



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι συμπληρωμές (co-payments) στα Δημόσια
Συστήματα Υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου**

ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ

Λευκωσία, Ιούλιος 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	8
2	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
3	ABSTRACT.....	12
4	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
	I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
5	ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
	5.1 Σύστημα Υγείας.....	19
	5.2 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας.....	19
	5.2.1 Κύριες πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας.....	21
	5.2.2 Ηθικός κίνδυνος.....	23
	5.3 Συμπληρωμές.....	24
	5.3.1 Έννοια των συμπληρωμών.....	24
	5.3.2 Στόχοι-Πλεονεκτήματα των συμπληρωμών.....	25
	5.3.3 Μειονεκτήματα των συμπληρωμών.....	25
6	ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.....	27
	6.1 Δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου.....	27
	6.2 Οι συμπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου.....	29
7	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	31
	7.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	31

7.1.1	Γνώση-αντίληψη συμπληρωμών και χρήση υπηρεσιών υγείας.....	31
7.1.2	Επίδραση των συμπληρωμών στα φάρμακα.....	35
7.1.3	Επίδραση των συμπληρωμών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών	37
7.1.4	Επίδραση των συμπληρωμών σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε χρόνια πάσχοντες.....	38
7.1.5	Οι συμπληρωμές στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες	40
7.1.6	Οι συμπληρωμές στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.....	41
7.1.7	Πείραμα RAND	45
7.1.8	Χρεώσεις βασισμένες στην αξία.....	45
7.2	Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου (NHS)	47
7.3	Σχολιασμός βιβλιογραφικών δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν.....	49
7.4	Συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από τη βιβλιογραφία	49
II.	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	52
8	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	53
8.1	Σκοπός έρευνας.....	53
8.2	Μέσα συλλογής δεδομένων	53
8.3	Υλικό και μέθοδος	55
8.4	Ηθική και δεοντολογία	55
8.5	Στατιστική ανάλυση.....	56
8.6	Περιορισμοί έρευνας.....	57
9	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	59

9.1	Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	59
9.1.1	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	66
9.1.2	Χαρακτηριστικά που αφορούν την υγεία	67
9.2	Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη.....	69
9.2.1	Γνώση των ασθενών για τα τέλη στις υπηρεσίες υγείας.....	69
9.2.2	Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί ...	72
9.2.3	Δανεισμός για την καταβολή των τελών	73
9.2.4	Εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών.....	74
9.2.5	Υπηρεσίες υγείας στις οποίες πρέπει να καταβάλλονται τέλη	76
9.2.6	Για ποιό λόγο εφαρμόστηκε το μέτρο των τελών.....	77
9.2.7	Αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών	78
9.2.8	Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013	80
9.3	Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	81
9.4	Προτάσεις για βελτίωση του συστήματος υγείας.....	83
9.5	Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στους παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας	84
9.5.1	Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.....	84
9.5.2	Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών	86

9.5.3	Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες.....	87
9.5.4	Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας ...	89
9.5.5	Εξαρτημένη μεταβλητή: ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.....	90
10	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	93
11	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	102
12	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I – Ερωτηματολόγιο Έρευνας για τις απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές των ασθενών σχετικά με την πρόσφατη επιβολή συμπληρωμών (τελών) σε κάποιες υπηρεσίες του Δημόσιου Συστήματος Υγείας	115
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II – Παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας από το Υπουργείο Υγείας	126
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III – Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου	127
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV – Άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα	128

Πίνακες

Πίνακας 9.1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο.....	59
Πίνακας 9.2: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση.....	60
Πίνακας 9.3: Κατανομή του δείγματος κατά υπηκοότητα	60
Πίνακας 9.4: Κατανομή του δείγματος κατά μονάδα υγείας.....	61
Πίνακας 9.5: Κατανομή του δείγματος κατά επαρχία μόνιμης διαμονής.....	62
Πίνακας 9.6: Κατανομή του δείγματος κατά επαγγελματική κατάσταση.....	63
Πίνακας 9.7: Κατανομή του δείγματος κατά ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο.....	64
Πίνακας 9.8: Κατανομή του δείγματος κατά ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας	66
Πίνακας 9.9: Κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων	67
Πίνακας 9.10: Γνώση των ασθενών για τα τέλη στις υπηρεσίες υγείας.....	70
Πίνακας 9.11: Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί	72
Πίνακας 9.12: Δανεισμός για την καταβολή των τελών.....	73
Πίνακας 9.13: Εξαιρέσεις στην καταβολή των τελων	74
Πίνακας 9.14: Υπηρεσίες υγείας στις οποίες πρέπει να καταβάλλονται τέλη.....	76
Πίνακας 9.15: Αιτία εφαρμογής του μέτρου	77
Πίνακας 9.16: Αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών.....	79
Πίνακας 9.17: Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας	80

Διαγράμματα

Εικόνα 9.1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο.....	59
Εικόνα 9.2: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση.....	60
Εικόνα 9.3: Κατανομή του δείγματος κατά υπηκοότητα	61
Εικόνα 9.4: Συχνότητα κατά μονάδα Υγείας.....	62
Εικόνα 9.5: Συχνότητα κατά Επαρχία	63
Εικόνα 9.6: Συχνότητα κατά επαγγελματική κατάσταση	64
Εικόνα 9.7: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	66
Εικόνα 9.8: Κατάσταση Υγείας	68
Εικόνα 9.9: Κατάσταση γνώσης ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας	70
Εικόνα 9.10: Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί..	72
Εικόνα 9.11: Δανεισμός για καταβολή τελών	73
Εικόνα 9.12: Άποψη για εξαιρέσεις στην καταβολή τελών	75
Εικόνα 9.13: Αιτίες εφαρμογής του μέτρου	77
Εικόνα 9.14: Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας	81
Εικόνα 9.15: Προτάσεις για βελτίωση υγείας.....	84

■ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διατριβή θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου, Δρ. Μάμα Θεοδώρου για την πολύτιμη καθοδήγηση, τη βοήθεια και το ενδιαφέρον που επέδειξε. Οι επισημάνσεις και εισηγήσεις του συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση της συγκεκριμένης έρευνας.

Επίσης ιδιαίτερες ευχαριστίες στις Διευθύνσεις του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, του Παλιού Νοσοκομείου Λευκωσίας, των Πρώτων Βοηθειών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και των Κέντρων Υγείας Στροβόλου, Καϊμακλίου, Λακατάμειας, Λατσιών, Έγκωμης και Αγλαντζιάς.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το Υπουργείο Υγείας, την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών, την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για τη σχετική άδεια για διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Επιπρόσθετα, ευχαριστώ θερμά όλους τους ασθενείς των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας που αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα η οποία θα ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί χωρίς την δική τους συνδρομή.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για τη συνεχή στήριξη, συμπαράσταση και υπομονή που έδειξαν τόσο στην εκπόνηση της εργασίας, όσο και καθ'όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

■ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι περισσότερες κυβερνήσεις σήμερα βρίσκονται υπό συνεχή πίεση για περιορισμό των δαπανών υγείας, οι οποίες αυξάνονται διαχρονικά με αποτέλεσμα τη δημιουργία σοβαρών ελλειμμάτων. Η επιβολή τελών που καλούνται να πληρώσουν υπό μορφή συμπληρωμών οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας στα δημόσια συστήματα υγείας είναι μία παγκοσμίως διαδεδομένη πρακτική, η οποία όμως αποτελεί μία αμφιλεγόμενη πολιτική ελέγχου της κρίσης υπηρεσιών υγείας. Τα τέλη χρησιμοποιούνται πρωτίστως για να μειώσουν τη ζήτηση (ελπίζοντας ότι θα αποθαρρύνουν τη λιγότερο αναγκαία) και δευτερευόντως για να αντλήσουν επιπλέον οικονομικούς πόρους για το σύστημα φροντίδας υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλούσια επί του θέματος με υποστηρικτές και πολέμιους, με σοβαρά επιχειρήματα υπέρ και κατά σχετικά με τη σκοπιμότητα και τις συνέπειες από την επιβολή συμπληρωμών.

Η Κύπρος μέχρι πρόσφατα ελάχιστα χρησιμοποίησε αυτό το εργαλείο. Τον Αύγουστο του 2013, με την ενθάρρυνση και της Τρόικα, εισήγαγε κάποιες συμπληρωμές σε μία (σχετικά περιορισμένη) δέσμη υπηρεσιών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των επιπτώσεων από την επιβολή των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο και η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο το μέτρο φαίνεται να είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σημαντικούς στόχους επίσης αποτελούν ο βαθμός στον οποίο περιορίστηκε η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας λόγω της επιβολής χρεώσεων αλλά και η άποψη των ασθενών σχετικά με το μέτρο. Απώτερος στόχος είναι να εξαχθούν συμπεράσματα που θα χρησιμεύσουν στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση πολιτικής για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των συμπληρωμών. Για τη διεξαγωγή της έρευνας, ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις το οποίο συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης. Το δείγμα αποτέλεσαν 294 ασθενείς με δικαίωμα περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας, οι οποίοι επισκέφτηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, τις Πρώτες Βοήθειες του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και τα Κέντρα Υγείας Στροβόλου, Καϊμακλίου, Λακατάμειας, Λατσιών,

Έγκωμης και Αγλαντζιάς. Η έρευνα διήρκεσε από τον Απρίλιο μέχρι τον Μάιο του 2014.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας αφήνουν ικανοποιημένους τους μισούς χρήστες ενώ οι άλλοι μισοί δηλώνουν δυσαρεστημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας. Το 99% των ερωτηθέντων γνώριζαν για την υποχρεωτική καταβολή χρημάτων στο σύστημα υγείας και οι περισσότεροι από αυτούς ήξεραν και τα ακριβή ποσά των συμπληρωμών στις διάφορες υπηρεσίες. Η πλειοψηφία των χρηστών (75,1%) θεωρεί πως το ποσό των συμπληρωμών είναι πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο γεγονός που υποδεικνύει πως τα σημερινά ποσά των συμπληρωμών δεν θεωρούνται αποτρεπτικά ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μέσα από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται επίσης πως ένας σημαντικός αριθμός ασθενών (64,2%) ζητούν να μην καταβάλλονται τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας με τις Πρώτες Βοήθειες να συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό εξαίρεσης. Το 62,9% των συμμετεχόντων ανέφερε πως δεν διαπίστωσε αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013. Όπως προκύπτει και μέσα από την ανάλυση των προτάσεων των ασθενών για βελτίωση του συστήματος οι περισσότεροι ζητούν να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μείωση ή κατάργηση της αναμονής. Παράλληλα, όσον αφορά την προθυμία των χρηστών να καταβάλουν ένα ποσό για να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις το 50,9% δήλωσαν πρόθυμοι, ενώ το 49,1% δήλωσαν απρόθυμοι. Μέσα από τα ευρήματα αυτά φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών διατηρεί επιφυλάξεις για το κατά πόσον τα χρήματα τα οποία συγκεντρώνονται από τις συμπληρωμές θα χρησιμοποιηθούν ορθολογιστικά για βελτίωση των υπηρεσιών στις εγκαταστάσεις υγείας.

Τα κύρια αποτελέσματα δείχνουν πως το 7,1% των ασθενών αναγκάστηκαν να δανειστούν χρήματα για να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας ενώ όσον αφορά τις ανικανοποίητες ανάγκες, το 2,4% δεν ζήτησε από γιατρό να γράψει φάρμακα λόγω των συμπληρωμών και το 1% δεν ζήτησε από γιατρό να γράψει κάποια εξέταση λόγω των συμπληρωμών. Στα ερωτήματα κατά πόσον υπήρξε ανάγκη επίσκεψης η οποία δεν πραγματοποιήθηκε σε γενικό γιατρό, ειδικό γιατρό και οδοντίατρο τα ποσοστά που απάντησαν θετικά ήταν 2,7%, 3,1% και 0,7% αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο σχετικά ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών παρατηρείται στις Πρώτες Βοήθειες του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας αφού το 6,8% των ασθενών ανέφερε πως δεν πραγματοποίησε επίσκεψη λόγω των συμπληρωμών.

Συμπεράσματα: Εν κατακλείδι, μέσα από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνεπάγεται πως η εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου δεν αποτελεί εμπόδιο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το μέτρο αυτό έχει αρκετές προοπτικές για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αν εφαρμοστεί προσεκτικά ως μέρος ενός ευρύτερου πακέτου αναδιάρθρωσης.

■ ABSTRACT

Introduction: Most governments today are under increasing pressure to incur health care costs, which are rising continuously, resulting in the creation of important deficits.

