



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οι συμπληρωμές στα δημόσια συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου

Δημήτριος Πορτίδης

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Μάρτιος 2015



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οι συμπληρωμές στα δημόσια συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου

Δημήτριος Πορτίδης

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Μάρτιος 2015

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Λίστα με τους πίνακες	5
Ευχαριστίες	6
Περίληψη	7
Abstract	8
1. Εισαγωγή	9
2. Η διεθνής εμπειρία από την συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος	13
2.1 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας	13
2.2 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά την επαφή του ασθενούς με άλλες δομές του συστήματος υγείας	15
2.3 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, κατά την προμήθεια φαρμάκων	16
2.4 Συμπεράσματα από την διεθνή εμπειρία	18
3. Μεθοδολογία	21
3.1 Ερευνητικό Εργαλείο	21
3.2 Δείγμα και δειγματοληψία	22
3.3 Στατιστική ανάλυση	22
4. Αποτελέσματα	24
4.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος	24
4.2 Χαρακτηριστικά που αφορούσαν την υγεία	25
4.3 Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη	25
4.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας	32
5. Συσχετίσεις	35
5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	35
5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών	36

5.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες της υπηρεσίες υγείας	38
5.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας	39
5.5 Εξαρτημένη μεταβλητή: ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	40
6. Συζήτηση	43
6.1 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	43
6.2 Αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών	44
6.3 Συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας	49
6.4 Ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	57
6.5 Περιορισμοί της έρευνας	62
Βιβλιογραφία	63
Παράρτημα 1: Το ερωτηματολόγιο	66

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος	24
Πίνακας 2. Η υγεία των ατόμων του δείγματος	25
Πίνακας 3. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	27
Πίνακας 4. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	28
Πίνακας 5. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	29
Πίνακας 6. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	30
Πίνακας 7. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	31
Πίνακας 8. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη	31
Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας	32
Πίνακας 10. Οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας	33
Πίνακας 11. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.	35
Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (καθόλου/ λίγο/ μέτρια: κατηγορία αναφοράς).	35
Πίνακας 13. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.	36
Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών (πολύ χαμηλό/ χαμηλό/ μέτριο: κατηγορία αναφοράς).	37
Πίνακας 15. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.	38
Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (όχι: κατηγορία αναφοράς).	39
Πίνακας 17. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.	39
Πίνακας 18. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.	40
Πίνακας 19. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα (όχι: κατηγορία αναφοράς).	41

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες εκφράζω στον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μάμα Θεοδώρου για την βοήθεια του στην ετοιμασία του ερωτηματολογίου και για την προθυμία που είχε να παράσχει την κάθε δυνατή βοήθεια κατά την εκπόνηση αυτής της διατριβής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στην Οδοντιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου και ιδιαίτερα τη συνάδελφο κ. Ανδρούλα Νικάνδρου για τη βοήθεια τους κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την φιλόλογο κ. Μαρία Μίτλεττον που διάβασε τα κείμενα και έκανε τις απαραίτητες διορθώσεις.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση και καταγραφή των στάσεων και απόψεων των ασθενών και η αξιολόγηση των επιπτώσεων σχετικά με την επιβολή συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 33 ερωτήσεις, μέσα από το οποίο αποτυπώθηκαν οι απόψεις και αντιδράσεις των ασθενών, σχετικά με το μέτρο των συμπληρωμών, αλλά και οι ανάγκες που τελικά δεν ικανοποιούνται λόγω της επιβολής του μέτρου. Η έρευνα διεξήχθη στα εξωτερικά ιατρεία και το Τ.Α.Ε.Π του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου μεταξύ 14 Απριλίου και 27 Ιουνίου 2014. Σ' αυτή συμμετείχαν ασθενείς άνω των 18 ετών. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη με τον ασθενή-ερωτώμενο. Η επιλογή των ασθενών ήταν τυχαία. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 291 ασθενείς με δικαίωμα περιθάλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Η τιμή p ορίστηκε ίση με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 21,0. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 68,4% των ασθενών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Από τις συσχετίσεις προκύπτει ότι: α) η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, β) οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ, γ) οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού/γυμνασίου και οι άντρες συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες, δ) Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα σε σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αντιδράσεις των ασθενών και οι συνέπειες ήταν σχετικά περιορισμένες, ίσως λόγω των χαμηλών συμπληρωμών. Όμως η έρευνα αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης των επιπτώσεων από την επιβολή των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. Το μικρό χρονικό διάστημα από την ημερομηνία επιβολής του μέτρου, δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Σε ποιο βαθμό το μέτρο είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών ερευνών. Όμως θα ήταν λάθος να πιστεύεται ότι θα μπορούσαν να γίνουν αυξήσεις στα τέλη ή να επιβληθούν τέλη σε ένα μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών κατά την εφαρμογή του ΓεΣΥ, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι στάσεις και οι απόψεις των ασθενών αλλά και οι πιθανές συνέπειες.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate and record the opinions and attitudes of patients and to assess the impact of the enforcement of co-payments on public health services in Cyprus. **METHOD:** A questionnaire consisting of 33 questions was used, through which the views and reactions of patients on the measure of co-payments were reflected, but also the needs that ultimately are not met due to the imposition of the measure. The survey was conducted in the outpatient clinics and emergency department of Paphos General Hospital between 14th of April and 27th of June 2014. Patients over 18 years of age participated in this study. The questionnaires were completed in a face-to-face interview with the patient-respondent. The patient selection was random. The investigated population consisted of 291 patients eligible for public health system care. Statistical analysis was performed with descriptive and inferential statistical methods. The p value was set equal to 0.05. Data analysis was performed with SPSS 21.0. **RESULTS:** 68.4% of patients felt moderately/very satisfied with the services provided by public hospitals and health centers. From the correlations it was shown that: a) increasing age was associated with increased satisfaction with the health services, b) elementary/high school graduates estimated to a greater extent the amount of the payment of fees as high/very high compared with technological institute/university graduates, c) technological institute/university graduates agreed to a greater extent on charging on all health services in relation to elementary/high school graduates and the men agreed to a higher rate for charging in all health services compared to women, d) elementary/high school graduates in comparison to technological institute/university graduates felt to a greater extent the need to visit the first aid hospital department, but this did not take place because of concern regarding payment. **CONCLUSIONS:** Patients' responses and their consequences were relatively limited, perhaps because of the low co-payments. However, our investigation is a first attempt to evaluate the impact of the imposition of co-payments for public health services in Cyprus. The short period from the date of imposition of the measure does not allow firm conclusions. To what extent has the measure had the anticipated results should be the subject of future research. But it would be wrong to believe that there could be increases in fees or charges imposed on a wider range of services for the implementation of the GeSY, without taking into account the attitudes and opinions of patients and the possible consequences.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο του «ηθικού κινδύνου» (moral hazard) αναφέρεται σε κάθε αλλαγή συμπεριφοράς ενός ασφαλισμένου ατόμου (όπως η μέγιστου βαθμού χρήση των υπηρεσιών που καλύπτει η ασφάλιση υγείας) της οποίας η εκδήλωση μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει τις απώλειες του ασφαλιστικού φορέα. Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται συχνότερα στα δημόσια συστήματα υγείας, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σημείο χρήσης. Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, αναφέρεται σε μια ομάδα εργαλείων πολιτικής τα οποία χρησιμοποιούνται στην πλευρά της ζήτησης στην αγορά των υπηρεσιών υγείας για τον περιορισμό του «ηθικού κινδύνου». Η πιθανότητα εμφάνισης του «ηθικού κινδύνου» μειώνεται, εάν απαιτηθεί με οποιαδήποτε μορφή, συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος (Mossialos and Le Grand, 1999).

Υπάρχουν τρεις κύριες μορφές συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών:

- Αφαιρετέο ποσό (deductible): είναι ένα ποσό που ο ασθενής πρέπει να καταβάλει ο ίδιος στην αρχή, πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική του κάλυψη.
- Συμπληρωμές (co-payments): είναι ένα συγκεκριμένο ποσό που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία. Το ποσό αυτό συνήθως είναι ποσοστιαίο ή πάγιο.
- Συν-ασφάλιση (co-insurance): είναι το ποσοστό της συνολικής δαπάνης για μια υπηρεσία που πρέπει να πληρώσει ο δικαιούχος (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Άλλες πολιτικές που συχνά συνδέονται με αυτές τις μορφές συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος και επηρεάζουν επίσης τις πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στους προμηθευτές είναι οι έξις:

Benefit maximum: Ένα προκαθορισμένο όριο στο ποσό που θα αποζημιωθεί από τον ασφαλιστικό του φορέα για μια συγκεκριμένη περίοδο, πέραν του οποίου ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τη δαπάνη.

Extra billing: Οι αμοιβές του προμηθευτή που είναι υψηλότερες από το όριο που αποζημιώνει ο ασφαλιστικός φορέας, καθιστώντας υπεύθυνους τους ασθενείς για κάλυψη της διαφοράς.

Coverage exclusion: Υπηρεσίες ή μέθοδοι χρησιμοποίησης υπηρεσιών οι οποίες δεν καλύπτονται από τη δέσμη παροχών της δημόσιας ή της ιδιωτικής ασφάλισης, αφήνοντας τα άτομα να πληρώσουν το συνολικό ή το επιπλέον κόστος που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Η κάλυψη μέρους του κόστους των υπηρεσιών από τους χρήστες αποτελεί ένα σύνηθες φαινόμενο σε αρκετά δημόσια συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια. Το κόστος αυτό αφορά σε επισκέψεις σε γιατρούς, επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, για φάρμακα, για

εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις και νοσηλεία στα νοσοκομεία. Οι υποστηρικτές της εισαγωγής της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών στα δημόσια συστήματα υγείας επικαλούνται δύο λόγους. Πρωτίστως να κάνουν τις υπηρεσίες υγείας πιο αποδοτικές, μέσω του περιορισμού της κατανάλωσης υπηρεσιών που θεωρούνται από τον ασθενή ως «χαμηλής διαγνωστικής ή θεραπευτικής αξίας» και δευτερευόντως να αποκτήσει το ίδιο το σύστημα κάποιους επιπλέον οικονομικούς πόρους (Thomson, Foubister and Mossialos, 2010).

Από τη διεθνή εμπειρία φαίνεται ότι η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών στα δημόσια συστήματα υγείας ως μέτρο συγκράτησης του κόστους δεν φαίνεται να είχε επιτυχία ή είχε αποθαρρυντικά αποτελέσματα (Thomson, Foubister and Mossialos, 2010). Ο περιορισμός του κόστους από τη συμμετοχή του ασθενούς, αντισταθμίζεται από την αύξηση των διοικητικών εξόδων που συνεπάγεται η εφαρμογή του. Η χρήση των υπηρεσιών εξαρτάται από το ύψος της χρέωσης που επιβάλλεται στον ασθενή. Η χρήση υπηρεσιών που απαιτούν μεγάλη κάλυψη του κόστους από τον ασθενή συνήθως περιορίζεται, ακόμη και αν αυτές οι υπηρεσίες προσφέρουν άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενειών. Παράλληλα δεν μειώνεται η χρήση αναποτελεσματικών υπηρεσιών όταν η συμμετοχή στο κόστος ήταν μικρή. Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες, οι συνταξιούχοι και τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Επιπλέον συμβάλλει στη δημιουργία ανικανοποίητων αναγκών με επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Όσον αφορά στην κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών από τους ασθενείς, η κυρίαρχη αντίληψη υποστηρίζει ότι η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη οδηγεί σε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας και η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών είναι η πολιτική που μπορεί να περιορίσει αποτελεσματικά το φαινόμενο του «ηθικού κινδύνου». Το πρόβλημα βρίσκεται στο ότι η αγορά υγείας χαρακτηρίζεται από πολλαπλές αιτίες αποτυχίας όπως η ασύμμετρη πληροφόρηση και η προκλητή ζήτηση, οι οποίες προκαλούνται από το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να αξιολογήσουν ποιες υπηρεσίες είναι «μεγάλης» και ποιες είναι «χαμηλής διαγνωστικής ή θεραπευτικής αξίας». Ο περιορισμός της χρήσης αποτελεσματικής, προληπτικής και θεραπευτικής φροντίδας υγείας προκαλεί την ανάπτυξη σοβαρών παθήσεων, οι οποίες είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν στο στάδιο αυτό και έχουν μεγαλύτερο κόστος από ότι θα είχαν αν αντιμετωπίζονταν νωρίτερα (Hurley, 2013; Sharma, 2012; Smith, 2013). Αντίθετα, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, μειώνουν το μέγεθος του «ηθικού κινδύνου» αφού οι παθήσεις αντιμετωπίζονται νωρίτερα και έχουν μικρότερο κόστος από ότι θα είχαν αν αντιμετωπίζονταν σε μεταγενέστερο στάδιο. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι παραδοσιακές μορφές συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των υπηρεσιών που βασίζονται στην προθυμία του ασθενούς να πληρώσει το κόστος είναι λάθος. Έχουν ως αποτέλεσμα τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα να μειώσουν τη χρήση των υπηρεσιών με αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο της υγείας τους. Κάτω από την οπτική αυτή, η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών μειώνει αντί να αυξάνει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Hurley, 2013).

Μια άλλη αντίληψη που γίνεται όλο και πιο εμφανής τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες με καθολικά συστήματα υγείας, και δημόσια χρηματοδότηση, αναφέρεται στην συζήτηση για την χρηματοδότηση των διαφόρων υπηρεσιών από τα κρατικά κονδύλια. Για την υγεία διατίθενται μεγάλα κρατικά κονδύλια, τα οποία αποκόπτονται από άλλες υπηρεσίες όπως η παιδεία, οι συγκοινωνίες, οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και το περιβάλλον (Hurley, 2013). Στη σημερινή εποχή υπάρχει δυσκολία εξεύρεσης επιπλέον πόρων που να καλύπτουν τις συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία. Γι' αυτό η κάθε δαπάνη που γίνεται για την υγεία πρέπει να έχει τη μέγιστη δυνατή απόδοση (Smith, 2013).

Η κάλυψη μέρους του κόστους των υπηρεσιών από τους χρήστες αποτελεί μηχανισμό ελέγχου των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Αυτό επιβάλλει τουλάχιστον βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, ίση κατανομή του κόστους στην κοινωνία και κοινωνική αλληλεγγύη. Αυτή η αντίληψη δεν αποκλείει ενδιαφέρον για το φαινόμενο του «ηθικού κινδύνου», αλλά δίνει κίνητρα για διαφορετικές προσεγγίσεις στο σχεδιασμό πολιτικής που αφορά στη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Hurley, 2013).

Στα τέλη της δεκαετίας του '70, πραγματοποιήθηκε από ασφαλιστικούς φορείς στις ΗΠΑ το πείραμα ασφάλισης υγείας του οργανισμού RAND. Το πείραμα είχε σκοπό να διερευνήσει την ανταπόκριση των πολιτών σε διαφορετικές χρεώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Με τη μελέτη αξιολογήθηκαν η χρήση των υπηρεσιών, η κατάσταση υγείας και η ικανοποίηση των πολιτών με την επιβολή ή όχι σε κατηγορίες πληθυσμού διαφορετικών χρεώσεων για τις υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα απέδειξε ότι η χρήση των υπηρεσιών εξαρτάται από το ύψος της χρέωσης που επιβάλλεται στον ασθενή. Οι ασθενείς που έπρεπε να πληρώνουν περισσότερο, χρησιμοποίησαν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και όταν αυτές συνδέονταν με μεγάλη αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης της ασθένειας. Αυτό δείχνει ότι η αγορά υγείας, λειτουργεί ως οικονομική αγορά, αφού η ζήτηση υπηρεσιών υγείας μειώνεται όταν αυξάνονται οι τιμές, δηλαδή οι συμπληρωμές, και το αντίθετο. Η έρευνα δεν μπόρεσε να καταδείξει τις επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού - δείγματος, από τη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών. Επιπλέον δεν σημειώθηκε καμιά σημαντική αύξηση των εσόδων από την μερική κάλυψη του κόστους από τους ασθενείς. Γενικά από το πείραμα δεν τεκμηριώθηκε η ανάγκη επιβολής του μέτρου. Όμως, αυτές οι ενδείξεις αναφέρονται στα δεδομένα που υπήρχαν στην άσκηση της ιατρικής πριν από 35 χρόνια. Οι αλλαγές στην ιατρική πρακτική, όπως οι νέες θεραπείες για ασθένειες οι οποίες τότε δεν ήταν θεραπεύσιμες, η αύξηση στη συνταγογράφηση φαρμάκων, η ανάπτυξη της απεικονιστικής και διαγνωστικής τεχνολογίας και η ανάπτυξη της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, ίσως προκαλούν διαφοροποιήσεις στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και στις επιδράσεις στην υγεία των πολιτών από τη μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών (Chandra, Gruber and Mc Knight, 2010).

Στην Κύπρο από την 1^η Αυγούστου 2013 επιβλήθηκε η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη μορφή συμπληρωμών, για πρώτη φορά σε αυτή την έκταση, στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας. Συγκεκριμένα επιβλήθηκαν τα πιο κάτω τέλη για υπηρεσίες που παρέχουν τα κρατικά νοσηλευτήρια:

- Όλοι οι ασθενείς που είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας και επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλουν το ποσό των €3 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και οδοντίατρο και το ποσό των €6 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό.
- Επιπρόσθετα καταβάλλουν τέλος €0,50 για κάθε χορηγούμενο φάρμακο και για κάθε εργαστηριακή εξέταση με μέγιστη δυνατή χρέωση τα €10 ανά συνταγή φαρμάκων ή ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων αντίστοιχα.
- Ασθενείς οι οποίοι δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας εξακολουθούν να έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλοντας €15 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και οδοντίατρο και €30 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό.
- Τα ΤΑΕΠ παρέχουν υπηρεσίες σε οποιονδήποτε πολίτη τα έχει ανάγκη. Οι ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΑΕΠ καταβάλλουν το ποσό των €10 ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν, με εξαίρεση κάποιες ευάλωτες κατηγορίες πολιτών όπως οι λήπτες δημοσίου βοηθήματος, οι στρατιώτες, οι ανάπηροι αγώνων, οι ένοικοι συγκεκριμένων ιδρυμάτων κλπ (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, www.moh.gov.cy).

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση και καταγραφή των στάσεων και απόψεων των ασθενών και η αξιολόγηση των επιπτώσεων σχετικά με την επιβολή συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. Για τον σκοπό της εργασίας, ετοιμάστηκε δομημένο ερωτηματολόγιο 33 ερωτήσεων που απαντήθηκε από 291 ασθενείς-χρήστες του δημόσιου συστήματος υγείας. Μέσα από τις απαντήσεις αποτυπώθηκαν οι απόψεις και αντιδράσεις των ασθενών σχετικά με τις συμπληρωμές, όπως αυτές έχουν επιβληθεί στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο από τον Αύγουστο του 2013.

