σημειώνοντας με V στο αντίστοιχο κουτάκι. "Οι πιο κάτω ομάδες πληθυσμού πρέπει να έχουν δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας".	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
13.1	Τα παιδιά	1	2	3	4	5	6
13.2	Οι Τουρκοκύπριοι	1	2	3	4	5	6
13.3	Οι χρόνιοι ασθενείς	1	2	3	4	5	6
13.4	Οι μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.	1	2	3	4	5	6
13.5	Οι συνταξιούχοι ανεξαρτήτως εισοδήματος και	1	2	3	4	5	6
13.6	Οι στρατιώτες	1	2	3	4	5	6
13.7	Οι άνεργοι	1	2	3	4	5	6
13.8	Οι εγκλωβισμένοι	1	2	3	4	5	6
13.9	Άτομα με χαμηλά εισοδήματα και οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος	1	2	3	4	5	6

14	Τα πιο κάτω χαρακτηριστικά & στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον καθορισμό προτεραιότητας στην αντιμετώπιση των ασθενών. Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, σημειώνοντας με √ στο αντίστοιχο κουτάκι.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν Ξέρω / δεν απαντώ
14.1	Η ηλικία του ασθενή	1	2	3	4	5	6
14.2	Η οικονομική κατάσταση του ασθενή	1	2	3	4	5	6
14.3	Το ιστορικό & η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή	1	2	3	4	5	6
14.4	Οι οικογενειακές δεσμεύσεις και υποχρεώσεις του ασθενή	1	2	3	4	5	6
14.5	Η κοινωνική θέση, η κοινωνική προσφορά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή	1	2	3	4	5	6
14.6	Ο συνολικός χρόνος του ασθενή στη λίστα αναμονής	1	2	3	4	5	6
14.7	Ο τρόπος ζωής του ασθενή (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ)	1	2	3	4	5	6
14.8	Το κόστος της θεραπείας/επέμβασης	1	2	3	4	5	6
14.9	Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, η λειτουργικότητα, η προσδοκώμενη ποιότητα ζωής και γενικά το όφελος του ασθενή μετά τη θεραπεία	1	2	3	4	5	6
14.10	Το είδος της ασθένειας	1	2	3	4	5	6

15	Σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης το δημόσιο σύστημα δυσκολεύεται να ανταποκριθεί πλήρως και εγκαίρως στις ανάγκες υγείας όλων των πολιτών. Έχοντας αυτό κατά νου, θα μπορούσε κάποια ομάδα ατόμων από την πιο κάτω λίστα, βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ή κριτηρίων να έχει κατά προτεραιότητα δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία; Αρχικά επιλέξτε με √ μέχρι 5 ομάδες (από αυτές που ακολουθούν) που εσείς θεωρείτε ότι βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ή κριτηρίων θα μπορούσαν να έχουν κατά προτεραιότητα δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία. Στη συνέχεια ιεραρχήστε αυτές τις πέντε με αρίθμηση από το 1 έως το 5, όπου 1 είναι η ομάδα που πρέπει να έχει υψηλή προτεραιότητα, 2 η ομάδα με λιγότερο υψηλή προτεραιότητα κ.ο.κ.	Με √	Με Ιεράρχηση
15.1	Άτομα μεγάλης ηλικίας		
15.2	Άτομα που έχουν υγιεινό τρόπο ζωής (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, άσκηση)		
15.3	Άτομα με υψηλό εισόδημα		
15.4	Άτομα μικρής ηλικίας (παιδιά και έφηβοι)		
15.5	Άτομα με υψηλό επίπεδο επαγγελματικής ευθύνης		
15.6	Κοινωνικά μειονεκτούντες		
15.7	Άτομα με ειδικές ανάγκες		
15.8	Άτομα που έχουν μικρά παιδιά (εξαρτώμενα)		
15.9	Άτομα σε εργασιακή (παραγωγική) ηλικία		
15.10	Άτομα με σοβαρές κοινωνικές ευθύνες (π.χ. συγγενείς/φροντιστές ηλικιωμένων, ατόμων με ειδικές ανάγκες, ασθενών τελικού σταδίου κ.α.)		
15.11	Άτομα με χαμηλά εισοδήματα, άνεργοι & λήπτες δημόσιου βοηθήματος κ.α.		
15.12	Μεταξύ των ασθενών, εκείνος που έχει τη μικρότερη ηλικία		

16	Σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης το δημόσιο σύστημα δυσκολεύεται να ανταποκριθεί πλήρως και εγκαίρως στις ανάγκες υγείας όλων των ασθενών. Έχοντας αυτό κατά νου, θα μπορούσε κάποια ομάδα ασθενών από την πιο κάτω λίστα, βάσει συγκεκριμένων ιατρικών κριτηρίων να <u>έχει κατά προτεραιότητα</u> δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία; Επιλέξτε με V μέχρι 5 ομάδες από αυτές που ακολουθούν, ιεραρχώντας τις με αρίθμηση από το 1 έως το 5, όπου 1 είναι η ομάδα που πρέπει να έχει υψηλή προτεραιότητα, 2 η ομάδα με λιγότερο υψηλή προτεραιότητα κ.ο.κ.		
		Με V	Με Ιεράρχηση
16.1	Ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες		
16.2	Ασθενείς με ψυχική νόσο (σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.α.)		
16.3	Ασθενείς με σωματική αναπηρία ή νοητική υστέρηση		
16.4	Ασθενείς με εκφυλιστικές ασθένειες (άνοια, αλτσάιμερ κλπ)		
16.5	Ασθενείς σε επείγουσα κατάσταση (πολυτραυματίες, εμφραγματίες κ.α.)		
16.6	Ασθενείς με καρκίνο σε αρχικό στάδιο		
16.7	Ασθενείς με καρδιοπάθειες		
16.8	Ασθενείς τελικού σταδίου (π.χ. καρκινοπαθείς, καρδιοπαθείς, διαβητικοί κ.α.)		
16.9	Ασθενείς με λοιμώδη (μεταδοτικά) νοσήματα (aids, ηπατίτιδα, ιλαρά, ανεμοβλογιά, παρωτίτιδα, ερυθρά κ.α.)		

17	Λαμβάνοντας υπόψη τα σημερινά δύσκολα οικονομικά δεδομένα της χώρας ιεραρχήστε τους πιο κάτω τομείς υγείας, καθορίζοντας έτσι την προτεραιότητα για τη χρηματοδότησή τους. Σημειώστε την αρίθμηση στο αντίστοιχο κουτάκι, ξεκινώντας με 1 για εκείνη με την υψηλότερη προτεραιότητα κ.ο.κ.		
17.1	Στην πρόληψη (εμβολιασμοί, διαγνωστικές εξετάσεις κλπ)		
17.2	Στη θεραπεία		
17.3	Στην έρευνα		
17.4	Στην αποκατάσταση (κέντρα αποκατάστασης)		
18	Ποιο είδος θεραπείας νομίζετε ότι πρέπει να έχει προτεραιότητα από τις δύο παρακάτω επιλογές; Σημειώστε με V στο αντίστοιχο κουτάκι.		
18.1	Θεραπείες που δεν επιμηκύνουν τη ζωή αλλά μειώνουν τον πόνο και αυξάνουν την ποιότητα ζωής		
18.2	Θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή αλλά δεν μειώνουν τον πόνο και δεν αυξάνουν την ποιότητα ζωής		