Patient user charges are widespread in the health systems worldwide and are an increasingly controversial aspect of health financing policy. Firstly, payments are used to reduce demand for care (hoping to discourage the less needy) and secondly to raise additional economic resources for the healthcare system. International literature is very rich on this topic, with advocates and opponents, who adduce strong arguments for and against the purpose and associated consequences of the implementation of co-payments.

Until recently, Cyprus had been using this tool to a very small extent. In August 2013, with the encouragement of Troika, Cyprus government introduced co-payments in a relatively small package of services.

Purpose: The aim of this thesis is to assess the effects of co-payments on Cyprus' public healthcare services and to estimate the degree to which this measure produced the expected results. An additional aim is to find out whether the use of health services has been reduced because of the co-payments and also to catalogue the opinions of the patients about the measure. The findings can then be used to extract conclusions, which will help to plan and form policies, aiming towards the improvement of the co-payments' effectiveness. The data collection part of the research was carried out by means of a structured questionnaire with closed questions, which was completed using the interview method. The sample comprised of 294 patients who had the right to use the public healthcare services and had at one time visited the Nicosia General Hospital, the Nicosia Old Hospital, the Emergency Department of Nicosia General Hospital and the Health Care Centres of Strovolos, Kaimakli, Lakatamia, Latsia, Engomi and Aglantzia. The research took place within the period April 2014 - May 2014.

Findings: Based on the findings of the present study, half of the users are satisfied with the public services they receive while the other half are unsatisfied. 99% of the participants were informed about the co-payments in the healthcare system and

most of them accurately recalled the exact amounts for the payments. According to the majority of the users, the charges are very low/low/average, a fact that indicates that the present charges are not considered as a barrier to the use of health services. The findings also reveal that a significant number of patients believe that co-payments should not be implemented in all services, with the Emergency Department accounting for the most notable exception to the rule. 62,9% of the participants mentioned they did not notice any changes in healthcare services after August 2013. Through the analysis of the patients' suggestions for the improvement of the system it can be concluded that most of them ask for services which will be characterized by high quality and shorter waiting times. In addition to these, 50,9% of the users are willing to pay in order for the improvements to be achieved while 49,1% of the users are reluctant to do so. Additionally, the results also seem to suggest that a great percentage of the patients appear to be hesitant as to whether the money from the co-payments will actually be used for the improvement of the healthcare services.

The main results showed that 7,1% of the patients borrowed money in order to use health services. With regards to the unsatisfied needs, 2,4% and 1% of the patients respectively, asked their doctor not to prescribe medication and not to order an examination because of the co-payments. Furthermore, 2,7%; 3,1%; and 0,7% of the patients respectively replied positively to the question if there was a need for a visit to general practitioner, specialty doctor or dentist that it wasn't accomplished. The biggest percentage of reduction (6,8%) was in the Emergency Department of Nicosia General Hospital.

Conclusions: In conclusion, from the findings of the present research it appears that the implementation of co-payments in the public health system of Cyprus does not act as a barrier to people accessing healthcare services.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας, οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και τα κοινωνικά και οικονομικά γεγονότα όπως η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία έχει προκαλέσει μεγαλύτερη ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αυξάνουν συνεχώς τις ανάγκες χρηματοδότησης. Οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μεγάλες προκλήσεις καθώς πρέπει να εξασφαλίσουν πόρους για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αλλά και να τους κατανέμουν ορθολογικά και σύμφωνα με τις ανάγκες των νοσηλευτηρίων αλλά και των ασθενών.

Για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, υπάρχουν τέσσερις βασικές πηγές: ο κρατικός προϋπολογισμός, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, τα ασφάλιστρα για ιδιωτική ασφάλιση υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους χρήστες.

Οι ιδιωτικές πληρωμές χρηστών οι οποίες επιβάλλουν συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περιλαμβάνουν τις κατ' αποκοπή πληρωμές ή συμπληρωμές, τη συνασφάλιση και τις αφαιρετέες πληρωμές. Οι συμπληρωμές που είναι μία πολύ διαδεδομένη μορφή συμμετοχής στο κόστος επιβάλλονται ως τυποποιημένες πληρωμές για κάθε υπηρεσία υγείας.

Παρόλο που στις περισσότερες χώρες οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών, οι συμπληρωμές αποτελούν μία αμφιλεγόμενη μέθοδο συμπληρωματικής χρηματοδότησης. Η λογική αυτής της συμμετοχής έχει δύο πτυχές, αφενός να μειώσει την άσκοπη χρήση και αφετέρου να συγκεντρώσει επιπλέον πόρους. Η επιτυχία όμως των συμπληρωμών εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την ικανότητα των ασθενών να κάνουν λογικές επιλογές σχετικά με ποιες υπηρεσίες και ποια φάρμακα πρέπει ή δεν πρέπει να χρησιμοποιούν αφού οι συμπληρωμές θα μπορούσαν να αποθαρρύνουν τους ασθενείς από το να αναζητούν φροντίδα γενικά ή να τους αναγκάσει να καθυστερήσουν να αναζητήσουν φροντίδα μέχρι τα συμπτώματα τους να επιδεινωθούν.

Όσοι τοποθετούνται κατά των συμπληρωμών θεωρούν ότι όταν αυτές είναι καθολικές και οριζόντιες για όλους τότε προκαλούν διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων, καθώς επιβαρύνουν τους συχνότερους χρήστες των υπηρεσιών υγείας

δηλαδή τους ηλικιωμένους, τους συνταξιούχους, τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τους χρονίως πάσχοντες. Υποστηρίζουν επίσης ότι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος σε προληπτικές υπηρεσίες όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα, δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε κανένα σύστημα υγείας.

Από την άλλη, οι υποστηρικτές του μέτρου των συμπληρωμών, θεωρούν ότι με αυτό τον τρόπο οι χρήστες γίνονται πιο συνειδητοποιημένοι ως προς το κόστος των υπηρεσιών υγείας και αυτό αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν γίνει και οι οποίες έδειξαν ότι η υιοθέτηση συμπληρωμών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δίνει κίνητρο στους ασθενείς με πιο ελαφριά συμπτώματα να αναζητούν φροντίδα στο γραφείο του παθολόγου ή του ειδικού γιατρού παρά στις πιο δαπανηρές υπηρεσίες υγείας των ΤΕΠ.

Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλούσια όσον αφορά το θέμα των συμπληρωμών. Οι περισσότεροι ερευνητές τονίζουν ότι οι χρεώσεις χρηστών δεν πρέπει να υπονομεύουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, παρεμποδίζοντας την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα ^[1]. Είναι ξεκάθαρο ότι τα υψηλά επίπεδα των συμπληρωμών μεταφέρουν μεγαλύτερο οικονομικό βάρος στον ασθενή ^[2]. Επιπλέον, η υιοθέτηση των συμπληρωμών μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στους φτωχούς οι οποίοι έχουν λιγότερα χρήματα να ξοδέψουν^[3].

Η πλειονότητα των μελετών έδειξε ότι η εφαρμογή συμπληρωμών μειώνει τη χρήση στις ωφέλιμες όσο και στις μη ωφέλιμες υπηρεσίες υγείας. Η εφαρμογή για παράδειγμα των συμπληρωμών στα φάρμακα, μειώνει τη χρήση των λιγότερο αναγκαίων φαρμάκων αλλά και τη χρήση των απαραίτητων φαρμάκων.

Στην Κύπρο έχουν γίνει αρκετές αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας και εφαρμόστηκαν κάποια μέτρα ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που έπληξε τη χώρα και μετά από υποδείξεις της Τρόικας, τα οποία ισχύουν από την 1^η Αυγούστου 2013. Ανάμεσα σε αυτά τα μέτρα είναι και η εισαγωγή συμπληρωμών για επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στις συνταγές στα φάρμακα και στα παραπεμπτικά για εργαστηριακές εξετάσεις και παρακλινικές εξετάσεις.

Όσον αφορά το μέτρο των συμπληρωμών, στην Κύπρο δεν έχουν γίνει ακόμα μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Με αφετηρία την εισαγωγή των συμπληρωμών, αναπτύχθηκε το ενδιαφέρον για την παρούσα έρευνα. Σκοπός της είναι να καταγράψει και να αξιολογήσει τις επιπτώσεις από την επιβολή των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο.

Τα αποτελέσματα θα φωτίσουν σε κάποιο βαθμό το θέμα των συμπληρωμών στις υπηρεσίες υγείας. Εφόσον απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί: δηλαδή σε ποίο βαθμό αυτό το μέτρο είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, σε ποίο βαθμό περιορίστηκε η κατανάλωση, ποιά η άποψη των ασθενών, ποιά είναι το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών και ποιός επηρέασε περισσότερο το μέτρο και σε ποίο βαθμό, θα φανεί εάν το συγκεκριμένο μέτρο έκανε το σύστημα πιο αποτελεσματικό, περιορίζοντας τις άσκοπες επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, μέσα από τη συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τις ανικανοποίητες ανάγκες είναι πιθανόν να τεκμηριωθεί κάποια μορφή διεύρυνση των ανισοτήτων πρόσβασης μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, όπως π.χ. οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι συνταξιούχοι. Ακόμη, τα ευρήματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν οδηγό για το ύψος των συμπληρωμών που πιθανόν να επιβληθούν μελλοντικά και σε άλλες υπηρεσίες υγείας ή σχεδιάζονται να επιβληθούν με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, προσφέροντας χρήσιμο υλικό στους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας.

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις (εκτός από μία ανοικτού τύπου ερώτηση στο τέλος του ερωτηματολογίου), το οποίο συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης εθελοντικά και ανώνυμα. Το δείγμα αποτέλεσαν 294 ασθενείς με δικαίωμα περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας οι οποίοι επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, τις Πρώτες Βοήθειες του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, τα Κέντρα Υγείας Στροβόλου, Καιμακλίου, Λακατάμειας, Λατσιών, Έγκωμης και Αγλαντζιάς. Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκησε δύο μήνες. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 21.0.

Η διατριβή αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος αναφέρονται οι διάφορες πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και αναλύεται η μέθοδος που αφορά τις ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους χρήστες (χρεώσεις χρηστών). Έπειτα συζητείται σε έκταση η έννοια των συμπληρωμών με τα

μειονεκτήματα και πλεονεκτήματά τους, και η Ευρωπαϊκή εμπειρία από την εφαρμογή τους στις διάφορες χώρες. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου και στις αλλαγές που έγιναν, μία από τις οποίες είναι και η εισαγωγή συμπληρωμών. Το γενικό μέρος ολοκληρώνεται με την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και την εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων. Στο ειδικό μέρος, περιγράφεται η μεθοδολογία και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας μέσα από πίνακες και διαγράμματα. Η μελέτη ολοκληρώνεται με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και την παράθεση εισηγήσεων.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 Σύστημα Υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ^[4].

Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, ο τρόπος αμοιβής των γιατρών καθώς και άλλα θέματα καθορίζουν τη μορφή του συστήματος υγείας. Έτσι προκύπτουν τρεις κύριες μορφές συστημάτων υγείας, το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge Model), το πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark Model) και το πρότυπο της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

5.2 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε κοινωνίας και λειτουργεί με βάση τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της κάθε χώρας, αφού αυτά μαζί συνθέτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε συστήματος υγείας ^[5].

Τα συστήματα υγείας δεν παραμένουν στάσιμα αλλά συνεχώς αναπτύσσονται και αλλάζουν σύμφωνα με τις διαφορετικές ανάγκες που διαχρονικά προκύπτουν. Λόγω αυτής ακριβώς της πολυπλοκότητας που τα χαρακτηρίζει αλλά και λόγω άλλων εξωγενών παραγόντων, παρουσιάζουν συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες χρηματοδότησης. Οι ολοένα και περισσότερες εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη αλλά και απρόσμενα γεγονότα όπως η τρέχουσα οικονομική κρίση, η οποία μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τις δαπάνες τόσο σε κτιριακές υποδομές και εξοπλισμό όσο και σε προσωπικό, ιατρικές εξετάσεις και φάρμακα.

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή τους εντός του συστήματος και σε ανταγωνιστικές υπηρεσίες. Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα του και την ικανοποίηση των πολιτών, επειδή καθορίζει τον τρόπο

οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και έχει σχέση με τις διαδικασίες άντλησης πόρων ^[5].

Οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μεγάλες προκλήσεις καθώς πρέπει να εξασφαλίσουν πόρους για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αλλά και να τους καταναείμουν ορθολογιστικά.

Παράλληλα πρέπει να ασκήσουν κοινωνική πολιτική και να διασφαλίσουν πλήρη και δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα πρέπει να φροντίσουν να εξασφαλίζεται η καθολική κάλυψη έναντι του οικονομικού κινδύνου, η δίκαιη κατανομή των οικονομικών βαρών, η δίκαιη χρήση και παροχή υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες, η διαφάνεια και λογοδοσία του συστήματος έναντι του πληθυσμού, η ποιότητα και αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών και η αποδοτικότητα στη διαχείριση του χρηματοδοτικού συστήματος ^[6].