Τα ευρήματα από την ανάλυση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο φώτισαν σε κάποιο βαθμό και για πρώτη φορά το θέμα των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. Μέσα από τη συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων των ασθενών καταγράφηκαν οι στάσεις και οι απόψεις τους σχετικά με τις συμπληρωμές ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον, τα ευρήματα μπορούν να αποτελέσουν οδηγό για το ύψος των συμπληρωμών που πιθανόν να επιβληθούν μελλοντικά και σε άλλες υπηρεσίες υγείας ή σχεδιάζεται να επιβληθούν με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, προσφέροντας υλικό στους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας στο Υπουργείο Υγείας και τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Τέλος, τα ευρήματα συγκρίθηκαν με εκείνα άλλων σχετικών ερευνών, αφού υπάρχει επ' αυτού πλούσια διεθνής εμπειρία.

2. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

Σε πολλές χώρες έχει καθιερωθεί η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος ως μέτρο περιορισμού της άσκοπης και αχρείαστης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, αλλά και ως μέσο για την συγκέντρωση επιπλέον οικονομικών πόρων στο σύστημα υγείας. Στην συνέχεια θα εξετάσουμε τη διεθνή εμπειρία από την εφαρμογή της πολιτικής της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος σε τρεις τομείς των υπηρεσιών υγείας: στην πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας, στην επαφή του ασθενούς με άλλες δομές του συστήματος υγείας και στην προμήθεια φαρμάκων.

2.1 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας

Στην Αυστρία, από το 2006 οι ασθενείς πληρώνουν το ποσό των €10 για έκδοση της ετήσιας ηλεκτρονικής ταυτότητας νοσηλείας που επιτρέπει την πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ στις οποίες περιλαμβάνονται και οι υπηρεσίες που παρέχονται από φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και ψυχολόγους. Υπάρχουν εξαιρέσεις για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες συμμετέχουν με ποσοστό 14% στο κόστος των υπηρεσιών (Observatory, 2013).

Στο Βέλγιο, η συμμετοχή στο κόστος είναι διαφορετική για κάθε υπηρεσία και είναι ίση για όλους τους ασθενείς. Οι ασθενείς συμμετέχουν στο κόστος της επίσκεψης σε γενικό γιατρό κατά 25% ενώ συμμετέχουν κατά 35% στο κόστος της κατ'οίκον επίσκεψης. Για επίσκεψη σε ειδικούς γιατρούς, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ποδολόγους και διαιτολόγους το ποσοστό συμμετοχής ανέρχεται στο 40% του κόστους. Υπάρχουν εξαιρέσεις για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού με εισοδηματικά κριτήρια (Observatory, 2010).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο (Observatory, 2011), την Ισπανία (Observatory, 2010), και την Ιταλία (Observatory, 2014), δεν υπάρχει συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος κατά την πρώτη επίσκεψη σε γενικούς γιατρούς. Στην Ελλάδα μέχρι το 2011 δεν υπήρχε συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος κατά την επαφή του με την ΠΦΥ. Από το 2011 θεσπίστηκε εισιτήριο €5 στις μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ με εξαίρεση τους χρονίως πάσχοντες ασθενείς (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Στην Ολλανδία, από το 2009 στο βασικό σχέδιο ασφάλισης υγείας επιβλήθηκε υποχρεωτικό αφαιρετέο ποσό €155 για όλα τα άτομα άνω των 18 ετών. Το αφαιρετέο ποσό περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες υγείας με εξαίρεση τις υπηρεσίες γενικής ιατρικής, μαιευτικής και οδοντιατρικής για όλα τα άτομα κάτω των 22 ετών. Το αφαιρετέο ποσό έχει σκοπό να περιορίσει την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Συμπληρωματικά υπάρχει και εθελοντική συμμετοχή με αφαιρετέο ποσό που κυμαίνεται μεταξύ €100 και €500 ανά έτος. Ισχύουν οι ίδιες εξαιρέσεις όπως και στο υποχρεωτικό (Observatory, 2010).

Στη Γερμανία, το 2004 επιβλήθηκε συμμετοχή για ενήλικες άνω των 18 ετών, για επισκέψεις σε οικογενειακό γιατρό και οδοντίατρο. Η συμμετοχή ανέρχεται σε €10 ανά επίσκεψη (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Στη Γαλλία υπάρχει συμμετοχή στο κόστος επίσκεψης σε γενικούς και ειδικούς γιατρούς κατά 30%, όπως επίσης και για την οδοντιατρική περίθαλψη. Το ποσοστό συμμετοχής για εργαστηριακές εξετάσεις ανέρχεται στο 40% του κόστους (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, et al., 2010). Στην Πορτογαλία υπάρχει συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της επίσκεψης σε γενικό και ειδικό γιατρό καθώς και για επίσκεψη στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Observatory, 2011).

Στη Σουηδία το ποσοστό συμμετοχής στο κόστος της επίσκεψης σε γενικό γιατρό αποφασίζεται από το τοπικό συμβούλιο και κυμαίνεται μεταξύ €1 και €22, ενώ για επίσκεψη κατ' οίκον η συμμετοχή κυμαίνεται μεταξύ €11 και €35. Για την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας οι ασθενείς χρεώνονται με €333 ενώ το υπόλοιπο επιδοτείται μερικώς. Στις περισσότερες περιφέρειες υπάρχουν εξαιρέσεις για τα άτομα κάτω των 20 ετών (Anell, Glenngard and Merkurs, 2012).

Στη Δανία, οι πολίτες συμμετέχουν στο κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης, της φυσιοθεραπείας, των υπηρεσιών που παρέχονται από ψυχολόγους και στο κόστος άλλων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με εξαίρεση το κόστος της επίσκεψης σε γενικό γιατρό (Observatory, 2012).

Στην Ιρλανδία, οι πολίτες που είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας δεν συμμετέχουν στο κόστος που αφορά επισκέψεις στους γενικούς γιατρούς, οδοντιατρική περίθαλψη, υπηρεσίες οπτικών και αγορά ιατρικών συσκευών. Οι πολίτες που δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας συμμετέχουν στο κόστος των υπηρεσιών γενικού γιατρού μέχρι €90 μηνιαίως. Συμμετέχουν επίσης σε ολόκληρο το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης, των υπηρεσιών οπτικών και της αγοράς ιατρικών συσκευών. Λειτουργούν επίσης σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, τα οποία πληρώνουν μέρος του κόστους των υπηρεσιών. Υπάρχουν υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από κανένα ασφαλιστικό σχήμα και οι πολίτες καταβάλλουν ολόκληρο το κόστος (Observatory, 2009).

Στην Φιλανδία, οι Κομτείες είναι υπεύθυνες για την παροχή ΠΦΥ και είναι ελεύθερες ως προς τις χρεώσεις που θα επιβάλουν στον πολίτη χωρίς να υπερβούν το όριο που κεντρικά ορίζεται ανά έτος. Λειτουργεί επίσης σχήμα εθνικής ασφάλισης υγείας σε γενικούς γιατρούς, που καλύπτει μέρος της βασικής αμοιβής των ιδιωτών γιατρών συν επιπλέον πληρωμές. (Observatory, 2008).

Στην Νορβηγία, η συμμετοχή στο κόστος της επίσκεψης σε γενικό και ειδικό γιατρό το 2012 ανερχόταν στα €24 και €41 αντίστοιχα. Η συμμετοχή στο κόστος της επίσκεψης στα εξωτερικά

ιατρεία των νοσοκομείων ήταν €29. Υπήρχαν εξαιρέσεις για συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών, για ασθενείς που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, για ασθενείς μετά από εργατικά ατυχήματα και για τα παιδιά (Observatory, 2013).

2.2 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά την επαφή του ασθενούς με άλλες δομές του συστήματος υγείας

Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης έχει σκοπό να μειώσει τις μέρες νοσηλείας, να μειώσει τις δαπάνες υγείας και να συμβάλει στην ορθολογική χρήση της ακριβής τεχνολογίας και υπηρεσιών. Η συμμετοχή στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα δεν έχει εφαρμοστεί σε όλες τις χώρες.

Χώρες όπως η Ισπανία, η Ελλάδα (Observatory, 2010), η Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο (Observatory, 2011) και η Ιταλία (Observatory, 2014) δεν απαιτούν συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Στην Αυστρία, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο συμμετέχουν στο κόστος της νοσηλείας με ποσό €10 την ημέρα ή συμμετέχουν στο κόστος νοσηλείας με ποσοστό 10% με όριο τις 28 μέρες για κάθε έτος. Υπάρχουν εξαιρέσεις για τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τους δωρητές οργάνων (Observatory, 2013).

Στην Ιρλανδία, η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία παρέχεται δωρεάν στους ασθενείς που είναι κάτοχοι κάρτας νοσηλείας. Οι ασθενείς που δεν είναι κάτοχοι κάρτας νοσηλείας καταβάλλουν το ποσό των €66 για νοσηλεία και ημερήσια περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία με ανώτατο όριο τα €660 ετησίως. Η ίδια χρέωση ισχύει και για αυτούς που επισκέπτονται τα Τμήματα Επειγόντων χωρίς παραπομπή από γενικό γιατρό. Υπάρχουν εξαιρέσεις για ασθενείς που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, γι' αυτούς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες μαιευτήρα και για παιδιά (Observatory, 2009).

Στο Βέλγιο, σε μια προσπάθεια δίκαιης κατανομής υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζεται σύστημα χρεώσεων ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας και την υπαγωγή του ασθενούς ή μη σε ειδικές κατηγορίες. Στα άτομα που δεν ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού επιβάλλονται μεγαλύτερες χρεώσεις (Observatory, 2010).

Στη Δανία παρόλο που δεν απαιτείται συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, από την 1^η Ιανουαρίου 2011 έχει επιβληθεί συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των θεραπειών που αφορούν προβλήματα στειρότητας και γονιμότητας καθώς και για εξωσωματικές θεραπείες (Observatory, 2012).

Στη Σουηδία ποσοστό συμμετοχής για νοσοκομειακή φροντίδα αποφασίζεται από το τοπικό συμβούλιο, και το μέσο κόστος ανέρχεται σε € 9 ανά μέρα. Στις περισσότερες Περιφέρειες υπάρχουν εξαιρέσεις για τα άτομα κάτω των 20 ετών (Anell, Glenngard and Merkurs, 2012).

Στη Γερμανία, οι ασθενείς πληρώνουν €10 ανά ημέρα, αν νοσηλευτούν στο νοσοκομείο από 1 έως 28 ημέρες ανά έτος (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013). Στη Φιλανδία, οι ασθενείς καταβάλλουν το ποσό των €26 ημερησίως για νοσηλεία σε γενικό νοσοκομείο, ενώ για νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα καταβάλλεται το ποσό των €12. Στα ποσά αυτά συμπεριλαμβάνονται τα κόστη της θεραπείας, των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, της φαρμακευτικής αγωγής και των γευμάτων (Observatory, 2008).

Στη Νορβηγία, η νοσηλεία στα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία που είναι συμβλημένα με τις τοπικές αρχές παρέχεται δωρεάν. Επίσης δωρεάν παρέχονται οι υπηρεσίες ημερησίας φροντίδας και ημερήσιου χειρουργείου σε νοσοκομείο, οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και οι προληπτικές υπηρεσίες όπως οι εμβολισμοί παιδιών (Observatory, 2013).

Στη Γαλλία, οι ασθενείς συμμετέχουν στο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης με ποσοστό 20% ενώ συμμετέχουν κατά 40% στο κόστος της νοσηλευτικής φροντίδας (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, et al., 2010).

2.3 Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, κατά την προμήθεια φαρμάκων

Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος του φαρμάκου έχει καθιερωθεί σε πολλές χώρες. Έχει σκοπό τη μείωση της αλόγιστης και ανορθολογικής κατανάλωσης φαρμάκων και συνακόλουθα τη συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Στην Αυστρία, οι ασθενείς πληρώνουν €5,15 για κάθε συνταγή που εκτελείται. Υπάρχουν εξαιρέσεις για τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Observatory, 2013).

Στη Βρετανία, από τον Απρίλιο του 2010 έχει καθιερωθεί ενιαία τιμή £7,20 για κάθε φάρμακο. Υπάρχουν εξαιρέσεις για διάφορες κατηγορίες του πληθυσμού με αποτέλεσμα το 50% του πληθυσμού να εξαιρείται από τις χρεώσεις. Οι ασθενείς που χρειάζονται μεγάλες ποσότητες φαρμάκων μπορούν να αγοράσουν προπληρωμένα κουπόνια συνταγογράφησης για περίοδο 3 ή 12 μηνών, με τα οποία μπορούν να αγοράζουν απεριόριστα φάρμακα χωρίς επιπλέον χρέωση την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το κόστος των κουπονιών για τρεις μήνες είναι £28,25 και £104 για 12 μήνες (Observatory, 2011).

Στη Γερμανία, με κάποιες εξαιρέσεις, υπάρχει συμμετοχή που κυμαίνεται από € μέχρι €10 για κάθε κουτί φάρμακα που συνταγογραφείται εκτός νοσοκομείου (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Στη Σουηδία, οι ασθενείς χρεώνονται το συνολικό κόστος των φαρμάκων έως του ποσού των €122. Στις περισσότερες περιφέρειες υπάρχουν εξαιρέσεις για τα άτομα κάτω των 20 ετών (Anell, Glenngard and Merkurs, 2012).

Στη Γαλλία, τα πολύ ακριβά φάρμακα και εκείνα για σοβαρές χρόνιες ασθένειες, αποζημιώνονται πλήρως. Για τα υπόλοιπα υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη μέχρι 85%. Οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού εξαιρούνται της συμμετοχής στο κόστος, ενώ μεγάλο μέρος του πληθυσμού καταβάλλει ένα ποσό, μέσω συμπληρωματικών μορφών ασφάλισης υγείας (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, et al., 2010).

Στην Ιταλία, οι ασθενείς πληρώνουν το ποσό των €10 για κάθε συνταγή. Υπάρχουν εξαιρέσεις που αφορούν τους άνεργους, τα άτομα άνω των 65 ετών, τους χρόνιους ασθενείς, τα άτομα με αναπηρίες, τις εγκύους και τα παιδιά κάτω των 6 ετών (Observatory, 2014).

Στο Βέλγιο από το 1995, έχει καθιερωθεί μια ενιαία τιμή συμμετοχής στο κόστος των γενικών φαρμάκων ενώ έχει καθιερωθεί ένα σύστημα διαβαθμίσεων συμμετοχής για ορισμένες κατηγορίες του πληθυσμού (Observatory, 2010).

Στην Ισπανία, οι ασθενείς κάτω των 65 ετών συμμετέχουν στο κόστος κατά 40% της λιανικής τιμής πώλησης. Οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές αναπηρίες απαλλάσσονται πλήρως από τη συμμετοχή στο κόστος του φαρμάκου. Για τους χρόνιους ασθενείς η συμμετοχή στο κόστος είναι κατά 10% (Observatory, 2010).

Στη Δανία, τα φάρμακα που παρέχονται στα νοσοκομεία δεν χρεώνονται, αλλά οι πολίτες συμμετέχουν στο κόστος των φαρμάκων κατά 15%, 25%, 40% και 50%. Για να μην υπάρξει χρέωση των φαρμάκων, θα πρέπει ο γιατρός να κρίνει το συγκεκριμένο φάρμακο ως απαραίτητο για την υγεία του ασθενούς. Εφαρμόζονται επίσης εισοδηματικά κριτήρια για τη χρηματοδότηση ή μη των φαρμακευτικών δαπανών (Observatory, 2012).

Στην Ιρλανδία, οι πολίτες που είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας δεν συμμετέχουν στο κόστος του φαρμάκου. Οι πολίτες που δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας λαμβάνουν φάρμακα κάτω από το σχήμα πληρωμής φαρμάκων και πληρώνουν μέχρι €90 κάθε μήνα. Δικαιούνται επίσης μειωμένη τιμή μέχρι και 50% του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Observatory, 2009).

Στην Νορβηγία, οι ασθενείς πληρώνουν μέχρι €70 στο κόστος των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στη «μπλε λίστα». Το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δεν περιλαμβάνονται στη «μπλε λίστα» και το κόστος των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων πληρώνεται ολόκληρο από τους ασθενείς. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία

παρέχονται δωρεάν και το κόστος τους καταβάλλεται από τις κομητείες και τις τοπικές αρχές (Observatory, 2013).

Στην Πορτογαλία, από το 1995, έχει καθιερωθεί σύστημα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος. Για φάρμακα που είναι απαραίτητα για την επιβίωση του ασθενούς ή/και σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες ή ανήκουν στα φάρμακα που χρηματοδοτούνται πλήρως από το σύστημα υγείας δεν υπάρχει συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος. Για φάρμακα που αφορούν σοβαρές ασθένειες οι οποίες απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία η συμμετοχή είναι κατά 15%. Για φάρμακα που αποδεδειγμένα έχουν θεραπευτική αξία αλλά δεν εξαρτάται η επιβίωση του ασθενούς από τη μη παροχή αυτών, η συμμετοχή είναι κατά 45%. Για φάρμακα που δεν έχουν αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία, ο πολίτης αναλαμβάνει το συνολικό κόστος (Observatory, 2011).

Στη Φινλανδία, οι ασθενείς χρηματοδοτούνται κατά 42% για την αγορά φαρμάκων εφόσον εντάσσονται στη ομάδα χρηματοδότησης που καθορίζει η ασφάλιση υγείας. Οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα χρηματοδοτούνται κατά 72% ή/και 100% για αγορά φαρμάκων. Υπάρχει ανώτατο όριο για τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος φαρμάκων/έτος. Το όριο αυτό ανερχόταν στα €627,47 το 2007. Σε περίπτωση που το κόστος των φαρμάκων υπερκεραστεί, το καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία με εξαίρεση τα φάρμακα για τα οποία υπάρχει αφαιρετέο ποσό €1,50 για κάθε συνταγή (Observatory, 2008).

Στην Κύπρο δεν υπήρχε μέχρι πρόσφατα καθιερωμένο σύστημα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των υπηρεσιών για τους δικαιούχους δωρεάν περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας (Observatory, 2014). Από την 1^η Αυγούστου 2013 επιβλήθηκε η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη μορφή συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ως προσπάθεια αύξησης των κρατικών εσόδων, στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας.