Δ. Καθορισμός προτεραιότητας στις υπηρεσίες υγείας			
19	Λαμβάνοντας υπόψη τη σημερινή οικονομική κρίση που περνά η χώρα μας, ιεραρχήστε με αρίθμηση από τις πιο κάτω υπηρεσίες υγείας, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας για τη χρηματοδότησή τους: α) Αρχικά επιλέξτε τρεις που θεωρείτε ότι πρέπει να έχουν υψηλή προτεραιότητα για χρηματοδότηση, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας τους με τους αριθμούς 1,2,3, ξεκινώντας με το 1 για εκείνες τις υπηρεσίες με την υψηλότερη κοκ. β) Στη συνέχεια με τον ίδιο τρόπο επιλέξτε τρεις που θεωρείτε ότι πρέπει να έχουν χαμηλή προτεραιότητα για χρηματοδότηση, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας τους με τους αριθμούς 1,2,3, ξεκινώντας με το 1 για εκείνες τις υπηρεσίες με τη χαμηλότερη προτεραιότητα κοκ.		
		υψηλή	χαμηλή
19.1	Υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογενειακός προγραμματισμός, εμβολιασμοί, μαστογραφίες, καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, διαβήτης, παχυσαρκία, υπερχοληστερολεμία κλπ)		
19.2	Χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κλπ.)		
19.3	Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης		
19.4	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης		
19.5	Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα		
19.6	Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν		
19.7	Χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχτης κλπ)		
19.8	Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους		
19.9	Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους		
19.10	Προγράμματα θεραπείας ατόμων εξαρτημένων από ουσίες		
19.11	Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής		
19.12	Θεραπευτικές αγωγές και προγράμματα θεραπείας σε χρόνιες παθήσεις		

Ε. Ασκήσεις κατανομής χρημάτων	
20	Προσπαθήστε να μοιράσετε ένα επιπλέον διαθέσιμο ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ, μεταξύ των 3 πιο κάτω διαφορετικών προγραμμάτων. Επιπλέον πληροφορίες για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών δίδονται πιο κάτω.

Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς	ΕΥΡΩ _____
Πρόγραμμα εμβολιασμού ηλικιωμένων κατά της γρίπης	ΕΥΡΩ _____
Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος.	ΕΥΡΩ _____
ΣΥΝΟΛΟ	ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια

21	<p>Παρακαλώ προσπαθήστε να μοιράσετε ένα επιπλέον διαθέσιμο ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ, μεταξύ των 3 διαφορετικών επεμβάσεων. Επιπλέον πληροφορίες για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών δίδονται πιο κάτω.</p>								
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%;">Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος Οφθαλμού</td> <td style="text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς[bypass]</td> <td style="text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">ΣΥΝΟΛΟ</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px solid black;">ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια</td> </tr> </table>	Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου	ΕΥΡΩ _____	Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος Οφθαλμού	ΕΥΡΩ _____	Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς[bypass]	ΕΥΡΩ _____	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια
Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου	ΕΥΡΩ _____								
Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος Οφθαλμού	ΕΥΡΩ _____								
Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς[bypass]	ΕΥΡΩ _____								
ΣΥΝΟΛΟ	ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια								

22	<p>Παρακαλώ προσπαθήστε να μοιράσετε ένα επιπλέον διαθέσιμο ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ μεταξύ των τεσσάρων προγραμμάτων που ακολουθούν. Θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία, θα είναι το ίδιο και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι η ηλικία των πληθυσμιακών ομάδων</p>										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%;"> Πρόγραμμα Α Απευθύνεται σε 10.000 νεογέννητα μωρά </td> <td style="width: 20%; text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Πρόγραμμα Β Απευθύνεται σε 10.000 παιδιά </td> <td style="text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Πρόγραμμα Γ Απευθύνεται σε 10.000 ενηλίκους εργαζόμενους </td> <td style="text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Πρόγραμμα Δ Απευθύνεται σε 10.000 ηλικιωμένους </td> <td style="text-align: right;">ΕΥΡΩ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">ΣΥΝΟΛΟ</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px solid black;">ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια</td> </tr> </table>	Πρόγραμμα Α Απευθύνεται σε 10.000 νεογέννητα μωρά	ΕΥΡΩ _____	Πρόγραμμα Β Απευθύνεται σε 10.000 παιδιά	ΕΥΡΩ _____	Πρόγραμμα Γ Απευθύνεται σε 10.000 ενηλίκους εργαζόμενους	ΕΥΡΩ _____	Πρόγραμμα Δ Απευθύνεται σε 10.000 ηλικιωμένους	ΕΥΡΩ _____	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια
Πρόγραμμα Α Απευθύνεται σε 10.000 νεογέννητα μωρά	ΕΥΡΩ _____										
Πρόγραμμα Β Απευθύνεται σε 10.000 παιδιά	ΕΥΡΩ _____										
Πρόγραμμα Γ Απευθύνεται σε 10.000 ενηλίκους εργαζόμενους	ΕΥΡΩ _____										
Πρόγραμμα Δ Απευθύνεται σε 10.000 ηλικιωμένους	ΕΥΡΩ _____										
ΣΥΝΟΛΟ	ΕΥΡΩ 10 εκατομμύρια										

Πληροφορίες σχετικά με την ερώτηση 22
<p>Πρόγραμμα για Γονείς με Παιδιά που έχουν Προβλήματα Συμπεριφοράς</p> <ul style="list-style-type: none"> - Περίπου 10%-15% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αντιμετωπίζουν ήπια ή σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε διανοητικές διαταραχές, μειωμένη απόδοση στο σχολείο, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και μελλοντικά σε ανεργία, προβλήματα στο γάμο, αντικοινωνική ή και εγκληματική συμπεριφορά. - Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα απευθύνεται σε γονείς παιδιών από 3 – 8 ετών, με προβλήματα συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό αφού επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στη συμπεριφορά των παιδιών. - Υποθέστε ότι 10 χιλιάδες οικογένειες βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, και το κόστος για την κυβέρνηση είναι περίπου 1.000 ευρώ ανά οικογένεια. <p>(Το απαιτούμενο κόστος για την κάλυψη όλων των οικογενειών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 10 εκατομμύρια ευρώ).</p>
<p>Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ηλικιωμένων κατά της Γρίπης</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η γρίπη είναι συνήθως μικρής σοβαρότητας ασθένεια, αλλά για τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πολύ σοβαρή ή ακόμα και θανατηφόρα. - Έρευνες έδειξαν ότι το εμβόλιο μπορεί να είναι αποτελεσματικό, αφού περιορίζει κατά 56% τα αναπνευστικά προβλήματα, μειώνει την πνευμονία κατά 53%, περιορίζει την νοσοκομειακή νοσηλεία κατά 50% και τέλος σε περίπτωση πανδημίας μειώνει τον αριθμό θανάτων κατά 68%. - Οι παρενέργειες από το εμβόλιο είναι περιορισμένες. - Υποθέστε 800 χιλιάδες ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών, είναι υποψήφιοι για το εμβόλιο, το οποίο κοστίζει περίπου 10 ευρώ, ανά άτομο. <p>(Το απαιτούμενο κόστος για τον εμβολιασμό και των 800.000 ηλικιωμένων ανέρχεται σε 8 εκατομμύρια ευρώ).</p>
<p>Πρόγραμμα για τη Μείωση του Καπνίσματος</p> <ul style="list-style-type: none"> - Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες μορφές καρκίνου κα σε καρδιαγγειακά νοσήματα, δύο από τις πρώτες αιτίες θανάτου στη χώρα μας. - Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, τα παιδιά και οι έφηβοι εκπαιδεύονται και βοηθούνται πρακτικά, για να μην ξεκινήσουν ή να σταματήσουν το κάπνισμα. - Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό, αφού οδηγεί στη μείωση του αριθμού των καπνιστών μεταξύ των εφήβων κατά 4% - 10%. - Υποθέστε ότι 200 σχολεία βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για να εφαρμόσουν το συγκεκριμένο 12μηνο πρόγραμμα, το οποίο θα κοστίσει στο κράτος περίπου 100 χιλιάδες ευρώ ανά σχολείο. <p>(Το απαιτούμενο κόστος για την κάλυψη όλων των σχολείων που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται σε 20 εκατομμύρια ευρώ).</p>