Από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο χρηματοδότησης είναι αυτοί που σχετίζονται με την προσφορά και τη ζήτηση. Από τη πλευρά της προσφοράς οι περιοριστικοί παράγοντες σχετικά με την πρόσβαση συνδέονται κυρίως με τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Μπορεί να είναι οικονομικής ή οργανωτικής φύσεως, όπως το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για την ασφάλιση της υγείας (ποσοστό του πληθυσμού που είναι δικαιούχοι, περιεχόμενο του πακέτου παροχών, συμμετοχή στο κόστος), το πλαίσιο για τη διοίκηση των νοσοκομείων το οποίο καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μάνατζμεντ, το επίπεδο των δημοσίων οικονομικών πόρων που δαπανώνται για το σύστημα υγείας, οι ανθρώπινοι πόροι, οι δομές και υποδομές υγείας, ο χρόνος αναμονής για νοσηλεία και πολλά άλλα ^[7].

Υπάρχουν όμως περιοριστικοί παράγοντες και από πλευράς της ζήτησης οι οποίοι μπορεί να είναι δημογραφικοί (αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αυξανόμενη δημογραφική γήρανση), επιδημιολογικοί (χρόνια νοσήματα, αναπηρίες, τροχαία), οικονομικοί (ανεργία, αύξηση εισοδήματος σε κάποιες ομάδες), κοινωνικο-οικονομικοί (η ικανότητα του ατόμου να πληρώσει για τις υπηρεσίες υγείας, το διαθέσιμο εισόδημα), ψυχοκοινωνικής ή κοινωνικο-πολιτισμικής φύσεως (τα προσωπικά του χαρακτηριστικά όπως οι γνώσεις, πεποιθήσεις, πληροφόρηση, προτιμήσεις και κόστος ευκαιρίας) και οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κατ'επέκταση την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ^[5].

5.2.1 Κύριες πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας

Υπάρχουν τέσσερις βασικές πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας: ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας (φόρος εισοδήματος, ΦΠΑ) και της ειδικής φορολογίας (ειδικά καταναλωτικά προϊόντα συνήθως βλαβερά για την υγεία), οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και τους αυτοαπασχολούμενους, τα ασφάλιστρα για ιδιωτική ασφάλιση υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους χρήστες ^[7].

Η συγκεκριμένη μελέτη θα ασχοληθεί με τις χρεώσεις χρηστών και ειδικότερα με τις συμπληρωμές που επιβάλλονται στους ασθενείς υπό μορφή συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνονται.

5.2.1.1 Χρεώσεις χρηστών

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω οι πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς αποτελούν μία πηγή εσόδων για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Οι ιδιωτικές πληρωμές ή πληρωμές από τον Ίδιο τον Ασθενή (out of pocket) περιλαμβάνουν:

- Θεσμοθετημένες και άτυπες πληρωμές
- Συμπληρωμές, πληρωμές συνασφάλισης, αφαιρετέες πληρωμές
- Διαφοροποίηση δεικτών σε ορισμένες χώρες ^[7]
- Ετήσιο όριο πληρωμών από τον ασθενή

Στις περισσότερες χώρες, οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών. Το επίπεδο των χρεώσεων και οι υπηρεσίες στις οποίες εφαρμόζονται, ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Οι χρεώσεις οι οποίες επιβάλλουν συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος μπορεί να επιβάλλονται ως τυποποιημένες πληρωμές για κάθε υπηρεσία (κατ' αποκοπή πληρωμές ή συμπληρωμές), ως ένα ποσοστό επί του συνολικού κόστους της υπηρεσίας (συνασφάλιση) ή ως ένα συγκεκριμένο πρώτο ποσό το οποίο καλύπτει ο ασθενής και τα υπόλοιπα στη συνέχεια καλύπτονται από την ασφάλιση (αφαιρετέες πληρωμές). Ακόμη, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να οριστεί ένα ετήσιο ποσό ή όριο πληρωμών, το οποίο πρέπει να καλυφθεί από τον ασθενή και πέραν του οποίου η ασφάλεια θα καλύπτει όλα τα έξοδα του τρέχοντος έτους ^[7].

Για να εξασφαλιστεί ισότιμη πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική φροντίδα, συνήθως υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις από τις χρεώσεις, οι οποίες μπορεί να συνδέονται με το εισόδημα, με κάποιες κατηγορίες ασθενών (όπως ο διαβήτης ή άλλες χρόνιες ασθένειες) με συγκεκριμένα προϊόντα (για παράδειγμα αντισυλληπτικά) ή με κοινωνικές ομάδες (όπως οι συνταξιούχοι ή οι άνεργοι). Επίσης, μπορεί να δίνονται κάποια κίνητρα στους ασθενείς (π.χ. πιο χαμηλές χρεώσεις) ώστε να οδηγούνται σε πιο οικονομικά συμφέρουσες υπηρεσίες (για παράδειγμα γενικοί γιατροί, πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ρόλο ‘ηθμού’ ή γενόσημα φάρμακα).

Η λογική αυτής της συμμετοχής έχει δύο στόχους: πρώτο να μειώσει την άσκοπη χρήση και δεύτερο να συγκεντρώσει επιπλέον πόρους. Πολλοί υποστηρίζουν ότι αυτή είναι μία λογική αντιφατική, αφού από τη μία επιβάλλεται συμμετοχή για να περιοριστεί η άσκοπη κατανάλωση και από την άλλη γίνεται προσπάθεια να αυξηθούν τα έσοδα ^[7]. Για να μπορέσει να επιτευχθεί αυτό, πρέπει οι ασθενείς να συνεχίσουν να καταναλώνουν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας παρά την επιβολή αυτής της συμμετοχής. Η επιβολή όμως υψηλών συμπληρωμών στους χρήστες θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της χρήσης τόσο των απαραίτητων όσο και των λιγότερο απαραίτητων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα υπονομεύεται και η έννοια της ‘δωρεάν υγείας’ αφού αυξάνονται οι ιδιωτικές πληρωμές στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

5.2.1.2 Χρεώσεις χρηστών στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης

Οι χρεώσεις των ασθενών στη Δυτική Ευρώπη είναι μία συνηθισμένη μέθοδος δημοσιονομικού ελέγχου που προϋποθέτει ότι οι άνθρωποι θα εκτιμήσουν για ποιο πράγμα πληρώνουν και ως αποτέλεσμα θα μειώσουν την μή αναγκαία χρήση. Αρκετοί σχεδιαστές πολιτικής υγείας θεωρούν πως όταν οι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι σε φορείς (δημόσιους ή ιδιωτικούς) και μπορούν να χρησιμοποιούν δωρεάν τις υπηρεσίες, υπάρχει ο κίνδυνος υπερβολικής ζήτησης και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, γεγονός που θα οδηγήσει και στην αύξηση των δαπανών. Αυτό γενικά αναφέρεται ως πρόβλημα ηθικού κινδύνου.

Τα στοιχεία όμως σχετικά με τις μεθόδους και τα προγράμματα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δείχνουν ότι η

οργάνωση, η παρακολούθηση και γενικά η διαχείρισή τους απαιτούν υψηλό κόστος και έχουν μεγάλες δυσκολίες ^[7]. Στις περιπτώσεις επίσης στις οποίες γίνονται προσπάθειες ώστε να μην παρεμποδίζεται η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μέσω εξαιρέσεων για τις πιο αδύναμες ομάδες του πληθυσμού, το συγκεκριμένο μέτρο ίσως να μην αποφέρει τα αναμενόμενα έσοδα. Μπορεί το μέτρο αυτό βραχυπρόθεσμα να περιορίζει τη χρησιμοποίηση μερικών υπηρεσιών υγείας, αυτό όμως δε σημαίνει ότι θα μπορέσει να ελέγξει την αύξηση των δαπανών μακροπρόθεσμα. Ίσως η λήψη μέτρων και παρεμβάσεων που να αποσκοπούν στην πλευρά της προσφοράς να είναι πιο αποτελεσματικά ^[3].

5.2.2 Ηθικός κίνδυνος

Για να καταλάβουμε το ρόλο των χρεώσεων χρηστών πρέπει να κατανοήσουμε την έννοια του ηθικού κινδύνου.

Όπως είναι γνωστό η υγεία θεωρείται ως δημόσιο αγαθό γι αυτό και χαρακτηρίζεται από κάποιες ιδιαιτερότητες. Οι κυριότερες από αυτές είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση και η ηθική αποζημίωση των κινδύνων (ηθικός κίνδυνος).

Λόγω της ιδιομορφίας του αγαθού υγείας, οι ασθενείς που εκφράζουν την πλευρά της ζήτησης, χρειάζονται γνώση και πληροφορίες για να διαγνώσουν την ασθένεια τους και να αναζητήσουν την κατάλληλη θεραπεία κάτι που δεν έχουν (ασύμμετρη πληροφόρηση). Έτσι ο γιατρός δεν αντιπροσωπεύει μόνο την προσφορά, αλλά ταυτόχρονα ορίζει και τη ζήτηση, καθορίζοντας εν πολλοίς και την κατανομή των πόρων υγείας. Η επιρροή που ασκεί στον τομέα της ζήτησης τον ωθεί κάποιες φορές να ‘προκαλεί’ ζήτηση για τις δικές του προσφερόμενες υπηρεσίες ^[8].

Ο ηθικός κίνδυνος πηγάζει από την αδυναμία τόσο του ασθενή-χρήστη, όσο και του υγειονομικού δυναμικού να σκέφτονται οικονομικά ως προς την αποδοτική χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων υγείας, γιατί ο ‘λογαριασμός’ πληρώνεται από αυτούς που χρηματοδοτούν το σύστημα π.χ. κράτος, ιδιωτική ασφάλεια ^[8]. Επειδή ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν έχει άμεση σχέση με το κόστος της υπηρεσίας που επιθυμεί να καταναλώσει, δεν αντιλαμβάνεται το ύψος της δαπάνης και ούτε επιθυμεί τον περιορισμό της ^[9].

Το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου παρατηρείται ευρέως στις αναπτυγμένες χώρες, δημιουργώντας πιέσεις στη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων και ωθώντας τους αρμόδιους φορείς στη λήψη μέτρων για αντιμετώπισή του. Ένα από τα μέτρα που αποσκοπούν στον περιορισμό του είναι η εφαρμογή της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος μέσω των θεσμοθετημένων πληρωμών όπως για παράδειγμα των συμπληρωμών.

5.3 Συμπληρωμές

Οι συμπληρωμές είναι καθορισμένες χρεώσεις στο σημείο χρήσης για οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας ^[10].

Οι συμπληρωμές εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά το 1980 στον αναπτυσσόμενο κόσμο με την υποστήριξη τόσο της UNICEF όσο και του IMF και της World Bank. Σήμερα οι χρεώσεις χρηστών είναι ευρέως διαδεδομένες σε συστήματα υγείας παγκόσμια, καθώς η επιβολή τελών υπό μορφή συμπληρωμών αποτελεί κοινή πρακτική για τους σχεδιαστές υγείας. Τα τέλη χρησιμοποιούνται πρωτίστως για να μειώσουν τη ζήτηση (ελπίζοντας ότι θα αποθαρρύνουν τη λιγότερο αναγκαία) και δευτερευόντως για να αντλήσουν επιπλέον οικονομικούς πόρους.

5.3.1 Έννοια των συμπληρωμών

Στη θεωρία οι συμπληρωμές στα δημόσια συστήματα υγείας έχουν σκοπό να μειώσουν τη ζήτηση (φαρμάκων, ιατρικών υπηρεσιών, εργαστηριακών εξετάσεων) περιορίζοντας το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου (moral hazard) το οποίο σχετίζεται με φάρμακα και υπηρεσίες τα οποία παρέχονται στους ασθενείς σε μειωμένο ή μηδενικό κόστος. Εφαρμόζονται δηλαδή για να προωθήσουν τη συνείδηση κόστους των ασθενών και για να τους κινητοποιήσουν να συμπεριφέρονται ως συνειδητοποιημένοι καταναλωτές όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ^[11]. Ένας ακόμη στόχος των συμπληρωμών είναι η παραγωγή εσόδων έτσι ώστε να μειωθεί το βάρος στον προϋπολογισμό των δημόσιων δαπανών υγείας.

Η επιτυχία όμως των συμπληρωμών εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την ικανότητα των ασθενών να κάνουν λογικές επιλογές σχετικά με ποιές υπηρεσίες και ποιά φάρμακα πρέπει ή δεν πρέπει να χρησιμοποιούν καθώς οι συμπληρωμές θα μπορούσαν να αποθαρρύνουν τους ασθενείς από το να αναζητούν φροντίδα γενικά ή

να τους αναγκάσει να καθυστερήσουν να αναζητήσουν φροντίδα μέχρι τα συμπτώματα τους να επιδεινωθούν ^[12].