2.4 Συμπεράσματα από την διεθνή εμπειρία

Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος δεν αποτελεί ισχυρό εργαλείο πολιτικής, ούτε για τη συγκράτηση του κόστους ούτε για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο βασικός λόγος αύξησης των δαπανών της υγειονομικής φροντίδας είναι το φαινόμενο του «ηθικού κινδύνου» (Hurley, 2013). Άλλος σοβαρός λόγος είναι η «προκλητή ζήτηση» υπηρεσιών από τους παροχείς τους (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013). Έτσι, η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος θα μειώσει την κατανάλωση από την πλευρά του χρήστη αλλά μια τέτοια μείωση δεν είναι αποτελεσματική στη συγκράτηση του κόστους. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις προκλητής ζήτησης από τους γιατρούς. Αφού αυτή προκαλείται από τους γιατρούς, αυτοί θα συνεχίσουν να την προκαλούν έστω και αν ξέρουν ότι θα επιβαρύνεται οικονομικά ο ασθενής (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Η καταλληλότητα και τα πιθανά αποτελέσματα του μέτρου εξαρτώνται από τις υπηρεσίες στις οποίες εφαρμόζεται και το ευρύτερο πλαίσιο του συστήματος αμοιβής των προμηθευτών. Η εφαρμογή της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος ως εργαλείου ελέγχου της ζήτησης έχει

νόημα μόνον όταν εφαρμόζεται στις υπηρεσίες με τις οποίες ο πολίτης έρχεται σε πρώτη επαφή. Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι γενικοί γιατροί διαδραματίζουν τον ρόλο των «gatekeepers» αφού αποτρέπουν την άσκοπη πρόσβαση ασθενών στην δευτεροβάθμια και πιο ακριβή ιατρική περίθαλψη (Ros, Groenewegen, Delnoij, 2000). Για τις υπηρεσίες στις οποίες ο ασθενής παραπέμπεται, η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος έχει μικρή επίδραση στη χρήση και επομένως μικρή σημασία από πλευράς αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Το ποσοστό της συμμετοχής στο κόστος είναι συνήθως χαμηλό για να αποτρέψει επαρκώς τη χρήση. Εναλλακτικά, αν ανέλθει σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο (όπως στη Γαλλία) οι ενδιαφερόμενοι είναι πιθανόν να προσφύγουν σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας προκειμένου να καλύψουν την επιβάρυνση, με συνέπεια αυτό το μέτρο να έχει μικρή επίπτωση στη χρήση (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Στην πραγματικότητα όλες οι χώρες της Ε.Ε χρησιμοποιούν τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος προκειμένου να ελέγξουν τις δαπάνες της φαρμακευτικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι περισσότερες από αυτές χρησιμοποιούν επίσης το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος για τη συγκράτηση της ζήτησης τόσο των εξωνοσοκομειακών όσο και των νοσοκομειακών υπηρεσιών, είτε αυξάνοντας την ήδη υπάρχουσα συμμετοχή είτε εισάγοντάς την για πρώτη φορά σε υπηρεσίες που παλαιότερα παρέχονταν δωρεάν, ιδιαίτερα κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 και τη δεκαετία του '90 (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Παρόλα αυτά, η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος δεν αποτελεί τον σημαντικό μηχανισμό ελέγχου των δαπανών υγείας. Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος αυξάνεται όταν η οικονομική κατάσταση χειροτερεύει και μειώνεται όταν βελτιώνεται η κατάσταση της οικονομίας (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013). Στη Γαλλία, το 83% του πληθυσμού έχει ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας, η οποία καλύπτει όλη ή ποσοστό της επιβάρυνσης του ασθενούς, μειώνοντας τα αποτελέσματα του μέτρου (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013). Στη Σουηδία, τη Φιλανδία και τη Δανία, η συμμετοχή στο κόστος έχει παίξει ένα πιο σημαντικό ρόλο, κυρίως ως μέτρο συγκέντρωσης εσόδων. Στις δυο πρώτες χώρες, οι ίδιες πληρωμές αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90, αλλά η μείωση του αριθμού των υπηρεσιών που αποζημιώνονται ίσως συνέβαλε περισσότερο σ' αυτήν την τάση. Στην Πορτογαλία, από εμπειρικές μελέτες, διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας ήταν αμελητέα. Στη Φιλανδία η μείωση των δαπανών είχε περισσότερο σχέση με τη μείωση της προσφοράς παρά με παράγοντες που αφορούν στη ζήτηση. Στη Γερμανία, στις υπηρεσίες όπου επεκτάθηκε η συμμετοχή στο κόστος, οι δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Η μειωμένη συμμετοχή ή η απαλλαγή από το μέτρο με βάση εισοδηματικά κριτήρια ποικίλει μεταξύ των κρατών της Ε.Ε. Κάποια Κράτη- Μέλη όπως η Σουηδία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Φιλανδία, η Ιρλανδία και η Ολλανδία, έχουν εισαγάγει σχήματα προστασίας του εισοδήματος,

θεσπίζοντας όρια σε κάθε μορφή συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013).

Γενικά, το περιθώριο για αυξήσεις της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας ως μέτρου ελέγχου του κόστους στην Ε.Ε., φαίνεται να είναι εξαιρετικά περιορισμένο (Mossialos and Le Grand, 1997).

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση και καταγραφή των στάσεων και απόψεων των ασθενών και η αξιολόγηση των επιπτώσεων σχετικά με την επιβολή συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. Μέσα από τη συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών είναι πιθανόν να τεκμηριωθεί διεύρυνση των ανισοτήτων πρόσβασης μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, όπως πχ. οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι συνταξιούχοι. Επιπλέον, τα ευρήματα μπορούν να αποτελέσουν οδηγό για το ύψος των συμπληρωμών που πιθανόν να επιβληθούν μελλοντικά και σε άλλες υπηρεσίες υγείας ή σχεδιάζονται να επιβληθούν με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, προσφέροντας υλικό στους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας στο Υπουργείο Υγείας και τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι συγχρονική και έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου με τυχαίο δείγμα ασθενών. Για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Η έρευνα διεξήχθη στα εξωτερικά ιατρεία και το Τ.Α.Ε.Π του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου μεταξύ 14 Απριλίου και 27 Ιουνίου 2014.

3.1 Ερευνητικό Εργαλείο

Για τον σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (παράρτημα 1), το οποίο ετοιμάστηκε από τον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μάμα Θεοδώρου σε συνεργασία με τους μεταπτυχιακούς φοιτητές που εκπόνησαν την μελέτη. Μέσα από το ερωτηματολόγιο καταγράφηκαν οι στάσεις οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την επιβολή των συμπληρωμών.

Πριν τον έλεγχο περιεχομένου του ερωτηματολογίου, έγινε πιλοτική εφαρμογή του. Συμπληρώθηκαν 30 ερωτηματολόγια, από τα οποία διαπιστώθηκε η ανάγκη για κάποιες διορθώσεις.

Πιο συγκεκριμένα έγιναν οι εξής διορθώσεις:

Στο μέρος Α', που περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στα Κοινωνικό-Δημογραφικά Στοιχεία των Ασθενών προστέθηκε η ερώτηση 7, στην οποία ο ασθενής δήλωνε τον αριθμό των ατόμων που έμεναν μαζί στο ίδιο σπίτι. Στην ερώτηση 8, που αφορούσε στο καθαρό οικογενειακό εισόδημα, έπρεπε να απαντηθεί πόσα λεφτά μπαίνουν στο σπίτι, από όλους όσους έμεναν μαζί στο ίδιο σπίτι και όχι μόνο από τον πατέρα και τη μητέρα αλλά και από κάποιο παιδί που μπορούσε να δουλεύει, το οποίο συμπεριέλαβαν στα άτομα που έμεναν μαζί στο ίδιο σπίτι.

Από το μέρος Γ', που περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στην Γνώση και Αντίληψη Ασθενών για τα Τέλη, διαγράφηκε η ερώτηση 20, με την οποία ο ασθενής απαντούσε αν με βάση την οικονομική του κατάσταση, θεωρούσε ότι το ποσό των χρημάτων που έπρεπε να πληρώσει ήταν για εκείνο απαγορευτικό. Θεωρήθηκε ότι το ερώτημα αυτό απαντιόταν από την προηγούμενη ερώτηση.

Στο μέρος Δ', που περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στην Χρήση Υπηρεσιών Υγείας προστέθηκαν η ερώτηση 32, με την οποία ο ασθενής απαντούσε αν μπορούσε να βελτιώσει κάτι στο σύστημα υγείας, είτε διορθώνοντας, είτε προσθέτοντας κάτι καινούργιο ποιο θα ήταν αυτό. Προστέθηκε επίσης η ερώτηση 33, με την οποία ο ασθενής απαντούσε αν ήταν διατεθειμένος κάθε φορά που επισκέπτεται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνει κάποιο ποσό από το εισόδημα του για να γίνει αυτό που εισηγείται στην ερώτηση 32.

Έγιναν επίσης αλλαγές στη διατύπωση κάποιων ερωτήσεων έτσι ώστε να είναι πιο κατανοητές από τους ασθενείς.

Το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελούσαν 33 ερωτήσεις καταναμημένες σε τέσσερα μέρη:

A. Κοινωνικό-Δημογραφικά Στοιχεία. 11 ερωτήσεις

B. Επίπεδο Υγείας. 4 ερωτήσεις

Γ. Γνώση και Αντίληψη Ασθενών για τα Τέλη. 13 ερωτήσεις από τις οποίες οι 7 ερωτήσεις ήταν με τη μορφή κλίμακας Likert.

Δ. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας. 5 ερωτήσεις.

Αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert για την αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν 0,83 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο ασθενείς άνω των 18 ετών. Αν ο ασθενής-ερωτώμενος δεν ήταν δικαιούχος περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, η συνέντευξη διακοπτόταν στην ερώτηση 10 (μετά τη συμπλήρωση των Κοινωνικό- Δημογραφικών Στοιχείων).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη με τον ασθενή-ερωτώμενο. Κοιτάζοντας τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια του πιλοτικού διαπιστώθηκε ότι ένας ασθενής δεν μπορούσε από μόνος να τα συμπληρώσει. Έκανε λάθη εκεί όπου δεν καταλάβαινε, βαριόταν να κάνει ιεράρχηση στις ερωτήσεις που το απαιτούσαν κλπ. Με τη συνέντευξη όλα αυτά μπορούσαν να επισημαίνονται και να προλαμβάνονται.

3.2 Δείγμα και δειγματοληψία

Συμπληρώθηκαν 291 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 245 από ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων και τα υπόλοιπα 46 από ασθενείς του Τ.Α.Ε.Π του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου.

Παρά το ότι έγινε προσπάθεια για να υπάρχει κάποια ισορροπία μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά και των ηλικιακών ομάδων, εντούτοις το δείγμα ήταν τυχαίο. Στην έρευνα συμμετείχαν 144 άνδρες και 147 γυναίκες. Στην πλειοψηφία τους είχαν ηλικία άνω των 50 ετών

Το 91,1% των ασθενών ήταν Ελληνοκύπριοι και το 8,9% αλλοδαποί. Το χαμηλό ποσοστό των αλλοδαπών στο δείγμα οφείλεται στο ότι αρκετοί δεν είχαν επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας για να μπορούν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις και να δώσουν απαντήσεις.

3.3 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος).

Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) και ο έλεγχος Mann-Whitney (Mann-Whitney test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (χ^2 trend test).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 21,0 (Statistical Package for Social Sciences).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Έχει ήδη αναφερθεί ότι το δείγμα συγκροτήθηκε από 291 ασθενείς με δικαίωμα περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Το 50,5% των ασθενών ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία ήταν 54,6 έτη, το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 1985 €, το 74,9% ήταν έγγαμοι, το 91, 1% ήταν Ελληνοκύπριοι, το 84,2% προέρχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου και το 96,9% διέμεναν μόνιμα στην Πάφο.

Το 37,1% των ασθενών ήταν υπάλληλοι, το 36,8% συνταξιούχοι, το 27,1% ήταν απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου και το 26,1% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το 68,4% των ασθενών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγεία, ενώ το 31,6% δήλωσαν μέτρια/λίγο/καθόλου/ικανοποιημένοι.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρες	144 (49,5)
Γυναίκες	147 (50,5)
Ηλικία	54,6 (15,7) ^a
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμοι	218 (74,9)
Άγαμοι	35 (12,0)
Διαζευγμένοι	21 (7,2)
Χήροι	17 (5,8)
Υπηκοότητα	
Ελληνοκύπριοι	265 (91,1)
Ευρωπαϊκή ένωση	22 (7,6)
Άλλη	4 (1,4)
Μονάδα υγείας	
Γενικό νοσοκομείο Πάφου	245 (84,2)
Τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών Πάφου	46 (15,8)
Επαρχία μόνιμης διαμονής	
Πάφος	282 (96,9)
Λεμεσός	6 (2,1)
Λάρνακα	2 (0,7)
Λευκωσία	1 (0,3)
Επαγγελματική κατάσταση	
Δημόσιοι υπάλληλοι	66 (22,7)
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	42 (14,4)

Αυτοεργοδοτούμενοι	13 (4,5)
Συνταξιούχοι	107 (36,8)
Οικιακά	16 (5,5)
Φοιτητές, στρατιώτες	5 (1,7)
Άνεργοι	42 (14,4)
Άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι	3 (1,4) ^a
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	1985 (1718) ^a
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	27 (9,3)
Απόφοιτοι Δημοτικού	35 (12,0)
Απόφοιτοι Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	29 (10,0)
Απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	79 (27,1)
Μεταλκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)	23 (7,9)
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	76 (26,1)
Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)	22 (7,6)
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας	
Πολύ	70 (24,1)
Αρκετά	129 (44,3)
Μέτρια	77 (26,5)
Λίγο	8 (2,7)
Καθόλου	7 (2,4)

^a μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

4.2 Χαρακτηριστικά που αφορούσαν την υγεία

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα ευρήματα σχετικά με την αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας, τη λήψη φαρμάκων το είδος του προβλήματος υγείας και τη χρονιότητα του.

Το 62,4% των ασθενών χαρακτήρισε την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή και το 37,6% ως μέτρια/κακή/πολύ κακή. Το 60,2% είχαν χρόνια πρόβλημα υγείας και το 59,1% λάμβαναν φάρμακα /θεραπεία σε τακτική βάση. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν καρδιαγγειακά (35,7%), παθολογικά (26,8%) και ενδοκρινολογικά (19,6%).

Πίνακας 2. Η υγεία των ατόμων του δείγματος

Χαρακτηριστικό	N (%)
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	
Πολύ καλή	60 (20,7)
Καλή	121 (41,7)
Μέτρια	93 (32,1)
Κακή	14 (4,8)
Πολύ κακή	2 (0,7)
Λήψη φαρμάκων/θεραπείας σε τακτική βάση	
Όχι	115 (40,1)

Ναι	172 (59,1)
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	
Όχι	115 (39,8)
Ναι	174 (60,2)
Πρόβλημα υγείας	
Παθολογικό	78 (26,8)
Καρδιαγγειακό	104 (35,7)
Πνευμονολογικό	14 (4,8)
Αιματολογικό	2 (0,7)
Νεφρολογικό-ουρολογικό	16 (5,5)
Νευρολογικό	14 (4,8)
Ενδοκρινολογικό	57 (19,6)
Ωτορινολαρυγγολογικό	3 (1,0)
Οφθαλμολογικό	3 (1,0)
Ογκολογικό	5 (1,7)
Ψυχιατρικό	4 (1,4)

4.3 Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη

Στους πίνακες 3-8 παρουσιάζονται οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη.

Το 99% των ασθενών δήλωσαν πως γνωρίζουν ότι από την 1^η Αυγούστου του 2013 πρέπει να καταβάλλονται κάποια χρήματα (ένσημα/τέλη) σε κάθε επίσκεψη σε γιατρούς του δημοσίου, (πίνακας 3).

Το 87% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου και το 13% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 24,3% (n=9) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 10€ (πίνακας 3) .

Το 89,8% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ και το 10,2% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 6,9% (n=2) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 3€.

Το 81,3% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ. και το 18,7% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 18,9% (n=10) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 6€.

Το 83,5% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε φάρμακο που γράφει ο γιατρός και το 16,5% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 14,9% (n=7) πως το ποσό είναι 0,5€.

Το 66,2% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που γράφει ο γιατρός και το 33,8% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 31,3% (n=30) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5€.

Επτά ασθενείς δήλωσαν πως εξαιρέθηκαν από την καταβολή του ποσού για τις Πρώτες Βοήθειες και δυο ασθενείς για τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Το 24,9% των ασθενών δήλωσαν πως το πόσο των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι υψηλό/ πολύ υψηλό και το 75,1% δήλωσαν πως το ποσό είναι πολύ χαμηλό/ χαμηλό /μέτριο. Το 8,9% δανείστηκαν χρήματα προκειμένου να καταβάλουν τα τέλη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 3. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Γνώση ότι από την 1η Αυγούστου του 2013 πρέπει να καταβάλλονται κάποια χρήματα (ένσημα/τέλη) σε κάθε επίσκεψη σε γιατρούς του δημοσίου	
Όχι	3 (1,0)
Ναι	285 (99,0)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου	
Όχι	37 (13,0)
Ναι	248 (87,0)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	
Όχι	29 (10,2)
Ναι	256 (89,8)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	
Όχι	53 (18,7)
Ναι	231 (81,3)
Γνώση του ποσού για κάθε φάρμακο που γράφει ο γιατρός	
Όχι	47 (16,5)
Ναι	237 (83,5)
Γνώση του ποσού για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που γράφει ο γιατρός	
Όχι	96 (33,8)
Ναι	188 (66,2)
Εξαίρεση για τον οποιοδήποτε λόγο από τις παραπάνω πληρωμές	
Όχι	276 (96,8)
Ναι	9 (3,2)
Αυτοεκτίμηση πως το πόσο των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι	
Πολύ υψηλό	25 (8,8)
Υψηλό	46 (16,1)
Μέτριο	167 (58,6)
Χαμηλό	37 (13,0)
Πολύ χαμηλό	10 (3,5)

Το 80,9% των ασθενών δήλωσαν πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών, (πίνακας 4). Κατά φθίνουσα σειρά και ξεκινώντας από την ομάδα με το μεγαλύτερο ποσοστό, η κατάταξη αυτών που πρέπει να εξαιρούνται από την καταβολή των τελών ήταν η εξής:

- Άνεργοι (99,1%).
- Χαμηλοσυνταξιούχοι και άτομα με χαμηλά εισοδήματα (98,7%).

- Άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και άτομα με σοβαρές αναπηρίες (94,8%).
- Εγκλωβισμένοι και στρατιώτες (77,1%).
- Λήπτες δημοσίου βοηθήματος (58,8%).
- Άτομα άνω των 65 ετών (55,8%).
- Τουρκοκύπριοι (45,5%).
- Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε (44,2%).