Πληροφορίες σχετικά με την ερώτηση 23
<p>Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου</p> <p>Η επέμβαση αυτή αντικαθιστά ολόκληρο ή ένα μέρος του ισχίου, με μια τεχνητή άρθρωση. Και αφορά άτομα, κυρίως ηλικιωμένα, που έχουν έντονους πόνους στο ισχίο, αρθρίτιδα, σπασμένο ισχίο, ή όγκο στην άρθρωση του ισχίου.</p> <p>Στην Ελλάδα το 60% του συνόλου των ορθοπεδικών χειρουργικών επεμβάσεων αφορά αρθροπλαστική ολική ή μερική αντικατάσταση ισχίου.</p> <p>Οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο από 5 – 8 μέρες μετά την επέμβαση. Μερικά άτομα μετά την επέμβαση, μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω θεραπεία αποκατάστασης.</p> <p>Η επέμβαση είναι συνήθως επιτυχής και επιτρέπει στους ασθενείς να ζουν πιο άνετα. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν χρειάζονται βοήθεια για να περπατήσουν και κυρίως εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες ικανοποιητικά.</p> <p>Υποθέστε ότι 2.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής, και ότι κάθε επέμβαση κοστίζει συνολικά 3 χιλιάδες ευρώ, για πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς.</p> <p>(Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 6 εκατομμύρια ευρώ).</p>
<p>Εγχείρηση Γλαυκώματος</p> <p>Το γλαύκωμα είναι μια πάθηση του οπτικού νεύρου η οποία προκαλείται από ψηλή πίεση στα μάτια και μπορεί να επιφέρει βαριά οπτική αναπηρία αν μείνει αδιάγνωστο ή αθεράπευτο. Αφορά όλες τις ηλικίες, αλλά είναι συχνότερο στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.</p> <p>Η επέμβαση για το γλαύκωμα ονομάζεται τραμπεκουλεκτομή και σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει εναλλακτικά ένεση βαλβίδας παροχέτευσης ή λέιζερ εάν και εφόσον η φαρμακευτική αγωγή δεν σταματήσει την επιδείνωση του οπτικού νεύρου.</p> <p>Η επέμβαση γενικά είναι ασφαλής, με μικρά ποσοστά σοβαρών επιπλοκών όπως μόλυνση ή αιμορραγία, οι οποίες όμως εάν συμβούν μπορεί να έχουν ως συνέπεια απώλεια της όρασης.</p> <p>Υποθέστε ότι 2.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής για την επέμβαση της τραμπεκουλεκτομής, η οποία κοστίζει περίπου 2.5 χιλιάδες ευρώ, για να θεραπευτεί ένα άτομο.</p> <p>(Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 4 εκατομμύρια ευρώ).</p>
<p>Καρδιοχειρουργική Επέμβαση (bypass)</p> <p>Η συγκεκριμένη επέμβαση θεραπεύει άτομα με σοβαρή στεφανιαία νόσο, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά κυρίως σε μεγάλες ηλικίες. Είναι πιο διαδεδομένη στους άντρες παρά στις γυναίκες.</p> <p>Οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο περίπου για μια εβδομάδα μετά την εγχείρηση, και αναρρώνουν πλήρως μετά από 1 – 2 μήνες. Επιπλοκές εμφανίζονται σπάνια.</p> <p>Το bypass έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών, μειώνοντας τον πόνο στο στήθος και την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή και επιτρέποντας στους ασθενείς κανονική δραστηριότητα. Τα παραπάνω οφέλη διαρκούν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολλά άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα για τουλάχιστον 5 χρόνια</p> <p>Υποθέστε ότι 1.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για τη συγκεκριμένη επέμβαση, η οποία κοστίζει περίπου 15 χιλιάδες ευρώ ανά άτομο.</p> <p>(Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 15 εκατομμύρια ευρώ).</p>

Παράρτημα 2 - Ερωτηματολόγιο χαρακτηριστικών στοιχείων

Παρακαλώ αναφέρετε την ηλικία σας:

Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ-ΑΕΙ)
- Μεταπτυχιακών σπουδών
- Διδακτορικών σπουδών

Ποια είναι η επαγγελματική σας ειδικότητα;

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Διοικητικός
- Άλλο

Κατέχετε θέση ευθύνης (π.χ. Προϊστάμενος, Διευθυντής κ.α.);

- Ναι
- Όχι

Παράρτημα 3 - Πίνακες**Πίνακας 1:**

Κατανομή χαρακτηριστικών δείγματος (n=260)

Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	N	%
Ηλικία*	44,6	10,1
Θέση ευθύνης		
Όχι	156	60
Ναι	104	40
Επαγγελματική ιδιότητα		
Διοικητικός	45	17,3
Ιατρός	97	37,3
Νοσηλεύτης/τρια	77	29,6
Άλλο	41	15,8
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ-ΑΕΙ)	141	54,2
Μεταπτυχιακών σπουδών	86	33,1
Διδακτορικών σπουδών	33	12,7

*Mean, StD

Πίνακας 2:

Κατανομή απαντήσεων για επιθυμητά σημεία στη παροχή υπηρεσιών υγείας

Ερωτήσεις	Θέση ευθύνης N (%)		σύνολο δείγματος N (%)	p-value
	Όχι	Ναι		
Όταν ένας πολίτης με χαμηλό εισόδημα έχει ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, το κράτος οφείλει να του την παρέχει				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	20 (100%)	0 (0%)	20 (7,7%)	<0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	7 (43,8%)	9 (56,3%)	16 (6,2%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	129 (57,6%)	95 (42,4%)	224 (86,2%)	
Ένα δημόσιο σύστημα υγείας θα πρέπει να διαθέτει την πλέον σύγχρονη ιατρική τεχνολογία				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26 (10,4%)	0,467
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	19 (54,3%)	16 (45,7%)	35 (14%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	119 (63%)	70 (37%)	189 (75,6%)	
Είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα για να βελτιωθεί η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	35 (66%)	18 (34%)	53 (20,7%)	0,008
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	52 (48,6%)	55 (51,4%)	107 (41,8%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	66 (68,8%)	30 (31,3%)	96 (37,5%)	

Πίνακας 3:

Κατανομή απαντήσεων για το πως θα αντλούσε περισσότερα χρήματα το κράτος υπέρ της υγείας

Ερωτήσεις	Θέση ευθύνης N (%)		Σύνολο Δείγματος N (%)	p-value
	Όχι	Ναι		
Ξοδεύοντας λιγότερα σε άλλους τομείς				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	26 (42,6%)	35 (57,4%)	61 (23,9%)	<0,001
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	31 (50%)	31 (50%)	62 (24,3%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	95 (72%)	37 (28%)	132 (51,8%)	
Αυξάνοντας τους φόρους				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	98 (60,1%)	65 (39,9%)	163 (63,4%)	0,153
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	39 (54,2%)	33 (45,8%)	72 (28%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	17 (77,3%)	5 (22,7%)	22 (8,6%)	
Αυξάνοντας τις εισροές για ασφάλιση υγείας				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	39 (49,4%)	40 (50,6%)	79 (31,2%)	0,011
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	40 (55,6%)	32 (44,4%)	72 (28,5%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	72 (70,6%)	30 (29,4%)	102 (40,3%)	
Αυξάνοντας τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	80 (66,1%)	41 (33,9%)	121 (47,3%)	0,132
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	42 (52,5%)	38 (47,5%)	80 (31,3%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	31 (56,4%)	24 (43,6%)	55 (21,5%)	
Με καλύτερη διαχείριση των χρημάτων που υπάρχουν				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	10 (100,0%)	0 (0,0%)	10 (4,0%)	0,067
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (1,6%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	131 (55,7%)	104 (44,3%)	235 (94,4%)	