5.3.2 Στόχοι-Πλεονεκτήματα των συμπληρωμών

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές τους, οι συμπληρωμές ικανοποιούν τρεις στόχους ^[10]:

1. Βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της χρήσης μέσα από τον περιορισμό της 'ανεύθυνης' κατανάλωσης.
2. Δημιουργούν έσοδα για να συμπληρώσουν τις παραδοσιακές πηγές χρηματοδότησης (ασφαλιστικές εισφορές και δημόσιος προϋπολογισμός) .
3. Βελτιώνουν την ισοτιμία του συστήματος μέσω της ανακατανομής των εσόδων που μαζεύονται από τις χρεώσεις.

5.3.3 Μειονεκτήματα των συμπληρωμών

Αυτοί που αντιτίθενται στην εφαρμογή των συμπληρωμών θεωρούν πως οι επιπτώσεις που έχουν στα συστήματα υγείας είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Συγκεκριμένα υποστηρίζουν πως όταν αυτές είναι καθολικές και οριζόντιες για όλους προκαλούν διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων καθώς επιβαρύνουν τους συχνότερους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τους ηλικιωμένους, τους συνταξιούχους και τους χρονίως πάσχοντες ^[13].

Οι συμπληρωμές επίσης αποτελούν επιπρόσθετο κονδύλι στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα με αποτέλεσμα κάποιες φορές να εμποδίζουν τους ασθενείς να αναζητούν την απαραίτητη φροντίδα, επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο αρνητικά την κατάσταση της υγείας τους ^[3].

Σημειώνουν επίσης πως η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος ιδιαίτερα σε προληπτικές υπηρεσίες όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν ενδείκνυται και δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε κανένα σύστημα υγείας.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι δεν είναι σίγουρο ότι οι συμπληρωμές βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος, αφού η χρήση των υπηρεσιών υγείας αφήνεται στην κρίση του ασθενή. Ο ασθενής όμως δεν μπορεί με βεβαιότητα να αξιολογήσει σωστά τα συμπτώματα για να αποφασίσει αν πρέπει να επισκεφθεί ή όχι τις υπηρεσίες υγείας, έχοντας υπόψη και τη συμπληρωμή ^[13]. Μακροπρόθεσμα

είναι πιθανόν κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς να προσφύγουν στο σύστημα όταν η κατάσταση της υγείας τους θα είναι ήδη επιβαρυσμένη, προκαλώντας τελικά μεγαλύτερο κόστος στις υπηρεσίες υγείας αφού το κόστος αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών θα είναι υψηλότερο από τα τυχόν οφέλη από τον περιορισμό των επισκέψεων λόγω συμπληρωμών ^[13].

Η εμπειρία επίσης από διάφορες χώρες έδειξε ότι οι χρεώσεις χρηστών μπορεί να είναι πολύπλοκες και ακριβές στο να εφαρμοστούν και να διαχειριστούν. Παρόλο που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν το δημόσιο κέρδος, τα συνολικά κέρδη από τις χρεώσεις χρηστών σπάνια επιβεβαιώνουν τις προσδοκίες. Επομένως, οι συμπληρωμές θα πρέπει να μελετηθούν και στο περιεχόμενο της διαχειριστικής και διοικητικής ικανότητας που χρειάζεται για να εφαρμοστούν ^[3] καθώς και του χρόνου και του επιπρόσθετου κόστους που απαιτούν.

6.1 Δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Κύπρο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα εθνικό σύστημα καθολικής δωρεάν κάλυψης, αφού καλύπτει μόνο το 80% του πληθυσμού. Παράλληλα χαρακτηρίζεται από υποχρηματοδότηση, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, μεγάλες λίστες αναμονής, χαμηλή παραγωγικότητα, κατάχρηση της υψηλού κόστους ιατρικής τεχνολογίας ^[13]. Σε αυτά τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα έρχεται τώρα να προστεθεί και η οικονομική κρίση η οποία προκάλεσε πραγματικό σοκ στα συστήματα υγείας πολλών χωρών συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης τα συστήματα υγείας άρχισαν να δέχονται τρομακτικές πιέσεις λόγω των περικοπών στη χρηματοδότηση, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και να αδυνατούν να ικανοποιήσουν τη σημαντικά αυξημένη ζήτηση που οφείλεται στην οικονομική ανασφάλεια και ανεργία ^[13]. Η τελευταία σε συνδυασμό με τα δημοσιονομικά ελλείμματα προκάλεσαν προβλήματα τόσο στους προϋπολογισμούς κοινωνικής ασφάλισης όσο και στις μονάδες παροχής υγειονομικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, η αυξημένη ανεργία έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία καθώς είναι πολύ πιθανόν να εμφανιστούν διάφορες ψυχικές ασθένειες όπως άγχος και κατάθλιψη.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική διαστρωμάτωση, λόγω του ότι άτομα που βρίσκονται σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα έχουν αυξημένες πιθανότητες πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά ^[13]. Οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις στην υγεία όμως, δημιουργούν μία επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Και αυτή η ζήτηση επιβαρύνει κυρίως το δημόσιο σύστημα υγείας καθώς έχει αποδειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται προς το δημόσιο σύστημα, στο οποίο οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν, έστω και αν χρειάζεται να περιμένουν και σε κάποιο βαθμό να ταλαιπωρούνται ^[13].

Μπροστά σε αυτόν τον κυκεώνα εξελίξεων οι διαμορφωτές πολιτικής υγείας (policy makers) βρίσκονται αντιμέτωποι με τρεις κύριες προκλήσεις. Πρώτα από όλα με τις αυθαίρετες περικοπές στη χρηματοδότηση, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία διατήρησης του αναγκαίου επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας. Δεύτερο, με το ότι οι περικοπές αυτές γίνονται σε μία περίοδο που το σύστημα χρειάζεται πολύ περισσότερους πόρους για να μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις αρνητικές συνέπειες της ανεργίας και της μείωσης των εισοδημάτων. Τέλος, με τη δημιουργία ανισοτήτων πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας λόγω των περικοπών.

Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν και πολλές επιλογές αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων. Για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν σε αυτές τις πιέσεις αρκετές χώρες μεταξύ των οποίων και η Κύπρος εφάρμοσαν πολιτικές περικοπών στους προϋπολογισμούς, πολιτικές περιορισμού του κόστους των υπηρεσιών μέσα από διαπραγματεύσεις των τιμών των προϊόντων και ιδιαίτερα των φαρμάκων, μείωση των δικαιούχων δωρεάν περίθαλψης και επιβολή ή αύξηση συμπληρωμών. Εδώ και κάποια χρόνια έχει τροχοδρομηθεί η εφαρμογή ενός γενικού συστήματος υγείας, η πλήρης εφαρμογή του οποίου υπολογίζεται στα μέσα του 2016 και η οποία έχει καταγραφεί ως μνημονιακή υποχρέωση. Μεταξύ άλλων το ΓεΣΥ θα προσφέρει καθολική κάλυψη πληθυσμού, παροχή ολοκληρωμένου πακέτου καλύψεων, ισότιμη μεταχείριση δικαιούχων.

Η χρηματοδότηση του ΓεΣΥ θα γίνει μέσω ενός συνδυασμού εισφορών (εργαζόμενοι/συνταξιούχοι, ελεύθεροι επαγγελματίες και εργοδότες), από το κράτος μέσω κρατικού προϋπολογισμού και συμπληρωμών από τους ασθενείς. Η τελική κατανομή του κόστους μεταξύ εισφορών και συμπληρωμών και το ύψος τους δεν έχει καθοριστεί ακόμα ^[14]. Όσον αφορά τις συμπληρωμές θα ακολουθηθεί η διεθνής πρακτική η οποία συνήθως εφαρμόζει συμπληρωμές στις κατηγορίες των φαρμάκων, της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, στα κλινικά εργαστήρια και στις επισκέψεις γιατρών. Ο συνδυασμός του ύψους συμπληρωμών και εισφορών θα πρέπει να στοχεύει τόσο στην κοινωνική αλληλεγγύη όσο και στην οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Ο τρόπος εφαρμογής των συμπληρωμών θα πρέπει να είναι τέτοιος που να προστατεύει τις ευάλωτες ομάδες δικαιούχων όπως οι χρόνια ασθενείς.

6.2 Οι συμπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα τελευταία χρόνια η στρατηγική των συμπληρωμών έχει εφαρμοστεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ως μέτρο μείωσης των δαπανών υγείας. Αρκετές χώρες οι οποίες δεν είχαν εφαρμόσει αυτό το μέτρο προηγουμένως αναγκάστηκαν να το υιοθετήσουν μετά την οικονομική κρίση η οποία έπληξε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα αυτές της Νότιας Ευρώπης, ανάμεσα στις οποίες και η Κύπρος.

Στην Κύπρο λήφθηκαν κάποια μέτρα, ως αποτέλεσμα της κρίσης και μετά από υποδείξεις της Τρόικας, τα οποία ισχύουν από την 1^η Αυγούστου 2013. Μερικά από τα μέτρα αυτά είναι η κατάργηση της κατηγορίας ‘Δικαιούχοι Β’, η κατάργηση της δωρεάν περίθαλψης για τους δημόσιους υπαλλήλους και τους κρατικούς αξιωματούχους, η υποχρεωτική παρακράτηση του 1,5% του ακαθάριστου μισθού ή της σύνταξής τους και η κατάργηση του δικαιώματος δωρεάν πρόσβασης σε οικογένειες με τρία ή περισσότερα παιδιά, ανεξάρτητα από τα εισοδήματά τους, οι οποίες μπορούν εφόσον το επιθυμούν, να καταβάλουν το 1,5% του εισοδήματός τους για να αποκτήσουν το δικαίωμα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Από την 1^η Αυγούστου 2013 επίσης έχουν επιβληθεί για πρώτη φορά σε αυτή την έκταση - στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας - συμπληρωμές για επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στις συνταγές για φάρμακα και στα παραπεμπτικά για εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις. Έχει γίνει γενικά τροποποίηση κατά περίπου 30% των τελών που καταβάλλονται από εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς ^[15].

Συγκεκριμένα, οι νέες ρυθμίσεις που αφορούν την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια περιλαμβάνουν τα εξής:

Οι δικαιούχοι ασθενείς που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσηλευτηρίων πρέπει να καταβάλουν το ποσό των 3 ευρώ για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των 6 ευρώ για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό. Πριν από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου, το τέλος ήταν 2 ευρώ ανά επίσκεψη χωρίς να υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ γενικού και ειδικού γιατρού. Τα ποσά αυτά των 3 και 6 ευρώ καλούνται για πρώτη φορά να πληρώνουν και οι δικαιούχοι άνω των 65 ετών αλλά και μια σειρά από

άλλες κατηγορίες πολιτών όπως είναι οι λήπτες δημοσίου βοηθήματος, τα μέλη της Εθνικής Φρουράς, εγκλωβισμένοι κ.α. οι οποίοι μέχρι σήμερα είχαν δωρεάν πρόσβαση στους γιατρούς.

Καταβολή του τέλους των 0,50 ευρώ για κάθε χορηγούμενο φάρμακο και για κάθε εργαστηριακή εξέταση με μέγιστη δυνατή χρέωση τα 10 ευρώ ανά συνταγή ή ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων αντίστοιχα.

Ασθενείς, μη δικαιούχοι του συστήματος εξακολουθούν να μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλοντας 15 ευρώ για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των 30 ευρώ για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό. Μέχρι σήμερα πλήρωναν 14,5 και 20,5 ευρώ αντίστοιχα. Έχουν επίσης αναπροσαρμοστεί προς τα πάνω, περίπου κατά 30% τα τέλη εσωτερικής νοσηλείας σε δημόσια νοσοκομεία για τους μη δικαιούχους, καθώς και οι τιμές των 2100 ιατρικών πράξεων και εξετάσεων που παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας στους μη δικαιούχους. Τέλος, οι ασθενείς που επισκέπτονται τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να καταβάλλουν το ποσό των 10 ευρώ (με κάποιες εξαιρέσεις) ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν.