Πίνακας 4. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Δανεισμός για την καταβολή των τελών	
Όχι	265 (91,1)
Ναι	26 (8,9)
Τα τέλη πρέπει να καταβάλλονται από όλους χωρίς εξαιρέσεις	
Διαφωνώ	233 (80,9)
Συμφωνώ	55 (19,1)
Εξαίρεση καταβολής τελών για άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και άτομα με σοβαρές αναπηρίες	
Διαφωνώ	12 (5,2)
Συμφωνώ	221 (94,8)
Εξαίρεση καταβολής τελών για μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.	
Διαφωνώ	130 (55,8)
Συμφωνώ	103 (44,2)
Εξαίρεση καταβολής τελών για λήπτες δημοσίου βοηθήματος	
Διαφωνώ	96 (41,2)
Συμφωνώ	137 (58,8)
Εξαίρεση καταβολής τελών για εγκλωβισμένους και στρατιώτες	
Διαφωνώ	76 (32,9)
Συμφωνώ	155 (77,1)
Εξαίρεση καταβολής τελών για Τουρκοκύπριους	
Διαφωνώ	127 (54,5)
Συμφωνώ	106 (45,5)
Εξαίρεση καταβολής τελών για άνεργους	
Διαφωνώ	2 (0,9)
Συμφωνώ	231 (99,1)
Εξαίρεση καταβολής τελών για χαμηλοσυνταξιούχους και άτομα με χαμηλά εισοδήματα	
Διαφωνώ	3 (1,3)
Συμφωνώ	230 (98,7)
Εξαίρεση καταβολής τελών για άτομα άνω των 65 ετών	
Διαφωνώ	103 (44,2)
Συμφωνώ	130 (55,8)

Το 44,4% των ασθενών δήλωσαν πως πρέπει να καταβάλλονται τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, (πίνακας 5). Κατά φθίνουσα σειρά και ξεκινώντας από την υπηρεσία με το μεγαλύτερο ποσοστό, η κατάταξη αυτών στις οποίες δεν πρέπει να καταβάλλονται τέλη ήταν η εξής:

- Νοσηλεία στο νοσοκομείο (91,2%).
- Επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου (86,8%).
- Φάρμακα (68,6%).
- Εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις (50,8%).
- Επισκέψεις σε ειδικούς (π.χ. καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου ή του Κ.Υ. (41,5%).
- Επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας (38,4%).
- Επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας (32,7%).

Πίνακας 5. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Καταβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας	
Διαφωνώ	159 (55,6)
Συμφωνώ	127 (44,4)
Μη καταβολή τελών για επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου	
Διαφωνώ	21 (13,2)
Συμφωνώ	138 (86,8)
Μη καταβολή τελών για επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας	
Διαφωνώ	98 (61,6)
Συμφωνώ	61 (38,4)
Μη καταβολή τελών για επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας	
Διαφωνώ	107 (67,3)
Συμφωνώ	52 (32,7)
Μη καταβολή τελών για επισκέψεις σε ειδικούς (π.χ. καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου ή του Κ.Υ.	
Διαφωνώ	93 (58,5)
Συμφωνώ	66 (41,5)
Μη καταβολή τελών για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις	
Διαφωνώ	78 (49,1)
Συμφωνώ	81 (50,8)
Μη καταβολή τελών για νοσηλεία στο νοσοκομείο	
Διαφωνώ	14 (8,8)
Συμφωνώ	145 (91,2)
Μη καταβολή τελών για φάρμακα	
Διαφωνώ	50 (31,4)
Συμφωνώ	109 (68,6)

Το 41,6% των ασθενών δήλωσαν πως το μέτρο των τελών εφαρμόστηκε για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων, το 40,2% για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και

οι εξετάσεις, το 38,8% επειδή ζητήθηκε από την Τρόικα και το 34,3% για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας (πίνακας 6).

Το 42,5% των ασθενών δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών θα περιορίσει αρκετά/ πολύ τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, το 46,1% πως θα περιορίσει αρκετά/ πολύ τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις Πρώτες Βοήθειες των νοσοκομείων, το 47,9% ότι θα περιορίσει αρκετά/ πολύ τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων και το 39,2% θα περιορίσει αρκετά/ πολύ τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Αιτία εφαρμογής του μέτρου των τελών	
Για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας	100 (34,3)
Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων	121 (41,6)
Γιατί το ζήτησε η Τρόικα	113 (38,8)
Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις	117 (40,2)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου	
Καθόλου	17 (6,0)
Λίγο	60 (21,1)
Μέτρια	87 (30,5)
Αρκετά	80 (28,1)
Πολύ	41 (14,4)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις Πρώτες Βοήθειες των νοσοκομείων	
Καθόλου	10 (3,5)
Λίγο	54 (19,0)
Μέτρια	89 (31,3)
Αρκετά	96 (33,8)
Πολύ	35 (12,3)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων	
Καθόλου	10 (3,5)
Λίγο	49 (17,3)
Μέτρια	89 (30,6)
Αρκετά	94 (33,1)
Πολύ	42 (14,8)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις	
Καθόλου	9 (3,2)
Λίγο	50 (17,7)
Μέτρια	113 (39,9)
Αρκετά	86 (30,4)
Πολύ	25 (8,8)

Ακόμη, το 38,9% δήλωσε ότι η επιβολή των συμπληρωμών θα εξοικονομήσει αρκετά /πολλά χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, το 13,4% ότι θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα σε αρκετό/πολύ μεγάλο βαθμό και το 27,9% ότι θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται αρκετά/πολύ δύο φορές πριν πάει στο γιατρό (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα εξοικονομήσει χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	
Καθόλου	31 (11,0)
Λίγο	72 (25,4)
Μέτρια	70 (24,7)
Αρκετά	79 (27,9)
Πολύ	31 (11,0)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	
Καθόλου	60 (21,2)
Λίγο	106 (37,5)
Μέτρια	79 (27,9)
Αρκετά	36 (12,7)
Πολύ	2 (0,7)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	
Καθόλου	34 (12,0)
Λίγο	82 (29,0)
Μέτρια	88 (31,1)
Αρκετά	59 (20,8)
Πολύ	20 (7,1)

Το 62,2% των ασθενών δήλωσαν πως δεν διαπίστωσαν αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013, το 6,1% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το χειρότερο και το 31,7% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το καλύτερο. Οι αλλαγές προς το χειρότερο ήταν ο πλήρης αποσυντονισμός, η εισαγωγή του μέτρου των συμπληρωμών και η διατήρηση της συμμόρφωσης. Οι αλλαγές προς το καλύτερο ήταν η αποσυμμόρφωση, η βελτίωση της ποιότητας και η μείωση της σπατάλης, (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013	
Καμία αλλαγή	173 (62,2)
Αλλαγές προς το χειρότερο	17 (6,1)
Αλλαγές προς το καλύτερο	88 (31,7)

Αλλαγές προς το χειρότερο	
Πλήρης αποσυντονισμός	2 (20,0)
Εισαγωγή μέτρου πληρωμών	4 (40,0)
Δεν πραγματοποιήθηκε αποσυμφόρηση	4 (40,0)
Αλλαγές προς το καλύτερο	
Αποσυμφόρηση	62 (72,1)
Βελτίωση της ποιότητας	22 (25,6)
Μείωση σπατάλης	2 (2,3)

4.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ο μέσος αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό από την 1^η Αυγούστου 2013 ήταν 0,5 ενώ σε γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ήταν 9,5.

Το 9,2% των ασθενών δήλωσε πως από την 1^η Αυγούστου υπήρξε ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Αντίστοιχα, το 4,2% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε γενικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Επίσης το 1,8% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε οδοντίατρο Κ.Υ., η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα και το 2,8% πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε ειδικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία επίσης δεν πραγματοποιήθηκε για τον ίδιο λόγο. Τέλος το 1,8% δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει φάρμακα και το ίδιο ποσοστό δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει κάποια εξέταση λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό από την 1η Αυγούστου 2013	0,5 (1,2) ^a
Αριθμός επισκέψεων σε γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας από την 1η Αυγούστου 2013	9,5 (9,1) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	256 (90,8)
Ναι	26 (9,2)
Αριθμός φορών	2,7 (1,6) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε γενικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν	

πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	271 (95,8)
Ναι	12 (4,2)
Αριθμός φορών	1,5 (0,8) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε οδοντίατρο Κ.Υ., η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	278 (98,2)
Ναι	5 (1,8)
Αριθμός φορών	2,0 (1,7) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε ειδικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	275 (97,2)
Ναι	8 (2,8)
Αριθμός φορών	1,7 (1,0) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει φάρμακα λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	278 (98,2)
Ναι	5 (1,8)
Αριθμός φορών	3,5 (3,8) ^a
Από την 1η Αυγούστου 2013, περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει κάποια εξέταση λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	
Όχι	278 (98,2)
Ναι	5 (1,8)
Αριθμός φορών	2,5 (2,4) ^a

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας. Οι συχνότερες προτάσεις ήταν οι εξής: (α) μείωση ή κατάργηση λιστών αναμονής, (β) μείωση ή κατάργηση αναμονής και (γ) βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Μεταξύ αυτών που πρότειναν βελτιώσεις του συστήματος υγείας, το 48,7% (n=129) δήλωσαν πρόθυμοι να καταβάλλουν κάποιο ποσό από το εισόδημα τους κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις ενώ το 51,3% (n=136) δήλωσαν απρόθυμοι.

Πίνακας 10. Οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας.

Πρόταση	N (%)
Μείωση ή κατάργηση αναμονής	64 (24,2)
Μείωση ή κατάργηση λιστών αναμονής	106 (40,0)
Βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών	61 (23,0)
Μηχανογράφηση του συστήματος υγείας	9 (3,4)
Εφαρμογή του ΓεΣΥ	8 (3,0)
Δωρεάν Ιατρική Περίθαλψη	1 (0,4)
Καταβολή τελών με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια	3 (1,1)
Κατάργηση άτυπων πληρωμών (φακελάκια)	1 (0,4)

Ισότητα στην πρόσβαση	4 (1,5)
Κατάργηση τελών	4 (1,5)
Αλλαγή της όλης δομής του υφιστάμενου συστήματος υγείας	1 (0,4)
Διαθεσιμότητα φαρμάκων	1 (0,4)
Ιδιωτικοποίηση	1 (0,4)
Εισαγωγή απογευματινού ωραρίου	1 (0,4)

5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Χαρακτηριστικό	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας		Τιμή p
	Καθόλου/λίγο/μέτρια	Αρκετά/πολύ	
Φύλο			0,4 ^α
Άντρες	42 (29,2)	102 (70,8)	
Γυναίκες	50 (34,0)	97 (66,0)	
Ηλικία ^β	51,7 (16,4)	55,9 (15,5)	0,03^γ
Επάγγελμα			0,6 ^α
Εργαζόμενοι	40 (33,1)	81 (66,9)	
Συνταξιούχοι	30 (28,0)	77 (72,0)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	22 (34,9)	41 (65,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,4 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	34 (37,4)	57 (62,6)	
Απόφοιτοι λυκείου	27 (26,5)	75 (73,5)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	31 (31,6)	67 (68,4)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1600 (1500)	1500 (1825)	0,9 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,02^α
Όχι	45 (39,1)	70 (60,9)	
Ναι	46 (26,4)	128 (73,6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και τις εξής μεταβλητές: ηλικία και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (καθόλου/λίγο/μέτρια: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο	Τιμή p
--	----------------	--	--------

		των odds	
Ηλικία	1,02	1,003 έως 1,036	0,017

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 3% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.

5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.

Πίνακας 13. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Χαρακτηριστικό	Αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών		Τιμή p
	Πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο	Υψηλό/πολύ υψηλό	
Φύλο			0,6 ^a
Άντρες	104 (73,8)	37 (26,2)	
Γυναίκες	110 (76,4)	34 (23,6)	
Ηλικία ^b	53,9 (14,6)	57,4 (17,5)	0,12^γ
Επάγγελμα			0,02^a
Εργαζόμενοι	101 (83,5)	20 (16,5)	
Συνταξιούχοι	73 (70,2)	31 (29,8)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	40 (66,7)	20 (33,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,008^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	56 (62,9)	33 (37,1)	
Απόφοιτοι λυκείου	81 (81,0)	19 (19,0)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	77 (80,2)	19 (19,8)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1800 (2000)	1000 (1150)	<0,001^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,7 ^a

Όχι	86 (76,1)	27 (23,9)	
Ναι	128 (74,4)	44 (25,6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τις εξής μεταβλητές: ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών (πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου σε σχέση με απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ	2,71	1,53 έως 4,77	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 6% της μεταβλητότητας της αυτοεκτίμησης του ύψους της καταβολής των τελών.

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

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 15. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας

Χαρακτηριστικό	Συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			0,03^a
Αντρες	70 (49,3)	72 (50,7)	
Γυναίκες	89 (61,8)	55 (38,2)	
Ηλικία ^b	54,7 (13,7)	54,3 (17,1)	0,8 ^γ
Επάγγελμα			0,3 ^a
Εργαζόμενοι	60 (50,0)	60 (50,0)	
Συνταξιούχοι	61 (58,7)	43 (41,3)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	38 (61,3)	24 (38,7)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,002^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	60 (66,7)	30 (33,3)	
Απόφοιτοι λυκείου	57 (56,4)	44 (43,6)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	42 (44,2)	53 (55,8)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1500)	1700 (2000)	0,05^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,3 ^a
Όχι	59 (51,8)	55 (48,2)	
Ναι	100 (58,1)	72 (41,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος χ^2

^b μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και τις εξής μεταβλητές: φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για τον λόγο αυτόν,

πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (όχι: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ σε σχέση με απόφοιτους δημοτικού/γυμνασίου	1,92	1,14 έως 3,24	0,015
Άντρες σε σχέση με γυναίκες	1,63	1,01 έως 2,62	0,045

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού/γυμνασίου.
- Οι άντρες συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες.
- Οι παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύουν το 5% της μεταβλητότητας της συμφωνίας επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

5.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 17. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικό	Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας		Τιμή p
	Καμία αλλαγή/ προς το χειρότερο	Προς το καλύτερο	
Φύλο			0,2 ^α
Άντρες	90 (64,7)	49 (35,3)	
Γυναίκες	100 (71,9)	39 (28,1)	
Ηλικία ^β	54,5 (14,9)	54,8 (15,8)	0,9 ^γ

Επάγγελμα			0,8 ^α
Εργαζόμενοι	78 (66,7)	39 (33,3)	
Συνταξιούχοι	73 (70,9)	30 (29,1)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	39 (67,2)	19 (32,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,3 ^β
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	64 (74,4)	22 (25,6)	
Απόφοιτοι λυκείου	65 (65,0)	35 (35,0)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	61 (66,3)	31 (33,7)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1550)	1600 (1775)	0,7 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,9 ^α
Όχι	73 (68,2)	34 (31,8)	
Ναι	117 (68,4)	54 (31,6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, δεν βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για τον λόγο αυτόν, δεν πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση.

5.5 Εξαρτημένη μεταβλητή: ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Πίνακας 18. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Χαρακτηριστικό	Ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			0,4 ^α

Άντρες	130 (92,2)	11 (7,8)	
Γυναίκες	126 (89,4)	15 (10,6)	
Ηλικία ^β	54,4 (15,4)	56,3 (19,0)	0,6 ^γ
Επάγγελμα			0,2 ^α
Εργαζόμενοι	112 (94,1)	7 (5,9)	
Συνταξιούχοι	90 (86,5)	14 (13,5)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	54 (91,5)	5 (8,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,003^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	69 (80,2)	17 (19,8)	
Απόφοιτοι λυκείου	99 (97,1)	3 (2,9)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	88 (93,6)	6 (6,4)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1600 (1800)	1090 (800)	0,05^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,9 ^α
Όχι	99 (90,8)	10 (9,2)	
Ναι	157 (90,8)	16 (9,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα και τις εξής μεταβλητές: εκπαιδευτικό επίπεδο και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 19.

Πίνακας 19. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα (όχι: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου σε	5,69	2,34 έως 13,78	<0,001

σχέση με απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ			
-----------------------------	--	--	--

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 12,5% της μεταβλητότητας της ανάγκης επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Από τις συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας προκύπτει ότι:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.

Τα άτομα που έχουν συχνότερη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας είναι σε θέση να εκτιμήσουν περισσότερο τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Πρόκειται κυρίως για ηλικιωμένα άτομα. Σε αντίθεση τα άτομα που βρίσκονται σε μικρότερες ηλικίες δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας και δεν χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας, δεν χρειάστηκε να δαπανήσουν μεγάλα χρηματικά ποσά για την υγεία τους και έτσι δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν το αγαθό της υγείας, ούτε να εκτιμήσουν σωστά τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το Δημόσιο Σύστημα Υγείας.

Παρόλο που ποσοστό 68,4% των ασθενών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, κατατίθενται ενδιαφέρουσες προτάσεις από τους ασθενείς για τη βελτίωση του συστήματος υγείας (πίνακας 10). Οι πρώτες σε συχνότητα ήταν οι εξής: (α) μείωση ή κατάργηση των λιστών αναμονής, (β) μείωση ή κατάργηση της αναμονής και (γ) βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Οι μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις, για εξέταση από ειδικούς γιατρούς και για εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις αποτελούν το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο όπως και τα δημόσια συστήματα υγείας σ' όλες τις χώρες. Συγκρίνοντας τις λίστες αναμονής σε χώρες όπως η Βρετανία ή η Ιρλανδία, όπου ο μέσος χρόνος αναμονής για ραντεβού ήταν 50 ημέρες, ενώ το 85% των ασθενών είχαν ραντεβού μέσα σε 13 εβδομάδες, ο χρόνος αναμονής δεν θεωρείται ικανοποιητικός. (Γαβριήλ ,Θεοδώρου και Middleton, 2012). Από στοιχεία του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου ο μέσος χρόνος αναμονής για ραντεβού ήταν 3-4 μήνες και σε κάποιες περιπτώσεις έφτασε τους 8 μήνες ενώ για χειρουργικές επεμβάσεις ήταν 6 μήνες.

Η κάθε καθυστέρηση στον χρόνο αναμονής μέχρι το ραντεβού μπορεί να σημαίνει και καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων των ασθενών, με πιθανές σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους. Για τον λόγο αυτό απαιτείται η λήψη μέτρων για μείωση όσο το δυνατό, των λιστών αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου (Γαβριήλ ,Θεοδώρου και Middleton, 2012).