Πίνακας 4:

Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την αποκοπή μισθού δημοσίων υπαλλήλων για την υγεία

Ερωτήσεις	Θέση ευθύνης N (%)		Σύνολο δείγματος N (%)	p-value
	Όχι	Ναι		
Συμφωνώ ή διαφωνώ με το πιο πάνω μέτρο όπως αυτό εφαρμόστηκε				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	72 (56,3%)	56 (43,8%)	128 (50,4%)	0,002
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	30 (49,2%)	31 (50,8%)	61 (24%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	51 (78,5%)	14 (21,5%)	65 (25,6%)	
Θα έπρεπε πρώτα να ερωτηθούν οι ίδιοι αν αποδέχονταν και εφόσον συμφωνούσαν, τότε να γίνει η αποκοπή				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	35 (35,7%)	63 (64,3%)	98 (38,6%)	<0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	50 (69,4%)	22 (30,6%)	72 (28,3%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	68 (81%)	16 (19%)	84 (33,1%)	
Θα έπρεπε να έχουν την ίδια επιλογή και όσοι ιδιωτικοί υπάλληλοι δεν είναι σήμερα δικαιούχοι λόγω εισοδηματικών κριτηρίων, δηλαδή να έχουν ασφάλιση υγείας με την καταβολή 1,5% του μισθού τους, εφόσον το επιθυμούν				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	24 (43,6%)	31 (56,4%)	55 (23,5%)	0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	29 (54,7%)	24 (45,3%)	53 (22,6%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	90 (71,4%)	36 (28,6%)	126 (53,8%)	

Πίνακας 5:

Κατάταξη εμπλεκόμενων στην υγεία ομάδων, για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Ιεράρχηση ομάδων για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για ανακατανομή πόρων	Θέση ευθύνης		Σύνολο δείγματος N (%)	p-value	Σειρά κατάταξης
	Όχι ΜΟ (ΤΑ)	Ναι ΜΟ (ΤΑ)			
<i>Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους</i>	3,6 (2,1)	4,1 (1,7)	3,8 (1,9)	0,109	4
<i>Οι επαγγελματίες υγείας</i>	2,9 (1,6)	2,7 (1,5)	2,8 (1,5)	0,367	1
<i>Οι διευθυντές του υπουργείου υγείας και των νοσοκομείων</i>	3,7 (1,5)	3,3 (1,4)	3,5 (1,4)	0,042	3
<i>Οι πολιτικοί (υπουργοί, βουλευτές κ.α.)</i>	4,8 (1,9)	5,9 (1,7)	4,9 (1,8)	0,151	6
<i>Το κοινό</i>	4,8 (1,8)	5,9 (1,7)	5,2 (1,8)	<0,001	7
<i>Οι διευθυντές ασφαλιστικών ταμείων</i>	4,7 (1,6)	4,7 (1,5)	4,7 (1,5)	0,797	5
<i>Ειδικοί επιστήμονες & ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας</i>	3,4 (2,3)	2,2 (1,5)	2,9 (2,1)	<0,001	2

Πίνακας 6:

Κατανομή απαντήσεων για δωρεάν πρόσβαση στην υγεία από πληθυσμιακές ομάδες

Ερωτήσεις	Θέση ευθύνης N (%)		Σύνολο δείγματος N (%)	p-value
	Όχι	Ναι		
Τα παιδιά				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	9 (90%)	1 (10%)	10 (3,8%)	0,066
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	5 (83,3%)	1 (16,7%)	6 (2,3%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	142 (58,2%)	102 (41,8%)	244 (93,8%)	
Οι χρόνια ασθενείς				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (2,7%)	0,094
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	21 (77,8%)	6 (22,2%)	27 (10,6%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	126 (57%)	95 (43%)	221 (86,7%)	
Οι μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	19 (33,3%)	38 (66,7%)	57 (26,3%)	<0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	2 (11,8%)	15 (88,2%)	17 (7,8%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	99 (69,2%)	44 (30,8%)	143 (65,9%)	
Οι συνταξιούχοι ανεξαρτήτως εισοδήματος				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	15 (34,1%)	29 (65,9%)	44 (17,1%)	<0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	21 (58,3%)	15 (41,7%)	36 (14,0%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	119 (67,2%)	58 (32,8%)	177 (68,9%)	
Οι στρατιώτες				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	12 (80%)	3 (20%)	15 (5,9%)	0,112
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (3,5%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	132 (57,1%)	99 (42,9%)	231 (90,6%)	
Άτομα με χαμηλά εισοδήματα & λήπτες κοινωνικού βοηθήματος				
<i>Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα</i>	6 (22,2%)	21 (77,8%)	27 (10,8%)	<0,001
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	15 (45,5%)	18 (54,5%)	33 (13,2%)	
<i>Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα</i>	128 (67,4%)	62 (32,6%)	190 (76%)	

Πίνακας 7:

Κατανομή απαντήσεων για χαρακτηριστικά προτεραιότητας στην αντιμετώπιση ασθενών

Ερωτήσεις	Θέση ευθύνης N (%)		Σύνολο δειγματος N (%)	p-value
	Όχι	Ναι		
Η ηλικία του ασθενή				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	37 (74%)	13 (26%)	50 (19,5%)	0,02
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	24 (68,6%)	11 (31,4%)	35 (13,7%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	92 (53,8%)	79 (46,2%)	171 (66,8%)	
Η οικονομική κατάσταση του ασθενή				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	103 (51,8%)	96 (48,2%)	199 (77,7%)	<0,001
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	29 (90,6%)	3 (9,4%)	32 (12,5%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	21 (84%)	4 (16%)	25 (9,8%)	
Το ιστορικό & η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	19 (95%)	1 (5%)	20 (7,8%)	<0,001
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17 (100%)	0 (0%)	17 (6,6%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	117 (53,4%)	102 (46,6%)	219 (85,5%)	
Οι οικογενειακές δεσμεύσεις και οι υποχρεώσεις του ασθενή				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	84 (53,5%)	73 (46,5%)	157 (62,1%)	0,013
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	45 (75%)	15 (25%)	60 (23,7%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	23 (63,9%)	13 (36,1%)	36 (14,2%)	
Η κοινωνική θέση, η κοινωνική προσφορά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	122 (55%)	100 (45%)	222 (88,4%)	0,001
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15 (83,3%)	3 (16,7%)	18 (7,2%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	11 (100%)	0 (0%)	11 (4,4%)	
Ο τρόπος ζωής του ασθενή (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ)				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	77 (59,7%)	52 (40,3%)	129 (51,6%)	0,042
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	35 (48,6%)	37 (51,4%)	72 (28,8%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	35 (71,4%)	14 (28,6%)	49 (19,6%)	
Το κόστος της θεραπείας/επέμβασης				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	86 (55,8%)	68 (44,2%)	154 (62,3%)	0,495
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	37 (64,9%)	20 (35,1%)	57 (23,1%)	
Συμφωνώ/συμφωνώ απόλυτα	21 (58,3%)	15 (41,7%)	36 (14,6%)	
Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, η λειτουργικότητα, η προσδοκώμενη ποιότητα ζωής και γενικά το όφελος του ασθενή μετά τη θεραπεία				
Διαφωνώ/διαφωνώ απόλυτα	40 (46%)	47 (54%)	87 (34,7%)	0,008
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	31 (62%)	19 (38%)	50 (19,9%)	

