



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια

συστήματα υγείας και η άποψη των ασθενών:

Η περίπτωση της Κύπρου

ΝΕΚΤΑΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Επιβλέπων καθηγητής:

ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2015

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια
συστήματα υγείας και η άποψη των ασθενών:**

Η περίπτωση της Κύπρου

ΝΕΚΤΑΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Επιβλέπων καθηγητής:

ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2015

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
1. Συμπληρωμές (Co-payments).....	13
1.1 Επιμερισμός του Κόστους (Cost Sharing).....	14
1.2 Μέθοδοι επιμερισμού του κόστους.....	14
1.3 Σκοπός του cost sharing.....	15
1.4 Συμπληρωμές: Μέθοδος συγκράτησης δαπανών.....	16
1.5 Αποτελεσματικότητα του μέτρου.....	16
2. Οικονομική κρίση και συμπληρωμές.....	18
2.1 Οικονομική κρίση και υγεία του πληθυσμού.....	18
2.2 Συμπληρωμές στην Κύπρο και Οικονομική Κρίση.....	19
2.3 Αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	20
3. Εφαρμογή συμπληρωμών σε άλλες χώρες.....	22
3.1 Επίσκεψη στον γενικό ιατρό.....	22
3.2 Φαρμακευτική αγωγή.....	23
3.3 Νοσηλεία.....	24
4. Επίδραση συμπληρωμών σύμφωνα με την βιβλιογραφία.....	25
4.1 Επίδραση στη χρήση υπηρεσιών υγείας.....	25
4.2 Επίδραση στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.....	27
4.3 Επίδραση στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών.....	27
4.4 Επίδραση για τους χρόνιους ασθενείς.....	31
4.5 Επίδραση στους χαμηλά αμειβόμενους ασθενείς.....	32
4.6 Γνώση ασθενών για τις συμπληρωμές.....	33
4.7 Εξοικονόμηση πόρων.....	34
5. Συμπληρωμές στην Κύπρο.....	36
5.1 Σύστημα Υγείας στην Κύπρο και συμπληρωμές.....	36

5.2	Είδη συμπληρωμών.....	38
5.2.1	Φάρμακα και εργαστηριακές αναλύσεις.....	38
5.2.2	Επίσκεψη στον ιατρό.....	38
5.2.3	Επίσκεψη στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.....	38
5.3	Εξαίρεση ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού.....	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.	Σχεδιασμός και Μεθοδολογία της Έρευνας.....	40
6.1	Σκοπός της Έρευνας.....	40
6.2	Στόχοι της Έρευνας.....	40
6.3	Ερωτηματολόγιο.....	40
6.3.1	Δομή του ερωτηματολογίου.....	41
6.4	Τρόπος διεξαγωγής της Έρευνας.....	42
6.5	Επεξεργασία δεδομένων.....	43
6.6	Περιορισμοί έρευνας.....	43
6.7	Δεοντολογικά θέματα και ηθικά ζητήματα.....	44
6.8	Στατιστική Ανάλυση.....	44
7.	Αποτελέσματα Έρευνας.....	46
7.1	Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	46
7.2	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων Υγείας.....	48
7.3	Επίπεδο υγείας.....	49
7.4	Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη.....	51
7.5	Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	58
7.6	Συσχετίσεις.....	61
7.6.1	Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	61
7.6.2	Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους του ποσού.....	62
7.6.3	Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.....	64
7.6.4	Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.....	65

7.6.5	Εξαρτημένη μεταβλητή: ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.....	66
8.	Συζήτηση	69
8.1	Γνώση ασθενών για τις συμπληρωμές.....	72
8.2	Αυτοεκτίμηση τους ύψους καταβολής των τελών.....	72
8.3	Σχέση ικανοποίησης – ηλικίας.....	73
8.4	Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	73
9.	Συμπεράσματα	75
10.	Βιβλιογραφία	77
11.	Παραρτήματα	85
11.1	Ερωτηματολόγιο.....	85

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κατανομή ατόμων του δείγματος ανά μονάδα υγείας.....	46
Πίνακας 2. Φύλο ερωτηθέντων.....	46
Πίνακας 3. Τόπος διαμονής.....	47
Πίνακας 4. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων.....	47
Πίνακας 5. Υπηκούτητα.....	47
Πίνακας 6. Επαγγελματική κατάσταση.....	47-48
Πίνακας 7. Επίπεδο μόρφωσης.....	48
Πίνακας 8. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας..	49
Πίνακας 9. Αυτοεκτίμηση κατάστασης υγείας.....	49
Πίνακας 10. Φαρμακευτική Αγωγή.....	50
Πίνακας 11. Χρόνιο πρόβλημα υγείας.....	50
Πίνακας 12. Γνώση για τα τέλη.....	51
Πίνακας 13. Εξαιρέσεις από την καταβολή τελών.....	52
Πίνακας 14. Αυτοεκτίμηση του ποσού που πρέπει να καταβληθεί.....	53
Πίνακας 15. Αιτία εφαρμογής τελών.....	54
Πίνακας 16. Απόψεις ασθενών για τα τέλη.....	55
Πίνακας 17. Διαπίστωση αλλαγών με την εφαρμογή των τελών.....	57
Πίνακας 18. Χρήση υπηρεσιών Υγείας.....	59
Πίνακας 19. Οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας.....	60
Πίνακας 20. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	61
Πίνακας 21. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.....	62
Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.....	63

Πίνακας 23. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.....	64
Πίνακας 24. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.....	65
Πίνακας 25. 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.....	67
Πίνακας 26. 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.....	68

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω θερμά τη μητέρα μου για την στήριξη της, τον σύντροφο μου για την ηθική και πρακτική στήριξη, την κ. Μαρία και την κ. Άντρη για την συλλογή των ερωτηματολογίων και τέλος τον καθηγητή μου κ. Μάμα Θεοδώρου για την πολύτιμη βοήθεια του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη των συμπληρωμών που εφαρμόστηκαν στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου από την 1^η Αυγούστου 2013 και αφορούν την επιβολή τελών στην εκτέλεση συνταγών, στην επίσκεψη σε ιατρό και στην διεξαγωγή εργαστηριακών αναλύσεων. Συγκεκριμένα η έρευνα επιχειρεί να μελετήσει την άποψη των ασθενών στο θέμα αυτό, τη γνώση, την αντίληψη και την στάση τους σχετικά με τα τέλη αλλά και να διερευνήσει επίσης κατά πόσο οι συμπληρωμές αυτές μπορεί να επηρέασαν ή όχι τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε διάφορα Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία της Κύπρου από τον Απρίλιο μέχρι τον Ιούλιο 2014 με τη συμμετοχή 300 ασθενών οι οποίοι βρίσκονταν στις μονάδες υγείας για χρήση των υπηρεσιών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την βοήθεια ερωτηματολογίου 33 ερωτήσεων το οποίο εκπονήθηκε ειδικά για τις ανάγκες της έρευνας αυτής. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 21,0.

Σύμφωνα με την έρευνα το επίπεδο γνώσης των ασθενών για τις συμπληρωμές είναι υψηλό, με τη συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων να γνωρίζει για την επιβολή των συμπληρωμών (ποσοστό 97,3%) και τους περισσότερους από αυτούς να γνωρίζουν σωστά το ποσό που πρέπει να πληρώσουν για κάθε υπηρεσία υγείας. Ιδιαίτερα υψηλό ήταν το ποσοστό των ατόμων που γνώριζαν για την επιβολή τελών στο ΤΑΕΠ (80,5%) και την φαρμακευτική αγωγή (82,9%) σε σύγκριση με άλλες ιατρικές υπηρεσίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (71,2%) χαρακτήρισαν τα ποσά των συμπληρωμών μέτρια/χαμηλά/πολύ χαμηλά. Συγκεκριμένα: Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους εργαζόμενους. Επίσης οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1500€ αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ≥1500€ και τέλος οι γυναίκες αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους άντρες.

Η πλειοψηφία των ασθενών (66,0%) δήλωσε ότι μετά την εφαρμογή των συμπληρωμών δεν παρατήρησε καμιά αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας. Από τους ασθενείς που διαπίστωσαν αλλαγές, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας διαπίστωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αλλαγές προς το

καλύτερο σε σχέση με τους μικρότερους ασθενείς και δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ποσοστό κάτω από το 10% για όλες τις κατηγορίες υπηρεσιών δήλωσε ότι δεν χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει. Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά 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 εργαζόμενους. Σημαντικό επίσης είναι το ποσοστό 8,3% που δήλωσε ότι δανείστηκε χρήματα για την πληρωμή των τελών για τις υπηρεσίες υγείας.

Με την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, διαφαίνεται ότι οι συμπληρωμές στο δημόσιο σύστημα της Κύπρου προκάλεσαν ήπιες αντιδράσεις από τους ασθενείς και για ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν αποτέλεσαν λόγο μη χρήσης των υπηρεσιών. Βέβαια το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την επιβολή των συμπληρωμών μέχρι την ολοκλήρωση της ερευνάς είναι μικρό για την διατύπωση ασφαλών συμπερασμάτων.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the co-payments applied in the public sector in Cyprus from August 1, 2013. Cypriot patients have to pay a small amount of money on their visit to the doctor, medicines and laboratory examinations. Specifically, the research seeks to study the opinion of patients, knowledge, perception and attitude about their fees and how the co-payments may be affect or not the use of health services.

The study took place in Health Centers and Hospitals located to Nicosia from April to July 2014. The 300 participants were men and women, patients that were using the health services. The data collection was based on a questionnaire with 33 questions developed by the researchers especially for the purpose of this study. Data analysis was performed with SPSS 21, 0.

The vast majority (97.3%) knew about the imposition of co-payments and most patients also knew the right amount to pay for the use of each health service, and most of the featured medium

or low (71,2%). The percentage of people who knew about the charges in emergency department (80, 5%) and medical prescription (82, 9%) was particularly higher compared with other medical services. Specifically: unemployed / students / soldiers / household estimated to a greater extent the amount of the payment of fees as high / very high compared with employees. Patients with monthly family income <1500 € esteem a greater proportion the amount of the payment of fees as high / very high in comparison with patients with a monthly family income \geq 1500 € and finally women estimated to a greater extent the amount of the payment of fees as high / very high compared with men.

The majority of patients (66.0%) said that since the implementation of co-payments did not notice any change in the health services. Elderly patients said that health services improved after the fees in comparison with younger patients, and felt more satisfied with the health services.

About the use of health services, less than 10% of participants did not use services because of the payments. The unemployed / students / soldiers / households said that needed to visit ED and did not because of the thought that they would pay money. Finally 8.3% of patients borrowed money for the payment of fees for health services.

Upon completion of this investigation appears that copayments in the public system in Cyprus caused mild reactions among patients and did not affect the usage of health services for t most participants. Of course, the time elapsed since the imposition of stamps until the completion of the survey is small for the formulation of safe conclusions.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αυξάνονται συνεχώς. Οι καινοτόμες θεραπείες, η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων προβλημάτων υγείας και οι απαιτήσεις των ασθενών είναι μερικοί από τους λόγους που οδηγούν σε αύξηση των δαπανών. Αυτές με τη σειρά τους επιβάλλουν στο υγειονομικό σύστημα την ανάγκη για λήψη μέτρων με στόχο τον έλεγχο και τη συγκράτησή τους.

Οι σχεδιαστές της πολιτικής υγείας έχουν εφαρμόσει κατά καιρούς διάφορα μέτρα ελέγχου και συγκράτησης των υγειονομικών δαπανών. Τα μέτρα αυτά στοχεύουν στον έλεγχο της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Για τον έλεγχο της ζήτησης εφαρμόζονται συνήθως πολιτικές επιμερισμού του κόστους όπως co-payments, co-insurance και deductible, όπου το κόστος της υπηρεσίας επιμερίζεται ανάμεσα στον πάροχο και στον δικαιούχο με σκοπό τη σωστή και λελογισμένη χρήση των υπηρεσιών.

Τα co-payments, ή στα ελληνικά συμπληρωμές, αποτελούν ένα σταθερό ποσό το οποίο ο ασθενής πληρώνει για τη χρήση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας. Οι συμπληρωμές είναι αρκετά διαδεδομένες στα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως και πρόσφατα έχουν εισαχθεί και στο υγειονομικό σύστημα της Κύπρου. Βρίσκουν εφαρμογή στις διάφορες υπηρεσίες υγείας, όπως είναι η επίσκεψη στον ιατρό, τα φάρμακα και η νοσηλεία.

Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, οι συμπληρωμές πολλές φορές επηρεάζουν την υγεία των ασθενών ειδικότερα των ευάλωτων ομάδων (Tamblyn et al, 2001). Με την επιβολή τελών πληρωμής στις υγειονομικές υπηρεσίες υγείας μειώνεται η χρήση των υπηρεσιών (Freeman, Corey, 1993) και η κατανάλωση φαρμάκων με κίνδυνο βέβαια οι ασθενείς να αποφεύγουν όχι μόνο τη μη απαραίτητη φροντίδα υγείας αλλά και την απαραίτητη (Gibson, Ozminkowski, Goetzl, 2005). Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι η μείωση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνοδεύεται με αύξηση της προσφοράς υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας (Zeber et al, 2007).

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να διερευνήσει την επίπτωση που είχε η εφαρμογή των συμπληρωμών στις υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο, πώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις συμπληρωμές, κατά πόσο γνωρίζουν για αυτές και ποια άποψη και στάση έχουν γι' αυτές.

Για το σκοπό αυτό εκπονήθηκε ερωτηματολόγιο, που καλούνταν να απαντήσουν οι ασθενείς που επισκέπτονταν τις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

Το Γενικό μέρος της εργασίας ασχολείται με τις συμπληρωμές, τι είναι, για ποιο λόγο εφαρμόζονται, ποιες συμπληρωμές υπάρχουν στα δημόσια συστήματα των χωρών της Ευρώπης και πως οι συμπληρωμές αυτές μπορούν να επηρεάσουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες και την κατάσταση της υγείας τους μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία

Το Ειδικό Μέρος της διατριβής αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι. Περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τον σχεδιασμό και τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και η συζήτησή τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ (CO-PAYMENTS)

Οι συμπληρωμές αποτελούν ένα σταθερό ποσό χρημάτων, το οποίο καθορίζεται από το πακέτο ασφάλισης και πληρώνεται από τον ασφαλιζόμενο όποτε γίνεται χρήση συγκεκριμένης υπηρεσίας. Οι συμπληρωμές εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου και αυτού της υγείας.

Το ποσό της συμπληρωμής καταβάλλεται από τον ασφαλιζόμενο πριν ή κατά την έναρξη παροχής της υπηρεσίας και διαφέρει σε κάθε περίπτωση αφού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το είδος της υπηρεσίας, το σύστημα υγείας, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης ή του ασφαλιστικού συμβολαίου. Σε πολλές περιπτώσεις μέρος του ποσού των πληρωμών αυτών χρησιμοποιείται για την κάλυψη μέρους του κόστους των υπηρεσιών, όμως σε άλλες περιπτώσεις, τα ποσά είναι πολύ μικρά, σχεδόν συμβολικά που δεν αποφέρουν έσοδα στο σύστημα υγείας ούτε αντικατοπτρίζουν το κόστος της υπηρεσίας για την οποία ο ασθενής πληρώνει, όπως για παράδειγμα τη νοσηλεία σε νοσοκομείο ή το κόστος των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Συμπληρωμές εφαρμόζονται στην πλειονότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως νοσηλεία, φάρμακα, εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε ιατρό κ.α.. Συνήθως όμως εφαρμόζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σκοπό να αποτρέψουν την αχρείαστη ζήτηση των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους Carrin και Hanvoravongchai, (2002) οι χρεώσεις των χρηστών για τις υπηρεσίες υγείας είναι ένα αρκετά διαδεδομένο μέτρο με σκοπό τον έλεγχο της ζήτησης των υπηρεσιών. Έτσι σε πολλές περιπτώσεις τα co-payments, μειώνοντας την αχρείαστη ζήτηση, είναι χρήσιμα σε υπηρεσίες στις οποίες υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής και οι ασθενείς αργούν να εξυπηρετηθούν. Στη διεθνή βιβλιογραφία σε πολλές περιπτώσεις αποδεικνύεται ότι δεν επιτυγχάνουν το σκοπό επιβολής τους και πολλοί μελετητές και συγγραφείς αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητά τους (Lako, 2002).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να εφαρμοστούν οι συμπληρωμές στα υγειονομικά συστήματα, με διαφορετικά αποτελέσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Είναι σημαντικό να

εξετάζονται υπό ποιες συνθήκες εφαρμόζονται, για ποιες κατηγορίες υπηρεσιών, για ποιες ομάδες ασθενών και βεβαίως ποιο το ύψος του ποσού που θα επιβάλλεται.

1.1 Επιμερισμός του κόστους (Cost- Sharing)

Τα co-payments αποτελούν ένα σημαντικό μέτρο επιμερισμού του κόστους στον τομέα της υγείας (cost sharing), το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στη συγκράτηση των δαπανών (Cherkin, Grothaus, Wagner, 1989). Η συγκράτηση των δαπανών επιτυγχάνεται με διάφορες πολιτικές που εφαρμόζονται στα υγειονομικά συστήματα.