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι Κύπριοι ασθενείς όταν επισκέπτονται τα δημόσια νοσοκομεία είναι η αναμονή, που σε πολλές περιπτώσεις είναι μεγάλη. Αναμονή υπάρχει για

εγγραφή στα εξωτερικά ιατρεία, για εξέταση από τους γιατρούς, για εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις και στο φαρμακείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα χάσιμο πολύτιμου χρόνου από την εργασία για τους εργαζόμενους και τλαιπωρία για τους ηλικιωμένους και τους πάσχοντες. Η αναμονή ήταν σημαντικός λόγος για αποφυγή της χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ο χρόνος αναμονής αποτελεί ένα από τους βασικούς παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν το βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton, 2012). Όμως, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι ασθενείς περιμένουν στην αίθουσα αναμονής για εξέταση ήταν μικρότερο από αυτό που καταδεικνύουν πορίσματα ανάλογων ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου γινόταν αναφορά για αναμονή μίας ώρας από τους περισσότερους ασθενείς (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton, 2012).

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελεί άλλη μια πρόταση των ασθενών για βελτίωση του συστήματος υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε όλα τα νοσοκομεία, βελτίωση της συμπεριφοράς του προσωπικού, αύξηση του προσωπικού, εκπαίδευση του προσωπικού, πρόσληψη ικανότερου προσωπικού, καθαριότητα, βελτίωση των εγκαταστάσεων και καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Η επικείμενη εισαγωγή του Γενικού Συστήματος Υγείας και η αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών αφήνοντας περισσότερο ικανοποιημένους τους ασθενείς (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton, 2012).

6.2 Αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Από τις συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ.

Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών προκαλεί κάποιας μορφής ανισότητα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Και αυτό συμβαίνει γιατί το βάρος της χρηματοδότησης από τους συλλογικούς μηχανισμούς κάλυψης ασφαλιστικών κινδύνων, σύμφωνα με τους οποίους οι άνθρωποι συνεισφέρουν μέσω της φορολογίας ή των κοινωνικών ασφαλίσεων με βάση την ικανότητα τους να πληρώνουν, μετατίθεται στις ιδιωτικές πληρωμές από άτομα ή νοικοκυριά, κάτι που έχει ως συνέπεια ένα πλούσιο αναδιανεμητικό υπέρ των οικονομικά ισχυρών αποτέλεσμα. Όσο πιο υψηλό είναι το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο της χρηματοδότησης των προαναφερθέντων συστημάτων, τόσο μεγαλύτερο οικονομικό βάρος πέφτει στους ώμους των φτωχών και εκείνων με προβλήματα υγείας, μειώνοντας έτσι την

αλληλεγγύη που πρέπει να υπάρχει μεταξύ πλουσίων και φτωχών, υγιών και ασθενών. Στα υγειονομικά συστήματα που θεωρούνται, κατά γενική ομολογία, πλήρους, ισότιμης και καθολικής κάλυψης, η επιβολή ποσού συμμετοχής στον ασθενή κατά τη χρήση των υπηρεσιών και η ανάγκη προσφυγής στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενδέχεται να δημιουργήσουν οικονομικούς φραγμούς στην πρόσβαση (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Η ικανότητα του άτομου να πληρώσει για τις υπηρεσίες υγείας (διαθέσιμο εισόδημα), αλλά και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά (γνώσεις, πεποιθήσεις, πληροφόρηση, προτιμήσεις και κόστος ευκαιρίας), είναι πιθανόν να επηρεάσουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών αποτρέπει πολλές φορές τη χρήση της αναγκαίας και απαραίτητης φροντίδας από τις ευάλωτες ομάδες πολιτών, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ανεπιθύμητες επιπλοκές στην υγεία τους (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Από τα ευρήματα της μελέτης το 75,1% δήλωσαν πως το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι πολύ χαμηλό/ χαμηλό/ μέτριο. Παρόλα αυτά, το 8,9% δήλωσαν ότι δανείστηκαν χρήματα προκειμένου να καταβάλουν τα τέλη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επίσης στον πίνακα 9 των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ποσοστά των ασθενών που χρειάστηκε να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και δεν το έκαναν λόγω της σκέψης ότι έπρεπε να πληρώσουν. Τα ποσοστά είναι μικρά αλλά αποτελούν τα πρώτα νούμερα ανικανοποίητων αναγκών που οφείλονται στην επιβολή των συμπληρωμών.

Η συμμετοχή στο κόστος πρέπει να γίνεται με βάση εισοδηματικά κριτήρια. Έτσι οι οικονομικά ισχυρότεροι να πληρώνουν αναλογικά με το εισόδημα τους σε σχέση με τους οικονομικά ασθενέστερους. Η επιτυχία όμως αυτής της πολιτικής επηρεάζεται από το οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή της (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν τα αποτελέσματα των πιο κάτω μελετών:

Η μελέτη των Lischko and Burgess, (2010), διερεύνησε αν η γνώση και η αντίληψη των χρηστών για τη συμμετοχή τους στο κόστος, επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη κατέδειξε ότι τα άτομα με αυξημένο εισόδημα είχαν πραγματοποιήσει λιγότερες επισκέψεις στις πρώτες βοήθειες. Άτομα με κακή κατάσταση υγείας είχαν επισκεφθεί τόσο τα εξωτερικά ιατρεία όσο και τις πρώτες βοήθειες.

Η ανάλυση έδειξε ότι η μεγαλύτερη γνώση του κόστους σχετίζεται θετικά με μεγάλη χρήση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Καμία σημαντική σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ των

συμπληρωμών και των επισκέψεων ($p=0.06$) στα εξωτερικά ιατρεία και στις πρώτες βοήθειες ($p=0,74$). Οι μισθωτοί παρουσίασαν καθυστερημένες επισκέψεις που σχετίζονται με μεγάλα ποσά συμπληρωμών. Η γνώση των τελών των συμπληρωμών σχετίζεται με καθυστέρηση και μείωση στην περίθαλψη. Η ακριβής εκτίμηση και υπερεκτίμηση των συμπληρωμών για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία σχετιζόταν σημαντικά με μεγάλες καθυστερήσεις και μειώσεις των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Τα άτομα χωρίς γνώση των τελών των συμπληρωμών μειώνουν τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία όταν η συμμετοχή στο κόστος αυξάνεται.

Τα συμπεράσματα ήταν ότι η γνώση των ποσών που πρέπει να πληρωθούν σχετιζόταν με μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία κατά τη μελετώμενη περίοδο. Τα άτομα που είχαν περισσότερες γνώσεις για τις συμπληρωμές που αφορούσαν επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία όσο και τις πρώτες βοήθειες, εμφάνισαν περισσότερες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και λιγότερα στις πρώτες βοήθειες.

Η μελέτη των Kim, Ko and Yang, (2004), εξετάζει τις επιδράσεις της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των υπηρεσιών και στην ζήτηση των υπηρεσιών γιατρού στην Κορέα.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη προέρχονται από την Εθνική Έρευνα Υγείας και Διατροφής που πραγματοποιήθηκε το 1998 από το Κορεατικό Υπουργείο Υγείας. Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από 39,331 άτομα. Ο αριθμός των παρατηρήσεων στη μελέτη μειώθηκε στην αρχή στις 26,227, επειδή μόνο ασφαλισμένα άτομα ηλικίας 20 ετών και άνω συμμετείχαν. Περαιτέρω από τη μελέτη εξαιρέθηκαν τα παιδιά επειδή από τη φύση τους, έχουν διαφορετική ζήτηση υπηρεσιών γιατρού σε σχέση με τους ενήλικες. Από τους ενήλικες ασφαλισμένους, 3177 έχουν χρησιμοποιήσει ιατρικές υπηρεσίες για θεραπευτικούς σκοπούς και αυτές οι περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν τελικά στην πολυμεταβλητή ανάλυση. Οι περιπτώσεις επισκέψεων για προληπτικούς λόγους έχουν εξαιρεθεί επειδή έχουν διαφορετικό κόστος από τις επισκέψεις για θεραπευτικούς λόγους. Χρησιμοποιήθηκαν το t-test και η ANOVA.

Από τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι: οι μεταβλητές που αφορούν στις χρηματικές τιμές, τον αριθμό των ημερών ανικανότητας και τους τύπους των ανέσεων περίθαλψης ήταν οι μοναδικοί στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση της ποσότητας ιατρικών υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται. Οι μεταβλητές που αφορούν στη σοβαρότητα της πάθησης επιδρούν θετικά στον αριθμό των επισκέψεων σε γιατρό. Η μεταβλητή που αφορά στις χρηματικές τιμές είχε μεγάλη αρνητική επίδραση στη χρήση των υπηρεσιών, όπως αναμενόταν. Η μεταβλητή που αφορά χρονική τιμή έχει αρνητική αλλά μη σημαντική επίδραση. Αυτό σημαίνει ότι δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην απόφαση για μεγάλη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Αυτοί που είχαν επισκεφθεί τις υπηρεσίες Δ.Φ.Υ και Τ.Φ.Υ, έχουν επισκεφθεί λιγότερες φορές από αυτούς που επισκέφθηκαν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ και τα αποτελέσματα αυτά ήταν τα ίδια όπως αυτά που περιγράφονται στα στατιστικά στοιχεία. Η τιμή ελαστικότητας της ζήτησης για τις ιατρικές επισκέψεις σε όλο το δείγμα ήταν μεταξύ

0,14-0,02, για την περίπτωση της χρηματικής τιμής και της χρονικής τιμής αντίστοιχα. Το πιο πάνω χαρακτηριστικό σχετίζεται με όλες τις κατηγορίες ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η τιμή ελαστικότητας της ζήτησης εξαρτάται από το εισόδημα του ασθενούς και τους τύπους των προσφερομένων ανέσεων. Για να υπολογιστεί αυτή η ελαστικότητα χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια μοντέλα παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκαν και για τις υπόλοιπες μεταβλητές. Η τιμή ελαστικότητας που αφορά στη ζήτηση γιατρών για την ομάδα ατόμων χαμηλού εισοδήματος ήταν μεγαλύτερη από αυτή των ατόμων με υψηλό εισόδημα. Οι χρήστες των υπηρεσιών Δ.Φ.Υ ήταν λιγότερο ευαίσθητοι στην τιμή από αυτούς που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ και η τιμή ελαστικότητας για ζήτηση των παραδοσιακών υπηρεσιών Π.Φ.Υ ήταν μεγαλύτερη από την τιμή ελαστικότητας για ζήτηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Στη μελέτη των Atanasova, Pavlova, Moutafova et al. 2012, διερευνήθηκε το ποσοστό των συμπληρωμών στην Βουλγαρία, καθώς και η αποδοχή τους από τον πληθυσμό.

Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα αποφεύγουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας λόγω του ύψους των πληρωμών για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Έτσι, οι συμ-πληρωμές αναγκάζουν τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα να μην χρησιμοποιούν καθόλου τις υπηρεσίες υγείας. Περισσότερο από το 30% των συμμετεχόντων στη μελέτη, δήλωσαν ότι δανείστηκαν χρήματα ή δεν χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες γιατί έπρεπε να πληρώσουν. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλό σε σχέση με το αντίστοιχο 8,9% της παρούσας μελέτης. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρέθηκε ότι τα χαμηλά εισοδήματα σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά ασθενών που θεωρούν τα τέλη ως υψηλά ή πολύ υψηλά και με εκείνους που δήλωσαν ότι δανείστηκαν χρήματα για να τα πληρώσουν.

Στη μελέτη των Tamblyn, Laprise, Hanley, et al., (2001), διερευνήθηκαν α) οι επιπτώσεις της εφαρμογής της συμμετοχής στο κόστος των απαραίτητων και των λιγότερο απαραίτητων φαρμάκων στους ηλικιωμένους και στους λήπτες βοήθειας και β) τα ποσοστά των επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και οι σοβαρές παρενέργειες που σχετίζονται με την μείωση της χρήσης φαρμάκων πριν και μετά την εφαρμογή της συμμετοχής στο κόστος.

Στη μελέτη αναλύθηκαν στοιχεία 32 μήνες πριν και 17 μήνες μετά την εισαγωγή της συμμετοχής στο κόστος στο Κεμπέκ το 1996. Ξεχωριστά, 10 μήνες πριν και μετά την εισαγωγή έγιναν ομαδικές μελέτες για να υπολογιστεί η επίδραση της μεταρρύθμισης στη φαρμακευτική πολιτική και οι παρενέργειες της στην υγεία.

Το ποσοστό των επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων που σχετίζονται με μειώσεις της χρήσης των απαραίτητων φαρμάκων αυξήθηκε κατά 14,2% ανά 10000 άτομα-μήνες στους ηλικιωμένους (προ της εισαγωγής ομαδικού ελέγχου 32,9% και μετά την εισαγωγή 47,1%) και κατά 54,2% στους λήπτες βοήθειας (προ της εισαγωγής ομαδικού ελέγχου στο 69,6% και μετά την εισαγωγή ομαδικού ελέγχου στους ηλικιωμένους στο 123,8%).

Αυτές οι αυξήσεις προέρχονταν κυρίως από την αύξηση των ληπτών βοθηήματος που μείωσαν τη χρήση των απαραίτητων φαρμάκων. Οι μειώσεις της χρήσης των λιγότερο απαραίτητων φαρμάκων δεν σχετιζόνταν με την αύξηση του κινδύνου για σοβαρές επιπλοκές ή για επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων.

Συμπερασματικά, η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος των συνταγογραφήσεων φαρμάκων, στους ηλικιωμένους και στους λήπτες βοθηήματος είχε ως αποτέλεσμα μειώσεις στη χρήση των απαραίτητων φαρμάκων και ψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων επιπλοκών και επισκέψεων στις πρώτες βοήθειες που σχετιζόνταν με αυτές τις μειώσεις.

Στη μελέτη των Shapiro, Ware and Sherbourne, 2013, διερευνήθηκε η επίδραση που έχει η συμμετοχή στο κόστος στην αναζήτηση φροντίδας υγείας, στους ασθενείς με σοβαρά και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα.

Τα άτομα του δείγματος ταξινομήθηκαν σε 13 ασφαλιστικά σχέδια με διαφορετικό βαθμό συμμετοχής στο κόστος. Από τα άτομα αυτά ζητήθηκε να πληρώσουν την συμμετοχή στο κόστος. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι της παλινδρόμησης και το t-test.

Η μελέτη κατέγραψε

α) Επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στην αύξηση των συμπτωμάτων.

Διαπιστώθηκε ότι η αύξηση των λιγότερο σοβαρών συμπτωμάτων στα σχέδια χωρίς συμμετοχή στο κόστος και στα σχέδια με συμμετοχή στο κόστος, κατά τη μελετώμενη περίοδο ήταν περίπου 32% και δεν ήταν διαφορετική από το ασφαλιστικό σχέδιο για τον μέσο συμμετέχοντα.

Σοβαρά συμπτώματα αναφέρθηκαν πιο συχνά, κατά την περίοδο της μελέτης από άτομα που είχαν αποδεκτεί τα σχέδια συμμετοχής στο κόστος (16,5% σε σύγκριση με 14,5%, $p < 0,05$), ακόμα και μετά την προσαρμογή για μη σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές που μετρήθηκαν στην αρχή. Ο στατιστικός έλεγχος έδειξε ότι αυτή η διαφορά δεν ήταν η ίδια σε τμήματα με διαφορετική κοινωνικοοικονομική και αρχική κατάσταση υγείας ($p < 0,05$). Η διαφορά μεταξύ των σχεδίων στην αύξηση των σοβαρών συμπτωμάτων ήταν σημαντική μόνο σε τμήματα με χαμηλότερο από 40% της κοινωνικοοικονομικής και κατάστασης υγείας κατανομής στην αρχή του πειράματος. Στο τμήμα αυτό η αύξηση των σοβαρών συμπτωμάτων ήταν 29,1% σε αυτούς που συμμετείχαν στο σχέδιο με συμμετοχή στο κόστος και 23,8% σε αυτούς που συμμετείχαν στο σχέδιο χωρίς συμμετοχή στο κόστος ($p < 0,004$).

β) Επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στις επισκέψεις σε γιατρούς.

Η διαφορά μεταξύ του σχεδίου χωρίς συμμετοχή στο κόστος και του σχεδίου με συμμετοχή στο κόστος στην αναζήτηση φροντίδας υγείας δεν ήταν σημαντική για τα σοβαρά συμπτώματα 3,5% σε σύγκριση με 3,7%, $p = 0,66$. Για τα λιγότερο σοβαρά συμπτώματα ήταν 1,9% σε σύγκριση με 3,7%, $p < 0,003$.

Ανάμεσα στα άτομα τα οποία έχουν αναφέρει κάποιο λιγότερο σοβαρό σύμπτωμα, το ποσοστό αναζήτησης περίθαλψης ήταν 30% χαμηλότερο στο σχέδιο συμμετοχής στο κόστος σε σχέση με το σχέδιο δωρεάν περίθαλψης (6,3% σε σύγκριση με 9,0%, $p < 0,04$). Ανάμεσα στα άτομα τα οποία έχουν αναφέρει κάποιο σοβαρό σύμπτωμα, το ποσοστό αναζήτησης περίθαλψης δεν είχε σημαντική διαφορά στα σχέδια συμμετοχής στο κόστος και στο σχέδιο δωρεάν περίθαλψης σε ένα διάστημα εμπιστοσύνης (17,9% σε σύγκριση με 22,3%, $p = 0,095$). Έτσι, με τη χρήση στατιστικής ανάλυσης επιβεβαιώνεται ότι η μείωση του ποσοστού ατόμων που αναζήτησαν περίθαλψη λόγω της συμμετοχής στο κόστος ήταν η ίδια για άτομα με σοβαρά και για άτομα με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα.

Οι στατιστικοί έλεγχοι δεν υποστηρίζουν την άποψη ότι οι διαφορές στο ποσοστό των ατόμων που αναζήτησαν φροντίδα, μεταξύ του σχεδίου χωρίς συμμετοχή στο κόστος και του σχεδίου με συμμετοχή στο κόστος προέρχονται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (p=0,56 για σοβαρά συμπτώματα, p=0,55 για λιγότερο σοβαρά συμπτώματα), την αρχική κατάσταση υγείας (p=0,14 για σοβαρά συμπτώματα, p=0,65 για λιγότερο σοβαρά συμπτώματα), ή διάφορα πεδία μελετών (p=0,97 για σοβαρά συμπτώματα, p=0,69 για λιγότερο σοβαρά συμπτώματα).

Τελικό συμπέρασμα ήταν ότι τα περισσότερα άτομα που ανέφεραν σοβαρά και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα, ανεξάρτητα από το σχέδιο, δεν έχουν επισκεφθεί γιατρό.

6.3 Συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας

Από τις συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού/γυμνασίου.
- Οι άντρες συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες.