Εν είδει προκαταρκτικού συμπεράσματος, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την εισαγωγή των συμπληρωμών ως ένα άγνωστο και πρωτοφανές μέχρι τώρα φαινόμενο για την Κύπρο που έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τους πολίτες. Κι ενώ η παγκόσμια βιβλιογραφία είναι αρκετά πλούσια όσον αφορά το θέμα των συμπληρωμών σε άλλες χώρες, στην Κύπρο δεν έχουν γίνει ακόμα έρευνες και μελέτες σχετικά με την εισαγωγή αυτού του θεσμού. Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

7.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε σε δημοσιευμένες μελέτες κυρίως στην αγγλική γλώσσα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ποσοτικές μεθόδους ^[16], άλλες χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους ^[17], ενώ κάποιες άλλες επέλεξαν ένα συνδυασμό ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων ^[11]. Οι μέθοδοι δειγματοληψίας ήταν η τυχαία δειγματοληψία ^[18,19], και η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία ^[20]. Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε όλες σχεδόν τις μελέτες γινόταν είτε από τους ίδιους τους ασθενείς έξω από τα κέντρα υγείας, είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων ^[11,21], είτε τηλεφωνικά ^[18].

Σκοπός της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας ήταν η διερεύνηση των συνεπειών της εφαρμογής των συμπληρωμών στους ασθενείς και στα συστήματα υγείας.

7.1.1 Γνώση-αντίληψη συμπληρωμών και χρήση υπηρεσιών υγείας

Ένα σημαντικό θέμα το οποίο απασχόλησε αρκετούς ερευνητές είναι η γνώση και η αντίληψη των συμπληρωμών σε σχέση με τη χρήση υπηρεσιών.

Το άρθρο ‘Knowledge of cost sharing and decisions to seek care’ ^[18] των Amy M. Lischko και James F. Burgess Jr. (April 2010) εξετάζει κατά πόσο η γνώση των συμπληρωμών επηρεάζει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε ένα δείγμα 3000 κρατικών υπαλλήλων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν τα 2/3 των ερωτηθέντων (62%) θυμήθηκε σωστά το ύψος της συμπληρωμής για επίσκεψη σε γιατρό. Οι πιο νέοι, λιγότερο μορφωμένοι και χαμηλότερου εισοδήματος υπάλληλοι, θυμήθηκαν με πιο μεγάλη ακρίβεια το ύψος της συμπληρωμής τους συγκριτικά με τους μεγαλύτερους, πιο μορφωμένους και υψηλότερου εισοδήματος συναδέλφους τους. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως γενικά οι υπάλληλοι ήταν καλά πληροφορημένοι για τις ευθύνες τους σχετικά με τις συμπληρωμές. Οι ερωτηθέντες που ήταν καλύτεροι γνώστες των συγκεκριμένων συμπληρωμών τους για τις επισκέψεις σε γιατρούς και τμήματα επειγόντων περιστατικών ήταν επίσης πιο

πιθανόν να συμπεριφερθούν με πιο αποτελεσματικό (από άποψη αποτελεσματικότητας-κόστους) τρόπο, με περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και λιγότερες επισκέψεις στα ΤΕΠ. Οι άνθρωποι επίσης που χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις υπηρεσίες ήταν πιο πιθανόν να γνωρίζουν τις συμπληρωμές τους.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αυτή η ανάλυση βρήκε πως όταν οι συμπληρωμές αυξήθηκαν, οι άνθρωποι με καθόλου γνώση των συμπληρωμών, μείωσαν σημαντικά και τη χρήση επισκέψεων στα γραφεία των γιατρών σε αντίθεση με τους γνώστες των συμπληρωμών. Επομένως, φαίνεται πιθανόν πως οι υπάλληλοι που γνώριζαν καλύτερα το συνολικό κόστος, ήταν παράλληλα σε θέση να αναλύσουν πολύπλοκες πληροφορίες που οδηγούν σε πιο λογικές και σωστές αποφάσεις. Σε γενικές γραμμές όμως στην μελέτη αυτή δεν υπήρξαν σημαντικές μειώσεις στη χρήση των υπηρεσιών όταν αυξήθηκαν οι συμπληρωμές.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε και το ερευνητικό άρθρο των Sinnott, Guinane, Whelton και Byrne ^[17], οι οποίοι μελέτησαν τις συμπεριφορές και τις απόψεις ασθενών μετά την επιβολή συμπληρωμής 50 cents στη συνταγογράφηση φαρμάκων στην Ιρλανδία. Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν πως αποδέχονταν τη χρέωση των 50 cents στη συνταγογράφηση καθώς δεν θεώρησαν σημαντικό αυτό το ποσό. Οι ερωτηθέντες αναγνώρισαν τη σπατάλη των φαρμάκων από τους ασθενείς, εξέφρασαν όμως τις ανησυχίες τους για το αν η χρέωση των 50 cents θα μπορέσει να ανακόψει το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου καθώς και το ότι κάποιος μπορεί να υποφέρουν οικονομικά περισσότερο από κάποιους άλλους. Εξέφρασαν επίσης επιφυλάξεις σχετικά με τον τρόπο χρησιμοποίησης του παραγόμενου εσόδου από την κυβέρνηση.

Το πρόβλημα της μη γνώσης των συμπληρωμών τονίζουν οι Matthew Jowett και Elizabeth Danielyan στο άρθρο τους 'Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia' ^[22] το 2009 οι οποίοι εξετάζουν το παρόν σχέδιο στην Αρμενία για εισαγωγή επίσημων συμπληρωμών σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. Όπως αναφέρουν εκτός από το μεγάλο πρόβλημα των άτυπων ιδιωτικών πληρωμών, η Αρμενία αντιμετωπίζει και το πρόβλημα των χαμηλών χρήσεων των υπηρεσιών. Το γεγονός ότι οι ασθενείς είναι αβέβαιοι για το τι θα πρέπει να πληρώσουν αποτελεί τον κύριο λόγο για αυτή την περιορισμένη χρήση καθώς επίσης και το ότι έχουν πρόβλημα στο να βρουν λεφτά. Το άρθρο εισηγείται πως αν υπάρχει ένα σύστημα συμπληρωμών στο οποίο να γνωρίζουν οι ασθενείς ακριβώς τι θα πληρώσουν, θα

απομακρύνει την αβεβαιότητα που αντιμετωπίζουν για τις οικονομικές τους υποχρεώσεις.

Η μελέτη με τίτλο ‘Patient Knowledge and effects on seeking emergency department care’ ^[20] του 2004 εκτιμά τις γνώσεις των ασθενών για τα ατομικά επίπεδα των συμπληρωμών και πώς αυτή η γνώση επιδρά στις αποφάσεις τους για αναζήτηση φροντίδας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς έχουν λιγότερη γνώση των επιπέδων συμπληρωμών για τα ΤΕΠ παρά για άλλες υπηρεσίες. Βρήκαν επίσης ότι το αντιλαμβανόμενο ποσό συμπληρωμής ήταν δυνατά συνδεδεμένο με αποφυγή ή καθυστερήσεις στην επείγουσα φροντίδα. Συγκεκριμένα το 20% των ατόμων που νόμιζαν ότι οι συμπληρωμές ήταν \$20 ψηλότερες, είπαν ότι καθυστέρησαν ή απέφυγαν την επείγουσα φροντίδα σε σύγκριση με μόνο 6% των ατόμων που νόμιζαν ότι οι συμπληρωμές ήταν λιγότερες από \$20.

Το άρθρο ‘The effect of office visit co-payments on utilization in a health maintenance organization’ (1989) ^[23] που εκτιμά την επίδραση συμπληρωμών της τάξης των \$5 στο ρυθμό επισκέψεων στους ειδικούς σε ένα οργανισμό υγείας βρήκε ότι η εισαγωγή συμπληρωμής \$5 για επισκέψεις στους γιατρούς προκάλεσε μία μείωση 10,9% στις επισκέψεις πρωτοβάθμιας φροντίδας και μία 3,3% πτώση στις επισκέψεις για ειδική φροντίδα. Οι συμπληρωμές επίσης επηρέασαν μερικές ομάδες εγγεγραμμένων περισσότερο από κάποιες άλλες και είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στις επισκέψεις σε όλα τα επίπεδα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι συγγραφείς του άρθρου συμπεραίνουν ότι γενικά η εισαγωγή μίας μικρής συμπληρωμής προκάλεσε εκπληκτικά μεγάλες μειώσεις (11%) στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Συμπεραίνουν ακόμη ότι η μεγαλύτερη επίδραση των συμπληρωμών στις νεαρές γυναίκες παρά στους νεαρούς άντρες μπορεί να οφείλεται σε διαφορετική αντίληψη των δύο, σχετικά με τις επισκέψεις σε γιατρό. Επίσης η μικρότερη επίδραση των συμπληρωμών στις επισκέψεις των νεαρών αντρών μπορεί να αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι ένα υψηλότερο ποσοστό των επισκέψεων τους είναι για πιο επείγοντα προβλήματα για τα οποία πιστεύουν ότι αξίζει να πληρώσουν.

Το 2004 η μελέτη ‘Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes’ των John D. Piette, Michele Heisler και Todd H. Wagner ^[24], που ασχολείται με το ίδιο θέμα, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα ιατρικά κόστη μέσω ιδιωτικών πληρωμών (π.χ. συμπληρωμών) αποτελούν ένα σημαντικό βάρος για πολλούς ενήλικες με διαβήτη και συμβάλλουν στη μειωμένη συμμόρφωσή τους στη

προτεινόμενη από το γιατρό θεραπευτική αγωγή. Ενδεικτικά, το 19% των συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφεραν ότι μείωσαν τις επισκέψεις στο γιατρό και το 11% ότι μείωσαν την θεραπευτική τους αγωγή για το διαβήτη. Επίσης 28% δήλωσαν ότι μείωσαν το φαγητό ή άλλες βασικές τους ανάγκες για να πληρώσουν τα ιατρικά κόστη, 14% αύξησαν το πιστωτικό τους χρέος και 10% δανείστηκαν λεφτά από την οικογένεια ή τους φίλους τους για να πληρώσουν για τις συνταγές τους. Προβλήματα λόγω ιατρικού κόστους ήταν ιδιαίτερα συχνά μεταξύ των νεώτερων σε ηλικία συμμετεχόντων, εκείνων με υψηλότερες μηνιαίες ιδιωτικές πληρωμές και όσων δεν είχαν φαρμακευτική κάλυψη.

Ένα σημαντικό εύρημα όμως αυτής της μελέτης είναι ότι τα περισσότερα άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν ανέφεραν ότι αγόραζαν λιγότερα φάρμακα από τα συνταγογραφούμενα λόγω του κόστους, ενώ κάποιιοι που ανέφεραν ότι μείωσαν τη φαρμακευτική αγωγή τους ήταν άτομα με υψηλότερα εισοδήματα. Μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη είναι προφανές ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για το κόστος και τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να συμβάλουν στην μείωση της θεραπευτικής τους αγωγής σε συνδιασμό βέβαια και με τα οικονομικά εμπόδια που πιθανόν να αντιμετωπίζουν. Επομένως οι γιατροί μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ασθενών ακόμα και αν το κόστος δεν μπορεί να μειωθεί.

Η μελέτη 'Out-of-pocket costs and diabetes preventive services' (2003) δεν βρήκε διαφορές στη διαχείριση υγείας μεταξύ των εγγεγραμμένων με χαμηλότερα και εκείνων με υψηλότερα εισοδήματα ^[25]. Η έρευνα όμως έδειξε ότι οι ασθενείς είναι περισσότερο ευαίσθητοι στην τιμή όταν αντιλαμβάνονται μία υπηρεσία υγείας ως επιλογή, ενώ είναι λιγότερο πιθανόν να διαφοροποιούν τη χρήση λόγω κόστους όταν αντιλαμβάνονται μία υπηρεσία ως αναγκαία. Τα συμπεράσματα της μελέτης δείχνουν επίσης πως όσο μεγαλύτερη είναι η δημοσιονομική συνεισφορά από τους ασθενείς τόσο μειωμένη είναι η χρήση προληπτικών υπηρεσιών για τον διαβήτη και αυτό έχει ως αποτέλεσμα φτωχότερα κλινικά αποτελέσματα και μεγαλύτερα μελλοντικά κόστη.

Από την άλλη μεριά τα εμπειρικά αποτελέσματα μελέτης ^[26] που διεξήχθη τον Σεπτέμβριο του 2006 και η οποία εξέτασε τις συμπληρωμές στο Γερμανικό σύστημα υγείας μετά την επιβολή χρέωσης 10 ευρώ στην πρώτη επίσκεψη σε γιατρό για το κάθε τρίμηνο κατέδειξαν ότι η εισαγωγή της συμπληρωμής δεν είχε σημαντικό αντίκτυπο στην πιθανότητα επίσκεψης σε γιατρό.