Οι πολιτικές περιορισμού των δαπανών περιλαμβάνουν μέτρα τόσο προς την πλευρά της ζήτησης, όσο και προς την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Το cost sharing, είναι πολιτική η οποία επικεντρώνεται στον έλεγχο της ζήτησης. Σκοπός είναι η μεταφορά μέρους του κόστους από τον πάροχο των υπηρεσιών στον ασφαλιζόμενο-χρήστη. Έτσι μέρος του κόστους της υπηρεσίας πληρώνεται από τον ίδιο τον καταναλωτή ο οποίος καλείται να συνεισφέρει ένα ποσό από τα εισοδήματά του για τη χρήση της υπηρεσίας. Υπάρχει δηλαδή, οικονομική συμμετοχή του ασθενούς, που σύμφωνα με τον Kutzin (1998) ο όρος αυτός αναφέρεται σε κάθε απευθείας πληρωμή που πραγματοποιείται από τον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στον προμηθευτή αυτής.

1.2 Μέθοδοι επιμερισμού του κόστους

Το co-payment αποτελεί ένα από τα τρία βασικότερα είδη επιμερισμού του κόστους μαζί με την συνασφάλιση και το αφαιρετέο ποσό που αναφέρονται πιο κάτω (WHO, 1997, p. 84):

Deductible-(αφαιρετέο ποσό): Στην περίπτωση αυτή ο ασφαλιζόμενος καλείται να πληρώσει στην αρχή ένα ποσό για χρήση υπηρεσιών για να τεθεί σε ισχύ το ασφαλιστικό του σχέδιο. Το ποσό μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το ασφαλιστικό σχέδιο ή την υπηρεσία. Σύμφωνα με τον Swartz (2010) η εφαρμογή του deductible είναι ένας αποτρεπτικός παράγοντας χρήσης υπηρεσιών καθώς οι ασφαλισμένοι είναι υπεύθυνοι για κάλυψη των δαπανών, μέχρι να

«εξαντληθεί» το αφαιρετέο ποσό. Βέβαια υπάρχει ένα σοβαρό μειονέκτημα καθώς οι ασθενείς με υψηλά deductible έχουν μεγαλύτερη δυσκολία πρόσβασης σε σύγκριση με αυτούς με χαμηλότερα ή καθόλου deductible (Davis, Doty, Ho, 2003) .

Συνασφάλιση (co-insurance): Ο ασθενής πληρώνει ένα ποσοστό της αξίας των υπηρεσιών που του παρέχονται. Η συνασφάλιση είναι περισσότερο εφαρμόσιμη όταν το κόστος της υπηρεσίας είναι γνωστό, όπως στην περίπτωση της φαρμακευτικής αγωγής. Σε αυτή την περίπτωση σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία οι ασθενείς που πληρώνουν συνασφάλιση τείνουν να αναζητούν λιγότερη ιατρική φροντίδα από τους ασθενείς που τους παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες (Newhouse, Phelps, 1972).

1.3 Σκοπός του Cost sharing

Ιδανικά το cost sharing θα έπρεπε να έχει ως αποτέλεσμα την προσεκτική και κατάλληλη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους δικαιούχους (Scanlon, 2001), οι οποίοι καλούνται να συμμετάσχουν οικονομικά για την παροχή υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2007) ο κυριότερος λόγος που εφαρμόζεται ο επιμερισμός του κόστους (cost sharing), είναι η αποφυγή του φαινομένου του ηθικού κινδύνου (moral hazard), που είναι γνωστό ότι υπάρχει στα συστήματα υγείας με δωρεάν παροχή και ελεύθερη πρόσβαση. Το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου αφορά την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι είναι αναγκαίο απλά και μόνο επειδή είναι δωρεάν (Bardey, Lesur, 2006).

Σε συνέχεια με τα παραπάνω, σκοπός του cost sharing είναι να αποτρέψει την αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς με την εκλογίκευση της συμπεριφοράς τους, έτσι ώστε να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες όταν έχουν πραγματική ανάγκη και στη συχνότητα που πρέπει. Δηλαδή επιχειρεί να αυξήσει την ευαισθησία τους αφού τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί στερούνται άλλων κινήτρων για ορθολογική χρήση των υπηρεσιών.

Ιδιαίτερα σε υγειονομικά συστήματα όπως αυτό της Κύπρου, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν και κατ' επέκταση υπάρχει πρόσφορο έδαφος εμφάνισης φαινομένων ηθικού κινδύνου, κρίνεται αναγκαία η εξεύρεση και η ενεργοποίηση εκείνων των μηχανισμών, οι οποίοι θα μπορούν να ελέγχουν την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ αυτών, ένα τέτοιο μέτρο θα μπορούσε να είναι η «συμμετοχή» του ασθενή στη δαπάνη, η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα την

κατανομή του κόστους σε περισσότερα από ένα μέρη (οικονομικός επιμερισμός – cost sharing) (Γκόλνα, 2006).

1.4 Συμπληρωμές: Μέθοδος συγκράτησης των δαπανών

Η κατανομή του κόστους που επιχειρείται έχει ως σκοπό τη μείωση των δαπανών, ανάγκη που είναι εντονότερη τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της συνεχούς και μεγάλης αύξησης, τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Η αύξηση αυτή οδήγησε τα τελευταία χρόνια, πολλές χώρες στην αναζήτηση τρόπων συγκράτησης του κόστους. Οι χώρες του ΟΟΣΑ ήρθαν αντιμέτωπες με αυτό το ζήτημα πριν από 30 έως 40 χρόνια, όταν οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν με διπλάσιο ρυθμό από ότι το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) (Carrin, Hanvoravongchai, 2002).

Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων ασθενειών, η εξέλιξη στις ιατρικές επιστήμες, οι ακριβές τεχνολογίες και οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών είναι μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν σε αυξημένες δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια (Ρεκλείτη, Τανανάκη, Κυλούδης, 2012).

Οι παραπάνω λόγοι δεν άφησαν ανεπηρέαστη την Κύπρο, στην οποία από τη δεκαετία του '70, οι συνολικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μια αυξητική τάση. Η ανάλυση των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών υγείας στην Κύπρο δείχνει ότι το επίπεδο τους δέχεται αυξητικές πιέσεις λόγω γήρανσης του πληθυσμού. (Πασιαρδής, Πασιουρτίδου, Ρωσταντή, 2006). Οι δαπάνες υγείας είχαν αυξητική τάση από το 2000 έως το 2011 σύμφωνα με την Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

1.5 Αποτελεσματικότητα του μέτρου

Συνοψίζοντας, η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος εκτός από την εκλογίκευση της συμπεριφοράς του, σκοπεύει στη μείωση των δημόσιων δαπανών και συνεπώς στην ελάφρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Είναι αμφίβολο όμως αν θα φέρει επιπλέον έσοδα στο κράτος αφού όσο πιο αποτελεσματικό είναι το μέτρο στην αποθάρρυνση χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας, τόσο λιγότερα έσοδα συγκεντρώνει (Mossialos, Le Grand, 1999). Είναι μια λογική αντιφατική αφού από την μια επιβάλλουμε συμμετοχή για να περιορίσουμε την άσκοπη

κατανάλωση και από την άλλη προσπαθούμε να αυξήσουμε τα έξοδα μας (Μόσιαλος, Θεοδώρου, 2003). Το τι στο τέλος επιτυγχάνεται από την εισαγωγή συμπληρωμών στο σύστημα, εξαρτάται από την ελαστικότητα της ζήτησης των υπηρεσιών, επί των οποίων επιβάλλονται οι συμπληρωμές.

Βέβαια, αν οι ασθενείς δεν αντιδράσουν στην οποιαδήποτε αύξηση του επιμερισμού του κόστους, μειώνοντας την χρήση των υπηρεσιών υγείας, η αύξηση δεν θα μειώσει τις δαπάνες της υγείας που ουσιαστικά επιδιώκουμε. Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει την επίδραση του επιμερισμού των δαπανών στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, κυρίως στις ΗΠΑ, με αντιφατικά αποτελέσματα. Επίσης, τα στοιχεία από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δείχνουν, ότι η οργάνωση, η διαχείριση και παρακολούθηση των συστημάτων των συμπληρωμών απαιτεί αρκετά λειτουργικά και διοικητικά έξοδα, το ύψος των οποίων αποτελεί εμπόδιο στην παραγωγή επιπλέον εσόδων για το σύστημά υγείας (Le Grand, 2003).

Επίσης, οι άνθρωποι ανταποκρίνονται διαφορετικά στον επιμερισμό του κόστους για ορισμένες υπηρεσίες. Για παράδειγμα διαφορετικά αναμένεται να ανταποκριθούν σε υπηρεσίες όπως προληπτική φροντίδα και διαφορετικά σε υπηρεσίες όπως οι Πρώτες Βοήθειες ή υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Τέλος, η αποτελεσματικότητα του μέτρου, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως οι υπηρεσίες για τις οποίες εφαρμόζεται και το σύνολο του πληθυσμού. Είναι σαφές ότι για να υπάρχει θετικό αποτέλεσμα, οι υπηρεσίες πρέπει να είναι εκείνες με τις οποίες ο ασθενής έρχεται πρώτα σε επαφή, έχει ελεύθερη πρόσβαση χωρίς να χρειάζεται παραπομπή και τις χρησιμοποιεί συχνότερα.

2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ

2.1 Οικονομική κρίση και υγεία του πληθυσμού

Τις περισσότερες φορές η οικονομική κρίση συνοδεύεται από χειροτέρευση της υγείας του πληθυσμού. Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο σχεδόν πάντα συνδέεται με χαμηλό επίπεδο υγείας. Ανεργία, φτώχεια, οικονομικές δυσκολίες έχουν άμεσες συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού, με τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία με την ανεργία να συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune, 1997, Burchell, 1994).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της χειροτέρευσης της υγείας, τα νοικοκυριά χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και ξοδεύουν περισσότερα χρήματα. Η οικονομική κρίση δημιουργεί προβλήματα χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν στοιχεία από διάφορες χώρες που υποδηλώνουν την χειροτέρευση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κατά τη διάρκεια της ασιατικής οικονομικής κρίσης του 1997-1998, σημειώθηκαν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών στις χώρες Ιαπωνία, Χονγκ Κονγκ, Νότια Κορέα και Ταϊλάνδη. Η Ταιβάν και η Σιγκαπούρη, δύο χώρες στις οποίες η οικονομική κρίση είχε λιγότερες επιπτώσεις στο ΑΕΠ και στην ανεργία, δεν παρουσίασαν ανάλογες αυξήσεις στα ποσοστά αυτοκτονίας. Συνέπειες της οικονομικής κρίσης ήταν επίσης η αυξημένη θνησιμότητα και ανεργία (Chang et al, 2009).

Η ταχεία και σημαντική αλλαγή στη χρηματοδότηση της υγείας με εμπειρία στην Αργεντινή κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, συνοδεύτηκε από μια εξίσου εντυπωσιακή αλλαγή στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (στην Αργεντινή το 2001/2002) είχαν παρατηρηθεί δραματικές αλλαγές στις πληρωμές της υγειονομικής περίθαλψης και διαπιστώθηκε πόσο ευάλωτα είναι τα υγειονομικά συστήματα σε τέτοιες καταστάσεις, όπου μεγάλο μέρος του κόστους καλούνται να αναλάβουν τα νοικοκυριά. Επίσης σε τέτοιες συνθήκες,

δημιουργούνται ανισότητες στην πρόσβαση, με τα φτωχότερα νοικοκυριά να μειώνουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα, λόγω της μείωσης της αγοραστικής τους δύναμης. Τα ίδια νοικοκυριά επίσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα οι οποίες ήταν πιο εύκολα προσβάσιμες (Cavagnero, Bilger, 2009).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά ήταν αυτά που είχαν μεγαλύτερη ανάγκη από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό σε συνδυασμό με τη διαπίστωση ότι οι υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο κρίσης είναι περισσότερο προσβάσιμες στον οικονομικά άνετο πληθυσμό (Cavagnero, Bilger, 2010), οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα φτωχά νοικοκυριά είναι αυτά που υποφέρουν περισσότερο.

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της Ταϊλάνδης όπου η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 1997-1998 αυξήθηκε. Και αυτό είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται στη διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης κυρίως των φτωχών (Waters, Saadah, Pradhan, 2003). Και εδώ τονίζεται η σημαντικότητα χρηματοδότησης του δημοσίου συστήματος υγείας για την προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας διαδραματίζουν καίριο ρόλο ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων στην προώθηση της ίσης πρόσβασης για την υγεία και στην προστασία της υγείας των ήδη ευπαθών πληθυσμών λόγω φτώχειας (Xu et al, 2003). Η κρίση καταδεικνύει έντονα την ανάγκη ύπαρξης ενός δικτύου προστασίας που να περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής προστασίας ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες. Η ανάγκη αυτή εμφανίζεται ακόμα πιο επιτακτική όταν τα παραδοσιακά οικογενειακά συστήματα στήριξης υπόκεινται φθορά εξαιτίας της γενικότερης οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται ότι τα συστήματα υγείας είναι ευάλωτα και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το οικονομικό κλίμα. Επιπλέον, σε συνθήκες κρίσης η υγεία του πληθυσμού επιβαρύνεται, ιδιαίτερα των φτωχών και χρόνια πασχόντων, με αποτέλεσμα να διαφοροποιείται και το προφίλ της ζήτησης.

2.2 Συμπληρωμές στην Κύπρο και Οικονομική κρίση

Η εισαγωγή των συμπληρωμών στο Κυπριακό σύστημα υγείας πραγματοποιήθηκε σε μια περίοδο που η Κύπρος είχε ήδη επηρεαστεί από την οικονομική κρίση. Παρόλο που στην αρχή

επηρέασε ήπια την οικονομία της χώρας χωρίς να χρειαστεί να ληφθούν άμεσα μέτρα, στη συνέχεια οι επιπτώσεις ήταν σοβαρές. Η οικονομία οδηγήθηκε σε βαθιά ύφεση, το τραπεζικό σύστημα στα πρόθυρα της κατάρρευσης με έλλειψη ρευστότητας και την ανάγκη βοήθειας από τον Ευρωπαϊκό μηχανισμό παροχής ρευστότητας (ELA), που προβλέπεται σε τέτοιες έκτακτες οικονομικές συνθήκες.

Η είσοδος της Κύπρου στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα στήριξης και η συνακόλουθη υπογραφή του μνημονίου συνοδεύτηκε από μειώσεις μισθών και αύξηση της ανεργίας. Στην τρέχουσα συγκυρία η έλλειψη ρευστότητας που παρατηρείται, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, με μείωση του κύκλου εργασιών τους, καθυστέρηση στις πληρωμές, μείωση των εισοδημάτων και αύξηση της ανεργίας. Είναι προφανές ότι όλα αυτά έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού.

Με βάση τα προαναφερθέντα είναι εύκολο να συμπεράνουμε ότι και στην Κύπρο η κρίση έχει αρνητικές συνέπειες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και κατά συνέπεια αυξάνει και τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των νοικοκυριών, αυξάνει την πιθανότητα ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα, όπου είναι αρκετά πιο υποφερτό το οικονομικό κόστος για τα νοικοκυριά.

Δεδομένης της αύξησης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας λόγω της χειροτέρευσης του επιπέδου υγείας από την οικονομική κρίση, καθίσταται δύσκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αλλαγή της καταναλωτικής συμπεριφοράς των χρηστών του υγειονομικού συστήματος λόγω των συμπληρωμών. Η περίοδος που εφαρμόστηκαν οι συμπληρωμές, παρουσίαζε ήδη μια αυξητική τάση χρήσης των υπηρεσιών του δημοσίου συστήματος (Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας, 2010) έτσι δεν καθίσταται ευδιάκριτη η αλλαγή στην συμπεριφορά των χρηστών, αφού η υποθετική μείωση που ίσως να προκαλούσαν αντισταθμίζεται εν μέρει με την γενικότερη αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών.

2.3 Αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας

Γενικότερα παρατηρείται αύξηση στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου συστήματος υγείας κατά τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Υπουργείου Υγείας (2010) οι συνολικές επισκέψεις στα Κέντρα Υγείας της Λευκωσίας το 2009 ήταν 435077 ενώ το

2010 457796, στη Λεμεσό 221984 έναντι 247590, στη Λάρνακα 153549 έναντι 160213, στην Πάφο 104304 έναντι 111606 και στην Αμμόχωστο 73128 έναντι 74781 το 2010. Αντίστοιχη αύξηση παρατηρήθηκε στις Οδοντιατρικές και Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, αλλά και στον αριθμό των συνταγών που εκτελέστηκαν στα δημόσια νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας.

Επίσης από την ίδια πηγή φαίνεται ότι ο κυπριακός πληθυσμός γερνά, αφού οι ενήλικες κατά την πενταετία 2005 με 2009 αυξήθηκαν από 12,0% σε 13,1%. Αν λάβει κανείς υπόψη τα προβλήματα υγείας που αυξάνονται μετά τα 65, η αύξηση των ενηλίκων μας οδηγεί αβίαστα στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας θα συνεχιστεί και στο προσεχές μέλλον.

3. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σχεδόν όλες οι χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούν τις συμπληρωμές, όπως επίσης και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για τον έλεγχο και τον περιορισμό των δαπανών. Βέβαια στα διάφορα υγειονομικά συστήματα, οι μηχανισμοί επιμερισμού του κόστους συνήθως διαφέρουν. Co-payments, υπάρχουν τόσο σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όσο και σε συστήματα τύπου Beveridge.