Συμφωνών/συμφωνών απόλυτα	77 (67,5%)	37 (32,5%)	114 (45,4%)	
το είδος της ασθένειας				
Διαφωνών/διαφωνών απόλυτα	39 (57,4%)	29 (42,6%)	68 (27,4%)	0,197
Ούτε συμφωνών ούτε διαφωνών	20 (47,6%)	22 (52,4%)	42 (16,9%)	
Συμφωνών/συμφωνών απόλυτα	87 (63%)	51 (37%)	138 (55,6%)	

Πίνακας 8:

Κατανομή απαντήσεων για προτεραιότητα σε δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία, πληθυσμιακών ομάδων

Ομάδα κατά προτεραιότητα στη δωρεάν πρόσβαση & θεραπεία	Θέση ευθύνης		Σύνολο δείγματος	p-value	Σειρά Κατάταξης
	Όχι MO (TA)	Ναι MO (TA)			
Άτομα μεγάλης ηλικίας	1,9 (0,9)	1,8 (0,7)	1,89 (0,8)	0,6	1
Άτομα που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής	3,2 (3,7)	3,6 (0,9)	3,35 (1,2)	0,1	12
Άτομα με υψηλό εισόδημα	3,1 (1,3)	4,5 (0,7)	3,21 (1,3)	0,1	8
Άτομα μικρής ηλικίας (παιδιά και έφηβοι)	2,1 (1,3)	1,7 (1,2)	1,90 (1,2)	0,04	2
Άτομα με υψηλό επίπεδο επαγγελματικής ευθύνης	3,4 (1,6)	4,3 (0,6)	3,48 (1,5)	0,3	15
Κοινωνικά μειονεκτούντες	3,5 (1,4)	3,2 (1,1)	3,31 (1,2)	0,2	11
Άτομα με ειδικές ανάγκες	2,5 (1,2)	2,3 (0,9)	2,44 (1,1)	0,2	5
Άτομα που έχουν μικρά παιδιά (εξαρτώμενα)	3,4 (1,2)	3,1 (1,3)	3,30 (1,2)	0,2	9
Άτομα σε εργασιακή (παραγωγική) ηλικία	3,3 (1,2)	3,2 (1,2)	3,30 (1,3)	0,6	10
Άτομα με σοβαρές, κοινωνικές ευθύνες *	3,5 (1,2)	3,5 (1,2)	3,50 (1,6)	0,9	16
Άτομα με χαμηλά εισοδήματα, άνεργοι & λήπτες δημοσίου βοηθήματος κ.α.	3,4 (1,4)	3,8 (1,2)	3,63 (1,4)	0,1	18
Μεταξύ των ασθενών, εκείνος με τη μικρότερη ηλικία	2,9 (1,6)	2,5 (1,6)	2,81 (1,6)	0,3	6
Ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες	2,0 (1,2)	2,8 (1,5)	2,30 (1,4)	<0,001	4
Ασθενείς με ψυχική νόσο	3,3 (1,3)	3,5 (1,3)	3,38 (1,2)	0,1	13
Ασθενείς με σωματική αναπηρία ή νοητική στέρηση	3,3 (1,3)	3,6 (1,1)	3,42 (1,2)	0,2	14
Ασθενείς σε επείγουσα κατάσταση (πολυτραυματίες, εμφραγματίες κ.α.)	2,2 (1,3)	1,5 (0,9)	1,92 (1,2)	<0,001	3
Ασθενείς με καρκίνο σε αρχικό στάδιο	3,4 (1,3)	2,9 (1,2)	3,19 (1,2)	0,02	7
Ασθενείς με καρδιοπάθειες	3,7 (1,2)	3,5 (1,0)	3,57 (1,2)	0,2	17
Ασθενείς τελικού σταδίου **	4,2 (1,1)	3,8 (1,1)	4,08 (1,2)	0,3	20
Ασθενείς με λοιμώδη (μεταδοτικά) νοσήματα ***	3,7 (1,3)	3,7 (1,4)	3,74 (1,3)	0,9	19

Πίνακας 9:

Κατανομή 10 εκατομμυρίων ευρώ σε προγράμματα προαγωγής υγείας

Ερωτήσεις	Ποσά σε ευρώ	Σύνολο δείγματος N (%)	p-value
κατανομή ποσού 10 εκατομμυρίων ευρώ			
<i>Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς</i>	3	80 (30,8%)	0,066
<i>Πρόγραμμα εμβολιασμού ηλικιωμένων κατά της γρίπης</i>	2	89 (34,2%)	
<i>Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή τη διακοπή καπνίσματος</i>	4	90 (34,6%)	

Πίνακας 10:

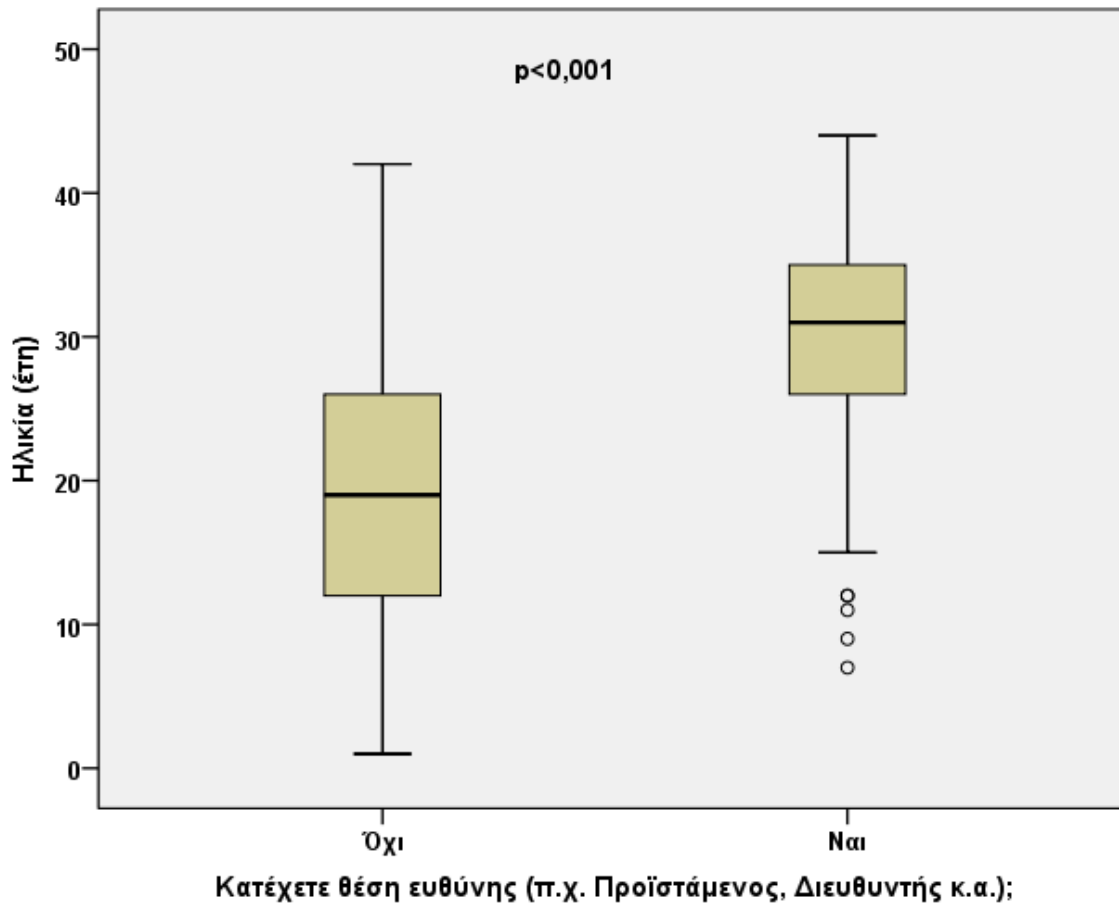
Κατανομή συσχετίσεων σε καταγεγραμμένες απαντήσεις εχόντων θέση ευθύνης