Η οικονομική θεωρία εισηγείται ότι ένα φυσικό εργαλείο ελέγχου του κόστους των δαπανών για την υγεία είναι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος της ιατρικής περίθαλψης. Η συμμετοχή στο κόστος καταργεί την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και μειώνει το φαινόμενο του «ηθικού κινδύνου». Αυτά τα ζητήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και βρίσκονται στο κέντρο των προσπαθειών τους για επέκταση της ασφαλιστικής τους κάλυψης. Η συμμετοχή των χαμηλών εισοδηματικών στρωμάτων στο κόστος έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα που προέρχονται από τα στρώματα αυτά να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ, με δυσμενείς επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας τους, με αποτέλεσμα να αυξάνουν τη χρήση της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που είναι πάντα ακριβότερη (Chandra, Gruber and Mc Knight, 2010).

Η συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες, οι χαμηλοσυνταξιούχοι και τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας αποτελεί πρόβλημα για πολλούς ανθρώπους που διαβιούν στα όρια της φτώχειας σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα ή καθόλου εισόδημα, καθώς και τα άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες, τα οποία έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από φροντίδα υγείας, είναι εκείνα που επηρεάζονται περισσότερο από την απουσία επαρκών πόρων για να εξασφαλίσουν το επιθυμητό επίπεδο υγείας. Η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τα άτομα αυτά (Sharma, 2012).

Από τα ευρήματα της μελέτης το 80,9% των ασθενών δήλωσαν πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών, (πίνακας 4) ενώ το 44,4% των ασθενών δήλωσαν πως πρέπει να καταβάλλονται τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, (πίνακας 5).

Σύμφωνα με ανασκόπηση του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2010) το 2010, επιβεβαιώνεται ότι η καταβολή πληρωμών (επισήμων ή «άτυπων») όταν τα πόσα που πρέπει να καταβληθούν είναι ψηλά ή πολύ ψηλά έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική καταστροφή. Στην ετήσια ανασκόπηση του οργανισμού (WHO, 2010) για το 2010 υπογραμμίζεται επίσης ότι το ποσοστό εκείνων που ξοδεύουν περισσότερο από το 40% των δαπανών τους σε επίσημες πληρωμές είναι το ίδιο υψηλό όπως το 11% των συνολικών εθνικών δαπανών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 5% των ανθρώπων να οδηγούνται στην φτώχεια (Sharma, 2012).

Μέσα από την έρευνα έχει διαφανεί ότι οι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι ακριβώς όπως οι υπόλοιποι καταναλωτές που αγοράζουν υπηρεσίες στην καλύτερη τιμή. Αν οι παροχείς υπηρεσιών υγείας και οι σχεδιαστές πολιτικής θέλουν να προσθέσουν στα επιτεύγματα τους πρέπει να υιοθετήσουν δύο στρατηγικές: α) να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών και β) να μειώσουν τις τιμές των υπηρεσιών, υποστηρίζοντας έτσι τα νοικοκυριά που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Η πολιτική της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος φαίνεται να υποτιμά τη δεύτερη επιλογή (Sharma, 2012).

Για να υπάρξει ισότητα στην πρόσβαση, πρέπει οι σχεδιαστές της πολιτικής των χρεώσεων να υιοθετήσουν πολιτική εξαιρέσεων στη βάση εισοδηματικών κριτηρίων. Η επιτυχία αυτής της πολιτικής επηρεάζεται από το διοικητικό κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή της. Αν το κόστος είναι ψηλότερο σε σύγκριση με τα ποσά που αντλούνται από τις συμπληρωμές, τότε η πολιτική των χρεώσεων δεν είναι αποτελεσματική. Η απάντηση όσον αφορά στην πρόσβαση, την ισότητα και την καθολική κάλυψη εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των οικονομικών πολιτικών (Sharma, 2012).

Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν τα αποτελέσματα των πιο κάτω μελετών:

Στην μελέτη των O'Reilly, O'Neill, O'Dowd, et al. (2007), έγινε σύγκριση των απόψεων των ασθενών οι οποίοι είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες που παρέχονται δωρεάν, με εκείνες των ασθενών που είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες σε ένα σύστημα όπου το 70% των ασθενών πληρώνει για τη χρήση των υπηρεσιών. Το δείγμα αποτελούσαν 11,870 ασθενείς από τη Βόρεια Ιρλανδία και τη Δημοκρατία της Ιρλανδίας. Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ Οκτωβρίου και Νοεμβρίου 2003. Χρησιμοποιήθηκαν το χ^2 test και η λογιστική παλινδρόμηση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών στη Βόρεια Ιρλανδία (όπου δεν υπάρχουν χρεώσεις) ήταν αντίθετη με τις χρεώσεις για επισκέψεις σε γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς είτε στο ιατρείο είτε κατ' οίκον. Η πλειοψηφία των ασθενών στην Ιρλανδία ήταν υπέρ των χρεώσεων. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού στις δύο χώρες υποστηρίζει τις χρεώσεις για κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά αυτές που γίνονται εκτός ωρών εργασίας, πιθανόν λόγω της αναγνώρισης της επιπλέον εργασίας που απαιτείται. Στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας, η υποστήριξη των χρεώσεων σχετίζεται άμεσα με το εισόδημα, ακόμα και στα ασθενέστερα στρώματα, με ποσοστό 50% του πληθυσμού να υποστηρίζει τις χρεώσεις για εξέταση. Αντίθετα, στη Βόρεια Ιρλανδία η έλλειψη ενθουσιασμού για τις χρεώσεις σχετίζεται δίκαια με το εισόδημα.

Χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα για να κατηγοριοποιηθούν οι ασθενείς που θεωρούν δικαιολογημένες τις χρεώσεις για τα διάφορα είδη επισκέψεων σε γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς. Αυτό έγινε μόνο για τη Δημοκρατία της Ιρλανδίας, αφού τα ποσοστά που ευνοούσαν τις χρεώσεις στη Βόρεια Ιρλανδία ήταν πολύ χαμηλά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η υποστήριξη των χρεώσεων για τις επισκέψεις αυξάνεται με την ηλικία, με τους ασθενείς που έχουν ηλικία άνω των εβδομήντα χρόνων να υποστηρίζουν τρεις φορές περισσότερο από αυτούς που έχουν ηλικία κάτω των είκοσι χρονών ότι είναι δικαιολογημένες οι χρεώσεις για επισκέψεις σε γιατρούς στα ιατρεία. Δεν υπάρχει καμία διαφορά μεταξύ των φύλων, αφού η προσαρμογή που έγινε για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν είχε καμία σχέση με την οικονομική κατάσταση. Οι ασθενείς που προέρχονται από πλούσια νοικοκυριά υποστήριζαν περισσότερο τις χρεώσεις από αυτούς που προέρχονται από λιγότερο πλούσια νοικοκυριά. Οι ασθενείς που δεν ήταν κάτοχοι κάρτας νοσηλείας (επί πληρωμή ασθενείς) είχαν διπλάσια υποστήριξη στις χρεώσεις. Οι ασθενείς που είχαν αποτραπεί να επισκεφθούν γιατρό τον περασμένο χρόνο λόγω του κόστους ήταν λιγότερο ενθουσιασμένοι με την πολιτική των χρεώσεων. Δεν υπάρχει καμία σημαντική σχέση μεταξύ της κατάστασης της υγείας και της προθυμίας για καταβολή χρεώσεων για επισκέψεις στους γενικούς γιατρούς. Απαραίτητα τα ίδια μοντέλα χρησιμοποιήθηκαν για χρεώσεις για κατ' οίκον επισκέψεις κατά τις εργάσιμες και μη ώρες, με κύρια διαφορά την απουσία σημαντικής σχέσης με την ηλικία σε κάθε μοντέλο.

Στόχος της μελέτης των Huber, Ruesch, Mielck, et al. (2011), ήταν η σύγκριση δύο διαφορετικών συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, της Γερμανίας και της Σουηδίας. Επιπλέον, εκτιμήθηκε αν η συμμετοχή στο κόστος εξαρτάται από κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες όπως και από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Για την εκτίμηση της ανεξάρτητης συσχέτισης μεταξύ της συμμετοχής στο κόστος και της χρήσης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, χρησιμοποιήθηκαν δύο αντιπροσωπευτικά δείγματα από 5197 Σουηδούς και 5197 Γερμανούς ασφαλιζόμενους χωρίς συμμετοχή στο κόστος. Χρησιμοποιήθηκε το t test. Ερευνήθηκαν οι υποομάδες σύμφωνα με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και την κατάσταση της υγείας, για να εκτιμηθεί η ενδεχόμενη κοινωνική τάση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του STATA statistical package version 10 (Stata Incorporation, College Station, TX, USA).

Μετά τη σύγκριση των διαφορών μεταβλητών, παρουσιάζονται οι ακόλουθες διαφορές στα κυρίως ποσοστά της χρήσης της φροντίδας υγείας στη Γερμανία και Σουηδία: οι ασφαλισμένοι με συμμετοχή στο κόστος (Σουηδικό δείγμα) επισκέφθηκαν 1.72 φορές λιγότερο συχνά γιατρό από τους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή στο κόστος (Γερμανικό δείγμα). Οι Σουηδοί ασφαλισμένοι επισκέφθηκαν γιατρό περισσότερες από 3 φορές και οι Γερμανοί ασφαλισμένοι περίπου 5 φορές σε ένα χρόνο. Η ανάλυση απόδειξε ότι η κατοχή ασφάλειας με συμμετοχή στο κόστος σχετίζεται αρνητικά με τη χρήση φροντίδας υγείας για τις γυναίκες και τους άντρες. Η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες (κύρια διαφορά για τις γυναίκες: 2,01 και για τους άντρες 1,54).

Η ανάλυση, εστιάζει στην επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στην χρήση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας σε όλα τα κοινωνικά στρώματα δείχνοντας σημαντικές διαφορές. Η επίδραση ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (κύρια διαφορά 1,95), σε ασθενείς με χαμηλό εισόδημα (κύρια διαφορά 2,14) και στους άνεργους (κύρια διαφορά 2,53). Στις ομάδες με διαφορετικά επίπεδα υγείας έχει παρατηρηθεί κοινωνική τάση στην κύρια διαφορά μεταξύ της χρήσης φροντίδας υγείας σε ασφαλισμένους με ή χωρίς συμμετοχή στο κόστος. Στην ομάδα που έχει αναφέρει «πολύ καλό επίπεδο υγείας», οι ασφαλισμένοι με συμμετοχή στο κόστος επισκέφθηκαν γιατρό 0,75 φορές λιγότερο συχνά από τους ασφαλισμένους με ελάχιστη ή καθόλου συμμετοχή στο κόστος. Η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στη χρήση της φροντίδας υγείας ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς που έχουν αναφέρει «πολύ κακή κατάσταση υγείας» (κύρια διαφορά 4,61).

Σε όλες τις υποομάδες, ο μέσος αριθμός επισκέψεων στην Π.Φ.Υ ήταν καθαρά μεγαλύτερος στο γερμανικό σε σύγκριση με το σουηδικό δείγμα. Για παράδειγμα, στην ομάδα με ασθενείς που έχουν αναφέρει «πολύ κακό επίπεδο υγείας» και συμμετοχή στο κόστος (Σουηδοί ασφαλισμένοι) ο αριθμός των επισκέψεων στους γιατρούς ήταν περίπου 9 (κύρια διαφορά 8,58) και στους ίδιους ασθενείς χωρίς συμμετοχή στο κόστος (Γερμανοί ασφαλισμένοι) ο αριθμός των επισκέψεων στους γιατρούς ήταν μεγαλύτερος από 13 (κύρια διαφορά 13,20).

Η κύρια διαφορά που αναφέρεται στον αριθμό των επισκέψεων στους γιατρούς εξαρτάται από το επίπεδο υγείας και το κοινωνικό επίπεδο. Η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στις επισκέψεις στην Π.Φ.Υ έχει μελετηθεί για κάθε υποομάδα. Η πιο προνομιούχα υποομάδα ήταν η υποομάδα με πολύ καλό επίπεδο υγείας και μεσαίο ή ανώτερο κοινωνικό επίπεδο, ο αριθμός των επισκέψεων στους γιατρούς ήταν καθαρά μεγαλύτερος στους Γερμανούς από τους Σουηδούς

συμμετέχοντες (κύρια διαφορά για το μορφωτικό επίπεδο 1,43 και για το εισόδημα 1,44). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ του Σουηδικού και του Γερμανικού δείγματος βρέθηκε για την υποομάδα με χαμηλό κοινωνικό επίπεδο και πολύ κακή κατάσταση υγείας (κύρια διαφορά για το μορφωτικό επίπεδο 5,66 και για το εισόδημα 6,13).

Συμπερασματικά, η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος μειώνει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Πρόκληση αποτελεί η εισαγωγή τέτοιων σχημάτων συμμετοχής στο κόστος που να μην αποκλείουν τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού από την αναζήτηση της απαραίτητης φροντίδας υγείας.

Στη μελέτη των Bajj, Pavlova, Gulacsi, et al. 2013, διερευνήθηκε η προθυμία των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην Ουγγαρία να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές για τις υπηρεσίες αυτές, οι οποίες καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλεια υγείας, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει εγγύηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της προθυμίας των χρηστών να πληρώσουν για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και για «άτυπες πληρωμές».

Στη μελέτη συμμετείχαν 1037 άτομα, ηλικίας άνω των 18 ετών. Πραγματοποιήθηκε το 2010. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό για τον πληθυσμό της Ουγγαρίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη με τον ασθενή-ερωτώμενο. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Stata 11 software.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν:

α) Η προθυμία των χρηστών να πληρώσουν

Από τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτει ότι:

Αυτοί που δεν ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές για εξέταση από ειδικό γιατρό ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα, με χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα ή ήταν άτομα τα οποία ζούσαν με σύνταξη αναπηρίας σε σύγκριση με αυτούς που ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν. Ενώ αυτοί που δεν ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ήταν σημαντικά περισσότεροι, κατοικούσαν σε χωριό και είχαν χαμηλό οικογενειακό εισόδημα.

Βρέθηκε ότι η προθυμία να καταβάλουν τις επίσημες πληρωμές ήταν διαφορετική στους χρήστες που είχαν πληρώσει «άτυπες πληρωμές» κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και σ' αυτούς που δεν πλήρωσαν. Η υπό προϋποθέσεις προθυμία να πληρώσουν για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό ήταν 88,8% γι' αυτούς που πλήρωσαν «άτυπα» και 65,2% γι' αυτούς που δεν πλήρωσαν. Ακόμα μεγαλύτερες διαφορές βρέθηκαν στην περίπτωση προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης (82,8 σε σύγκριση με 36,9%) αντίστοιχα. Βρέθηκε ότι η κατεύθυνση

των αποτελεσμάτων των επεξηγηματικών μεταβλητών στην υπό προϋποθέσεις προθυμία να πληρώσουν ήταν η ίδια σε αυτούς που είχαν πληρώσει και αυτούς που δεν είχαν πληρώσει.

Στην περίπτωση που αφορά επίσκεψη σε ειδικό γιατρό, αυτοί που είχαν μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα ήταν πρόθυμοι να καταβάλλουν τις επίσημες πληρωμές και έδειξαν επίσης μεγαλύτερη προθυμία να πληρώσουν τις «άτυπες πληρωμές».

Βρέθηκε επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και αυτοί που κατοικούσαν στην πρωτεύουσα ανταποκρίνονταν θετικά στην πιθανότητα να καταβάλλουν «άτυπες πληρωμές» για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, αλλά την ίδια στιγμή είχαν αρνητική ανταπόκριση στην πιθανότητα να καταβάλλουν τις επίσημες πληρωμές.

Η μικρότερη προθυμία να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό σχετίζεται με τα χαμένα ραντεβού και τις συντάξεις ανικανότητας. Όμως αυτοί οι παράγοντες δεν έχουν σημαντική επίδραση στην πιθανότητα καταβολής «άτυπων πληρωμών».

Σχετικά με την προθυμία να πληρώσουν για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση βρέθηκαν μερικές διαφορές στα αποτελέσματα των επεξηγηματικών μεταβλητών στην υπό προϋποθέσεις πιθανότητα να πληρώσουν σε σύγκριση με τις επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς.

Τα ευρήματα για την πρωτεύουσα ήταν ακριβώς τα αντίθετα σε σύγκριση με το τι βρέθηκε για τις επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς, όπως σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα στην προθυμία να πληρώσει κάποιος και αρνητική επίδραση στην πιθανότητα να έχουν καταβληθεί «άτυπες πληρωμές» κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης, το μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να πληρώσουν τις «άτυπες πληρωμές», αλλά όχι με μεγάλη πιθανότητα να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές.

β) Η προθυμία των χρηστών να πληρώσουν κάποιο ποσό.

Σχετικά με την προθυμία να πληρώσουν κάποιο ποσό, ανάμεσα σ' αυτούς που είχαν την προθυμία και είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν για επισκέψεις στους ειδικούς γιατρούς, οι γυναίκες όπως και αυτοί που κατοικούσαν στην πρωτεύουσα, ήταν πρόθυμοι και είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν σημαντικά χαμηλότερα ποσά (11,3 και 46,4% και λιγότερο, αντίστοιχα). Όμως, το μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσά. Ανάμεσα σε αυτούς που ήταν πρόθυμοι και είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, αυτοί που κατοικούσαν σε χωριό και είχαν κακή/πολύ κακή κατάσταση υγείας και ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν σημαντικά χαμηλότερα ποσά (44,7 και 37,1% και λιγότερο, αντίστοιχα).

Αυτοί που είχαν πληρώσει «άτυπες πληρωμές» για επισκέψεις σε ειδικό γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν μεγαλύτερα ποσά για εξέταση από ειδικό γιατρό (18,2% και περισσότερο), αλλά δεν βρέθηκε καμιά διαφορά σχετικά με το ποσό

πληρωμής σ' αυτούς που ήταν πρόθυμοι και είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση.

γ) Οι μη χρήστες.

Για τους μη χρήστες, τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, υποστηρίζουν ότι αυτοί που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν (όχι όμως τους τελευταίους 12 μήνες) ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για τη νοσηλεία σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ. Το μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές και με, επίσης, μεγαλύτερη πιθανότητα να πληρώσουν κάποιο ποσό.

Την ίδια ώρα, η προθυμία να πληρώσουν τις επίσημες πληρωμές ήταν χαμηλότερη γι' αυτούς που κατοικούσαν στην πρωτεύουσα. Αυτοί που κατοικούσαν στην πρωτεύουσα ή στα χωριά ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν σημαντικά χαμηλότερα ποσά για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση (18,9 και 15,8% και λιγότερο) σε σύγκριση με αυτούς που κατοικούσαν σε άλλες πόλεις.