Το επίπεδο των χρεώσεων ποικίλει από χώρα σε χώρα όπως και το εύρος των εφαρμογών των συμπληρωμών. Σε ορισμένες χώρες είναι ένα αρκετά διαδεδομένο μέτρο συγκράτησης των δαπανών σε άλλες όχι τόσο. Ένα σημαντικό κοινό στοιχείο που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι στις περισσότερες χώρες υπάρχουν μηχανισμοί προστασίας των ευάλωτων ομάδων.

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούν τα διάφορα είδη συμπληρωμών για χώρες της Ευρώπης από στοιχεία που συλλέχθηκαν από την διεθνή βιβλιογραφία (Le Grand, 2003, AARP 2006). Οι χώρες οι οποίες θα αναφερθούν είναι Κύπρος, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Ισπανία, Βέλγιο, Σουηδία, Φιλανδία, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Ιρλανδία, Δανία, Πορτογαλία και Αυστρία.

3.1 Επίσκεψη στο γενικό ιατρό

Στην Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ισπανία δεν υπάρχει χρέωση για την επίσκεψη σε γενικό ιατρό. Η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας είναι δωρεάν για όλο τον πληθυσμό. Οι ασθενείς μπορούν να επισκεφτούν τον γενικό ιατρό χωρίς χρέωση ο οποίος στη συνέχεια και εφόσον είναι ανάγκη θα παραπέμψει τους ασθενείς σε περαιτέρω υπηρεσίες υγείας.

Στη Γαλλία, Αυστρία και Βέλγιο, στην Ιρλανδία, στη Πορτογαλία και Σουηδία η χρέωση της επίσκεψης στον ιατρό αποτελεί ποσοστό συμμετοχής το οποίο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στην Γαλλία είναι αρκετά διαδεδομένη η ιδιωτική ασφάλιση, η οποία είναι συμπληρωματική της δημόσιας ασφάλισης και καλύπτει τις συμπληρωμές οι οποίες φτάνουν στο 30%. Στην Αυστρία το 20% του πληθυσμού κατά την πρώτη τους επίσκεψη στον ιατρό είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν το 20% του κόστους της επίσκεψης. (Mossialos, Le Grand, 1999). Στο Βέλγιο οι

ασθενείς πληρώνουν το 30% του κόστους της επίσκεψης στον ιατρό ενώ οι ευάλωτες ομάδες 7,6%.

Στην Κύπρο η χρέωση για επίσκεψη είναι ένα σταθερό πόσο (co-payment). Από την 1^η Αυγούστου 2013, οι δικαιούχοι καλούνται να πληρώσουν 3 ευρώ για την επίσκεψη σε γενικό ιατρό και 6 ευρώ για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό. Οι μη δικαιούχοι πληρώνουν 15 ευρώ για την επίσκεψη σε γενικό ιατρό και 30 ευρώ για την επίσκεψη σε ειδικό ιατρό (Υπουργείο Υγείας, Κύπρος 2013).

Γενικότερα οι χώρες της Ευρώπης ή παρέχουν δωρεάν πρόσβαση στα υγειονομικά συστήματα ή έχουν αρκετά χαμηλές χρεώσεις και εξαιρέσεις για τους ευάλωτους πληθυσμούς.

3.2 Φαρμακευτική Αγωγή

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης εφαρμόζουν πολιτικές επιμερισμού του κόστους όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή με σκοπό την μείωση της αλόγιστης χρήσης των φαρμάκων.

Επιγραμματικά και σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές πηγές που αναφερθήκαν πιο πάνω, το cost-sharing για τα φάρμακα έχει ως ακολούθως.

Στο Βέλγιο, στην Ελλάδα και στη Γαλλία οι συμπληρωμές για τα φάρμακα είναι ένα ποσοστό συμμετοχής επί τοις εκατόν και διαφέρει ανάλογα με την κατηγορία του φαρμάκου. Η Ισπανία έχει ποσοστό συμμετοχής 40% και 10% για τους χρόνιους πάσχοντες. Στην Ιταλία υπάρχει co-payment που διαφέρει ανάλογα με το είδος του φαρμάκου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις για τις χρεώσεις με αποτέλεσμα μόνο το 12% των συνταγών να χρεώνονται.

Στην Αυστρία υπάρχει τέλος εκτέλεσης συνταγής 3,8 ευρώ ενώ στη Φιλανδία 8,4 και επιπλέον συμμετοχή 50% επί της αξίας των φαρμάκων. Στη Γερμανία η χρέωση εξαρτάται από την ποσότητα των φαρμάκων. Στη Δανία το ποσοστό συμμετοχής εξαρτάται από την ετήσια ατομική δαπάνη σε φάρμακα. Η Σουηδία εφαρμόζει την πολιτική του αφαιρετέου ποσού για τη φαρμακευτική αγωγή.

3.3 Νοσηλεία

Η Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία, η Ισπανία, η Δανία και η Πορτογαλία δεν έχουν χρεώσεις για την νοσηλεία στο νοσοκομείο. Στην Κύπρο μέχρι πρόσφατα οι δικαιούχοι νοσηλεύονταν δωρεάν στα δημόσια νοσηλευτήρια μέχρι την εφαρμογή των τελών που πλέον ανέρχονται περίπου στο 30% του κόστους νοσηλείας.

Στο Βέλγιο, στην Ολλανδία, στη Σουηδία, στη Γερμανία, στη Φιλανδία, στην Αυστρία και στην Ιρλανδία υπάρχουν χρεώσεις για τη νοσηλεία. Στην Γαλλία πάλι σε αυτήν την περίπτωση οι περισσότεροι ασθενείς καλύπτονται από τις χρεώσεις αυτές από την ιδιωτική ασφάλιση τους.

4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στην τέταρτη ενότητα θα αναφερθούμε στην επίδραση που έχουν οι συμπληρωμές στην χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από τους ασθενείς, στην συμμόρφωση των ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή, στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τέλος πως η εφαρμογή τους μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως είναι οι χρόνιοι ασθενείς και οι χαμηλά αμειβόμενοι.

4.1 Επίδραση στην χρήση υπηρεσιών υγείας.

Σε γενικότερες γραμμές η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας έδειξε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι συμπληρωμές μειώνουν την χρήση των υπηρεσιών για τους ασθενές οι οποίοι πληρώνουν. Βέβαια, η κατάσταση της υγείας των ασθενών είναι ισχυρός καθοριστικός παράγοντας χρήσης των υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα σε σοβαρές και επείγουσες καταστάσεις που μπορεί να μην επηρεάζεται από τις συμπληρωμές.

Μελέτη που έγινε από το Oregon Health Plan για τους δικαιούχους του Medicaid έδειξε ότι η χρήση των ιατρικών υπηρεσιών μειώθηκε κατά 2,7% στο σύνολο μετά την επιβολή συμπληρωμών και κατά 7,9% στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Και ενώ παρατηρήθηκε μείωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην δευτεροβάθμια φροντίδα δεν παρατηρήθηκε το ίδιο αφού σημειώθηκε αύξηση στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατες εκτιμήσεις έδειξαν ότι το cost sharing του Medicare αφήνει περίπου το 45% των δικαιούχων ακάλυπτους, οι οποίοι αναγκάζονται να ξοδεύουν επιπλέον χρήματα για την υγεία τους. Το πρόγραμμα Medicaid επίσης σύμφωνα με τον Scanlon (2001), έχει αποτύχει να κάνει σωστή χρήση των υπηρεσιών στα πλαίσια του επιμερισμού του κόστους.

Σε μια άλλη μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελβετία και στην Γερμανία, παρατηρήθηκε ότι οι Γερμανοί δικαιούχοι-ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν επιμερισμό του κόστους για την επίσκεψη στον ιατρό είχαν συχνότερες επισκέψεις από τους Ελβετούς οι οποίοι είχαν συμπληρωμές και οι οποίοι επισκεφτήκαν λιγότερες φορές τον ιατρό (Carola et al, 2011). Ο μέσος όρος επισκέψεων για τους Γερμανούς ήταν 4,8 ενώ για τους Ελβετούς 3 επισκέψεις ανά έτος.

Αναμφισβήτητα, υπάρχουν ανησυχίες κατά πόσον τα co-payments επηρεάζουν την υγεία μακροπρόθεσμα αφού μειώνουν την χρήση των υπηρεσιών. Στην Αλαμπάμα, σε έρευνα που έγινε το 2004 (Sen et al, 2012), παρατηρήθηκε προσωρινή μείωση στην χρήση των υπηρεσιών υγείας μετά την αύξηση των συμπληρωμών. Συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή εξετάστηκαν η νοσηλεία στο νοσοκομείο, τα φάρμακα και η χρήση ΤΑΕΠ στο CHIP πρόγραμμα που αφορά την υγειονομική περίθαλψη των παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση των υπηρεσιών μειώθηκε από όλα τα παιδιά που ήταν δικαιούχοι. Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι μειώθηκε προσωρινά ή πολύ λίγο στα παιδιά που δεν πλήρωναν αυξημένα co-payments ή που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες που δεν ακολούθησαν την αύξηση των συμπληρωμών. Συμπερασματικά, σε αυτή τη μελέτη εκφράζονται ανησυχίες για την επίδραση που μπορεί να έχουν οι συμπληρωμές στην υγεία των παιδιών με χαμηλό εισόδημα μακροπρόθεσμα λόγω της μείωσης της χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ακόμη μια μελέτη στην Αμερική, έδειξε ότι η ομάδα ανθρώπων που είχαν τέλη για τις υπηρεσίες υγείας ήταν λιγότερο πιθανόν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια σε σχέση με την ομάδα που δεν είχε να αντιμετωπίσει καθόλου συμπληρωμές (Shapiro, Ware, Sherbourne, 1986).

Οι συμπληρωμές στην Κορέα είναι ένα αρκετά διαδεδομένο μέτρο για τον έλεγχο των δαπανών, προβάλλεται όμως εναντίον τους το επιχείρημα ότι δυσκολεύουν την πρόσβαση των ατόμων με χαμηλό εισόδημα στις ιατρικές υπηρεσίες. Το πιο πάνω επιχείρημα επιβεβαιώθηκε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1998, η οποία έδειξε ότι όντως τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα ήταν πολύ πιο ευαίσθητα στον επιμερισμό του κόστους (Kim, Ko, Yang, 2005).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ουάσιγκτον, έδειξε μείωση στις επισκέψεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την επιβολή συμπληρωμών. Για να εξεταστεί η επίδραση που είχε η επιβολή των 5 δολαρίων συμπληρωμή για επίσκεψη στον ιατρό, εξετάστηκαν δεδομένα από 30415 ασθενείς με συμπληρωμές και 21613 από ασθενείς χωρίς συμπληρωμές 12 μήνες πριν και 12 μετά την επιβολή των συμπληρωμών. Η έρευνα κατέδειξε μείωση στις επισκέψεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά 14 % και μείωση στις επισκέψεις ιατρών ειδικοτήτων ή οποία όμως ήταν μικρότερη. Σε γενικότερες γραμμές όμως δεν έδειξε ότι τα τέλη που εφαρμόστηκαν επηρεάζουν την υγεία των ασθενών (Cherkin, Grothaus, Wagner, 1989).

Μελέτη που έγινε στο Saskatchewan για την επίδραση των co-payments, έδειξε ότι αυτά δεν μειώνουν καθόλου τον αριθμό των εισαγωγών ή την διάρκεια παραμονής των ασθενών στο

νοσοκομείο. Η οικονομική δαπάνη δεν παύει να υπάρχει μετά τις συμπληρωμές, αλλά μετατίθεται από τον δημόσιο προϋπολογισμό στους ιδιωτικούς προϋπολογισμούς και το οικονομικό βάρος μοιράζεται δυσανάλογα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Beck, Horne, 1980).

Έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, έχει κάπως διαφορετικά αποτελέσματα από τις προαναφερθείσες έρευνες. Έδειξε ότι όταν οι ασθενείς είχαν να πληρώσουν μέρος του κόστους των φαρμάκων τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφτούν τον ιατρό ή να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Επομένως η εισαγωγή συμπληρωμών σε αυτή την περίπτωση δεν μείωσε την γενικότερη χρήση των υπηρεσιών (Li, Anis, 2012).

4.2 Επίδραση στην επίσκεψη ΤΑΕΠ

Ο αυξημένος επιμερισμός του κόστους θα μπορούσε να επιφέρει βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών εάν οι ασθενείς μειώνουν την άσκοπη χρήση τους και έτσι γίνεται αποσυμφόρηση του συστήματος, επίσης όμως θα μπορούσε να οδηγήσει σε χειρότερη υγεία, εάν οι ασθενείς αποφεύγουν την απαραίτητη φροντίδα (Newhouse και Phelps, 1992, Zweifel και Manning, 2000).

4.3 Επίδραση στην Φαρμακευτική αγωγή των ασθενών

Οι συμπληρωμές για τη φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετά συχνές στα περισσότερα συστήματα υγείας. Σε γενικότερες γραμμές όμως, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η επιβολή τελών για τα φάρμακα συχνά συνοδεύεται με επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών. Σύμφωνα με τους Gibson, Ozminkowski, Goetzel, (2005), το ύψος της συμπληρωμής, φαίνεται να επηρεάζει την κατανάλωση φαρμάκων, αφού υψηλά ποσά συμπληρωμών μπορούν να προκαλέσουν μη συμμόρφωση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή με τη μείωση της χρήσης των απαραίτητων φαρμάκων και έτσι να μεταβάλουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η εφαρμογή των συμπληρωμών είχε ως αποτέλεσμα 11% αυξημένες πιθανότητες για μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Sinnot et al, 2013), σε δικαιούχους δημόσιας φαρμακευτικής

περίθαλψης όπου οι συμπληρωμές ήταν απαραίτητες, όπως έδειξε η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Δικαιούχοι στην Ιρλανδία που κλήθηκαν να πληρώνουν 50 σεντς για εκτέλεση ιατρικής συνταγής, ανέφεραν ότι, το ποσό είναι λογικό και οικονομικά αποδεκτό και οι περισσότεροι το αποδέχτηκαν καθώς δήλωσαν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν (Sinnott et al, 2013). Το ποσό των 50 σεντς παρουσιάστηκε ως «συμβολικό ποσό» και γενικότερα υπήρξαν περιορισμένα οικονομικά προβλήματα. Σε γενικές γραμμές, η εισφορά 50 σεντς δεν φάνηκε να επηρεάζει τον ασθενή για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Στην συγκεκριμένη μελέτη οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή ήταν σημαντικότερη από το ποσό που καλούνταν να πληρώσουν και έτσι δεν υπήρξαν προβλήματα μη συμμόρφωσης αφήνοντας το κόστος να επηρεάσει τη θεραπεία τους. Ωστόσο οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν ανησυχία κατά πόσο οι συμπληρωμές θα μειώσουν το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου ή κατά πόσο τα έσοδα από τις συμπληρωμές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από την κυβέρνηση.

Βέβαια τα συγκεκριμένα ευρήματα της παραπάνω έρευνας δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλο τον πληθυσμό καθώς άλλες έρευνες καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά την επιβολή των συμπληρωμών.

Βάζοντας όρια χρηματικής κάλυψης για την εκτέλεση των συνταγών, έχει παρατηρηθεί ότι οι ευάλωτες ομάδες όπως είναι οι φτωχοί και οι άρρωστοι, είναι πολύ πιθανόν να φτάσουν εκείνα τα όρια γρηγορότερα από τους υπόλοιπους ασθενείς. Η επιβολή ορίων δεν εξοικονομεί πολλά χρήματα στο υγειονομικό σύστημα, εντούτοις χαμηλώνει την συνολική δαπάνη. Οι ασθενείς που είχαν περάσει το όριο σε συγκεκριμένη μελέτη, είχαν μη ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση ή ζάχαρο στο αίμα και λιγότερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με τους υπόλοιπους που ήταν λίγο δυσκολότερο να υπερβούν τα όρια κάλυψης. Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν ότι η επιβολή ορίων χρηματικής κάλυψης φαρμακευτικής αγωγής είχε άσχημα αποτελέσματα υγείας ιδιαίτερα για τους χρόνιους πάσχοντες στο πρόγραμμα Medicare (Thorpe, 2006).

Για να εξετασθεί κατά πόσο η κάλυψη μέχρι ενός ορισμένου ποσού για φαρμακευτική αγωγή, μειώνει την επίδραση που έχουν γενικά οι συμπληρωμές στη χρήση φαρμάκων, διεξάχθηκε ένα φυσικό πείραμα με την εισαγωγή συμπληρωμών με ετήσιο όριο στα φαρμακευτικά σχέδια των ηλικιωμένων στη Nova Scotia. Τα αποτελέσματα του πειράματος έδειξαν ότι η επιβολή των

συμπληρωμών συσχετίστηκε με μείωση της ποσότητας χρήσης των φαρμάκων (Kerhart et al, 2007).