Ζεύγη επιλεγμένων παραμέτρων που συσχετίζονται (Pearson's r) (παράμετρος 1 / παράμετρος 2)	Θέση ευθύνης Pearson's r (p-value)	
	Όχι	Ναι
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: το κοινό / ιεράρχηση ατόμων υψηλής προτεραιότητας για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία: άτομα μικρής ηλικίας	0,92 (0,03)	0,68 (0,01)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: το κοινό / ιεράρχηση ατόμων υψηλής προτεραιότητας για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία: με καρκίνο αρχικού σταδίου	0,78 (0,02)	0,95 (<0,001)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: το κοινό / ιεράρχηση ατόμων υψηλής προτεραιότητας για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία: με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες	0,89 (0,03)	0,90 (0,02)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: το κοινό / το κράτος σε περιόδους οικονομικής κρίσης, στον τομέα της υγείας θα πρέπει να διαθέτει περισσότερα χρήματα απ' όσα ξοδεύει σήμερα	0,79 (0,04)	-0,98 (<0,001)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: το κοινό / το κράτος σε περιόδους οικονομικής κρίσης, στον τομέα της υγείας θα πρέπει να διαθέτει όσα ξοδεύει σήμερα	-0,94 (0,01)	0,97 (<0,001)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: ειδικοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας / ιεράρχηση ατόμων υψηλής προτεραιότητας για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία: άτομα μικρής ηλικίας	0,95 (0,01)	0,98 (0,02)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: ειδικοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας / ιεράρχηση ατόμων υψηλής προτεραιότητας για δωρεάν πρόσβαση και θεραπεία: με καρκίνο αρχικού σταδίου	0,69 (0,03)	0,89 (0,01)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: ειδικοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας / ασθενείς με επείγουσα κατάσταση	0,87 (0,02)	0,86 (0,02)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: ειδικοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας/ το κράτος σε περιόδους οικονομικής κρίσης, στον τομέα της υγείας θα πρέπει να διαθέτει περισσότερα χρήματα απ' όσα ξοδεύει σήμερα	0,87 (0,02)	-0,98 (0,01)
Ομάδες που πρέπει να αποφασίζουν για την ιεράρχηση πόρων: ειδικοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί από το χώρο της υγείας / το κράτος σε περιόδους οικονομικής κρίσης, στον τομέα της υγείας θα πρέπει να διαθέτει όσα ξοδεύει σήμερα	0,71 (0,01)	0,90 (0,03)

Παράρτημα 4 - Διαγράμματα

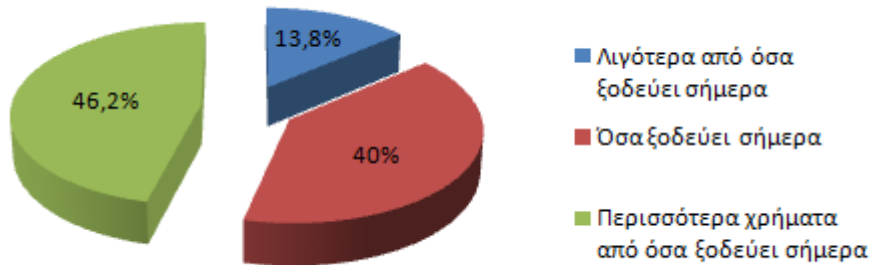
Διάγραμμα 1.

Θηκόγραμμα (boxplot) κατανομής απαντήσεων για την κατοχή θέση ευθύνης ως προς την ηλικία



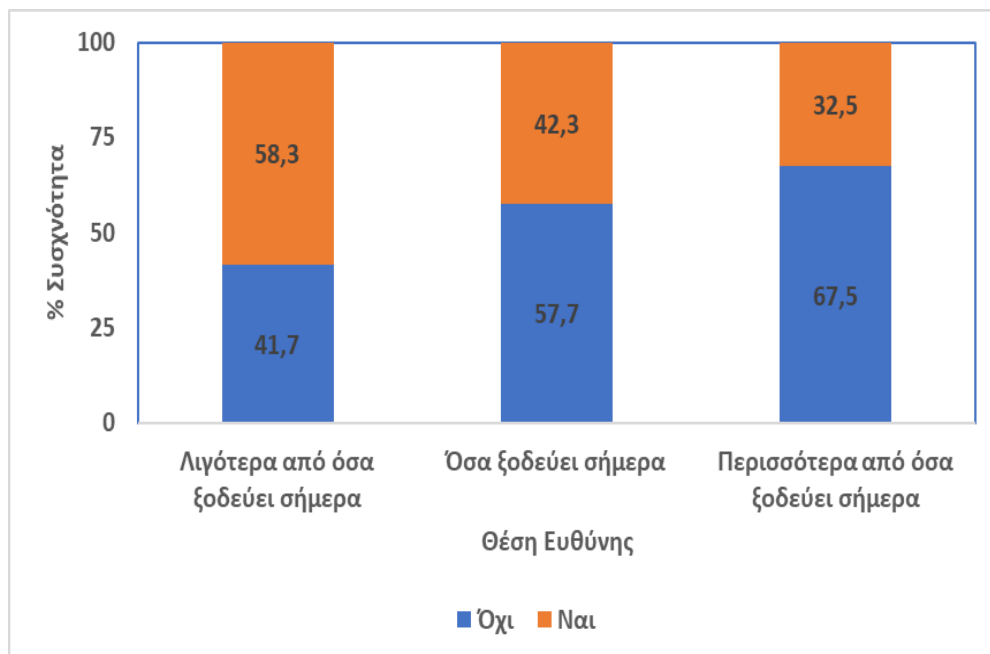
Διάγραμμα 2.

Κατανομή απαντήσεων για την μεταβολή των εξόδων σε περίοδο κρίσης



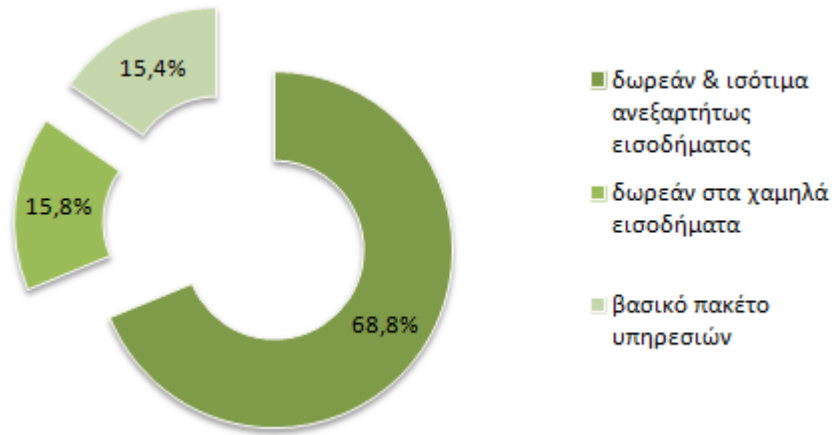
Διάγραμμα 3.