Ανάμεσα σε αυτούς που δεν είχαν επισκεφθεί γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες, η στατιστική ανάλυση δεν είχε σημαντικά αποτελέσματα για το σημαντικό επίπεδο του 10%. Αυτό ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το μικρό δείγμα και την πιθανή ετερογένεια του δείγματος (όμως, οι συντελεστές εισηγούνται ότι αυτοί που κατοικούσαν στην πρωτεύουσα ήταν επίσης λιγότερο πρόθυμοι να πληρώσουν για επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς, όπως και οι χρήστες).

Στη μελέτη των Danyliv ,Pavlova, Gryga, et al. 2013, διερευνήθηκε η πιθανότητα να γίνουν αποδεκτές οι επίσημες χρεώσεις για συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας της Ουκρανίας. Μελετήθηκαν τα σχέδια για αποδοχή των χρεώσεων, η ικανότητα και η προθυμία να πληρώσουν για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, ανάμεσα σε ομάδες του πληθυσμού.

Στη μελέτη συμμετείχαν 303 άτομα, ηλικίας άνω των 18 ετών. Πραγματοποιήθηκε το 2009. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό για τον πληθυσμό της Ουκρανίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη με τον ασθενή-ερωτώμενο. Οι λόγοι απροθυμίας για πληρωμή διαχωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες: α) άρνηση να πληρώσουν β) ανικανότητα να πληρώσουν και γ) επίπεδο μη αρνητικής προθυμίας να πληρώσουν. Αυτές οι κατηγορίες μελετήθηκαν σε συσχετισμό με το προφίλ της ποιότητας των υπηρεσιών με τα Κοινωνικό-Δημογραφικά Στοιχεία των συμμετεχόντων και των νοικοκυριών τους. Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι:

Η άρνηση να πληρώσουν για τις υπηρεσίες γιατρού σχετίζεται στενά με τα χαρακτηριστικά του προφίλ που αφορούν την ποιότητα/ πρόσβαση. Όπως μπορεί να παρατηρηθεί από τους

αρνητικούς συντελεστές, προφίλ με καλύτερη ποιότητα/ πρόσβαση έχουν χαμηλότερα odds ratio (80-100) στην άρνηση για πληρωμή. Το εύρημα αυτό αφορά αυτούς που αρνήθηκαν τις υπηρεσίες γιατρού με λιγότερο ελκυστική ποιότητα/ πρόσβαση και που αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που ήταν απρόθυμοι να πληρώσουν. Οι δείκτες της οικονομικής κατάστασης έχουν σημαντική επίδραση στην πιθανότητα άρνησης για πληρωμή για υπηρεσίες γιατρού. Αυτοί που άνηκαν σε νοικοκυριά με ελάχιστο ή καθόλου εισόδημα ήταν πιθανότερο να αρνηθούν να πληρώσουν. Από την άλλη αυτοί που άνηκαν σε νοικοκυριά με υψηλά εισοδήματα μπορεί επίσης να μειώσουν την τάση για άρνηση πληρωμής, αλλά αυτό το αποτέλεσμα είναι σημαντικό μόνο στη μειωμένη εκδοχή της κατηγορίας. Ένα μη ασφαλές συμπέρασμα που προκύπτει αφορά το μέρος διαμονής, με αυτούς που κατοικούσαν στις πόλεις και κωμοπόλεις να ήταν λιγότερο πιθανό να αρνηθούν να πληρώσουν. Άλλα Κοινωνικό-Δημογραφικά Στοιχεία δεν είχαν καμιά επίδραση στην άρνηση για πληρωμή.

Η ανικανότητα να πληρώσουν σχετίζεται όχι μόνο με τα χαρακτηριστικά του προφίλ, αλλά επίσης με την ειδικότητα του γιατρού. Η επίδραση των χαρακτηριστικών που αφορούν στην ποιότητα/ πρόσβαση είναι σημαντική, με τα περισσότερο ελκυστικά προφίλ να έχουν 3-3,3 φορές χαμηλότερα odds ratio να αποδίδουν την ανικανότητα για πληρωμή. Παρόμοιο αποτέλεσμα έχει παρατηρηθεί για τους ειδικούς γιατρούς, αλλά είναι λιγότερο σημαντικό. Ένας ειδικός γιατρός έχει διπλάσια πιθανότητα να μην πληρωθεί εξαιτίας της ανικανότητας για πληρωμή. Η ανικανότητα για πληρωμή μειώνεται σημαντικά με την αύξηση των εισοδημάτων των ασθενών. Τα άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω ήταν πολύ πιθανό να δηλώσουν ανικανότητα για πληρωμή (odds ratio ήταν 5 -8 φορές μεγαλύτερο από αυτούς που ήταν στην μέση ηλικία).

Το επίπεδο θετικής προθυμίας για πληρωμή έχει στενή και σημαντική σχέση με τα χαρακτηριστικά του προφίλ που αφορούν στην ποιότητα/ πρόσβαση και την ειδικότητα του γιατρού. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μεγαλύτερη προθυμία να πληρώσουν στους ειδικούς γιατρούς (περίπου 14% περισσότερο από τους γενικούς γιατρούς) και για περισσότερο ελκυστικά προφίλ ποιότητας/ πρόσβασης (περίπου 36% μεγαλύτερο). Μια σταθερή σημαντική θετική επίδραση στην προθυμία για πληρωμή έχει παρατηρηθεί γι' αυτούς που είχαν εθελοντική ασφάλεια υγείας, η οποία σχετίζεται με 45-53% περισσότερο μεγαλύτερη προθυμία για πληρωμή. Η προθυμία για καταβολή πληρωμής σχετίζεται με το επίπεδο του πραγματικού εισοδήματος του νοικοκυριού. Για κάθε περίπου 87 Ευρώ αύξηση στο εισόδημα του νοικοκυριού, αντιστοιχεί με περίπου 7% αύξηση στην προθυμία για πληρωμή.

Συμπερασματικά, τα αρκετά σημαντικά επίπεδα προθυμίας για πληρωμή (μεταξύ 0,9% και 1,9% του εισοδήματος του νοικοκυριού) για επίσκεψη σε γιατρό, παρουσιάζουν μια δυναμική, όσον αφορά στις επίσημες χρεώσεις των ασθενών στην Ουκρανία. Οι χρεώσεις των χρηστών αποτελούν μια σημαντική μερίδα των ιδιωτικών πληρωμών για την Π.Φ.Υ. Το δείγμα της ανικανότητας για πληρωμή υποστηρίζει την εισαγωγή κριτηρίων στη βάση ηλικιακών, εισοδηματικών και άλλων οικονομικών κριτηρίων. Η προθυμία για πληρωμή υπογραμμίζει την αναγκαιότητα καταβολής πληρωμών από τους ασθενείς, ανάλογα με το εισόδημα τους.

6.4 Ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Από τις συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα σε σχέση με τους απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ.

Πολλά άτομα δεν γνωρίζουν τον τρόπο χρήσης των πρώτων βοηθειών και δεν έχουν τις γνώσεις και τις ικανότητες για να μπορούν να εκτιμήσουν αν η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου. Σε πολλές περιπτώσεις επισκέπτονται τις πρώτες βοήθειες χωρίς λόγο. Η επιβολή τελών περιορίζει τις άσκοπες επισκέψεις και συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των Πρώτων Βοηθειών των νοσοκομείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μη πραγματοποίηση επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες επιπλοκές στην υγεία των ασθενών.

Ορισμένες κατηγορίες από τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού έχουν εξαιρεθεί από την καταβολή τελών. Από τα ευρήματα της μελέτης επτά ασθενείς δήλωσαν πως εξαιρέθηκαν από την καταβολή του τέλους για τις Πρώτες Βοήθειες. Έτσι δεν υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης των ομάδων αυτών στις Πρώτες Βοήθειες των νοσοκομείων εξαιτίας της καταβολής τελών. Αντίθετα, ορισμένες φορές τα άτομα αυτά καταφεύγουν στις Πρώτες Βοήθειες για προβλήματα υγείας, για τα οποία θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν στα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία δεν επισκέπτονται λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Στη μελέτη υπάρχει ο περιορισμός ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν τα άτομα που δήλωσαν την ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα, είχαν πραγματική ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες.

Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν τα αποτελέσματα των πιο κάτω μελετών:

Στη μελέτη της Mortensen 2010, διερευνήθηκε αν η επιβολή συμπληρωμών έχει μειώσει τις επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων, για μη επείγοντα περιστατικά για τους ασφαλισμένους στο Medicaid.

Η ανάλυση δεν έδειξε αν οι ασφαλισμένοι του Medicaid, στις πολιτείες που άλλαξαν τα τέλη των συμπληρωμών μείωσαν τις επισκέψεις για μη επείγοντα περιστατικά στα Τμήματα Επειγόντων ακολουθώντας τις αλλαγές. Οι παλινδρομήσεις έδειξαν ότι άτομα με άλλους τύπους ασφαλείας, είχαν επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων πριν και μετά την αλλαγή πολιτικής. Δεν υπάρχει καμιά σημαντική επίδραση στις επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων από αυτούς που έχουν ιδιωτική ασφάλεια και από αυτούς που είναι ανασφάλιστοι.

Μια άλλη ανάλυση στην οποία περιλαμβάνονται οι επείγουσες επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων σαν εξαρτημένη μεταβλητή έδειξε ότι δεν υπάρχει επίδραση από τις αλλαγές στα τέλη για τις μη επείγουσες επισκέψεις, στις επείγουσες επισκέψεις. Το εύρημα αυτό είναι μυστηριώδες, επειδή υπάρχουν πολλά κίνητρα για τους γιατρούς να δηλώνουν τις επισκέψεις ως επείγουσες αντί ως μη επείγουσες. Σε πολλές πολιτείες, το Medicaid αποζημιώνει τους γιατρούς με ψηλότερες τιμές για τις επείγουσες επισκέψεις από τις μη επείγουσες και ακόμα ψηλότερες για τις επισκέψεις που έχουν σαν αποτέλεσμα την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Στη μελέτη των Hsu, Price, Brand, et al. 2006, διερευνήθηκε η επίδραση που έχει το ύψος του ποσού των συμπληρωμών που καταβάλλεται για επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες στη χρήση των Πρώτων Βοηθειών και στην πρόκληση ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Υπολογίστηκαν τα ποσοστά των επισκέψεων στις Πρώτες Βοήθειες, εισαγωγών για νοσηλεία, εισαγωγών στις μονάδες εντατικής νοσηλείας και θανάτων που σχετίζονται με ψηλότερα ποσοστά συμπληρωμών σε σχέση με τη μη καταβολή συμπληρωμών. Επιπλέον, υπολογίστηκαν τα ποσοστά νοσηλείας ασθενών που έπασχαν από οξεία σκωληκοειδίτιδα και τα ποσοστά εισαγωγών στις μονάδες εντατικής νοσηλείας, ασθενών που έπασχαν από πνευμονία. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές μέθοδοι όπως *xt poisson* in Stata 8.2 για τη συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών. Η μελετώμενη περίοδος διήρκεσε μεταξύ Ιανουαρίου 1999 και Δεκεμβρίου 2001, αφορούσε 2,257,445 ασφαλισμένους σε ιδιωτική ασφάλεια και 261,091 ασφαλισμένους στο σύστημα υγείας Medicare.

Η μελέτη κατέδειξε ότι μεταξύ των ασφαλισμένων σε ιδιωτική ασφάλεια, οι επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες μειώθηκαν κατά 12% με ποσό συμπληρωμών 20\$-35 και 23% με ποσό συμπληρωμών 50\$-100 σε σύγκριση με τη μη καταβολή συμπληρωμών. Η νοσηλεία, η εισαγωγή στις μονάδες εντατικής νοσηλείας και οι θάνατοι δεν αυξήθηκαν με την εισαγωγή των συμπληρωμών. Το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία μειώθηκε κατά 4% και 10% με ποσά συμπληρωμών 20\$-35 και 50\$-100 αντίστοιχα, σε σύγκριση με τη μη καταβολή συμπληρωμών. Μεταξύ των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας Medicare, οι επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες μειώθηκαν κατά 4% με ποσό συμπληρωμών 20\$-35 σε σύγκριση με τη μη καταβολή συμπληρωμών. Η εμφάνιση ανεπιθύμητων επιπλοκών δεν αυξήθηκε με την εισαγωγή των συμπληρωμών πχ. το πόστο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία δεν άλλαξε με ποσό συμπληρωμών 20\$-35, σε σύγκριση με τη μη καταβολή συμπληρωμών.

Όσον αφορά στα ποσοστά νοσηλείας ασθενών που έπασχαν από οξεία σκωληκοειδίτιδα και ασθενών που έπασχαν από πνευμονία, οι οποίοι είχαν ιδιωτική ασφάλεια και ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας Medicare, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των συμπληρωμών για τις Πρώτες Βοήθειες και της οξείας σκωληκοειδίτιδας, γιατί όλες αυτές οι περιπτώσεις καταλήγουν σε νοσηλεία, όπως δεν υπάρχει εμφανής σχέση μεταξύ του ποσού των συμπληρωμών και της ρήξης της σκωληκοειδούς απόφυσης που καταλήγει σε νοσηλεία, ασθενών που είχαν ιδιωτική ασφάλεια. Παρομοίως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ψηλού ποσού συμπληρωμών για τις Πρώτες Βοήθειες και νοσηλείων ή εισαγωγών στις μονάδες εντατικής νοσηλείας ασθενών που έπασχαν από πνευμονία και είχαν ιδιωτική ασφάλεια. Μεταξύ των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας Medicare, μεγαλύτερα ποσά συμπληρωμών σχετίζονταν με μεγάλα αλλά στατιστικά μη σημαντικά ποσοστά εισαγωγών στις μονάδες εντατικής νοσηλείας ασθενών που έπασχαν από πνευμονία (για ποσά 1\$-15 και για 20\$-50).

Συμπερασματικά, τα σχετικά μέτρια ποσά συμπληρωμών που καταβάλλονται για επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες μειώνουν τα ποσοστά των επισκέψεων χωρίς να αυξάνουν τα ποσοστά εμφάνισης ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Στη μελέτη των Hsu, Reed, Brand, et al. 2004 διερευνήθηκαν οι γνώσεις των ασθενών που αφορούσαν στον βαθμό συμμετοχής τους στο κόστος των υπηρεσιών και πως αυτές επηρεάζουν τις αποφάσεις τους για αναζήτηση φροντίδας υγείας.

Διεξήχθη μεταξύ Οκτωβρίου και Δεκεμβρίου 2001. Το δείγμα αποτελούσαν 695 ενήλικες ασθενείς: 266 άνω των 65 ετών, 218 είχαν χαμηλά εισοδήματα και 211 από το σύνολο του πληθυσμού.

Εκτιμήθηκαν οι γνώσεις των ασθενών για τα τέλη των συμπληρωμών που αφορούσαν: σε επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες, στα εξωτερικά ιατρεία και στη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Εκτιμήθηκαν επίσης οι αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών που είχαν σχέση με τις συμπληρωμές. Χρησιμοποιήθηκαν το t test, το x² test και η πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση.

Η ανάλυση έδειξε ότι το 1/3 των ασθενών απάντησε σωστά το ποσό των συμπληρωμών για τις πρώτες βοήθειες, ενώ 3/4 απάντησαν σωστά το ποσό που αφορούσε στις συμπληρωμές για συνταγογράφηση φαρμάκων και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία. Το 57% των ασθενών υποεκτίμησαν το τέλος των συμπληρωμών για τις Πρώτες Βοήθειες σε 20\$ ή περισσότερα. Το 11% των ασθενών ανέφερε ότι καθυστέρησε ή απέφυγε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες λόγω των συμπληρωμών. Η αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών σχετιζόταν στενά με το ύψος του ποσού των συμπληρωμών. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συμπληρωμών και αλλαγής στη συμπεριφορά ανάλογα με το εισόδημα ή με τον αριθμό των επισκέψεων στις Πρώτες Βοήθειες τους τελευταίους 12 μήνες.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς είχαν λιγότερες γνώσεις για τα τέλη των συμπληρωμών για τις Πρώτες Βοήθειες από άλλες υπηρεσίες. Το ποσό των συμπληρωμών σχετιζόταν στενά με καθυστέρηση και αποφυγή της επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες.

6.5 Συμπεράσματα

Στις πιο πολλές χώρες, οι ασθενείς καλούνται να συμμετάσχουν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η επιβολή της συμμετοχής γίνεται για δύο λόγους: Αφενός για να γίνει το σύστημα πιο αποδοτικό μέσω της μείωσης της άσκοπης και αχρειαστής χρήσης και αφετέρου για να συγκεντρώσει επιπλέον πόρους. Αυτό είναι αντιφατικό γιατί επιβάλλεται συμμετοχή για να περιοριστεί η άσκοπη κατανάλωση και από την άλλη γίνεται προσπάθεια να αυξηθούν τα έσοδα. Όμως, για να γίνει αυτό, πρέπει οι ασθενείς να συνεχίσουν να καταναλώνουν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας παρά την επιβολή αυτής της συμμετοχής. Σε κάθε περίπτωση, η αλόγιστη επιβολή συμμετοχής στους χρήστες τείνει να αποτρέψει τη χρήση των απαραίτητων όσο και των λιγότερο απαραίτητων υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα (62,2%) δήλωσε ότι δεν έχει διαπιστώσει αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά την 1^η Αυγούστου 2013, ημερομηνία κατά την οποία επιβλήθηκε το μέτρο των συμπληρωμών στην Κύπρο. Τα ποσά των συμπληρωμών είναι χαμηλά για να αποτρέψουν επαρκώς τη χρήση. Η αποσυμφόρηση που παρατηρήθηκε πιθανό να οφείλεται στη μείωση των ασθενών που έχουν δικαίωμα περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας λόγω του ότι προϋπόθεση για απόκτηση ταυτότητας νοσηλείας είναι η καταβολή εισφορών στο ταμείο κοινωνικών ασφαλίσεων για τρία έτη, διαφοροποιήθηκαν τα εισοδηματικά κριτήρια και καταργήθηκε η κατηγορία δικαιούχων «B» (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, www.moh.gov.cy). Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δηλώνουν ότι μειώθηκε η άσκοπη και αχρειαστή χρήση ή ότι αυξήθηκε η απόδοση των υπηρεσιών λόγω της επιβολής των συμπληρωμών. Η απόδοση των υπηρεσιών πρέπει να μετρηθεί με ειδικούς δείκτες απόδοσης. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας για το ποσό των χρημάτων που τελικά απέφερε το μέτρο και για το ύψος του διοικητικού κόστους της οργάνωσης και συλλογής των συμπληρωμών από τις Μονάδες Υγείας.