Θέτοντας υψηλές τιμές συμπληρωμών, ενδέχεται να επηρεαστεί περισσότερο η κατανάλωση φαρμάκων. Τα υψηλότερα στην κλίμακα σχέδια συμπληρωμών μειώνουν την συνολική δαπάνη και τον αριθμό των συνταγών από τους δικαιούχους του Medicare. Επίσης οι δικαιούχοι είναι λιγότερο δεκτικοί όσον αφορά τα τέλη για φάρμακα χρόνιων παθήσεων (Kautter, Gillman, 2008).

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή συνδέεται με την επιβολή συμπληρωμών οι οποίες παρουσιάζονται να είναι οικονομικό εμπόδιο, ενώ αντίστοιχα φαίνεται να υπάρχει μια δυνατή συσχέτιση μεταξύ της μείωσης των συμπληρωμών και της βελτίωσης συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Η μείωση της κατανάλωσης βασικών φαρμάκων με την επιβολή των συμπληρωμών, εκτός του ότι μπορεί να αποβεί επιζήμια για την υγεία, έμμεσα μπορεί να επιβαρύνει το υγειονομικό σύστημα οικονομικά μέσω των εισαγωγών στα νοσοκομεία και του κόστους της ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

Σε μελέτη που διενεργήθηκε σε 875 ενήλικες με διαβήτη, το 19% των ερωτηθέντων ανέφεραν περικοπές στη χρήση της φαρμακευτικής τους αγωγής κατά το προηγούμενο έτος λόγω του κόστους, το 11% ανέφερε την περικοπή των αντιδιαβητικών φαρμάκων τους, και το 7% ανέφερε περικοπές σε φάρμακα κατά του διαβήτη τους τουλάχιστον μία φορά το μήνα (Piette, Heisler, Wagner, 2004). Επιπλέον, 28% ανέφεραν ότι έχουν στερηθεί τρόφιμα ή άλλα προϊόντα πρώτης ανάγκης για να πληρώσουν το κόστος των φαρμάκων, 14% ότι αύξησαν το χρέος των πιστωτικών καρτών τους, και 10% ότι δανείστηκε χρήματα από οικογένεια ή φίλους για να πληρώσει για το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής. Τα προβλήματα ήταν ιδιαίτερα συχνά μεταξύ των ερωτηθέντων που ήταν νεότεροι, είχαν υψηλότερες out of-pocket δαπάνες, και δεν είχαν καμία κάλυψη για τα φάρμακα τους.

Αμερικάνοι ιατροί δήλωσαν ότι πολλές φορές οι ηλικιωμένοι ασθενείς τους δεν λαμβάνουν καθημερινά τα φάρμακα τους αλλά κάθε δεύτερη ή τρίτη μέρα με σκοπό να καθυστερήσουν την επόμενη προμήθεια σε φάρμακα (American Heart Association). Αυτό συμβαίνει κυρίως στους ηλικιωμένους οι οποίοι δεν έχουν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη για τα φάρμακα και διαθέτουν από την τσέπη τους επιπλέον λεφτά για τη φαρμακευτική τους αγωγή.

Ακόμη μια έρευνα για τη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή με σακχαρώδη διαβήτη έδειξε ότι μια από τις αιτίες για μη υπακοή και συμμόρφωση ενός ποσοστού ασθενών (34%) ήταν η πληρωμή για τα φάρμακα (Odegard, Gray, 2008).

Σε μια άλλη μελέτη που διενεργήθηκε ανάμεσα σε ασθενείς με υπέρταση, έδειξε ότι η αύξηση των δαπανών για φαρμακευτική αγωγή που βαραίνει τους ίδιους τους ασθενείς κατά ένα ευρώ ανά χάπι, οδήγησε στην αγορά λιγότερων χαπιών ανά μήνα (Blustein, 2000). Η μη ασφάλιση στα φάρμακα επίσης οδήγησε στην αγορά λιγότερων χαπιών σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι, ενώ αυξάνει και την πιθανότητα μη αγοράς φαρμάκων.

Οι Maciejewski et al, (2010), αναφέρονται σε μελέτη που έγινε στην Αμερική με σκοπό να ερευνηθεί την επίδραση που είχε η αύξηση των συμπληρωμών στη συμμόρφωση των ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή, ασθενών με διαβήτη, αρτηριακή πίεση ή υπερλιπιδαιμία. Στη μελέτη αυτή, εξετάστηκε η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή 12 μήνες πριν την αύξηση και 23 μετά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμόρφωση των ασθενών αρχικά αυξανόταν αλλά μακροπρόθεσμα παρουσίαζε μείωση. Ο αντίκτυπος της αύξησης των συμπληρωμών ήταν ιδιαίτερα δυσμενής για τους βετεράνους με διαβήτη που όφειλαν να πληρώσουν τα τέλη. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι, μια αύξηση των τελών των \$ 5 από \$ 2 έως \$ 7 ήταν αρκετά μεγάλη ώστε να προκαλέσει δυσμενείς επιπτώσεις σχετικά με τη συμμόρφωση για τη φαρμακευτική αγωγή. Η δυσκολία στη συμμόρφωση ήταν εντονότερη μεταξύ των ηλικιωμένων οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα αλλά και μεταξύ των ασθενών με χαμηλότερα εισοδήματα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Ακόμη μία μελέτη που εξετάζει την αύξηση των τελών στο πρόγραμμα Medicaid στην Γεωργία και Νότια Καρολίνα συμπεραίνει ότι υπήρξε μείωση στη συνταγογράφηση ατόμων που πάσχουν από καρκίνο μετά την αύξηση των τελών (Subramanian, 2011). Τα αποτελέσματα επίσης της έρευνας έδειξαν ότι οι συμπληρωμές αλλάζουν τη συμπεριφορά των καρκινοπαθών απέναντι στις υπηρεσίες. Συγκεκριμένα παρατηρείται μείωση των συνταγογραφήσεων αλλά και αύξηση των επισκέψεων ΤΑΕΠ.

Μελέτη που διενεργήθηκε στην Ιταλία για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των πολιτικών επιμερισμού του κόστους στην κατανάλωση των στατίνων μεταξύ των εξωτερικών ασθενών κατά το 2001-2007, έδειξε ότι η αύξηση κατανάλωσης στατίνων μειώθηκε από 1,7% που ήταν κάθε μήνα σε 0,5% μετά την αλλαγή πολιτικής (Damiani et al, 2013). Η αλλαγή στην πολιτική

που αφορούσε αλλαγή στα τέλη συμμετοχής για τα φάρμακα φαίνεται να επηρέασε σημαντικά την ανοδική τάση που είχε η κατανάλωση των στατίνων.

Εφαρμόζοντας ετήσια μέγιστα ποσά τα οποία οι ασθενείς θα πληρώνουν από την τσέπη τους για συμπληρωμές, είναι πιθανόν να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες για την υγεία αλλά και οι ανισότητες που προέρχονται από τις αυτές. Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι επιβλαβείς επιδράσεις που μπορεί να έχουν οι συμπληρωμές, ιδιαίτερα στους ευάλωτους ασθενείς όπως είναι οι χρόνιοι πάσχοντες και ιδιαίτερα σε αυτούς που η θεραπεία τους απαιτεί πολλαπλά και ιδιαίτερα ακριβά φάρμακα.

4.4 Επίδραση για τους χρόνιους ασθενείς

Οι χρόνιοι πάσχοντες είναι μια κατηγορία η οποία χρειάζεται ειδική μεταχείριση από το σύστημα υγείας. Είναι μια δαπανηρή κατηγορία, καθώς χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας πολύ συχνότερα από όλους τους δικαιούχους και είναι σαφές ότι οποιαδήποτε επιβολή συμπληρωμών σε ένα σύστημα υγείας επηρεάζει άμεσα τους χρόνιους ασθενείς λόγω αυξημένης χρήσης υπηρεσιών.

Οι περισσότερες έρευνες στην βιβλιογραφία, έδειξαν ότι ο επιμερισμός του κόστους στους ασθενείς ήταν συνυφασμένος με λιγότερη χρήση των απαιτητών φαρμάκων, επιπρόσθετα οι περισσότερες βρήκαν ότι το πιο πάνω ήταν συνδεδεμένο περισσότερο με ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως οι χρόνιοι ασθενείς (Gibson, Ozminkowski, Goetzel, 2005).

Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε στο The New England Journal of Medicine το 2006 αποδείχθηκε ότι, τα όρια αποζημίωσης για φαρμακευτική αγωγή όπως αυτά που χρησιμοποιούνται στο Medicare, έχουν άσχημα αποτελέσματα υγείας για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Οι ασθενείς που είχαν περάσει το όριο είχαν μη ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση, ζάχαρο στο αίμα και λιγότερη συμμόρφωση όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν όρια ή είχαν αλλά ήταν δύσκολο να τα υπερβούν (Thorpe, 2006). Επιπρόσθετα τα όρια στις συνταγές δεν εξοικονομούν πολλά χρήματα παρόλο που χαμηλώνουν την δαπάνη στα φάρμακα και επηρεάζουν τους φτωχούς και τους χρόνιους ασθενείς αφού φτάνουν το όριο τους γρηγορότερα από άλλους

Έρευνες έδειξαν επίσης ότι οι δικαιούχοι σε ένα οργανωμένο υγειονομικό σύστημα είναι λιγότερο δεκτικοί στις συμπληρωμές όταν έχουν να κάνουν με φαρμακευτική αγωγή χρόνιων νοσημάτων (Gilman, Kautt, 2008).

4.5 Επίδραση για τους χαμηλά αμειβόμενους ασθενείς

Σε κάθε ομάδα του πληθυσμού και αναλόγως οικονομικής κατάστασης, το κόστος των συμπληρωμών αντανακλάται διαφορετικά. Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει εύκολα το συμπέρασμα ότι οι συμπληρωμές επηρεάζουν εντονότερα τους χαμηλά αμειβόμενους και τους φτωχούς ασθενείς.

Μια σημαντική υποκατηγορία των χαμηλά αμειβόμενων είναι οι συνταξιούχοι-ηλικιωμένοι. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και στην πλειονότητά τους χρόνιοι ασθενείς. Είναι διπλά ευάλωτοι στις οποιεσδήποτε χρεώσεις του συστήματος υγείας λόγω της οικονομικής τους κατάστασης και της κατάστασης της υγείας τους.

Μελέτη που διεξήχθη στο Quebec το 1996 (32 μήνες πριν και 19 μετά την επιβολή συμπληρωμών), κατά τη διάρκεια της οποίας έλαβαν μέρος 93950 ηλικιωμένοι, βρέθηκε ότι η κατανάλωση φαρμάκων μειώθηκε κατά 9,12% στα απαραίτητα φάρμακα και 15,14% στα λιγότερο απαραίτητα φάρμακα (Tamblyn et al, 2001). Ο κίνδυνος εμφάνισης δυσμενών συνεπειών για την υγεία, σχετιζόμενες με τη μείωση φαρμάκων αυξήθηκε από 5,8% στο 12,6% στους ηλικιωμένους ενώ αυξήθηκαν επίσης οι επισκέψεις στο ΤΑΕΠ σχετιζόμενες με αρνητικές συνέπειες για την υγεία. Βέβαια δεν μπορούμε να ισχυριστούμε με σιγουριά ότι η μείωση των φαρμάκων είναι αυτή που οδήγησε σε χειροτέρευση της υγείας αλλά είναι μια εύλογη εξήγηση.

Ο επιμερισμός του κόστους είναι μια πολιτική που χρησιμοποιείται εκτενώς στην Κορέα, έχει παρατηρηθεί όμως ότι αναστέλλει-δυσκολεύει την πρόσβαση των φτωχών στην υγεία καθώς οι ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα φάνηκαν να είναι περισσότερο ευαίσθητοι στον επιμερισμό του κόστους. Σύμφωνα με τους Kim, Ko, Yang, (2005) το μέτρο επιμερισμού του κόστους στην Κορέα δεν λειτουργεί αποτελεσματικά ούτε μειώνει τον ηθικό κίνδυνο ενώ η επίδραση των συμπληρωμών φαίνεται ότι εξαρτάται άμεσα από το εισόδημα των ασθενών δικαιούχων.

Το ιδανικότερο βέβαια σενάριο είναι οι συμπληρωμές να έχουν τέτοια τιμή ώστε να μειώνουν τον ηθικό κίνδυνο αλλά ταυτόχρονα να μην αποτελούν εμπόδιο για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών υγείας. Αυτό το είδος συμπληρωμών φαίνεται ότι θα ήταν επωφελές καθώς θα μείωνε τη δημόσια δαπάνη για τα φάρμακα που δεν είναι απαραίτητα ενώ θα μπορούσε να αποφέρει και μερικά έσοδα.

Ένα πολύ σημαντικό πράγμα, κατά το σχεδιασμό των πολιτικών επιμερισμού του κόστους, είναι να εξεταστούν όλες οι πιθανές εκβάσεις που μπορεί να επηρεάσουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ενδεείς ασθενείς. Η έκταση και ο σχεδιασμός των πολιτικών επιμερισμού του κόστους μπορεί να επηρεάσει την ισότητα για την υγεία. Η αυξημένη προσκόλληση και εφαρμογή των πολιτικών επιμερισμού του κόστους απειλεί την υγεία ιδιαίτερα των κατώτερων οικονομικά στρωμάτων οι οποίοι δεν θα έχουν το ίδιο δικαίωμα στην υγεία σε σχέση με τα οικονομικά εύρωστα στρώματα.

4.6 Γνώση των ασθενών για τις συμπληρωμές

Ένας από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της γνώσης και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς των ασθενών για τις συμπληρωμές, κατά πόσο δηλαδή οι χρήστες των υπηρεσιών γνωρίζουν τις συμπληρωμές στο Κυπριακό Σύστημα, σε ποιο βαθμό, αν γνωρίζουν το ακριβές ποσό για κάθε είδους υπηρεσία και πως η γνώση τους επηρεάζει την συμπεριφορά τους.

Η χρήση των συμπληρωμών παρόλο που είναι αρκετά διαδεδομένη στα υγειονομικά συστήματα διεθνώς, λίγη πληροφόρηση υπάρχει σχετικά με την γνώση και αντίληψη των ασθενών για τις συμπληρωμές.

Μελέτες έχουν δείξει ότι το ποσό των συμπληρωμών που πληρώνουν ή νομίζουν ότι πληρώνουν οι ασθενείς συνδέεται με τη χρήση των υπηρεσιών. Σε τηλεφωνική έρευνα που διενεργήθηκε με συμμετέχοντες 695 ενήλικες, έδειξε ότι το 11% άλλαξε την συμπεριφορά του ή καθυστέρωσε την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας εξαιτίας των συμπληρωμών. Οι ασθενείς επίσης είχαν λιγότερη γνώση για το ποσό που έπρεπε να πληρώσουν στο ΤΑΕΠ σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες. Το ποσό που θα πλήρωναν ή που νόμιζαν ότι θα πλήρωναν, ήταν στενά συνδεδεμένο με καθυστερήσεις ή αποφυγή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας σε επείγουσες περιπτώσεις (Hsu et

al, 2004). Οι ασθενείς που υπό-εκτίμησαν το κόστος συνέχισαν να αναζητούν ιατρική φροντίδα μετά την επιβολή των συμπληρωμών, ενώ οι ασθενείς που υπέρ-εκτιμούσαν το κόστος παρέλειπαν συχνά την απαραίτητη φροντίδα υγείας.

Σε μια άλλη τηλεφωνική έρευνα με 932 συμμετέχοντες, εξετάστηκε κατά πόσο οι ασθενείς γνώριζαν για τα τέλη και αν αυτό άλλαξε την συμπεριφορά τους για τη χρήση των υπηρεσιών στο ΤΑΕΠ. Μόνο το 41% των ερωτηθέντων γνώριζαν σωστά το ποσό των συμπληρωμών (Hsu et al, 2013).

4.7 Εξοικονόμηση πόρων

Μελετώντας τις διάφορες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το οικονομικό όφελος των συμπληρωμών φαίνεται ότι τα οικονομικά κέρδη από την εφαρμογή τους είναι αμφισβητήσιμα. Κάποια άρθρα αναφέρουν ότι τα λειτουργικά και διοικητικά έξοδα για την εφαρμογή των τελών είναι τέτοια ώστε δεν επιτρέπουν την συγκομιδή εσόδων από το μέτρο αυτό (Le Grand, 2003).

Η μελέτη του Oregon Health Plan κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συμπληρωμές δεν είχαν την αναμενόμενη και απαραίτητη εξοικονόμηση πόρων (Wallace et al, 2008). Οι συνολικές δαπάνες δεν άλλαξαν για κάθε άτομο γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών κατά 2,7% και τη μείωση φαρμακευτικών δαπανών 2,2 % αλλά εξηγείται με την αύξηση των εισαγωγών κατά 27,3 % και των έξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά 13,5%. Στο ΤΑΕΠ επίσης σημειώθηκε μείωση των επισκέψεων κατά 2,7%. Οι συμπληρωμές δεν κατάφεραν να εξοικονομήσουν πόρους για το υγειονομικό σύστημα ή να μειώσουν σε μεγάλο ποσοστό την δαπάνη φαρμάκων αλλά μετατόπισαν την υγειονομική περίθαλψη σε άλλα μοτίβα όπως την ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα.

Αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αμερική με συμμετέχοντες δικαιούχους του προγράμματος Medicaid. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αύξηση των συμπληρωμών δεν επιτυγχάνει συγκράτηση των δαπανών αντιθέτως θα μπορούσε να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα (Subramanian, 2011).