Κατανομή απαντήσεων για την μεταβολή των εξόδων σε περίοδο κρίσης με βάση τη θέση ευθύνης



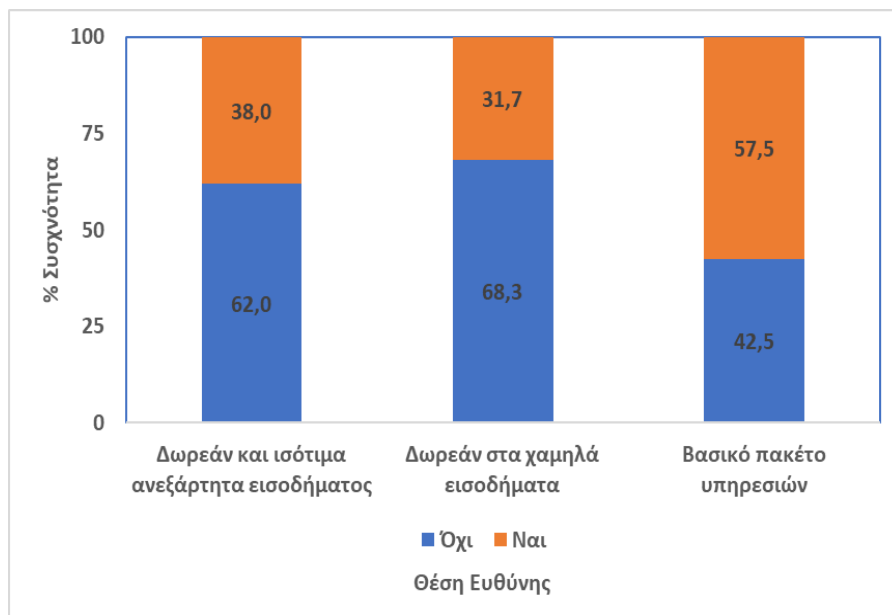
Διάγραμμα 4.

Κατανομή απαντήσεων για το είδος των παροχών υγείας



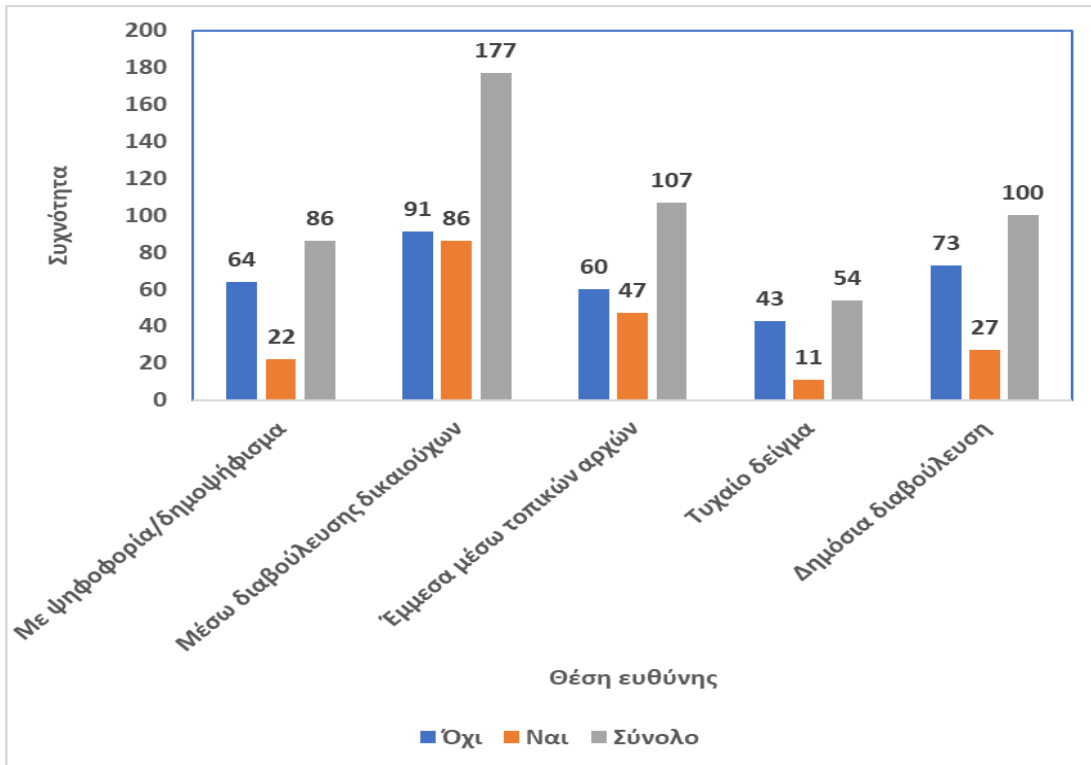
Διάγραμμα 5.

Κατανομή απαντήσεων για το είδος των παροχών υγείας με βάση τη θέση ευθύνης



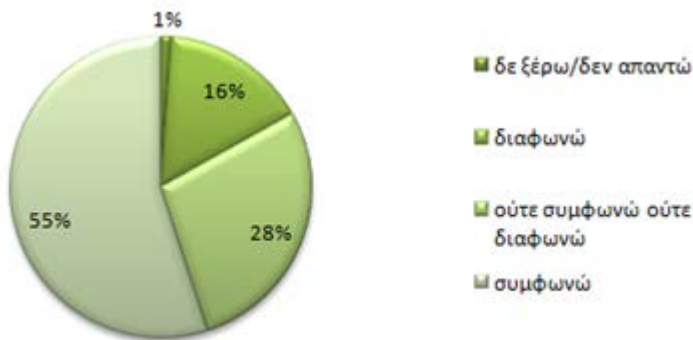
Διάγραμμα 6.

Καταγραφή εναλλακτικών τρόπων συμμετοχής του κοινού στις λήψεις αποφάσεων



Διάγραμμα 7.

Κατανομή απαντήσεων για συμμετοχή του κοινού στη λήψη αποφάσεων στην ανακατανομή όρων και καθορισμό προτεραιοτήτων



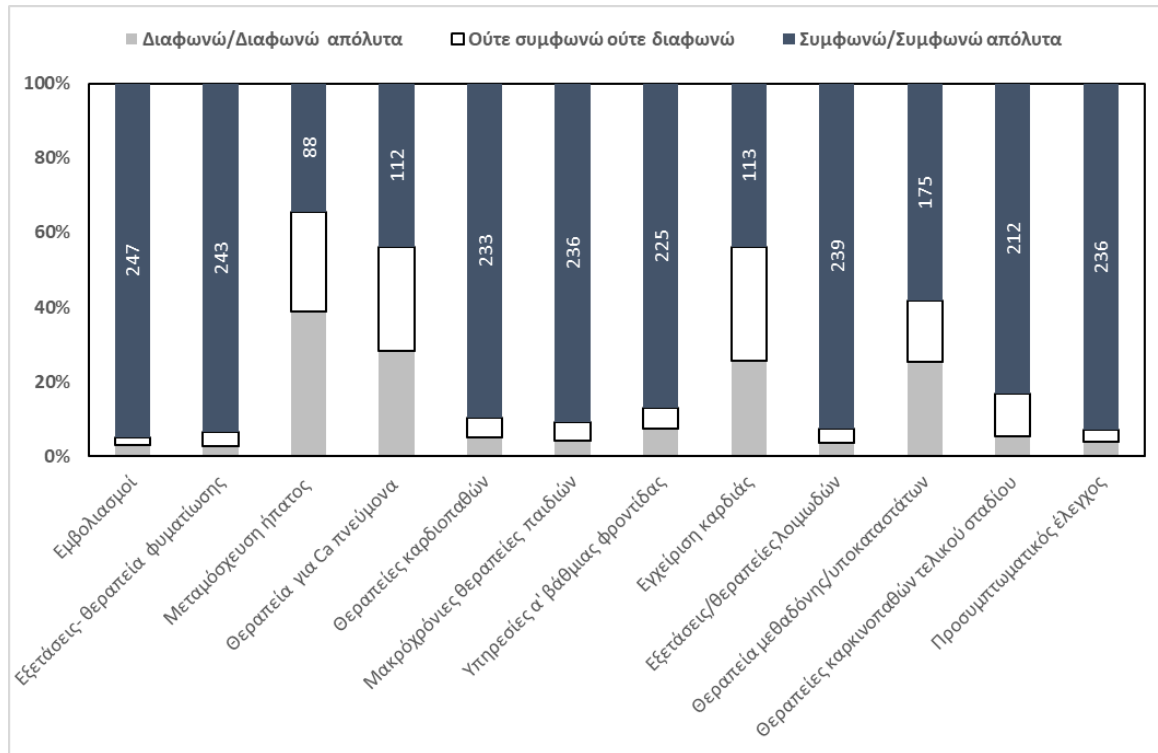
Διάγραμμα 8.