Το 68,4% των ασθενών δήλωσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Παρόλα αυτά, υπάρχουν προτάσεις από τους ασθενείς για τη βελτίωση του συστήματος υγείας, για την οποία επιβάλλεται η λήψη μέτρων για καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων, ώστε να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και να υπάρχουν περισσότερο ικανοποιημένοι ασθενείς (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Middleton, 2012). Επίσης η βελτίωση του συστήματος υγείας θα βοηθήσει την αποδοχή κάποιας μορφής συμμετοχής στο κόστος, αφού μεταξύ αυτών που πρότειναν βελτιώσεις του συστήματος υγείας, το 48,7% (n=129) δήλωσαν πρόθυμοι να καταβάλλουν

κάποιο ποσό από το εισόδημα τους κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις.

Αν η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος δεν γίνεται με βάση εισοδηματικά κριτήρια, εγείρει ζητήματα ισότητας όσον αφορά στη χρηματοδότηση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Αν το μέτρο δεν συνδέεται με εισοδηματικά κριτήρια, είναι αναμενόμενο ότι θα επιβαρύνει περισσότερο τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα. Επίσης μπορεί να προκαλέσει ανισότητα στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μειώνοντας την πρόσβαση στους ηλικιωμένους, τους νέους και τους χρονίως πάσχοντες. Η μείωση της κατανάλωσης ή η καθυστέρηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση του επιπέδου υγείας. Είναι επίσης γνωστό ότι οι φτωχοί έχουν γενικά χειρότερη υγεία από τους πλουσίους. Σε ένα τέτοιο σχήμα στην περίπτωση μιας ακριβής ασθένειας, οι δαπάνες των φτωχών για την υγεία θα αυξάνονταν πολύ (Πολύζος, Θεοδώρου, Καστανιώτη, και συν., 2013). Για τον λόγο αυτό η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συνδεθεί με την ικανότητα ενός ασθενούς να πληρώσει, αλλά με τις πραγματικές ανάγκες υγείας που έχει (Theodorou, 2014).

Το 80,9% των ασθενών δήλωσαν πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών για συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Για να γίνει η συμμετοχή στο κόστος πιο δίκαιη, προτείνεται στις συμπληρωμές που σχεδιάζονται να επιβληθούν μελλοντικά, με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, η επιβάρυνση να γίνεται με βάση εισοδηματικά κριτήρια και με μέγιστο ύψος τελών ανά άτομο η οικογένεια (Theodorou, 2014), έστω και αν αυτό θα αυξήσει το διοικητικό κόστος εφαρμογής του (Mossialos and Le Grand, 1997).

Παρόλο που έχουμε κάποια νούμερα για ανικανοποίητες ανάγκες (πίνακας 9), είναι νωρίς να υπολογιστεί το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών που αποδίδεται στην επιβολή των συμπληρωμών, λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος από την ημερομηνία επιβολής του μέτρου. Οι επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού πρέπει μετρηθούν με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Οι αντιδράσεις των ασθενών και οι συνέπειες ήταν σχετικά περιορισμένες, ίσως λόγω των χαμηλών συμπληρωμών. Όμως το μικρό χρονικό διάστημα από την ημερομηνία επιβολής των συμπληρωμών δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Ο βαθμός στον οποίο το μέτρο είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, κάνοντας τις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα στην Κύπρο πιο αποδοτικές, θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενων μελλοντικών ερευνών.

Οι απόψεις των χρηστών και γενικότερα η εμπειρία της επιβολής τελών στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα στην Κύπρο είναι σημαντικά και χρήσιμα στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εφαρμογή του ΓεΣΥ, που πιθανολογείται ότι θα εισάγει υψηλότερα τέλη σε περισσότερες υπηρεσίες (Theodorou, 2014). Θα ήταν μέγα λάθος να πιστεύεται ότι θα μπορούσαν να γίνουν αυξήσεις στα τέλη χωρίς να ληφθούν υπόψη οι στάσεις και οι απόψεις των ασθενών αλλά και οι πιθανές συνέπειες, ειδικά σε μια περίοδο βαθιάς οικονομικής κρίσης (Cylus, Papanicolas, Constantinou, et al, 2013).

6.6 Περιορισμοί της έρευνας

Στη μελέτη υπήρξε ο περιορισμός ότι το δείγμα ήταν τυχαίο. Άλλος περιορισμός ήταν ότι δεν γνωρίζαμε αν αυτοί που δήλωσαν ανάγκη επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα, είχαν πραγματική ανάγκη. Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι δεν είναι βέβαιο αν όντως γνώριζαν το ποσό όσοι δήλωσαν πως γνώριζαν το ποσό για επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες, σε γενικό γιατρό, σε οδοντίατρο, σε ειδικό γιατρό και για συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων και δεν δήλωσαν το ακριβές ποσό.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anell, A., Glennard, A., and Merkurs (2012), Health Systems in Transitions European observatory on Health Systems and Policies, voi. 14, no. 5.
- Atanasova, E., Pavlova, M., Moutafova, E., Rechel, B., et al. (2012), Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access, *European Journal of Public Health*, Vol.23, No. 6, 916-922.
- Baji, P., Pavlova, M., Gulacsi, L., Farkas, M., et al. (2013), The link between past informal payments and willingness of the Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *Eur J Health Econ*, DOI 10. 1007/s10198-013-0531-y, Springer.
- Chandra, A., Gruber, J., and Mc Knight, R., (2010), Patient cost sharing in Low Income Populations. *American Economic Review: Papers And Proceedings* 100 (May 2010): 303-308.
- Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernandez-Quevedo C. and Mladovsky P. (2010), France: Health System review. *Health Systems in Transition* (World Health Organization), 12(6) pp. 1-291.
- Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E., and Theodorou, M., (2013), Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme, *Health Policy* 110: 1-5.
- Danyliv, A., Pavlova, M., Gryga, I., and Groot, W. (2013), Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study. *BMC Health Services Research* 2013, 13: 208.
- Huber, C, A., Ruesch, P., Mielck, A., Bocken, J., et al. (2011), Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity- matched study in Germany and Switzerland, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN 1365-2753.
- Hurley, J. (2013), User charges for health care services : Some further thoughts. *Health Economics, Policy and Law* page 1 of 5, Cambridge University Press 2013.
- Hsu, J., Reed, M., Brand, R., Fireman, B., et al. (2004), Cost-Sharing. Patient Knowledge and Effects on Seeking Emergency Department Care. *Medical Care*. Volume 42, Number 3, March 2004, Lippincott Williams & Wilkins.
- Hsu, J., Price, M., Brand, R., Ray, B., et al. (2006), Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study. *Health Services Research* 41: 5 (October 2006).
- Kim, J., Ko, S., and Yang, B. (2004), The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 72 (2005) 293-300. 2004 Elsevier Ireland Ltd.
- Lischko, A, M., Burgess, J, F. (2010), Knowledge of Cost Sharing and Decisions to Seek Care. *The American journal of managed care* vol. 16, NO. 4, 2010: 298-304.
- Mortensen, K. (2010), Copayments Did Not Reduce Medicaid Enrollees' Nonemergency Use Of Emergency Departments. *HEALTH AFFAIRS* 29, NO> 9 (2010): 1643-1650.
- Mossialos, E., Le Grand, J. (1997), *Health Transition Profile- United Kingdom*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos, E., Le Grand, J.(1999), Cost containment in the EU: an overview. In E. Mossialos and J. Le Grand (eds) (1999). Health care and cost containment in the European Union, Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.

Niakas, D., Gnardellis, C., and Theodorou, M. (2004), Is there a problem with quality in the Greek hospital sector ? Preliminary results from a patient satisfaction survey, Health Services Management Research 17, 1-8, Health Services Management Centre 2004.

O' Reilly, D., O'Neill, C., O' Dowd, T., Galway, K., et al. (2007), Patients' attitudes to co-payments for general practitioner services: do they reflect the prevailing system ?. Journal of Health Services Research & Policy Vol 12 No 4, 2007: 197-201.

Ros, C.C., Groenewegen, P.P., Delnoj, D.M.J., All rights reserved, or can we just copy? : Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy: 52, 2000, nr. 1, p.p. 1-13.

Shapiro, M, F., Ware, J, E., Sherbourne, C, D. (1986), Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms. Results of a Randomized Controlled Trial. Annals of Internal Medicine, 1986:104:246-251.

Sharma, A. (2012), User Fee Impact on Equitable Access to Care: A Review. Journal of Health Management 14, 1 (2012): 43-49.

Smith, P. (2013), Universal health coverage and user charges: response to commentaries. Health Economics, Policy and Law page 1 of 3, Cambridge University Press 2013.

Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J., Abrahamowicz, M., Scott, S., et al. (2001), Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost- Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA, January 24/31, 2001-Vol.285, No.4: 421-429.

Mamas Theodorou (2014), Testing the waters for GeSY: The opinion of patients for cost sharing arrangements in the public health care system in Cyprus. *Cyprus Economic Policy Review*, Volume 8, No 2, pp.37-59 (2014).

Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2010), Can user charges make healthcare more efficient ?. European observatory of Health Systems and Policies, BMJ / 4 SEPTEMBER 2010 / VOLUME 341: 487-489.

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2001. www.healthobservatory.eu.

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2008. www.healthobservatory.eu.

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2009. www.healthobservatory.eu

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2010. www.healthobservatory.eu.

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2011. www.healthobservatory.eu

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2012.
www.healthobservatory.eu.

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2013.
www.healthobservatory.eu

WHO/ Europe/European observatory of Health Systems and Policies, 2014.
www.healthobservatory.eu.

WHO (2010). The World health report – Health systems financing: The path to universal coverage.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., και Middleton, Ν. (2012), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 2012, 29(6): 720-730.

Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ. (2003), Η Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη. Mediforce, Αθήνα. 2003, 24-48.

Πολύζος, Ν., Θεοδώρου, Μ., Καστανιώτη, Α., Θηραίος, Ε., Καρακόλιας, Σ., Μάμα, Κ., και συν. (2013). Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ: 339-345.

Υπουργείο Υγείας Κύπρου. www.moh.gov.cy



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

Εισαγωγικά για την έρευνα

Το Υπουργείο Υγείας έχει εφαρμόσει από την 1η Αυγούστου του 2013 σύστημα με τέλη (αλλιώς ένσημα, ή συμπληρωμές) σε κάποιες υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας. Τα τέλη αυτά καλούνται να πληρώσουν οι ασθενείς που προσφεύγουν στο σύστημα και κάνουν χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει ότι η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος υπό διάφορες μορφές μπορεί να περιορίσει την υπερβολική, αλόγιστη ή ακόμη και κακή χρήση αυτών των υπηρεσιών, μπορεί όμως να έχει και αρνητικές συνέπειες στην ισότητα του συστήματος αλλά και στο επίπεδο υγείας των ασθενών.

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

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

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

Δημήτρης Πορτίδης, email: demetriosportides@hotmail.com, τηλέφωνο 99370147

Ημερομηνία 14.04.2014

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μονάδα Υγείας:.....

1. Φύλο

Άντρας Γυναίκα

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

3. Τόπος μόνιμης διαμονής

Δήμος ή ΚοινότηταΕπαρχία

4. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

5. Υπηκοότητα / Κοινότητα

Ελληνοκύπριος Τουρκοκύπριος Ε. Ε. Άλλη

6. Επαγγελματική κατάσταση

Δημόσιος υπάλληλος (συν ευρύτερος δημόσιος τομέας) Ιδιωτικός υπάλληλος

Αυτοεργοδοτούμενος Συνταξιούχος

Οικιακά Φοιτητής, στρατιώτης

Άνεργος

7. Πόσα άτομα μένετε μαζί στο ίδιο σπίτι;

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

9. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;

- Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)
- Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου
- Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)
- Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)
- Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)

10. Είστε δικαιούχος περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας;

- Ναι Όχι *Εάν η απάντηση είναι **Όχι**, τότε η συνέντευξη διακόπτεται*

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

- πολύ αρκετά μέτρια λίγο καθόλου

B. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

- πολύ καλή καλή μέτρια κακή πολύ κακή

13. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;

Ναι

Όχι

14. Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να έρχεστε συχνά στο γιατρό;

Ναι

Όχι

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

Εάν η απάντηση είναι **ΌΧΙ**, προχωρήστε στην ερώτηση 16

15. Ποιο είναι το χρόνια πρόβλημα υγείας: (μπορείτε να δώσετε μέχρι 4 απαντήσεις)

α).....

β).....

γ).....

δ).....

Γ. ΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΛΗ

16. Ξέρετε ότι από την 1^η Αυγούστου του 2013 πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα (ένσημα/τέλη) κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;

Ναι

Όχι

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση. Εάν η απάντηση είναι **ΌΧΙ**, ενημερώστε τον ασθενή για τα τέλη που έχουν επιβληθεί και προχωρήστε στην ερώτηση 22.

17. Θα σας ρωτήσω τώρα αν ξέρετε πόσο πρέπει να πληρώσετε για τις παρακάτω υπηρεσίες; Εάν ξέρετε το ακριβές ποσό πείτε μας το. Εάν δεν το ξέρετε μπορείτε να μαντέψετε και να μας πείτε ένα ποσό που νομίζετε ότι είναι το σωστό;

17.1. Για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου

Ναι, το ξέρω και το ποσό είναι [€_____]

Δεν το ξέρω αλλά νομίζω ότι είναι [€_____]

17.2. Για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ.

Ναι, το ξέρω και το ποσό είναι [€_____]

Δεν το ξέρω αλλά νομίζω ότι είναι [€_____]

17.3. Για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ.

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

17.4. Για κάθε φάρμακο που σας γράφει ο γιατρός σας

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

17.5. Για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που σας γράφει ο γιατρός σας

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

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

[] Ναι [] Όχι

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

Εάν η απάντηση είναι **ΌΧΙ**, προχωρήστε στην ερώτηση 20

19. Για ποιες υπηρεσίες έχετε εξαιρεθεί;

[] πρώτες βοήθειες [] φάρμακα [] εργαστηριακές [] δεν γνωρίζω

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

[]πολύ υψηλό []υψηλό []μέτριο χαμηλό[] πολύ χαμηλό[]

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

Εάν η απάντηση είναι «**μέτριο, χαμηλό ή πολύ χαμηλό**» προχωρήστε στην ερώτηση 22

21. Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας χρειάστηκε να πάρει από κάπου δάνειο (δανεικά χρήματα) για να έρθει στο γιατρό και να πληρώσει αυτά τα τέλη;

[] Ναι [] Όχι

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

πρέπει κάποιιοι να εξαιρούνται

πρέπει να τα πληρώνουν όλοι

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

Εάν η απάντηση είναι «**να τα πληρώνουν όλοι**» προχωρήστε στην ερώτηση 24

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

Εδώ μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες της μιας** απαντήσεις **ιεραρχημένες με αρίθμηση**

Άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις & άτομα με σοβαρές αναπηρίες

Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.

Λήπτες δημοσίου βοηθήματος

Εγκλωβισμένοι και στρατιώτες

Τουρκοκύπριοι

Άνεργοι

Χαμηλοσυνταξιούχοι & άτομα με χαμηλά εισοδήματα

Άτομα άνω των 65 ετών

Άλλοι, διευκρινίστε

24. Θα συμφωνούσατε να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας;

Όχι, δεν θα συμφωνούσα

Ναι, θα συμφωνούσα

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

Αν η απάντησή σας είναι **Ναι** τότε προχωρήστε στην ερώτηση 27

25. Σε ποιες υπηρεσίες δε θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να πληρώνετε;

Εδώ μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες της μιας** απαντήσεις **ιεραρχημένες με αρίθμηση**

- Για επισκέψεις στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου
- Για επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας
- Για επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή κέντρου υγείας
- Για επισκέψεις σε ειδικούς (πχ καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου ή του Κ.Υ.
- Για εργαστηριακές & ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις
- Για νοσηλεία στο νοσοκομείο
- Για φάρμακα
- Άλλες, διευκρινίστε.....

26. Για ποιο λόγο εσείς πιστεύετε ότι εφαρμόστηκε το μέτρο των τελών;

*Εδώ μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες της μιας** απαντήσεις **ιεραρχημένες με αρίθμηση***

- Για μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας
- Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων
- Γιατί το ζήτησε η Τρόικα
- Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις
- Δε γνωρίζω

27. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών:

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

27.2. Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις **πρώτες βοήθειες** των καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

νοσοκομείων;

27.3. Θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των **φαρμάκων**;

καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.4. Θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες **εργαστηριακές εξετάσεις**;

καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.5. Θα εξοικονομήσει **χρήματα** που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;

καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.6. Θα αναγκάσει κάποιους **να πάνε στον ιδιωτικό τομέα**;

καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.7. Θα κάνει τον κόσμο **να το σκέφτεται δύο φορές** πριν πάει στο γιατρό;

καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

28. Εσείς προσωπικά έχετε διαπιστώσει κάποια αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013 προς το καλύτερο ή το χειρότερο;

Όχι, **καμία** αλλαγή

Ναι, προς το **χειρότερο**. Ποια;

Ναι, προς το **καλύτερο**. Ποια;

Δ. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

29. Από την 1η Αυγούστου 2013 που εφαρμόστηκε το μέτρο των πληρωμών μπορείτε να σκεφτείτε και να μου πείτε πόσες φορές, έχετε επισκεφθεί για δικό σας πρόβλημα ιδιώτη γιατρό; [_____]

30. Από την 1η Αυγούστου 2013 που εφαρμόστηκε το μέτρο των πληρωμών μπορείτε να σκεφτείτε και να μου πείτε πόσες φορές έχετε επισκεφθεί για δικό σας πρόβλημα κάποιο γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας; []

31. Από την 1^η Αυγούστου 2013 που εφαρμόστηκε το μέτρο των πληρωμών, χρειάστηκε να:

31.1. επισκεφθείτε τις **πρώτες βοήθειες** του νοσοκομείου και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; [] Όχι [] Ναι Πόσες φορές []

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

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

31.4. επισκεφθείτε κάποιον **ειδικό γιατρό** του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; [] Όχι [] Ναι Πόσες φορές []

31.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο **φάρμακο** γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; [] Όχι [] Ναι Πόσες φορές []

31.6. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια **εξέταση** γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; [] Όχι [] Ναι Πόσες φορές []

32. Αν μπορούσατε να βελτιώσετε κάτι στο σύστημα υγείας, είτε διορθώνοντας είτε προσθέτοντας κάτι καινούργιο ποιο θα ήταν αυτό;.....

33. Εάν σας έλεγαν ότι για να γίνει αυτό πρέπει οι ασθενείς κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας να πληρώνουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους, εσείς είστε διατεθειμένος να το κάνετε;

[] Ναι

[] Όχι

Σας ευχαριστούμε