Σε μελέτη που έγινε στην Καταλονία, στην Ισπανία, εκτιμήθηκαν τα μέτρα συγκράτησης των δαπανών στη συνολική δαπάνη ανά κάτοικο από το 1995 ως το 2006. 12 από τις 16 παρεμβάσεις

δεν ήταν δραστικές στη μείωση του κόστους και οι 4 που ήταν αποτελεσματικές δεν ήταν μακροχρόνια αποτελεσματικές (Torres, Puig-Junoy, Raya, 2011).

Ο έλεγχος δαπάνης των φαρμάκων με μεθόδους επιμερισμού του κόστους είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και πολύ λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με το θέμα. Σύμφωνα με τους Mosialos et al, δεν υπάρχουν μέχρι τώρα στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ότι οι πολιτικές επιμερισμού του κόστους οδηγούν σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα στον έλεγχο των δαπανών ή των φαρμακευτικών δαπανών ή άλλων τομέων της υγείας. (Mossialos et al, 2002).

5. ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

5.1 Σύστημα υγείας στην Κύπρο και συμπληρωμές

Στην Κύπρο δεν υπάρχει οργανωμένο σχέδιο υγείας που να καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού. Υπάρχει ο δημόσιος τομέας που καλύπτει περίπου το 80% του πληθυσμού καθώς και ένας ευρύς ιδιωτικός τομέας (Golna et al, 2004). Ο δημόσιος τομέας, ο οποίος χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι το υγειονομικό σύστημα της Κύπρου για το οποίο θα αναφερθούμε πιο κάτω.

Το σύστημα υγείας της Κύπρου άρχισε επί Αγγλοκρατίας (1957) και βασίστηκε στις αρχές του Beveridge. Από το 1957 και πριν ελάχιστα στοιχεία είναι γνωστά για το σύστημα υγείας της Κύπρου. Βασικό στοιχείο του συστήματος είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός και η δημόσια χρηματοδότηση. «Όραμα του είναι η διαφύλαξη της Υγείας του πληθυσμού και η παροχή σε αυτόν αναβαθμισμένης ποιοτικά ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με έλεγχο των δαπανών και ταυτόχρονα σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς» (Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας, 2010).

Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου έρχεται συχνά αντιμέτωπο με τις αρχές του καθώς παρατηρούνται προβλήματα και ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Παρ' όλα τα αρνητικά του όμως, εξακολουθεί να είναι εύκολα προσβάσιμο σε κάποιες υπηρεσίες, ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και να παρέχει κάλυψη στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της Κύπρου. Οι δικαιούχοι παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το δημόσιο σύστημα Υγείας της Κύπρου καθορίζονται βάσει οικονομικών κριτηρίων και όπως προαναφέρθηκε καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών του κυπριακού κράτους.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο ιδιωτικός τομέας στην Κύπρο είναι αρκετά ανεπτυγμένος. Αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας, όπως αναποτελεσματική οργάνωση και διαχείριση, αλλά και ανεπάρκεια προσωπικού οδήγησαν στην επέκταση του ιδιωτικού τομέα με συνέπειες στην κοινωνική ισότητα (European Commission, 2002).

Σύμφωνα με το National Health Accounts Data οι συνολικές δαπάνες για το 2010 ανήλθαν στο 6,0% του ΑΕΠ, εκ των οποίων 41,5% δημόσιες και 58,5% ιδιωτικές. Η Κύπρος βρίσκεται στις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη με τις υψηλότερες δαπάνες ανά νοικοκυριό στον ιδιωτικό τομέα. Ο

ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται σχεδόν αποκλειστικά από την τσέπη των ασθενών-καταναλωτών υγείας.

Ένα θέμα που έχει επιδεινωθεί πρόσφατα, λόγω της οικονομικής κρίσης είναι η υπερβολική χρήση των δημόσιων υπηρεσιών σε σημείο που το σύστημα δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει. Λόγω της εύκολης πρόσβασης από τους δικαιούχους του δημοσίου συστήματος και για οικονομικούς κυρίως λόγους, παρατηρείται μεγάλος αριθμός ασθενών να καταφεύγουν για παροχή ιατρικής φροντίδας στο δημόσιο σύστημα. Το γεγονός αυτό βαρυνόρτωνει το σύστημα, δημιουργώντας έτσι προβλήματα αναποτελεσματικότητας και μη επαρκής ποιότητας, και επιβαρύνοντας περαιτέρω τον κρατικό προϋπολογισμό. Η αύξηση στη χρήση των υπηρεσιών συνδέεται επίσης με την αύξηση των μεταναστών αλλά και κατοίκων από χώρες της Ε.Ε οι οποίοι είναι δικαιούχοι.

Οι συμπληρωμές, έρχονται σε μια περίοδο όπου οι δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες είναι βαρυνόρτωμένες για τους πιο πάνω λόγους. Κατά συνεπεία οι συμπληρωμές ενδέχεται να μην αποτελούν εμπόδιο πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την δεδομένη χρονική περίοδο, αφού είναι κατά πολύ φθηνότερη στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα.

Από την 1η Αυγούστου 2013 μπήκε σε εφαρμογή το νέο αναθεωρημένο σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τα δημόσια νοσηλευτήρια στην Κύπρο. Οι νέες ρυθμίσεις που περιλαμβάνει το σχέδιο αυτό αφορούν αλλαγές στα κριτήρια χορήγησης κάρτας νοσηλείας και αλλαγές στις χρεώσεις των υπηρεσιών υγείας μέσω της επιβολής τελών πληρωμής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Συγκεκριμένα, καταργούνται οι κατηγορίες Α και Β που υπήρχαν μέχρι τώρα και πλέον υπάρχουν μόνο δικαιούχοι και "μη δικαιούχοι". Οι δικαιούχοι δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με την καταβολή ενός μικρού συμβολικού ποσού που θα αναφερθεί παρακάτω ενώ οι μη δικαιούχοι με την καταβολή ενός μεγαλύτερου ποσού ενώ δεν δικαιούνται φάρμακα από το δημόσιο φαρμακείο.

5.2 Είδη συμπληρωμών

5.2.1 Φάρμακα και εργαστηριακές αναλύσεις

Τα νέα τέλη αφορούν την επιβολή 0,50 σεντς για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο και 0,50 σεντς για κάθε εργαστηριακή ανάλυση, με ανώτατο όριο τα 10 ευρώ ανά συνταγή και δελτίο ανάλυσης.

Τα ποσά αυτά πληρώνονται μέσω των "ενσήμων υγείας" τα οποία οι ασθενείς μπορούν να αγοράσουν από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τα ταχυδρομεία. Τα ένσημα επικολλώνται στις συνταγές και στο έντυπο παραπομπής για εργαστηριακές εξετάσεις.

5.2.2 Επίσκεψη στον ιατρό

Οι "δικαιούχοι" πληρώνουν 3 ευρώ για επίσκεψη σε γενικό ιατρό και 6 ευρώ για επίσκεψη σε ειδικό ιατρό.

Οι "μη δικαιούχοι" έχουν την δυνατότητα επίσκεψης ιατρού στον κυβερνητικό τομέα με την καταβολή των 15 ευρώ για γενικό ιατρό και 30 για ειδικό ιατρό.

5.2.3 Επίσκεψη στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών

Για επίσκεψη στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) το τέλος πληρωμής είναι 10 ευρώ για όλους, δικαιούχους και μη.

5.3 Εξαίρεση ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού

Από τις πιο πάνω πληρωμές έχουν εξαιρεθεί κάποιες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως στρατιώτες, λήπτες δημοσίου βοηθήματος, ένοικοι συγκεκριμένων ιδρυμάτων και σοβαρά πάσχοντες ψυχικά ασθενείς.

Ορισμένες εξαιρέσεις έχουν γίνει και σε χρόνιους πάσχοντες όπως για παράδειγμα τους θαλασσαιμικούς, οι οποίοι έχουν εξαιρεθεί για τις εργαστηριακές αναλύσεις αίματος οι οποίες λόγω της πάθησης τους γίνονται αρκετά συχνά.

Οι πιο πάνω δικαιούχοι εξασφαλίζουν την δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας επιδεικνύοντας την ταυτότητα νοσηλείας τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της στάσης των ασθενών απέναντι στις συμπληρωμές οι οποίες τέθηκαν σε ισχύ από τη 1^Η Αυγούστου 2013. Ποια είναι η άποψη, η γνώμη και η συμπεριφορά τους. Κατά πόσο το μέτρο των πληρωμών έχει επηρεάσει την συμπεριφορά τους και με ποιο τρόπο και πως η επιβολή των τελών επηρέασε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6.2 Στόχοι Έρευνας

1. Μελέτη της επίδρασης των συμπληρωμών α) στη χρήση-κατανάλωση υπηρεσιών υγείας β) στην ποιότητα των υπηρεσιών
2. Μελέτη της άποψης των ασθενών σχετικά με τις συμπληρωμές
3. Μελέτη της αλλαγής της καταναλωτικής συνήθειας των ασθενών
4. Συσχέτιση της αντίληψης των συμπληρωμών με κοινωνικό επίπεδο και δημογραφικά στοιχεία
5. Σύγκριση αποτελεσμάτων έρευνας με διεθνείς και ευρωπαϊκές αντίστοιχες έρευνες

6.3 Ερωτηματολόγιο

Για την πραγματοποίηση της ερευνητικής εργασίας χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε και επιμελήθηκε από την ομάδα των φοιτητών του Ανοικτού Πανεπιστημίου και του επιβλέποντος καθηγητή κ. Μάμα Θεοδώρου.

Για την διεξαγωγή της έρευνας λήφθηκαν όλες οι απαραίτητες άδειες από την επιτροπή Βιοηθικής και τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

6.3.1 Δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα) αποτελείται από τέσσερις ενότητες με σύνολο 33 ερωτήσεις.

Στο πάνω δεξιά μέρος του ερωτηματολογίου αναγράφεται η Μονάδα Υγείας από την οποία πάρθηκε η συνέντευξη.

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η Α' Ενότητα αποτελείται από ερωτήσεις που διερευνούν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του συνόλου: φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, υπηκοότητα, οικογενειακό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο.

B. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Β Ενότητα αξιολογείται το επίπεδο υγείας του ασθενούς και η προσωπική αντίληψη για την υγεία του. Ο ασθενής ερωτάται αν έχει χρόνια πρόβλημα υγείας, αν λαμβάνει τακτικά κάποια φάρμακα και σε γενικές γραμμές πως αξιολογεί το επίπεδο υγείας του.

Γ. ΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΛΗ

Στην Γ Ενότητα ερευνάται η γνώση και η αντίληψη του κόσμου για τα τέλη που έχουν επιβληθεί στις υπηρεσίες υγείας από 1^η Αυγούστου 2013. Πως αντιλαμβάνονται το νέο μέτρο, αν γνωρίζουν για τις νέες χρεώσεις και το ποσό που καλούνται να πληρώσουν για κάθε υπηρεσία, αν έχουν εξαιρεθεί από τις πληρωμές αυτές, αν πιστεύουν ότι κάποιος πρέπει να εξαιρεθούν, πως βρίσκουν από οικονομικής άποψης το ποσό που πρέπει να πληρώσουν, και διερευνάται η άποψη τους κατά πόσο πιστεύουν ότι επηρέασε τις υπηρεσίες υγείας και πως τις επηρέασε.

Δ. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην τέταρτη και τελευταία ενότητα διερευνάται το επίπεδο χρήσης των υπηρεσιών υγείας και πως μπορεί να επηρεάστηκε μέσα από τις καινούριες πληρωμές. Οι ασθενείς ερωτώνται κατά πόσο είχαν την ανάγκη να επισκεφτούν τα νοσοκομεία και να χρησιμοποιήσουν τις ιατρικές υπηρεσίες και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πλήρωναν.

Τέλος ερωτούνται τι θα ήθελαν να αλλάξει στο σύστημα υγείας και αν θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν κάτι περισσότερο από τα δικά τους χρήματα με σκοπό την επίτευξη αυτού.

6.4 Τρόπος διεξαγωγής της Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε τυχαίο δείγμα 30 ασθενών που προσήλθαν στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία κατά το Μάρτιο του 2014. Δεδομένου του θέματος το οποίο είναι σχετικά πρόσφατο αλλά και του ερωτηματολογίου που φτιάχτηκε αποκλειστικά από εμάς γι αυτόν το σκοπό η πιλοτική έρευνα θεωρήθηκε αναγκαία για να διευκρινιστούν τυχόν ασάφειες του ερωτηματολογίου και να διαπιστωθεί κατά πόσο οι ερωτήσεις είναι πλήρως κατανοητές από τον κόσμο.

Εντοπίστηκε δυσκολία ως προς την συμπλήρωση του ιδιαίτερα από τους ηλικιωμένους. Έτσι κρίθηκε αναγκαίο η συμπλήρωση του να γίνεται υπό τη μορφή συνέντευξης των ασθενών ούτως ώστε να γίνεται κατανοητό το τι ζητά η κάθε ερώτηση. Ανασταλτικός παράγοντας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου φάνηκε να είναι και το μέγεθος του και ο αριθμός των ερωτήσεων. Μετά τον πιλοτικό έλεγχο διαγραφώθηκαν δύο ερωτήσεις και προστέθηκε μια καινούρια με σκοπό την βελτίωση του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα διήρκησε από τον Απρίλιο του 2014 μέχρι τον Ιούλιο του 2014.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από εμάς μέσω των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που γίνονταν στους ασθενείς σε πρόσωπό με πρόσωπο συνέντευξη. Οι ερωτήσεις γίνονταν προσεχτικά από τον ερευνητή προς τον ερωτώμενο και σε περίπτωση μη κατανόησης γινότουσαν τα απαραίτητα επεξηγηματικά σχόλια. Η όλη διαδικασία της συνέντευξης διαρκούσε περίπου 15-20 λεπτά. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική. Πριν από την συνέντευξη γνωστοποιούνταν στον ασθενή η ταυτότητα του ερευνητή, ο σκοπός της έρευνας, η ανωνυμία των απαντήσεων και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων και εφόσον ο ασθενής δεν είχε αντίρρηση ο ερευνητής προχωρούσε στις ερωτήσεις.

Ο τόπος διεξαγωγής της συνέντευξης ήταν οι μονάδες υγείας στην επαρχία Λευκωσίας και το Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας. Οι μονάδες υγείας, από τις οποίες προήλθαν οι ασθενείς του δείγματος ήταν το Μακάρειο Νοσοκομείο, το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, τα Κέντρα Υγείας Στροβόλου, Λευκωσίας, Καιμακλίου, Ευρύχου και το Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας. Μεγαλύτερη συμμετοχή είχε το Μακάρειο Νοσοκομείο και ακολούθως το Κέντρο υγείας Στροβόλου. Ο χώρος συνέντευξης ήταν ο χώρος αναμονής των ασθενών για επίσκεψη στον ιατρό.

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν ασθενείς - χρήστες των υπηρεσιών υγείας στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας. Είχε γίνει προσπάθεια το μείγμα να αποτελείται από άντρες και γυναίκες όλων των ηλικιών και όλων των υπηκοοτήτων, σύμφωνα με τα γενικότερα πληθυσμιακά στοιχεία της Κύπρου.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), καθώς οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς που ήσαν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην έρευνα. Παρ' όλα τα μειονεκτήματα της μεθόδου, είναι μέθοδος απλή, φθηνή και μη χρονοβόρα.

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών αρνήθηκαν να δώσουν την συνέντευξη. Οι λόγοι που παρέθεσαν για την άρνηση ήταν η κούραση, η έλλειψη χρόνου, η αρρώστια-αδιαθεσία και η μη γνώση της ελληνικής γλώσσας. Περίπου 20% ήταν το ποσοστό των ασθενών που αρνήθηκαν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε στις αρχές Ιουλίου.

6.5 Επεξεργασία Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν σε κλειστούς φάκελους σε ντουλάπι κλειδωμένο σε ασφαλές μέρος, έτσι ώστε να προστατευτούν τα δεδομένα της έρευνας. Μετά το πέρας της συλλογής τα δεδομένα περάστηκαν από τον ερευνητή σε ειδική βάση δεδομένων που ετοιμάστηκε ειδικά για την συγκεκριμένη μελέτη και ακολούθησε η στατιστική τους ανάλυση..

6.6 Περιορισμοί Έρευνας

Σημαντικός περιορισμός της έρευνας αποτελεί η μέθοδος και ο τρόπος που έγιναν οι συνεντεύξεις των ασθενών. Οι συνεντεύξεις έγιναν στα Κέντρα Υγείας και στα Νοσοκομεία και όχι σε κάποιο «ουδέτερο» χώρο με αποτέλεσμα να μην εξασφαλίζεται στο μέγιστο η ελευθερία έκφρασης. Συνήθως ο ασθενής που βρίσκεται στο νοσοκομείο έχει την εντύπωση ότι εξαρτάται από το προσωπικό του νοσοκομείου, κυρίως από το ιατρικό προσωπικό, πράγμα που τον οδηγεί

σε ψευδώς θετικές κρίσεις όσον αφορά τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (Αλετράς, Ζαχαράκη, Νιάκας, 2007).

Μερικοί από τους ασθενείς επίσης, λόγω βιασύνης και πίεσης χρόνου έδιναν βιαστικές απαντήσεις, χωρίς να επεξεργαστούν την ερώτηση και να σκεφτούν επαρκώς την απάντησή τους.