Οι Martin F. Shapiro, John E. Ware και Cathy Donald Sherbourne στο άρθρο τους ‘Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms’ (1986) ^[19], αξιολογούν την επίδραση των συμπληρωμών στην αναζήτηση φροντίδας για σοβαρά και ελάσσονα συμπτώματα. Διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που έπρεπε να συμμετέχουν στο κόστος υπό μορφή συμπληρωμής είχαν σχεδόν 1/3 μικρότερη πιθανότητα να επισκεφθούν γιατρό όταν είχαν επιφανειακά συμπτώματα. Οι δύο ομάδες (με και χωρίς συμπληρωμές) δε διέφεραν σημαντικά αναφορικά με την αναζήτηση φροντίδας για σοβαρά συμπτώματα. Από τα ευρήματα φαίνεται ότι οι συμπληρωμές λειτουργούν όπως εύχονται οι υποστηρικτές τους, σαν ένα δυνατό αποτρεπτικό στην αναζήτηση φροντίδας για ελαφριά συμπτώματα παρά για σοβαρά. Διαφαίνεται επίσης ότι οι συνέπειες των συμπληρωμών στην αναζήτηση φροντίδας για σοβαρά και ελαφριά συμπτώματα ήταν οι ίδιες τόσο για εκείνους σε υψηλά όσο και εκείνους σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα καθώς και για όσους άρχισαν την μελέτη τόσο σε καλή όσο και σε ασθενή υγεία.

Η μελέτη ‘Myth: user fees ensure better use of health services’ ^[27] η οποία έγινε στον Καναδά και δημοσιεύτηκε το Νοέμβριο του 2012 έδειξε ότι όσο υψηλότερες συμπληρωμές έπρεπε να πληρώσουν οι ασθενείς για φροντίδα υγείας τόσο λιγότερο χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες. Λιγότερη φροντίδα οδήγησε σε λιγότερα δημόσια κόστη, δε σήμαινε όμως μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα καθώς μερικές φορές οι άνθρωποι λάμβαναν λιγότερες υπηρεσίες ενώ στην πραγματικότητα χρειάζονταν περισσότερες. Οι ασθενείς όντως μείωσαν τη χρήση των λιγότερο αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας, υπήρξε όμως και μείωση στη χρήση αποτελεσματικών υπηρεσιών. Τα ευρήματα επίσης έδειξαν ότι το ποσοστό των ακατάλληλων και αχρείαστων εισαγωγών στα νοσοκομεία παρέμεινε το ίδιο με ή χωρίς τις συμπληρωμές ασθενών.

7.1.2 Επίδραση των συμπληρωμών στα φάρμακα

Ένας αριθμός μελετών έχουν εξετάσει τις επιδράσεις των συμπληρωμών στη συνταγογράφηση φαρμάκων. Στο άρθρο τους ‘The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence’ (2005) ^[2] οι Teresa B. Gibson, Ronald J. Ozminiwski και Ron Z. Goetzet κάνουν μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με αυτό το θέμα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμπληρωμές μειώνουν

την κατανάλωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη αλλά μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες συνέπειες στη συμμόρφωση των ασθενών και στα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας. Πιο αναλυτικά, υψηλότερα επίπεδα συμπληρωμών στη συνταγογράφηση δημιουργούν σημαντικές επιδράσεις, συγκεκριμένα μειώνουν την κατανάλωση όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ωθούν τους ασθενείς προς αναζήτηση γενόσημων φαρμάκων. Παρόλο που δεν υπάρχουν εκτεταμένες αναφορές, οι πιο αρνητικές συνέπειες που συνδέονται με υψηλά επίπεδα συμπληρωμών είναι οι επιδράσεις στη θεραπεία όπως χαμηλότερα επίπεδα θεραπείας και διακοπή θεραπείας για τους χρόνιους ασθενείς καθώς και μείωση της απαραίτητης φαρμακευτικής αγωγής. Μέσα από αυτή την ανασκόπηση φαίνεται ότι αν η υπερβολική χρήση φαρμάκων είναι το πρωταρχικό πρόβλημα, τότε η εισαγωγή συμπληρωμών θα μπορούσε να είναι μία αποδεκτή λύση όταν οι ασθενείς και οι παροχείς έχουν επαρκείς πληροφορίες για τα ρίσκα και οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και στο άρθρο ‘Paying for formerly free medicines in Spain: dramatic prescription drops, looking for unanswered questions’ ^[28]. Η μελέτη η οποία έγινε τον Ιούλιο του 2013 και αφορούσε τις συνέπειες των συμπληρωμών στο σύστημα υγείας της Ισπανίας έδειξε την υψηλή ευαισθησία της ζήτησης για συνταγές φαρμάκων απέναντι στην τιμή και το γεγονός ότι μία μικρή γραμμική συμπληρωμή της τάξης του 1 ευρώ ανά συνταγή έχει μεγάλο αντίκτυπο στη χρήση φαρμάκων.

Στο άρθρο του ‘When a co-pay gets in the way of health’ ^[29] το οποίο δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 2013, ο καθηγητής του Χάρβαρντ Sendhil Mullainathan αποδεικνύει ότι οι συμπληρωμές δεν επιλύουν τον ‘κίνδυνο συμπεριφοράς’ αλλά τον κάνουν χειρότερο. Για παράδειγμα όπως αναφέρει, οι συμπληρωμές στα φάρμακα οδηγούν σε μείωση χρήσης φαρμάκων τα οποία είναι πολύ σημαντικά για κάποιες ομάδες ασθενών. Γι αυτό το λόγο εισηγείται όπως τα φάρμακα τα οποία είναι πολύ υψηλού οφέλους για κάποιους ανθρώπους να είναι δωρεάν γι αυτούς.

Κάποια άλλα άρθρα θίγουν το πρόβλημα των γενικών χρεώσεων που εφαρμόζονται στα περισσότερα συστήματα συμπληρωμών, οι οποίες δε διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της υπηρεσίας ή την ομάδα των ασθενών. Αυτό όμως αποτυγχάνει στο να αναγνωρίσει την ετερογένεια που υπάρχει στην

κλινική φροντίδα λόγω του ότι οι ιατρικές υπηρεσίες διαφέρουν στο επίπεδο του κλινικού οφέλους που προσφέρουν. Τα στοιχεία του άρθρου ‘Fiscally responsible, clinically sensitive’ Cost sharing: contain costs while preserving quality’ δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν ξεχωρίζουν μεταξύ χαμηλής και υψηλής αξίας θεραπεία όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις υψηλές συμπληρωμές ^[30].

7.1.3 Επίδραση των συμπληρωμών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Η χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών για μη επείγουσα φροντίδα είναι συχνή, κοστοβόρα και συμβάλλει στη συσσώρευση ασθενών. Μία σειρά μελετών έχει ασχοληθεί με την επίδραση των συμπληρωμών στη χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών.

Οι Joe Selby, Bruce H. Fireman και Bix E. Swain στο άρθρο ‘Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization’ 1996 ^[31] βρήκαν ότι μετά την εφαρμογή των συμπληρωμών, η μείωση σε επείγουσες επισκέψεις για τις συνθήκες κατηγοριοποιημένες ως: ‘πάντα ως επείγουσα’ ήταν μικρή και όχι σημαντική. Για συνθήκες χαρακτηριζόμενες ‘συχνά επείγουσα’, ‘μερικές φορές όχι επείγουσα’, ‘συχνά όχι επείγουσα’, οι μειώσεις στη χρήση του ΤΕΠ ήταν μεγαλύτερες, στατιστικά σημαντικές και αυξάνονταν με την μειωμένη σοβαρότητα της παρουσιαζόμενης κατάστασης. Δεν υπήρξαν στοιχεία για εμφάνιση δυσμενών γεγονότων (στην ομάδα που πλήρωναν συμπληρωμές) όπως αυξήσεις στη θνησιμότητα ή στον αριθμό των πιθανών αποφυγών νοσοκομειακής νοσηλείας. Γενικά αποδείχθηκε ότι η εισαγωγή μίας μικρής συμπληρωμής για τη χρήση του ΤΕΠ ήταν συνδεδεμένη με μία μείωση περίπου 15% στη χρήση αυτού του τμήματος κυρίως από ασθενείς με κατάσταση η οποία θεωρείτο μη επείγουσα. Επίσης η δυναμική της μείωσης στη χρήση δεν διέφερε ανάλογα με το φύλο και δεν συσχετιζόταν με την ηλικία, εκτός από την μεγάλη μείωση μεταξύ παιδιών 1-5 χρόνων. Κάτοικοι φτωχών γειτονιών μείωσαν τη χρήση των ΤΕΠ κατά 22,5% σε σύγκριση με μία μείωση 14,7% μεταξύ των κατοίκων άλλων περιοχών οι οποίοι επίσης ανήκαν στην ομάδα των συμπληρωμών. Γενικά η μελέτη αυτή εισηγείται ότι η ύπαρξη συμπληρωμών επιλεκτικά μειώνει την μη κατάλληλη χρήση των ΤΕΠ χωρίς αύξηση στη χρήση άλλων υπηρεσιών π.χ. εξωτερικών ιατρείων.

Οι συγγραφείς του άρθρου ‘Cost sharing for emergency care and unfavourable clinical events: findings from the safety and financial ramifications of ED copayments study’ (2006) ^[32] εκτιμούν την επίδραση των συμπληρωμών στη χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και στα ανεπιθύμητα κλινικά γεγονότα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μικρές συμπληρωμές για την επείγουσα φροντίδα μείωσε τους ρυθμούς στις επισκέψεις στα ΤΕΠ, χωρίς να αυξήσει το ρυθμό των ανεπιθύμητων κλινικών γεγονότων π.χ. εσωτερικές νοσηλείες, εισδοχές στην εντατική μονάδα, αυξημένη θνησιμότητα.

Η μελέτη ‘Care-seeking behaviour in responses to emergency department copayments’ (2005) ^[12] εκτιμά πώς οι ασθενείς αλλάζουν τη συμπεριφορά τους στην αναζήτηση φροντίδας σε ανταπόκριση των συμπληρωμών στα ΤΕΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 82% των συμμετεχόντων αντιμετώπισαν μία συμπληρωμή για υπηρεσίες στα ΤΕΠ (της τάξης των \$5-\$100) και το 41% απάντησε σωστά όταν ρωτήθηκε για το ποσό. Ασθενείς με χαμηλότερο εισόδημα νοικοκυριού ή φτωχότερο επίπεδο υγείας ήταν πιο πιθανόν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους λόγω των συμπληρωμών στα ΤΕΠ. Άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία δεν είχαν καμιά σημαντική σχέση με αλλαγές στην αναζήτηση φροντίδας. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι σε γενικές γραμμές αυτά τα ευρήματα δείχνουν πως όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με μία αποδεκτή συμπληρωμή στο ΤΕΠ, τότε πιο συχνά μετατοπίζουν την αναζήτηση φροντίδας τους προς άλλες διαθέσιμες εναλλακτικές και σπάνια αποφεύγουν ολοκληρωτικά την ιατρική φροντίδα.

7.1.4 Επίδραση των συμπληρωμών σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε χρόνια πάσχοντες.

Ιδιαίτερα ευπαθείς πληθυσμοί οι οποίοι επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις συμπληρωμές είναι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι χρόνια πάσχοντες. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων χρόνων έχουν γίνει έρευνες οι οποίες επικεντρώθηκαν σε αυτό το θέμα.

Στο άρθρο τους που δημοσιεύτηκε στο American Economic Review το 2010 οι Amitabh, Gruber και Mc Knight αναλύουν τις επιπλοκές υψηλότερου ποσοστού συμπληρωμών το οποίο επιβλήθηκε στους χαμηλού εισοδήματος ενήλικες (ηλικίας 19-64) στην πολιτεία της Μασσαχουσέτης το 2008 ^[33]. Τα αποτελέσματα τους

έδειξαν ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας έπεσε κατά 37 εκατοστιαίες μονάδες μετά τις αυξήσεις των συμπληρωμών του Ιουλίου του 2008.

Το άρθρο ‘Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons’ (2001) εξετάζει τις συνέπειες των συμπληρωμών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανάμεσα στα φτωχά και ηλικιωμένα άτομα ^[16]. Μετά από την ανάλυση των στοιχείων οι ερευνητές βρήκαν πως οι αυξημένες συμπληρωμές σε συνταγογραφούμενα φάρμακα στα ηλικιωμένα άτομα και στους λήπτες βοήθηματος οδήγησαν σε μειώσεις στη χρήση αναγκαίων φαρμάκων και σε υψηλότερο ρυθμό σοβαρών γεγονότων και επισκέψεων στα ΤΕΠ συνδεδεμένων με αυτές τις μειώσεις.