Κατανομή προτίμησης για προτεραιότητα ασθενών με ή χωρίς κριτήρια



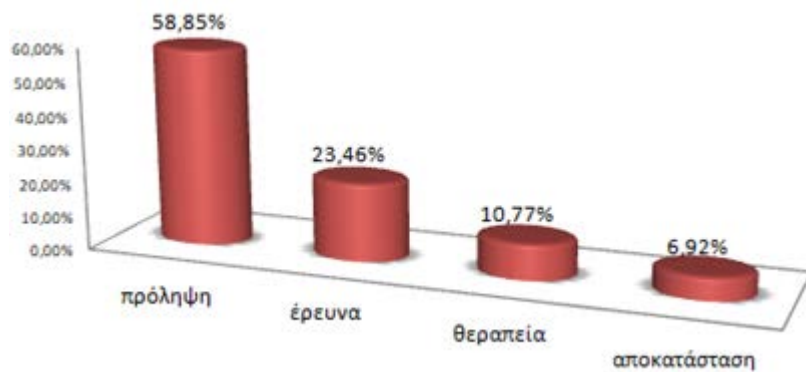
Διάγραμμα 9.

Προτιμήσεις για υπηρεσίες σε προτεραιότητα για δωρεάν χορήγηση σε πολίτες



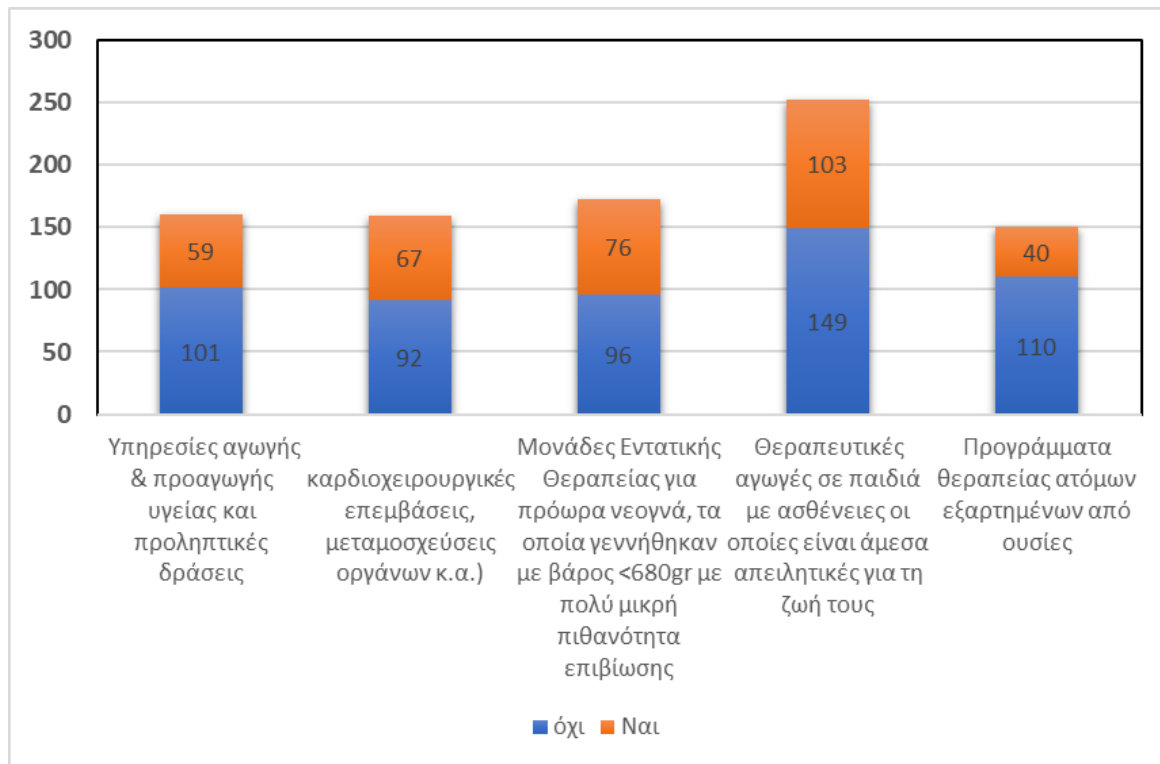
Διάγραμμα 10.

Κατανομή απαντήσεων για προτεραιότητα τομέων υγείας σε χρηματοδότηση



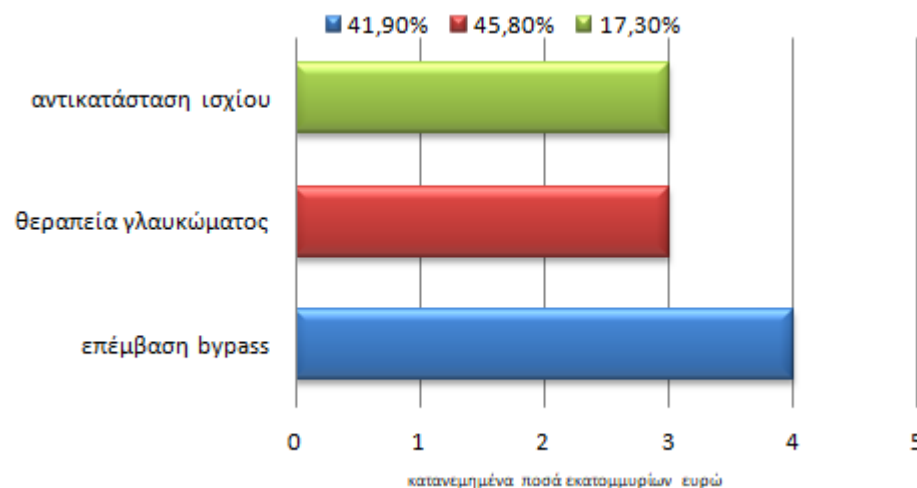
Διάγραμμα 11.

Ιεράρχηση υπηρεσιών υγείας για προτεραιότητα σε χρηματοδότηση στο σύνολο & ανά θέση ευθύνης



Διάγραμμα 12.

Κατανομή 10 εκ. ευρώ σε είδη χειρουργικών επεμβάσεων



Παράρτημα 5 - Έγκριση διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: amanouras@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 12 /4/19
Αρ. Πρωτ.: 7809
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κα Κουρλετάκη Ζαχαρένια,
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος
Ιατρικής Πανεπ. Κρήτης.

ΚΟΙΝ:
1) Διοικητή Γ.Ν. «Βενιζέλειο»,
2) Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
3) Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου Γ.Ν.
«Βενιζέλειο».

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο», στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αριθ. 91 Έγκριση της συνεδρίασης 13/28-11-2018 του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. «Βενιζέλειο» για διεξαγωγή έρευνας.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο» και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους επαγγελματίες υγείας όλων των κατηγοριών του Γ.Ν. «Βενιζέλειο», στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, της κας Κουρλετάκη Ζαχαρένιας, με θέμα: «Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν. Βενιζέλειο σχετικά με τις προτεραιότητες στην κατανομή των οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας», υπό την επίβλεψη της καθηγήτριά κ. Σουλιώτη Κυριάκου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλειο»**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της και της έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Υ.ΠΕ.