Τέλος, το γεγονός ότι η μέθοδος επιλογής του δείγματος, δηλαδή στη συγκεκριμένη περίπτωση η δειγματοληψία ευκολίας έχει χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα.

6.7 Δεοντολογικά θέματα και ηθικά ζητήματα

Στην παρούσα έρευνα επιδιώχθηκε η εξασφάλιση της τήρησης των αρχών Βιοηθικής και του ηθικού χαρακτήρα της Έρευνας. Η τήρηση των ηθικών αρχών κρίνεται αναγκαία και σημαντική τόσο δεοντολογικά όσο και νομοθετικά (Λέων, Μποζίκη, Σηλιοπούλου, 2011).

Οι ερωτηθέντες ενημερώνονταν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Ενημερώνονταν επίσης για την ανωνυμία της έρευνας, τη ιδιωτικότητα, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την εχεμύθεια των ερευνητών.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, για την εκτέλεση της έρευνας με ερωτηματολόγιο εξασφαλίστηκε άδεια από την Αρχή Βιοηθικής Κύπρου και από τον επίτροπο Προστασίας Προσωπικών δεδομένων.

6.8 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- Ο έλεγχος t (student's t-test) και ο έλεγχος Mann-Whitney (Mann-Whitney test) για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής.
- Ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test) για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών.
- Ο έλεγχος χ^2 για τάση (χ^2 trend test) για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης.
- Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

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

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.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Το σύνολο των ασθενών που ερωτήθηκαν ήταν 300, όλοι δικαιούχοι στο δημόσιο σύστημα της Κύπρου και οι οποίοι κατανέμονται ανά υγειονομική μονάδα όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κατανομή ατόμων του δείγματος ανά μονάδα υγείας

Μονάδα υγείας	N (%)
Μακάρειο Νοσοκομείο	124 (41,3)
Κέντρο Υγείας Στροβόλου	82 (27,3)
Κέντρο Υγείας Λευκωσίας	42 (14,0)
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	42 (14,0)
Κέντρο Υγείας Καϊμακλίου	7 (2,3)
Νοσοκομείο Κυπερούντας	2 (0,7)
Κέντρο Υγείας Ευρύχου	1 (0,3)

Το 76% των ασθενών ήταν γυναίκες και το 24% άντρες.

Πίνακας 2. Φύλο ερωτηθέντων

Φύλο	N (%)
Άντρες	72 (24%)
Γυναίκες	228 (76%)
	300 (100%)

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46,1 έτη.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 92,3% έχει μόνιμο τόπο διαμονής την επαρχία Λευκωσίας και ακολουθεί η Λάρνακα με ποσοστό 4,7 %.

Πίνακας 3. Τόπος διαμονής

Επαρχία Μόνιμης Διαμονής	N (%)
Πάφος	1 (0,3)
Λεμεσός	7 (2,3)
Λάρνακα	14 (4,7)
Λευκωσία	277 (92,3)
Αμμόχωστος	1 (0,3)

Το μεγαλύτερο ποσοστό 68,7% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι και ακολουθούν οι άγαμοι.

Πίνακας 4. Οικογενειακή Κατάσταση συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	N (%)
Έγγαμοι	206 (68,7)
Άγαμοι	58 (19,3)
Διαζευγμένοι	20 (6,7)
Χήροι	16 (5,3)

Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν Κύπριοι 90,3% (271)

Πίνακας 5. Υπηκοότητα

Υπηκοότητα	N (%)
Ελληνοκύπριοι	271 (90,3)
Ευρωπαϊκή Ένωση	8 (2,7)
Τουρκοκύπριοι	10 (3,3)
Άλλη	11 (3,7)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι δημόσιοι υπάλληλοι.

Πίνακας 6. Επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική Κατάσταση	N (%)
Δημόσιοι Υπάλληλοι	78 (26,0)
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	51 (17,0)
Αυτοεργοδοτούμενοι	18 (6,0)
Συνταξιούχοι	55 (18,3)
Οικιακά	32 (10,7)
Φοιτητές, Στρατιώτες	15 (5,0)
Άνεργοι	51 (17,0)

Ο μέσος όρος των ατόμων που μένουν σε ένα σπίτι σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι 3 και το μέσο καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 1912 ευρώ.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Λυκείου, και ακολουθούν οι απόφοιτοι σχολών Τριτοβάθμια εκπαίδευσης.

Πίνακας 7. Επίπεδο μόρφωσης

Ανώτερο Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N (%)
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	6 (2,0)
Απόφοιτοι Δημοτικού	28 (9,3)
Απόφοιτοι Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	43 (14,3)
Απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	85 (28,3)
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)	31 (10,3)
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	78 (26,0)
Μεταπτυχιακές Σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)	29 (9,7)

7.2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας

Στην τελευταία ερώτηση που αφορούσε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες του δημοσίου συστήματος υγείας οι απαντήσεις είχαν ως ακολούθως:

Πίνακας 8. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας	N (%)
Πολύ	43 (14,3)
Αρκετά	89 (29,7)
Μέτρια	122 (40,7)
Λίγο	30 (10,0)
Καθόλου	16 (5,3)

Οι περισσότεροι ασθενείς (40,7%) είναι μέτρια ικανοποιημένοι και η αμέσως επόμενη πλειοψηφία (29,7%) δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας.

7.3 Επίπεδο Υγείας

Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους χαρακτήρισαν το επίπεδο υγείας τους υψηλό με το 71,7% των ασθενών να χαρακτηρίζει την υγεία του ως καλή/πολύ καλή και το 28,3% ως μέτρια/κακή/πολύ κακή.

Το 45% είχαν χρόνια πρόβλημα υγείας και το 50,7% λάμβαναν φάρμακα/θεραπεία σε τακτική βάση.

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν καρδιαγγειακά (49,6%), παθολογικά (45,2%) και ενδοκρινολογικά (25,2%).

Πίνακας 9. Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας

Αυτοεκτίμηση της κατάστασης Υγείας	N (%)
Πολύ καλή	87 (29,0)
Καλή	128 (42,7)
Μέτρια	73 (24,3)
Κακή	9 (3,0)

Πολύ κακή	3 (1,0)
-----------	---------

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα λάμβανε τακτικά φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 10. Φαρμακευτική Αγωγή

Λήψη φαρμάκων/θεραπείας σε τακτική βάση	N (%)
Όχι	148 (49,3)
Ναι	152 (50,7)

Πίνακας 11. Χρόνιο πρόβλημα υγείας

Χρόνιο πρόβλημα υγείας	N (%)
Όχι	165 (55,0)
Ναι	135 (45,0)
Πρόβλημα Υγείας	
Παθολογικό	61 (45,2)
Καρδιαγγειακό	67 (49,6)
Πνευμονολογικό	5 (3,7)
Αιματολογικό	13 (9,6)
Νεφρολογικό – Ουρολογικό	1 (0,7)
Νευρολογικό	5 (3,7)
Ενδοκρινολογικό	34 (25,2)
Ωτορινολαρυγγολογικό	4 (3,0)
Οφθαλμολογικό	2 (1,4)
Ογκολογικό	5 (3,7)
Ψυχιατρικό	8 (5,9)

7.4 Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη

Η πλειοψηφία των ασθενών (97,3%) δήλωσαν πως γνωρίζουν ότι από την 1η Αυγούστου του 2013 πρέπει να καταβάλλονται κάποια χρήματα (ένσημα / τέλη) σε κάθε επίσκεψη που έχουν στα δημόσια νοσηλευτήρια που περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ακολούθως οι ασθενείς ερωτήθηκαν ξεχωριστά για κάθε υπηρεσία αν γνωρίζουν το ποσό των τελών που πρέπει να καταβάλουν.

Πίνακας 12. Γνώση για τα τέλη

Γνώση ότι από την 1η Αυγούστου του 2013 πρέπει να καταβάλλονται κάποια χρήματα (ένσημα/τέλη) σε κάθε επίσκεψη σε γιατρούς του δημοσίου	N (%)
Όχι	8 (2,7)
Ναι	292 (97,3)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου	
Όχι	57 (19,5)
Ναι	236 (80,5)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	
Όχι	67 (22,9)
Ναι	226 (77,1)
Γνώση του ποσού για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	
Όχι	82 (28,0)
Ναι	211 (72,0)
Γνώση του ποσού για κάθε φάρμακο που γράφει ο γιατρός	
Όχι	50 (17,1)
Ναι	243 (82,9)
Γνώση του ποσού για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που γράφει ο γιατρός	
Όχι	92 (31,4)
Ναι	201 (68,6)

Το 80,5% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου και το 19,5% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 91,1% (n=215) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 10€. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 56,1% (n=32) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 10€. Για τις Πρώτες Βοήθειες το ποσοστό που γνώριζε το ποσό των τελών ήταν το μεγαλύτερο σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας.

Το 77,1% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ. και το 22,9% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 71,2% (n=161) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 3€. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 23,9% (n=16) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 3€.

Το 72% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ. και το 28% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 87,2% (n=184) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 6€. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 39% (n=32) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 6€.

Το 82,9% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε φάρμακο που γράφει ο γιατρός και το 17,1% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 93,8% (n=228) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5€. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 32% (n=16) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5€.

Το 68,6% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που γράφει ο γιατρός και το 31,4% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 86,6% (n=174) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5€. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 26,1% (n=24) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5€.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την εξαίρεση των ασθενών από τα τέλη πληρωμής (Πίνακας 13). Δεκαπέντε ασθενείς από τους τριακόσιους, ποσοστό 5% έχουν δηλώσει ότι έχουν εξαιρεθεί από την καταβολή των τελών.

Πίνακας 13. Εξαιρέσεις από την καταβολή τελών

Εξαίρεση για τον οποιοδήποτε λόγο από τις παραπάνω πληρωμές	N (%)
---	-------

Όχι	280 (94,9)
Ναι	15 (5,1)

Στην επόμενη ερώτηση που αφορούσε το ύψος του ποσού που πρέπει να καταβάλλεται, οι περισσότεροι ασθενείς βρήκαν το ποσό που καλούνται να πληρώσουν σχετικά χαμηλό ή μέτριο (Πίνακας 14). Πιο συγκεκριμένα το 28,8% των ασθενών δήλωσαν πως το ποσό των χρημάτων είναι υψηλό/πολύ υψηλό και το 71,2% δήλωσαν πως το ποσό είναι πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο.

Πίνακας 14. Αυτοεκτίμηση του ποσού που πρέπει να καταβληθεί

Αυτοεκτίμηση πως το πόσο των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι	N (%)
Πολύ Υψηλό	28 (9,5)
Υψηλό	57 (19,3)
Μέτριο	153 (51,9)
Χαμηλό	47 (15,9)
Πολύ Χαμηλό	10 (3,4)

Ανάμεσα στους συμμετέχοντες που θεωρούν το ποσό υψηλό ή πολύ υψηλό, το 8,3% (25 συμμετέχοντες) δανείστηκαν χρήματα προκειμένου να καταβάλλουν τα τέλη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά την καταβολή των τελών από το σύνολο του πληθυσμού, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κάποιος πρέπει να εξαιρούνται με το 90% των ασθενών να δηλώνει πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών.

Η επόμενη ερώτηση ζητούσε από τον κόσμο να σημειώσει με σειρά σημαντικότητας τις κατηγορίες του πληθυσμού που κατά την άποψη του πρέπει να εξαιρούνται.

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:

- Άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και άτομα με σοβαρές αναπηρίες (82,6%).

- Άνεργοι (78,1%).
- Χαμηλοσυνταξιούχοι και άτομα με χαμηλά εισοδήματα (76,3%).
- Λήπτες δημοσίου βοηθήματος (40,4%).
- Εγκλωβισμένοι και στρατιώτες (37,8%).
- Άτομα άνω των 65 ετών (29,6%).
- Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε. (11,9%).
- Τουρκοκύπριοι (5,9%).

Οι χρόνιοι ασθενείς είναι η πρώτη επιλογή της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων και ακολούθως με μεγάλα ποσοστά έρχονται οι άνεργοι και οι χαμηλοσυνταξιούχοι.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τους λόγους που πιστεύει ο κόσμος ότι έχουν επιβληθεί τα τέλη.

Το 60,3% των ασθενών δήλωσαν πως το μέτρο των τελών εφαρμόστηκε για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων, το 45,7% για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις, το 47,3% επειδή ζητήθηκε από την Τρόικα και το 36% για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 15. Αιτία εφαρμογής τελών

Χαρακτηριστικό: Αιτία εφαρμογής του μέτρου των τελών	N (%)
Για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας	108 (36,0)
Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων	181 (60,3)
Γιατί το ζήτησε η Τρόικα	142 (47,3)
Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις	137 (45,7)

Η επόμενη ερώτηση ζητούσε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν με βάση την προσωπική τους άποψη πως τα τέλη θα επηρεάσουν τις υπηρεσίες υγείας και την συμπεριφορά του κόσμου.

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 0,78 γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή εσωτερική συνέπεια.

Πίνακας 16. Απόψεις ασθενών για τα τέλη

Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου	N (%)
Καθόλου	27 (9,0)
Λίγο	58 (19,3)
Μέτρια	77 (25,7)
Αρκετά	97 (32,3)
Πολύ	41 (13,7)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες των νοσοκομείων	N (%)
Καθόλου	27 (9,0)
Λίγο	52 (17,3)
Μέτρια	74 (24,7)
Αρκετά	98 (32,7)
Πολύ	49 (16,3)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων	N (%)
Καθόλου	20 (6,7)
Λίγο	41 (13,7)
Μέτρια	59 (19,7)
Αρκετά	121 (40,3)
Πολύ	59 (19,7)
Χαρακτηριστικό	
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις	N (%)
Καθόλου	22 (7,3)
Λίγο	54 (18,0)

Μέτρια	75 (25,0)
Αρκετά	102 (34,0)
Πολύ	47 (15,7)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα εξοικονομήσει χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	N (%)
Καθόλου	41 (13,7)
Λίγο	56 (18,7)
Μέτρια	80 (26,7)
Αρκετά	75 (25,0)
Πολύ	48 (16,0)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	N (%)
Καθόλου	86 (28,7)
Λίγο	88 (29,3)
Μέτρια	72 (24,0)
Αρκετά	41 (13,7)
Πολύ	13 (4,3)
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	N (%)
Καθόλου	47 (15,8)
Λίγο	66 (22,1)
Μέτρια	79 (26,5)
Αρκετά	67 (22,5)
Πολύ	39 (13,1)

Πίνακας 17. Διαπίστωση αλλαγών με την εφαρμογή των τελών

Χαρακτηριστικό	N (%)
Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013	
Καμία Αλλαγή	198 (66,0)
Αλλαγές προς το χειρότερο	50 (16,7)
Αλλαγές προς το καλύτερο	52 (17,3)
<u>Αλλαγές προς το χειρότερο</u>	
Πλήρης Αποσυντονισμός	5 (11,4)
Ταλαιπωρία	39 (88,6)
<u>Αλλαγές προς το καλύτερο</u>	
Αποσυμφόρηση	45 (86,5)
Διακοπή αλόγιστης χρήσης φαρμάκων	4 (7,7)
Μείωση σπατάλης	3 (5,8)

Το 46% των ασθενών δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, το 49,1% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες των νοσοκομείων, το 60% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, το 49,7% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, το 41% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα εξοικονομήσει αρκετά/πολλά χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, το 18% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα σε αρκετό/πολύ μεγάλο βαθμό και το 35,6% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται αρκετά/πολύ δύο φορές πριν πάει στο γιατρό.

Η επόμενη ερώτηση ζητούσε την άποψη των ασθενών σχετικά με τις αλλαγές που παρατήρησαν στις υπηρεσίες υγείας μετά την επιβολή των τελών (Πίνακας 17). Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ότι δεν διαπίστωσε καμία αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα, το 66% των ασθενών δήλωσαν πως δεν διαπίστωσαν αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013, το 16,7% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το χειρότερο και το 17,3% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το καλύτερο. Οι αλλαγές προς το χειρότερο ήταν ο πλήρης αποσυντονισμός και η ταλαιπωρία. Οι αλλαγές προς το καλύτερο ήταν η αποσυμφόρηση, η διακοπή της αλόγιστης χρήσης φαρμάκων και η μείωση της σπατάλης των φαρμάκων.

7.5 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Ο μέσος αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό από την 1η Αυγούστου 2013 ήταν 1,9, ενώ σε γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ήταν 5,6.

- Αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό από την 1η Αυγούστου 2013 1,9 (2,9)^α

- Αριθμός επισκέψεων σε γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας από την 1η Αυγούστου 2013 5,6 (5,9)^α

Το 9% των ασθενών δήλωσε πως από την 1η Αυγούστου 2013 υπήρξε ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 6,7% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε γενικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 3,7% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε οδοντίατρο Κ.Υ., η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 4,3% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε ειδικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 4% δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει φάρμακα λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 3% δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει κάποια εξέταση λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

Πίνακας 18. Χρήση υπηρεσιών Υγείας

Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	N (%)
Όχι	273 (91,0)
Ναι	27 (9,0)
Αριθμός φορών	1,5 (0,7) ^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	N (%)
Όχι	280 (93,3)
Ναι	20 (6,7)
Αριθμός φορών	1,5 (1,0) ^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	N (%)
Όχι	289 (96,3)
Ναι	11 (3,7)
Αριθμός φορών	1,4 (0,7) ^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	N (%)
Όχι	287 (95,7)
Ναι	13 (4,3)
Αριθμός φορών	1,2 (0,4) ^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	N (%)
Όχι	288 (96,0)
Ναι	12 (4,0)
Αριθμός φορών	1,7 (1,0) ^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	N (%)
Όχι	291 (97,0)
Ναι	9 (3,0)
Αριθμός φορών	0,9 (0,3) ^α

Στον πίνακα 19 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, (γ) δωρεάν ιατρική περίθαλψη, (δ) αύξηση προσωπικού και (ε) βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Μεταξύ αυτών που πρότειναν βελτιώσεις του συστήματος υγείας, το 56,6% (n=138) δήλωσαν πρόθυμοι να καταβάλλουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις, ενώ το 43,4% (n=106) δήλωσαν απρόθυμοι.

Πίνακας 19. Οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας

Πρόταση	N (%)
Μείωση ή κατάργηση αναμονής	76 (31,1)
Μείωση ή κατάργηση λιστών αναμονής	16 (6,6)
Βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών	64 (26,2)
Εφαρμογή του ΓΕ.ΣΥ.	9 (3,7)
Δωρεάν Ιατρική Περίθαλψη	20 (8,2)
Ιατρική Ευθύνη	12 (4,9)
Ισότητα στην πρόσβαση	1 (0,4)
Διαθεσιμότητα των φαρμάκων	1 (0,4)
Ιδιωτικοποίηση	1 (0,4)
Καλύτερη Οργάνωση	6 (2,5)
Αύξηση προσωπικού	18 (7,4)
Περισσότερα κέντρα υγείας	2 (0,8)
Ευέλικτο ωράριο	4 (1,6)

Μεταφορά από/προς το νοσοκομείο	1 (0,4)
Καλύτερος ιατρικός εξοπλισμός	1 (0,4)
Καλύτερη συμπεριφορά προσωπικού	12 (4,9)

7.6 Συσχετίσεις

7.6.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 20. 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	N (%)	N (%)	0,7 ^α
Άντρες	39 (54,2)	33 (45,8)	
Γυναίκες	129 (56,6)	99 (43,4)	
Ηλικία ^β	44,0 (16,7)	48,8 (16,5)	0,01^γ
Επάγγελμα	N (%)	N (%)	0,3 ^α
Εργαζόμενοι	87 (59,2)	60 (40,8)	
Συνταξιούχοι	26 (47,3)	29 (52,7)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	55 (56,1)	43 (43,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	N (%)	N (%)	0,9 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	48 (62,3)	29 (37,7)	
Απόφοιτοι Λυκείου	54 (46,6)	62 (53,4)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	66 (61,7)	41 (38,3)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1421)	1550 (1970)	0,3 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	N (%)	N (%)	0,6 ^α
Όχι	90 (54,5)	75 (45,5)	
Ναι	78 (57,8)	57 (42,2)	

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, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και την ηλικία. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ασθενείς μικρότερης ηλικίας.

7.6.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.

Πίνακας 21. 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			0,01^α
Άντρες	58 (82,9)	12 (17,1)	
Γυναίκες	152 (67,6)	73 (32,4)	
Ηλικία^β	45,9 (16,5)	46,7 (17,3)	0,7 ^γ
Επάγγελμα			<0,001^α
Εργαζόμενοι	120 (82,2)	26 (17,8)	
Συνταξιούχοι	35 (63,6)	20 (36,4)	
..Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	55 (58,5)	39 (41,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,007^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	44 (59,5)	30 (40,5)	
Απόφοιτοι Λυκείου	83 (72,2)	32 (27,8)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	83 (78,3)	23 (21,7)	

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)^ε	1800 (1925)	1000 (1158)	<0,001^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,007^α
Όχι	125 (77,6)	36 (22,4)	
Ναι	85 (63,4)	49 (36,6)	

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 στατιστικά σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τις εξής μεταβλητές: φύλο, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22. 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
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά σε σχέση με εργαζόμενους	2,17	1,15 έως 4,09	0,017
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1500€ σε σχέση με $\geq 1500\text{€}$ ^α	2,09	1,16 έως 3,76	0,014
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	2,13	1,03 έως 4,40	0,04

^α το διαχωριστικό όριο των 1500€ είναι η διάμεσος

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

- Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1500€ αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ≥1500€.
- Οι γυναίκες αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους άντρες.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας της αυτοεκτίμησης του ύψους της καταβολής των τελών.

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

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 23. 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			0,08^a
Άντρες	37 (51,4)	35 (48,6)	
Γυναίκες	144 (63,2)	84 (36,8)	
Ηλικία^b	46,1 (17,6)	46,1 (15,4)	0,9 ^γ
Επάγγελμα			0,3 ^a
Εργαζόμενοι	82 (55,8)	65 (44,2)	
Συνταξιούχοι	36 (65,5)	19 (34,5)	
..Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	63 (64,3)	35 (35,7)	

Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,3 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμασίου	54 (70,1)	23 (29,9)	
Απόφοιτοι Λυκείου	62 (53,4)	54 (46,6)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	65 (60,7)	42 (39,3)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)^ε	1500 (1400)	1700 (2000)	0,05^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,1^α
Όχι	93 (56,4)	72 (43,6)	
Ναι	88 (65,2)	47 (34,8)	

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 στατιστικά σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και τις εξής μεταβλητές: φύλο, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, στην οποία καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν σχετίζονταν με τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

7.6.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 24. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικό	Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας		Τιμή p
	Καμία αλλαγή/	Προς το καλύτερο	

	προς το χειρότερο		
Φύλο			0,1 ^α
Άντρες	55 (76,4)	17 (23,6)	
Γυναίκες	193 (84,6)	35 (15,4)	
Ηλικία ^β	45,0 (16,7)	51,3 (15,9)	0,01^γ
Επάγγελμα			0,9 ^α
Εργαζόμενοι	121 (82,3)	26 (17,7)	
Συνταξιούχοι	45 (81,8)	10 (18,2)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	82 (83,7)	16 (16,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,9 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	65 (84,4)	12 (15,6)	
Απόφοιτοι Λυκείου	93 (80,2)	23 (19,8)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	90 (84,1)	17 (15,9)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1580)	1500 (1450)	0,7 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,3 ^α
Όχι	140 (84,8)	25 (15,2)	
Ναι	108 (80,0)	27 (20,0)	

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, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) ανάμεσα στη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας και την ηλικία. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας διαπίστωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αλλαγές προς το καλύτερο σε σχέση με τους ασθενείς μικρότερης ηλικίας.

7.6.5 Εξαρτημένη μεταβλητή: ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα

Στον πίνακα 25 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 25. 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			0,1^α
Άντρες	69 (95,8)	3 (4,2)	
Γυναίκες	204 (89,5)	24 (10,5)	
Ηλικία ^β	46,5 (16,7)	41,9 (16,9)	0,17^γ
Επάγγελμα			0,1^α
Εργαζόμενοι	137 (93,2)	10 (6,8)	
Συνταξιούχοι	52 (94,5)	3 (5,5)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	84 (85,7)	14 (14,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,5 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	70 (90,9)	7 (9,1)	
Απόφοιτοι Λυκείου	103 (88,8)	13 (11,2)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	100 (93,5)	7 (6,5)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1542)	1300 (1260)	0,17^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,9 ^α
Όχι	150 (90,9)	15 (9,1)	
Ναι	123 (91,1)	12 (8,9)	

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: φύλο, ηλικία, επάγγελμα και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 27.

Πίνακας 26. 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).

Χαρακτηριστικό	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά σε σχέση με εργαζόμενους	2,28	1,00 έως 5,37	0,05

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

- Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά 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 εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της ανάγκης επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα έγινε με σκοπό τη διερεύνηση της άποψης των ασθενών για τις συμπληρωμές του Κυπριακού Συστήματος Υγείας και την επίδραση που ενδεχομένως να είχαν στην συμπεριφορά τους όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας. Είναι γεγονός ότι μέχρι τώρα δεν έχουν μελετηθεί οι συγκεκριμένες συμπληρωμές του δημοσίου συστήματος και μια τέτοια έρευνα ίσως φανεί χρήσιμη για εκείνους που διαμορφώνουν και υλοποιούν την πολιτική Υγείας. Η αξιολόγηση του μέτρου αυτού, μπορεί να προσφέρει χρήσιμο υλικό για πιθανές αλλαγές αλλά και για τυχόν εισαγωγή συμπληρωμών στο επερχόμενο ΓεΣΥ. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας μέσω του ερωτηματολογίου ανέδειξε σημαντικά ευρήματα.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι γυναίκες. Συγκεκριμένα το 76% είναι γυναίκες και το 24% άντρες. Το μεγάλο ποσοστό των γυναικών ασθενών οφείλεται στο γεγονός ότι τα περισσότερα ερωτηματολόγια λήφθηκαν από το Μακάρειο Νοσοκομείο το οποίο εξειδικεύεται στις ειδικότητες της Μαιευτικής και Γυναικολογίας (124 ερωτηματολόγια - 41,3 %). Το δείγμα στο Μακάρειο Νοσοκομείο αποτελείτο κυρίως από γυναίκες κάτω των 50 ετών.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι Ελληνοκύπριοι (90,3 %) παρόλο που χρήστες των υπηρεσιών είναι πολλοί αλλοδαποί. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην άρνηση των αλλοδαπών ασθενών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Το 71,7% χαρακτήρισε την υγεία του ως καλή/πολύ καλή και το 55% ότι δεν έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας έναντι 45% οι οποίοι πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν είναι χρόνιοι ασθενείς και αυτό οφείλεται στο δείγμα της έρευνας το οποίο συγκροτήθηκε κυρίως από το γυναικολογικό και μαιευτικό τμήμα του Μακάρειου Νοσοκομείου. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 46,1 έτη ενώ σε περίπτωση που λαμβάνονταν περισσότερα ερωτηματολόγια από τα κέντρα υγείας ο μέσος όρος θα ήταν μεγαλύτερος, καθώς εξυπηρετούνται περισσότεροι ηλικιωμένοι και χρόνιοι ασθενείς. Η πλειοψηφία των χρόνιων ασθενών πάσχει από καρδιαγγειακά προβλήματα, (49,6%) και παθολογικά, (45,2%), γεγονός που επιβεβαιώνεται από την Ετήσια Έκθεση του Υπουργείου Υγείας 2010.

Δεκαπέντε από τους τρακόσους συμμετέχοντες, δηλαδή ποσοστό 5% έχουν εξαιρεθεί από τα τέλη πληρωμής. Το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου έχει αποφασίσει να εξαιρέσει κάποιες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού από την πληρωμή των τελών. Οι ευάλωτες ομάδες οι οποίες

εξαιρούνται είναι οι σοβαρά ψυχικά ασθενείς, οι στρατιώτες, τα άτομα που πάσχουν από σοβαρά διανοητικά σύνδρομα και μένουν σε ιδρύματα και κάποιες κατηγορίες χρόνιων ασθενών. Επιπλέον έχουν εξαιρεθεί οι θαλασσαιμικοί από το τέλος πληρωμής εργαστηριακών αναλύσεων λόγω της μεγάλης συχνότητας που αυτές γίνονται σε άτομα με μεσογειακή αναιμία.

Το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην παραχώρηση Κίτρινης Κάρτας σε μη δικαιούχους που είναι χρόνιοι ασθενείς. Δηλαδή κάποιος ασθενής που τα εισοδήματά του είναι πάνω από το καθορισμένο όριο ώστε να μην είναι δικαιούχος, γίνεται δικαιούχος για τα φάρμακα της χρόνιας πάθησης του ανεξαρτήτως του εισοδήματός του.

Παγκόσμια, τα συστήματα υγείας ενθαρρύνονται στην υιοθέτηση μηχανισμών προστασίας των ευάλωτων ομάδων από τις συμπληρωμές (Kaiser Family Foundation, 2009).

Στην ερώτηση αν πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών το 90% των ασθενών απάντησε θετικά. Οι κατηγορίες που πρέπει να εξαιρεθούν σύμφωνα με τους συμμετέχοντες είναι κατά φθίνουσα σειρά τα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, οι άνεργοι, οι χαμηλοσυνταξιούχοι και τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα είναι όντως πιο ευάλωτα στις χρεώσεις των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2014).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κάποιες ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να εξαιρούνται από τα τέλη. Πρώτη κατηγορία η οποία πρέπει να εξαιρεθεί σύμφωνα με το 79, 6% των ερωτηθέντων είναι οι Πρώτες Βοήθειες. Σύμφωνα με τους Selby et al, (1996), οι ασθενείς μετά την εισαγωγή συμπληρωμών αποφεύγουν τη ζήτηση βοήθειας από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αν κρίνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι τόσο επείγουσα.

Στην ερώτηση για ποιο λόγο εφαρμόστηκε το μέτρο των τελών, οι περισσότεροι απάντησαν για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων. Κατά το 2013 όπου εφαρμόστηκε το μέτρο υπήρχαν τα ακόλουθα καταγεγραμμένα έσοδα από τα μηχανογραφημένα νοσοκομεία της Κύπρου από την πώληση ενσήμων. Τα νούμερα δεν είναι πλήρως αντιπροσωπευτικά καθώς ένσημα υγείας πωλούνται επίσης στα κέντρα υγείας και τα ταχυδρομεία.

Οικονομικά έσοδα από τα ένσημα υγείας το 2013 (Ανάλυση Υλοποίησης Προϋπολογισμού, Κεφ 5, Κυπριακή Δημοκρατία, 2013):

238.684 από τα κεντρικά γραφεία

564.466 Μακάρειο Νοσοκομείο

218.557 Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

175.068 Νέο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου

450.060 Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

33.690 Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας

267.520 Νοσοκομείο Πάφου

353.333 Νοσοκομείο Λάρνακας

Από τα πιο πάνω στοιχεία δεν μπορούμε να βρούμε τα καθαρά έσοδα από την πώληση ενσήμων καθώς δεν γνωρίζουμε τα έξοδα τα οποία έγιναν, έξοδα εκτύπωσης, διανομής, διοικητικά έξοδα, έξοδα υπαλλήλων κλπ.

Το 47,3% των ερωτηθέντων πολύ σωστά δήλωσε ότι ο λόγος εφαρμογής τους ήταν γιατί το ζήτησε η Τρόικα. Είναι γεγονός ότι το μνημόνιο που υπέγραψε η Κύπρος με την Τρόικα περιλάμβανε πρόνοιες για την Υγεία οι οποίες αφορούσαν αυξήσεις των τελών για τις υπηρεσίες υγείας.

8.1 Γνώση των ασθενών για τις συμπληρωμές

Η πλειοψηφία των ασθενών γνώριζε για τα τέλη, σε ποσοστό 97,3%. Γενικότερα στη διεθνή βιβλιογραφία λίγα είναι γνωστά για την γνώση και αντίληψη των ασθενών για τις μεθόδους επιμερισμού του κόστους. Οι Benedetti et al, (2008), αναφέρουν ότι η γνώση των ασθενών για τις συμπληρωμές είναι περιορισμένη. Βέβαια η ερώτηση εδώ ήταν αρκετά σαφής και απλή, κάτι που δεν απαιτούσε εξειδικευμένη γνώση εκ μέρους του ασθενή.

Ιδιαίτερα υψηλό ήταν το ποσοστό των ατόμων που γνώριζαν για τις συμπληρωμές στο ΤΑΕΠ (80,5%) και την φαρμακευτική αγωγή (82,9%). Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ίσως αυτές οι δύο υπηρεσίες να χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους ασθενείς σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Το 77,1% γνώριζαν το ποσό για κάθε επίσκεψη στον γενικό ιατρό. Διάφορα άρθρα στην βιβλιογραφία αναφέρουν παρόμοια ευρήματα ερευνών (Lischko, Burgess, 2010).

Όσον αφορά τις συμπληρωμές για τη φαρμακευτική αγωγή το 82,9% δήλωσε ότι γνώριζε για το μέτρο και το 93,8% από αυτούς γνώριζαν σωστά το ποσό που έπρεπε να πληρώσουν. Το μεγάλο ποσοστό που γνωρίζει για τα φάρμακά του μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι συμπληρωμές στην Κύπρο για τα φάρμακα είναι απλές. Είναι 50 σεντς κάθε φάρμακο, σταθερό ποσό που δεν εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως δραστική ουσία, ποσότητα, αξία φαρμάκου, ασθένεια κτλ έτσι αυτό το καθιστά εύκολο στον κόσμο να το γνωρίζει.

8.2 Αυτοεκτίμηση τους ύψους καταβολής των τελών

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι: Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους εργαζόμενους. Επίσης οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1500€ αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα $\geq 1500\text{€}$ και τέλος οι γυναίκες αυτοεκτίμησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ύψος της καταβολής των τελών ως υψηλό/πολύ υψηλό σε σχέση με τους άντρες.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (71,2%) υποστήριξε ότι το ποσό που καλούνται να πληρώσουν είναι πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο. Είναι γεγονός ότι, συγκριτικά με άλλες χώρες της

Ε.Ε τα τέλη που έχουν εφαρμοστεί στην Κύπρο είναι σχετικά χαμηλά. Όπως επισήμανε ο Sinnott (2013), οι Ιρλανδοί θεώρησαν την συμπληρωμή ύψους 50 σεντς συμβολική και ότι δεν επηρεάζει την υγεία τους.