Παρόμοια με την πιο πάνω μελέτη, το άρθρο ‘The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis’ (2013) εξέτασε μέσω ανασκόπησης και μετά-ανάλυσης την επίδραση των συμπληρωμών στις συνταγογραφήσεις φαρμάκων σε δημόσια ασφαλιζόμενο πληθυσμό ^[34]. Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 71,5 χρόνια. Οι ερευνητές βρήκαν ότι προηγούμενες έρευνες κατέδειξαν ότι οι ασθενείς χαμηλού εισοδήματος και οι χρόνια πάσχοντες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες επιδράσεις των συμπληρωμών και ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς μειώνουν τη χρήση φαρμάκων παρουσία συμπληρωμών. Αντίθετα αποτελέσματα δείχνει μόνο μία έρευνα η οποία υποστηρίζει ότι οι φτωχότεροι και οι πιο ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι λιγότερο ευαίσθητοι στις χρεώσεις συνταγών. Μία μελέτη από τους Rice et. al. η οποία συμπεριλαμβάνεται στην ανασκόπηση έδειξε ότι οι συμπληρωμές σχετίζονται με πτώση του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων ασθενών με δύο εξαιρέσεις, αυτών με σοβαρές παθήσεις και αυτών των χαμηλότερων εισοδημάτων, οι οποίοι λαμβάνουν οικονομική βοήθεια για τις συμπληρωμές. Κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι οι συμπληρωμές προκαλούν μείωση στη χρήση όλων των φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένων και των αναγκαίων).

Η μετά-ανάλυση των Sinnott, Buckley, O’Riordan, Bradley και Whelton έδειξε 11% αυξημένες πιθανότητες μη συμμόρφωσης με την προτεινόμενη από το γιατρό φαρμακευτικής αγωγής στους δημόσια ασφαλιζόμενους πληθυσμούς ^[34]. Τονίζουν ότι οι εκείνοι που αποφασίζουν για την πολιτική υγείας θα έπρεπε να ανησυχούν για πιθανές μελλοντικές αρνητικές συνέπειες στα κλινικά αποτελέσματα

λόγω της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής και επίσης πιθανές οικονομικές συνέπειες όπως αύξηση των εξόδων μέσω των νοσοκομειακών εισαγωγών και της νοσοκομειακής φροντίδας.

7.1.5 Οι συμπληρωμές στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες

Ένα σημαντικό θέμα το οποίο απασχόλησε πολλούς ερευνητές είναι η επίδραση των συμπληρωμών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Οι Lagarde και Palmer στο άρθρο τους ‘The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries (review)’, 2011 κάνουν μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και εκτιμούν την αποτελεσματικότητα της εισαγωγής, απόσυρσης ή αλλαγής χρεώσεων χρηστών προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση στη φροντίδα σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες ^[10]. Συμπεριέλαβαν 16 μελέτες από τις 243 που ήταν σχετικές. Όταν οι συμπληρωμές εισήχθησαν ή αυξήθηκαν, βρήκαν ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε σημαντικά στις περισσότερες μελέτες. Δύο μελέτες βρήκαν αυξήσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας όταν οι βελτιώσεις στην ποιότητα εισήχθησαν την ίδια χρονική στιγμή με τις χρεώσεις. Η ανασκόπηση δείχνει ότι μειώνοντας ή αφαιρώντας τις συμπληρωμές, αυξάνεται η χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι μια τέτοια αλλαγή μπορεί να έχει παράπλευρες συνέπειες στη χρήση προληπτικών υπηρεσιών αλλά και στην ποιότητα των υπηρεσιών. Σε γενικές γραμμές η ανασκόπηση έδειξε ότι εισάγοντας ή αυξάνοντας τις συμπληρωμές υπάρχει πιθανότητα να υπάρξει αρνητική επίδραση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, παρόλο που κάποια στοιχεία δείχνουν ότι εκεί που οι συμπληρωμές συνοδεύονται με βελτιώσεις στην ποιότητα τότε αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι ωφέλιμες. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι όταν έγιναν βελτιώσεις ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας την ίδια χρονική στιγμή που εισήχθησαν χρεώσεις, η χρήση των θεραπευτικών υπηρεσιών αυξήθηκε και επιπλέον, φτωχά μέρη του πληθυσμού άρχισαν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο συχνά.

Το άρθρο ‘User fee impact on equitable access to care: a review’ (2012) εξετάζει την επίδραση των χρεώσεων χρηστών στην ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα σε αυτές τις χώρες κάνοντας μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ^[35]. Σύμφωνα με το άρθρο μετά την ανασκόπηση των στοιχείων επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι η

πληρωμή είτε μέσω συμπληρωμών είτε μέσω άτυπων πληρωμών (φακελάκια) αποτελεί μεγάλο οικονομικό βάρος για τους ασθενείς. Όπως υποστηρίζει ο συγγραφέας, η απόφαση των πιο φτωχών ανθρώπων να αναζητήσουν φροντίδα υγείας περιλαμβάνει μία ανταλλαγή με εναλλακτικές όπως φαγητό, ρουχισμό, σκέπη κλπ.

Αναφέρει ότι χωρίς αμφιβολία οι πιο πολλές μελέτες έδειξαν μείωση στη χρήση υπηρεσιών λόγω της εισαγωγής συμπληρωμών. Συμπληρώνει όμως ότι συμπεράσματα τα οποία εξήχθηκαν από πολλές μελέτες περιπτώσεων δείχνουν ότι και η έλλειψη διαθέσιμων προμηθειών και προσωπικού ήταν επίσης ένα εμπόδιο στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Σε πρόσφατες μελέτες βρήκε επίσης ότι στις περισσότερες χώρες εφαρμόστηκαν χρεώσεις με στόχο την κάλυψη κόστους και επομένως δεν μπορούσαν να συνάδουν με το στόχο της ισότητας και της δωρεάν πρόσβασης στους φτωχούς. Τονίζει ότι στις περιπτώσεις που υπήρξε αναθεώρηση των καταστάσεων τα πράγματα βελτιώθηκαν. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Κένυας όπου οι χρεώσεις χρηστών επανεισήχθηκαν σε χαμηλότερη κλίμακα το 2004 και με παράλληλη επανεπένδυση των εσόδων μέσα στις ίδιες τις εγκαταστάσεις από τις οποίες συλλέχθηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν μία αύξηση 20% στη χρήση απαραίτητων υπηρεσιών σε μία μελέτη του Pearson (2005).

Η μελέτη καταλήγει σε δύο συμπεράσματα, πρώτο στο ότι σε χαμηλού και μετρίου εισοδήματος χώρες, χρεώσεις χρηστών έστω και χαμηλές (\$0,2) αποθαρρύνουν τα φτωχότερα μέλη της κοινωνίας από το να επισκεφθούν τις υπηρεσίες υγείας και δεύτερο στο ότι η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί αν οι χρεώσεις παραμείνουν και επανεπενδυθούν στις εγκαταστάσεις υγείας από τις οποίες συγκεντρώνονται.

7.1.6 Οι συμπληρωμές στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης

Πολλές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία τους αντιμετώπισαν καταστάσεις συνεχούς ασυμφωνίας μεταξύ των διαθέσιμων δημόσιων πόρων και των αυξανόμενων δαπανών στον τομέα υγείας. Να σημειωθεί εδώ ότι στις περισσότερες από αυτές της χώρες είναι διαδεδομένες οι άτυπες (κάτω από το τραπέζι) πληρωμές. Οι συμπληρωμές που υπάρχουν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο στις ανατολικο-ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούνται κυρίως υπό το επιχείρημα της

αντιμετώπισης του ηθικού κινδύνου, αφού υποστηρίζεται ότι η απουσία τους ενθαρρύνει την ανεξέλεγκτη ζήτηση αχρείαστων υπηρεσιών φροντίδας.

Οι Danyliv, Pavlova, Gryga και Groot στο άρθρο τους ‘Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study’ (2013) ανέλυσαν την προοπτική και τη βιωσιμότητα των χρεώσεων ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ουκρανία ^[36]. Βρήκαν ότι η προθυμία/άρνηση πληρωμής σχετίζεται κυρίως με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών και όχι με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι οι υπηρεσίες στους ειδικούς γιατρούς συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό προθυμίας πληρωμής χρεώσεων (14% περισσότερο από τις υπηρεσίες στους γενικούς γιατρούς). Την ίδια ώρα η αδυναμία πληρωμής και το επίπεδο προθυμίας να πληρώσουν χρεώσεις σχετίζονται με οικονομικούς παράγοντες (π.χ. εισόδημα νοικοκυριού, άνεργοι, άτομα άνω των 55 χρόνων). Η αδυναμία πληρωμής συνδέεται με το αντιλαμβανόμενο εισόδημα ενώ το επίπεδο προθυμίας πληρωμής συνδέεται με το νομισματικό εισόδημα. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν πως αυτό δείχνει ότι η αδυναμία πληρωμής είναι θέμα αντίληψης, το οποίο εξαρτάται από την εκτίμηση κάποιου για το επίπεδο του δικού του εισοδήματος ενώ το επίπεδο προθυμίας πληρωμής ορίζεται με πραγματικά εισοδηματικά εμπόδια. Θεωρούν ότι το σημαντικό ποσοστό (11,5%) του πληθυσμού το οποίο δηλώνει ανίκανο να πληρώσει για υπηρεσίες ιατρών είναι ανησυχητικό. Αναφέρουν ότι αυτό συμβαδίζει και με τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων ότι οι χρεώσεις ασθενών πρέπει να εφαρμοστούν μαζί με κριτήρια εξαίρεσης τα οποία να συνδέονται με την ηλικία και το εισόδημα.

Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η προοπτική των συμπληρωμών για υπηρεσίες υγείας είναι υποσχόμενη καθώς το επίπεδο προθυμίας πληρωμής είναι σημαντικό παρά την κακή ποιότητα/προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Προσθέτουν όμως ότι αν εφαρμοστούν οι συμπληρωμές ασθενών, η χαμηλότερη ικανότητα και προθυμία πληρωμής μεταξύ των ομάδων που δυσπραγούν θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με καλά σχεδιασμένα κριτήρια εξαίρεσης βασισμένα στην ηλικία και το εισόδημα. Τονίζουν κυρίως ότι οι χρεώσεις ασθενών δεν μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς βελτιώσεις ποιοτικών χαρακτηριστικών και προσβασιμότητας στην Ουκρανία και πως τα κοινωνικά οφέλη που μπορούν να αποκτηθούν από ποιοτικές βελτιώσεις στον ιατρικό εξοπλισμό, στη συντήρηση του και η μείωση στο χρόνο αναμονής είναι σημαντικά.

Η μελέτη ‘Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access’ (2012) ερεύνησε την κλίμακα των συμπληρωμών για υπηρεσίες φροντίδας υγείας στη Βουλγαρία και κατά πόσον αυτές είναι ανεκτές από τον πληθυσμό ^[37]. Τα ευρήματα έδειξαν μεγάλη αδυναμία των χρηστών να πληρώσουν, η οποία τεκμηριώνεται από την ανάγκη να δανειστούν λεφτά. Η αδυναμία πληρωμής ήταν ιδιαίτερα έντονη μεταξύ αυτών με ασθενή κατάσταση υγείας και χρόνιες παθήσεις και αυτών με χαμηλά εισοδήματα. Συγκεκριμένα άνω του 10% των χρηστών είχε δανειστεί λεφτά για να πληρώσει για υπηρεσίες (και στις δύο έρευνες, 2010 και 2011). Περίπου 6% του δείγματος το 2010 και 4% το 2011 δήλωσαν ότι δεν χρησιμοποίησαν υπηρεσίες εσωτερικής νοσηλείας λόγω των υψηλών συμπληρωμών. Επιπλέον, βρέθηκε ότι άνω του 70% των ατόμων του δείγματος ήταν ανεπαρκώς ενημερωμένοι για το ακριβές ύψος των επίσημων χρεώσεων για νοσοκομειακή φροντίδα. Ένα μεγάλο μέρος του δείγματος, (>50% σε σχέση με εξωτερικά ιατρεία και >75% σε σχέση με νοσοκομειακές υπηρεσίες) δήλωσε ότι δεν γνώριζαν πάντα το μέγεθος της χρέωσης πριν από τη χρήση της υπηρεσίας. Εκείνοι που είχαν καλύτερη γνώση του ύψους των συμπληρωμών πριν από τη χρήση ήταν τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα, γυναίκες, άτομα με υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης, με χρόνιες ασθένειες και με φτωχότερη κατάσταση υγείας.

Επιβεβαιώνοντας τις προσδοκίες των συγγραφέων, δεν βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συμπληρωμών και του εισοδήματος. Έτσι, παρόμοια με άλλες χώρες σε μετάβαση, οι φτωχοί και οι πλούσιοι αντιμετωπίζουν σχεδόν το ίδιο οικονομικό βάρος όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Παρόλα αυτά παρατηρήθηκε πως οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος πιο συχνά δυσκολεύονταν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες νοσηλείας και τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων λόγω του επιπέδου των συμπληρωμών. Το άρθρο καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι συμπληρωμές ωθούν τα άτομα χαμηλού εισοδήματος στο να μην χρησιμοποιούν καθόλου τις υπηρεσίες υγείας.