8.3 Σχέση ικανοποίησης – ηλικίας

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την ηλικία. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ασθενείς μικρότερης ηλικίας.

Όντως στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ασθενείς με περισσότερη ενδο-νοσοκομειακή πείρα έχουν περισσότερο ρεαλιστικές προσδοκίες και έτσι ικανοποιούνται πιο εύκολα. (Fox, Storms, 1985).

Επίσης, στην βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι επειδή γίνονται πιο ανεκτικοί ή πιο διστακτικοί να εκφράσουν την αρνητική εμπειρία που είχαν (Harris, Rich, Crowson, 1985).

Ακόμη ένα σημαντικό εύρημα αποτελεί η διαπίστωση ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς διαπίστωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αλλαγές προς το καλύτερο μετά την επιβολή ενσήμων σε σχέση με τους ασθενείς μικρότερης ηλικίας.

8.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που επηρεάστηκε από την εφαρμογή των τελών για μείωση της χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών είναι λιγότερο από 10% σε κάθε κατηγορία. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό 9% αποτελούν οι ασθενείς οι οποίοι ένιωσαν την ανάγκη να επισκεφτούν τις Πρώτες Βοήθειες και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πλήρωναν, με δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό, 6,7% οι ασθενείς οι οποίοι ένιωσαν την ανάγκη επίσκεψης σε γενικό ιατρό και δεν το έκαναν γιατί σκέφτηκαν ότι θα πληρώσουν. Οι άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά 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 εργαζόμενους. Σημαντικό επίσης είναι το ποσοστό 8,3% που δήλωσε ότι δανείστηκε χρήματα για την πληρωμή των τελών για τις υπηρεσίες υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, όπως αναφέρθηκε και στο Γενικό Μέρος, υπάρχουν πολλές μελέτες που τεκμηριώνουν μείωση της χρήσης των υπηρεσιών μετά την επιβολή τελών πληρωμής ή μετά την αύξηση των ήδη υπαρχόντων τελών πληρωμής. Η επιβολή συμπληρωμών φαίνεται να προκαλεί μείωση της χρήσης υπηρεσιών από τους ασθενείς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά ενδέχεται να προκαλέσει αύξηση των εισαγωγών ή της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, γεγονός που μακροπρόθεσμα δεν μειώνει τα κόστη του συστήματος.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά καλά πληροφορημένη όσον αφορά τα νέα τέλη που επιβλήθηκαν στις υπηρεσίες υγείας με αρκετά μεγάλο ποσοστό να γνωρίζουν και το ποσό για κάθε είδος πληρωμής. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την επιβολή των συμπληρωμών αφού το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι το ποσό αυτό είναι μέτριο προς χαμηλό και ότι δεν ανέβαλε κάποια επίσκεψη στον ιατρό ή χρήση ιατρικής υπηρεσίας εξ αιτίας του ποσού αυτού. Μεγάλο είναι το ποσοστό που εξέφρασε την ανάγκη προστασίας των ευάλωτων ομάδων.

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή στις υπηρεσίες Υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013. Όπως αναφέρθηκε στο Γενικό Μέρος, οι συμπληρωμές συνέπεσαν με μια δύσκολη οικονομικά περίοδο για την Κύπρο. Μια περίοδος που η οικονομία χρειάζεται εξωτερική στήριξη και κατ' επέκταση πολλά από τα νοικοκυριά αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Αποτέλεσμα των πιο πάνω είναι η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας στο δημόσιο σύστημα από όλο και περισσότερους ασθενείς. Δεδομένης της αυξημένης ζήτησης των υπηρεσιών λόγω αυτών των συγκυριών, καθίσταται δύσκολο να υπολογιστεί η μείωση που μπορεί να προκάλεσαν τα ένησημα και να οδηγηθούμε σε ένα σαφές συμπέρασμα. Επιπρόσθετα, τα τέλη, σύμφωνα και με τον περισσότερο κόσμο, είναι οικονομικά αποδεκτά και σε καμία περίπτωση δεν μοιάζουν με τις χρεώσεις που υπάρχουν στον ιδιωτικό τομέα.

Οι πολιτικές επιμερισμού του κόστους πρέπει να είναι προσεχτικά σχεδιασμένες ώστε να μην αποτελούν εμπόδιο πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα. Η επιτυχία τους επίσης εξαρτάται από την ορθολογική ικανότητα των ατόμων να επιλεγούν ποια φάρμακα και ποιες υπηρεσίες είναι απαραίτητες για την υγεία τους ώστε να αποφεύγουν τις μη απαραίτητες υπηρεσίες υγείας.

Οι μελέτες για την επίδραση των co-payments μπορεί να είναι πιο χρήσιμες αν γίνονται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού και όχι στον γενικό πληθυσμό. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι σε ένα σύστημα Υγείας όπου οι δικαιούχοι ήδη πληρώνουν, όπως για παράδειγμα το Κυπριακό που πληρώνουν μέσω της φορολογίας, είναι αντιδεδοντολογικό να αναγκάζονται να πληρώνουν δεύτερη φορά μέσω των συμπληρωμών. Είναι κάπως αντιφατικό ιδιαίτερα όταν οι αρχές του

συστήματος σου αποτελούν την δωρεάν πρόσβαση στην υγεία και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- AARP, (2006) European Leadership Study, European Experience with HealthCare Cost Containment: France, The Netherlands, Norway and the United Kingdom
- American Heart Association, (1992), "Report of the Task Force on the Availability of Cardiovascular Drugs to the Medically Indigent," *Circulation* 85, no. 2: 849-860
- Bardey, D., Lesur, R. (2006), "Optimal regulation of health system with induced demand and 'ex post' moral hazard," *Annales d'Economie et de Statistique, ENSAE*, issue 83-84, pages 279-293
- Beck, R G., Horne, J M. (1980), Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment, *Medical Care*, JSTOR, 1980 Aug; 18(8):787-806
- Benedetti, N. J., Vicki, F., Mary, R., Mary, P., Richard, B., Joseph, P., Newhouse, and John, H., (2008), Office Visit Co-payments: Patient Knowledge, Response, and Communication with Providers "It's Not What You Say..." Racial Disparities in Communication between Orthopedic Surgeons and Patients *Medical Care*, Vol. 46, No. 4, pp. 403-409
- Bethune, A., (1997), Unemployment and mortality in: Drever, F., Whitehead, M., *Health inequalities*, London H.M stationary office
- Burchell, B., (1994), The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie, D., *Social change and the experience of unemployment*, , Oxford University press
- Blustein, J., (2000), Drug Coverage and Drug Purchases by Medicare Beneficiaries with Hypertension, *Health Affairs*, 19 no 2, p.219-230

- Carola, A., Huber, P., Rüesch, P., Mielck, A., Böcken, J., Rosemann, T., Meyer, C. P., (2011), Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland, PubMed,
- Carrin, G., Hanvoravongchai, P., (2009), Health Care Cost-Containment Policies in high-income countries: How Successful are monetary incentives?, World Health Organization, Geneva
- Cavagnero, E., Bilger, M., (2010), Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system, *Journal of Health Economics*, 2010, vol. 29, issue 4, pages 479-488,2010
- Chang, S.C., Gunnell, D., Sterne, A.C J., Lu T.H., Cheng, A., (2009), Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand, 2009
- Cherkin, D. C., Grothaus, L., Wagner, E. H., (1989), The Effect of Office Visit Co-payments on Utilization in a Health Maintenance Organization, *Medical Care*, Vol. 27, No. 11, pp. 1036-1045
- Damiani, G., Federico, B., Anselmi, A., Bianca, C., Silvestrini, J., Iodice, L., Navarra, P., Da Cas, R., Raschetti, R., Ricciardi, W., (2013), The impact of Regional co-payment and National reimbursement criteria on statins use in Italy: an interrupted time-series analysis, HSR, Italy
- Davis, K., Doty, M.D., Ho, A., (2003), How High is too High? Implications of high-deductible Health Plans, The Commonwealth Fund no 816
- European Commission, (2002), “Study on the social protection systems in the 13 applicant countries. Cyprus”, Country Report, Brussels: European Commission, Employment and Social Affairs
- Freeman, H. E., Corey, C. R., (1993), Insurance status and access to health services among poor persons, HSR

- Fox, J.G., Storms, D. M., (1985), A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med A.* (5):557-64.
- Gibson, T., Ozminkowski, R., Goetzel, R., (2005), The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence, *Am J Manag Care.* No 11(11):730-40
- Gilman, B., Kautt, J., (2008), Impact of Multitiered Co-payments on the Use and Cost of Prescription Drugs among Medicare Beneficiaries, *Health Serv Res.* 43(2): 478–495.
- Golna, C., Pashardes, P., Theodorou, M., Allin, S., Merkur, S., Mossialos, E., (2004), European Observatory on Health Care System. Health care system in transition : Cyprus. WHO regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Harris, I. B., Rich, E. C., Crowson, T. W., (1985) Attitudes of internal medicine residents and staff physicians towards patients various characteristics, *J Med Educ.* 60,192
- Hopkins, S., (2005), Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis
- Hsu, J., Reed, M., Brand, R., Fireman, B., Newhouse, J. P., Selby, J. V., (2004), Cost-Sharing: Patient Knowledge and Effects on Seeking Emergency Department Care, *Medical Care*, Vol. 42, No. 3 (Mar., 2004), pp. 290-296
- Hsu, J., Reed, M., Fung, V., Brand, R., Fireman, B., Newhouse, J. P., Selby, J. V., (2013), Care-Seeking Behavior in Response to Emergency Department Co-payments, PubMed
- Hsu, J., Price, M., Brand, R., Ray, G. B., Fireman, B., Newhouse, J. P., Selby, J. V., Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Co-payments Study
- Kaiser Family Foundation, (2009), Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland

Kautter, J., Gillman, B., (2008), Impact of Multitiered Co-payments on the Use and Cost of Prescription Drugs among Medicare Beneficiaries, RHS

Kephart, G., Skedgel, C., Sketris, I., Grootendorst, P., Hoar, J., (2007), Effect of copayments on drug use in the presence of annual payment limits, *Am J Manag Care*. 2007 Jun;13(6 Pt 2):328-34.

Kim, J., Ko, S., Yang, B., (2005), The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea, *Health Policy* 2005 Jun;72(3):293-300

Kutzin, J., (1998), The appropriate role of patient cost-sharing, In: Saltman, R., Figueras, J., Sakellarides, C., (ed), *Critical challenges for health care reform in Europe*, London, Open University Press

Lako, C., (2002), *The Copay in Dutch Health Care: Policy and Effectiveness*, Public Organization Review, Netherlands, 2002

Le Grand, J., (2003), *Methods of cost containment: Some Lesson from Europe*, IHEA Fourth World Congress London, 2003

Li, X., Anis, H.A., (2012), *Cost sharing of prescription drugs and demand for health-care utilization among seniors with rheumatoid arthritis*, The University of British Columbia

Lischko, M., Burgess J. M., (2010), *Knowledge of Cost Sharing and Decisions to Seek Care*, *AJMC*, 2010

Maciejewski, M. L., Bryson, C. L., Perkins, M., Blough, D. K., Cunningham, F. E., Fortney, J. C., Krein, S. L., Stroupe, K. T., Sharp, N. D., Liu, C. F., (2010) *Increasing Co-payments and Adherence to Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemic Medications*, *AJMC*, 2010

Magid, D.J., Koepsell, T.D., Every, N.R., Martin, J.S., Siscovick, D.S., Wagner, E.H., Weaver, W.D., (1997), Absence of association between insurance co-payments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction, *N Engl J Med*. 1997 Jun 12;336(24):1722-9.

- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (2002), Funding health care: Options for Europe, European Observatory, Open University Press, Philadelphia, WHO 2002
- 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.
- Newhouse, P. J., Phelps, C. E., (1972), The Effects of Coinsurance in Demand for Physician Services, The Rand Corporation, California 1972
- Odegard, S., Gray, S. L., (2008), Barriers to Medication Adherence in Poorly Controlled Diabetes Mellitus, 2008
- Piette, J., Heisler, M., Wagner, T. H., (2004), Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adult with Diabetes, Diabetes Care, February 2004
- Scanlon, J. W., (2001), Cost-sharing Policies Problematic for Beneficiaries and Program, GAO, 2001
- Selby, J., Fireman, B., Swain, B., (1996), Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization, N Engl J Med, 1996
- Sen, B., Blackburn, J., Morrissey, A. M., Kilgore, L., Becker, D. J., Caldwell, C., and Menachemi, N., (2012), Did Copayment Changes Reduce Health Service Utilization among CHIP Enrollees?, PubMed
- Shapiro, M., Ware, J., Sherbourne, C., (1986), Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms, Results of a Randomized Controlled Trial, Los Angeles, California, 1986
- Sinnott, S.J, Buckley, C., O'Riordan, D., Bradley, C., Whelton, H., (2013), The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis, PLOS ONE 2013

- Sinnott, S.J., Guinane, M., Whelton, H., Byrne, S., (2013), Is 50 cent the price of the optimal copayment? - a qualitative study of patient opinions and attitudes in response to a 50 cent charge on prescription drugs in a publicly funded health system in Ireland., *BMC Health Serv Res*.
- Skedgel, C., Sketris, I., Grootendorst, P., Hoar, J., (2007), Effect of Co-payments on Drug Use in the Presence of Annual Payment Limits George Kephart, *AJMC* 2007
- Subramanian, S., (2011), Impact of Medicaid Co-payments on Patients with Cancer Lessons for Medicaid Expansion under Health Reform, *Medical Care: September 2011, Volume 49 - Issue 9, p 842–847*
- Swartz, K., (2010), Cost-sharing: Effects on spending and outcomes, *Harvard School of Public Health*
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J.A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., Hurley, J., Grad, R., Latimer, E., Perreault, R., McLeod. P., Huang, A., Larochelle, P., Mallet. L., (2001), Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons, *J AM MED A*, 285(4), 2001, pp. 421-429
- Thorpe, K. E., (2006), Cost sharing caps on benefits, and the chronically ill, A policy mismatch, *The New England Journal of Medicine*
- Torres, M., Puig-Junoy. J., Raya. J.M., (2011), The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain, *Eur J Health Econ*.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, J.L.C., (2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *Lancet* 2003, vol 362
- Wallace, N., Mc Connell, K. J., Gallia, C. A., Smith, A. J., (2008), How effective are Co-payments in Reducing Expenditures for Low-Income Adult Medicaid Beneficiaries? Experience from the Oregon Health Plan, *HSR*, 2008

- Waters, H., Saadah, F., Pradhan, M., (2003), The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia, *Health Policy Plan.* (2003) 18 (2):172-181
- Weale, A., Clark, S., (2010), Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments, *Health Economics, Policy and Law / Volume 5 / Issue 02 / April 2010*
- WHO 2004, What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?
- Zeber, J E., Grazier, K.L., Valenstein, M., Blow, F.C., Lantz, P. M., (2007), Effect of a Medication Copayment Increase in Veterans with Schizophrenia, *AJMC*, 2007
- Zweifel, P., Manning, W. G., (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care
In: *Handbook of Health Economics*

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ., (2007) Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*, σελ-91
- Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας, 2010
- Γκόλνα, Χ., (2006), Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, Στο: Σουλιώτης Κ (επιμ) *Πολιτική Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός, Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία-Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης
- Κυριόπουλος, Γ., (2007), *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες αρχές, μέθοδοι*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., (2010), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην Υγεία και την Υγειονομική Περίθαλψη*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής

Λέων, Γ., Μποζίκη, Ο., Σπηλιοπούλου, Χ., (2011), Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα κατά τη δημοσίευση φωτογραφιών ασθενών σε ιατρικά συγγράμματα στην Ελλάδα, ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(1):27-32

Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ., (2003), Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, Αθήνα 2003, σελ 25-48

Πασιαρδής, Π., Πασιουρτίδου, Ν., Ρωσταντή, Ν., (2006), Ανάλυση Δαπανών Υγείας. Ανασκόπηση, Συγκρίσεις-Προοπτικές Ιούλιος 2006, Επιμέλεια Έκδοσης: Κώστας Χατζηγιάννης, Θεόδωρος Ζαχαριάδης

Ρεκλείτη, Ν., Τανανάκη, Μ., Κυλούδης, Ρ.,(2012), Οι δαπάνες Υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία, ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2012),ΤΟΜΟΣ 1,ΤΕΥΧΟΣ 1 2012

Τσελέπη, Χ., Μάντη, Π., (2000), Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Στο Κοινωνικές-Πολιτιστικές Πτυχές της υγείας και της αρρώστιας, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000

Ιστοσελίδες:

www.moh.gov.cy

11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

11.1 Ερωτηματολόγιο



***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 φοιτήτρια 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.

Νεκταρία Κωνσταντίνου, email: nektaria.konstantinou@st.ouc.ac.cy, τηλέφωνο 99944919

Ημερομηνία.....

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 κάποιοι να εξαιρούνται [] πρέπει να τα πληρώνουν όλοι

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

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

Ένα 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
νοσοκομείων;

καθόλου

λίγο

μέτρια

αρκετά

πολύ

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

καθόλου

λίγο

μέτρια

αρκετά

πολύ

υγείας;

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