Οι Baji, Pavlova, Gulacsi και Groot στο ‘User fees for public health care services in Hungary: expectations, experience and acceptability from the perspectives of different stakeholders’ (2011) μελέτησαν τις χρεώσεις χρηστών για υπηρεσίες δημόσιας φροντίδας στην Ουγγαρία ^[11]. Στην Ουγγαρία, οι συμπληρωμές ασθενών εισήχθησαν για πρώτη φορά το 2007 και καταργήθηκαν ένα χρόνο αργότερα μετά

από δημοψήφισμα, αφού περισσότεροι από το 80% των ψηφοφόρων υποστήριξαν την κατάργησή τους.

Τα στοιχεία της μελέτης έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου χρεώσεων επισκέψεων η χρήση φροντίδας υγείας μειώθηκε κατά 15-20%. Οι χρήστες και οι γιατροί δήλωσαν ότι δεν υπήρχε επανεπένδυση των εσόδων από τις συμπληρωμές στην παροχή υπηρεσιών, τόσο στις εγκαταστάσεις εσωτερικής νοσηλείας όσο και στα εξωτερικά ιατρεία. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα είναι το ότι κατά τη διάρκεια συζητήσεων οι χρήστες δήλωσαν ότι θα αποδέχονταν τις χρεώσεις αν τα κέρδη επανεπενδύονταν στην παροχή και σε εξοπλισμό για να αυξηθεί η ποιότητα της φροντίδας υγείας. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας δεν είναι εναντίον των χρεώσεων, αναμένουν όμως καλύτερη ποιότητα και ευκολότερη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Αναφέρουν επίσης ότι οι λόγοι πίσω από την μη δημοφιλή των συμπληρωμών είναι οι καθοριζόμενοι από την κυβέρνηση στόχοι των χρεώσεων, οι αρνητικές προσωπικές εμπειρίες με χρεώσεις και η γενική δυσπιστία του Ουγγρικού πληθυσμού σχετικά με τη χρήση δημόσιων υπηρεσιών.

Παρόμοια ευρήματα βρίσκουν και οι συγγραφείς του άρθρου 'Public attitudes towards patient payments in Bulgarian public health care sector: results of a household survey' (2001) όπου εξετάζουν τις συμπεριφορές των χρηστών προς τις συμπληρωμές στο Βουλγαρικό δημόσιο τομέα υγείας ^[21]. Τα αποτελέσματά τους, έδειξαν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη (81%) δέχτηκαν να πληρώσουν για δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας αν αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται με καλή ποιότητα και γρήγορη πρόσβαση. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι όλες οι κοινωνικές ομάδες (λιγότερο ή περισσότερο) δέχονται τις χρεώσεις. Όπως τονίζεται όμως από τους συγγραφείς, κάποιες ομάδες επιδεικνύουν μία σημαντικά χαμηλότερη συμφωνία προς τις συμπληρωμές για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες σε σύγκριση με το υπόλοιπο του δείγματος. Οι ομάδες αυτές είναι οι μεγαλύτεροι των 60 χρόνων, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, οι μη υγιείς οι οποίοι μένουν μόνοι, τα άτομα με μέλη στην οικογένεια που είναι χρόνια πάσχοντες και με χαμηλό οικογενειακό προϋπολογισμό. Οι ερευνητές δηλώνουν επίσης πως από τα στοιχεία φαίνεται ότι η ομάδα με το υψηλότερο εισόδημα δεν εξέφραζε ποτέ αρνητικές απόψεις για τις χρεώσεις στη δημόσια φροντίδα υγείας. Παρόμοια με άλλες μελέτες η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει ότι τα χρήματα από τις χρεώσεις πρέπει να διατηρηθούν στην περιοχή της προσφοράς υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα

επίσης δείχνουν σημαντική στήριξη σε ένα ευρύ σύστημα εξαιρέσεων από τις συμπληρωμές (αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων) καθώς και της ύπαρξης μίας ‘οροφής’ στις συμπληρωμές.

7.1.7 Πείραμα RAND

Το πείραμα RAND (πείραμα ασφάλισης υγείας) είναι μία τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή η οποία διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1970 και στις αρχές του 1980 και αποτελεί τη μεγαλύτερη μέχρι τώρα έρευνα που έγινε για τις συμπληρωμές. Το κύριο εύρημα αυτής της μεγάλης ερευνητικής μελέτης είναι ότι οι άνθρωποι στις διάφορες εισοδηματικές ομάδες οι οποίοι αντιμετωπίζουν μία χρέωση, μειώνουν τη χρήση αποτελεσματικής φροντίδας σχεδόν στον ίδιο βαθμό με τη χρήση αναποτελεσματικής φροντίδας. Αυτό επαληθεύτηκε και με επιπρόσθετες μελέτες σε φυσικά πειράματα. ^[1]

Παράλληλα το πείραμα έδειξε ότι η εφαρμογή συμπληρωμών μείωσε τη χρήση των ΤΕΠ περισσότερο μεταξύ των ατόμων με λιγότερο σοβαρή διάγνωση, δείχνοντας μία μεγαλύτερη επίδραση στις μη κατάλληλες επισκέψεις ^[31].

Οι υποστηρικτές των χρεώσεων χρηστών σημειώνουν ότι παρόλη την μειωμένη χρήση της αποτελεσματικής φροντίδας η μελέτη δεν έδειξε δυσμενείς συνέπειες στην υγεία των ανθρώπων. Οι επικριτές από την άλλη δηλώνουν ότι δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα με ακρίβεια καθώς σε αυτό το αποτέλεσμα συνέτειναν και άλλοι παράγοντες (απέκλεισε άτομα μεγαλύτερα των 62 ετών και αυτούς που είχαν κάποιου είδους αναπηρία) αλλά και το γεγονός ότι η δοκιμή δεν κάλυπτε τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των χρεώσεων χρηστών.

7.1.8 Χρεώσεις βασισμένες στην αξία

Οι Sarah Thomson, Thomas Foubiser και Elias Mossialos σε ένα άρθρο τους από μία σειρά μελετών και συγκεκριμένα στο ‘Can user charges make health care more efficient?’ εξηγούν γιατί οι χρεώσεις χρηστών μπορεί να υπονομεύσουν την αποτελεσματικότητα και δείχνουν πως μόνο λίγες χώρες αναπτύσσουν μία πιο φιλοσοφημένη προσέγγιση στις χρεώσεις χρηστών ^[1]. Όπως αναφέρουν ένα από τα επιχειρήματα που σχετίζεται με την προοπτική καλύτερης αξίας από τους διαθέσιμους

πόρους είναι ότι οι χρεώσεις χρηστών κάνουν τους ανθρώπους πιο ευαίσθητους με τις επιλογές φροντίδας υγείας τους. Οι άνθρωποι όμως πρέπει να κατέχουν τις αναγκαίες πληροφορίες για να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις. Όπως υποστηρίζουν αυτές οι προϋποθέσεις δεν υφίστανται στον τομέα της υγείας. Οι έρευνες όπως αναφέρουν οι συγγραφείς δείχνουν ότι παρόλο που οι άνθρωποι μειώνουν τη χρήση φροντίδας όταν αντιμετωπίζουν μία χρέωση, είναι ανίκανοι να ξεχωρίσουν τις υπηρεσίες χαμηλής αξίας από εκείνες υψηλής αξίας. Η έρευνα των Thomson, Foubiser και Mossialos έδειξε ότι οι χρεώσεις χρηστών μπορεί να συμβάλουν σε αναπόφευκτες αυξήσεις στις υπηρεσίες υγείας σε μελλοντικό χρόνο. Υποστηρίζουν ότι εισάγοντας χρεώσεις σε μία περιοχή φροντίδας π.χ. στα φάρμακα εμφανίζεται το φαινόμενο του μπαλονιού. Αυτό σημαίνει ότι αρχικά χαμηλώνουν τα έξοδα στα φάρμακα αλλά αυξάνει η χρήση άλλων υπηρεσιών όπως εισδοχές μισής ή ολόκληρης μέρας στα κοινοτικά κέντρα υγείας και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι τείνουν να αποφεύγουν την απαραίτητη θεραπεία για να μην πληρώσουν χρεώσεις. Τα συνολικά έξοδα όμως μπορεί να αυξηθούν αν οι ασθενείς κάνουν χρήση υψηλού κόστους υπηρεσίες για προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν (πιο φθηνά) πολύ νωρίτερα. Οι συγγραφείς προτείνουν σαν λύση σε αυτό το ζήτημα την προσέγγιση χρεώσεων χρηστών βασισμένων στην αξία. Αναφέρουν ότι λίγες χώρες συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, της Γαλλίας και της Γερμανίας αναπτύσσουν μία πολιτική χρεώσεων που βασίζεται σε χρεώσεις μόνο σε υπηρεσίες χαμηλής αξίας.

Στη Γερμανία για παράδειγμα, από το 2007 απέσυραν τις χρεώσεις ειδικών για ασθενείς που γράφονται σε οικογενειακό γιατρό και λαμβάνουν παραπεμπτικά για ειδική φροντίδα. Ως αποτέλεσμα μέχρι το τέλος του 2007 πάνω από 53 εκατομμύρια ασθενείς είχαν εγγραφεί σε οικογενειακό γιατρό, ειδικά μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι και αυτοί με χρόνιες παθήσεις. Μια παρόμοια προσέγγιση έχει εφαρμόσει πρόσφατα και η Γαλλία που είναι βασισμένη στην αξία για επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς και ειδικούς. Η απευθείας πρόσβαση στους ειδικούς γιατρούς θεωρείται χαμηλότερης αξίας χρήση πόρων για αυτό ασθενείς που επισκέπτονται ειδικούς χωρίς παραπεμπτικό από τον γενικό γιατρό τους πρέπει να πληρώσουν υψηλότερες χρεώσεις για κάθε γνωμάτευση.

Οι πιο πάνω χώρες όπως αναφέρουν οι συγγραφείς προσπαθούν να εφαρμόσουν μία πολιτική χρεώσεων που θα απομακρύνει τους ασθενείς από τη

χαμηλής αξίας φροντίδα και θα τους οδηγήσει προς υψηλής αξίας φροντίδα, παρά να τους βάλει σε θέση όπου θα πρέπει να αποφασίσουν για τη δική τους υγεία. Το άρθρο όμως αναφέρει πως ένα σύστημα χρεώσεων χρηστών βασισμένο στην αξία μπορεί να είναι ακριβό τόσο στο σχεδιασμό του όσο και στη διαχείρισή του. Μπορεί επίσης να είναι ριψοκίνδυνο λόγω της αβεβαιότητας για την κλινική του αποτελεσματικότητα. Ως εναλλακτικές προτείνονται: η χρήση οικονομικών κινήτρων (δωρεάν φροντίδα) για εγγραφή σε ένα τακτικό γιατρό, η εγγραφή σε προγράμματα διαχείρισης ασθένειας καθώς και η χρήση παραπεμπτικών στην ειδική φροντίδα. Με λίγα λόγια δηλαδή, προκρίνεται η επικέντρωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα με αυστηρό gatekeeping από γενικούς γιατρούς.

7.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου (NHS)

Δεν είναι τυχαίο ότι το θέμα των συμπληρωμών απασχολεί έντονα το Ηνωμένο Βασίλειο. Πολλές συζητήσεις και διαφωνίες υπάρχουν καθώς τα τελευταία χρόνια το σύστημα υγείας της χώρας αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1948, με βασική αρχή του τη δωρεάν υγεία γι' αυτό η πρόσφατη εφαρμογή των μέτρων συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος συνάντησαν μεγάλη αντίσταση. Κατά τη διάρκεια του 2008 κάποιες μορφές συμπληρωμών ασθενών αποτέλεσαν μείζον θέμα αφού οι ασθενείς κλήθηκαν συγκεκριμένα να πληρώνουν ιδιωτικά για επιπλέον φάρμακα ως μέρος ενός επεισοδίου φροντίδας στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

Αρκετοί είναι οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα. Οι Albert Weale και Sarah Clark στο άρθρο τους 'Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments' (2009) επιχείρησαν μία ανάλυση των επιχειρημάτων τα οποία σχετίζονται κυρίως με τους όρους της ισότητας και της αυτονομίας ^[38]. Κατέληξαν όμως ουσιαστικά στο συμπέρασμα ότι κανένα από τα επιχειρήματα καμίας πλευράς δεν είναι ισχυρό και κατά ένα μέρος η πολιτική των αποφάσεων καταλήγει σε αβέβαια και εμπειρικά συμπεράσματα.

Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, οι συμπληρωμές σήμερα περιορίζονται σε χρεώσεις για συνταγές ή άλλες καθορισμένες θεραπείες π.χ. οδοντιατρικές υπηρεσίες. Οι ασθενείς δεν επιτρέπεται να βελτιώνουν τη θεραπεία τους στο NHS με το να πληρώνουν επιπλέον. Τέτοιες πληρωμές συχνά αναφέρονται

ως top-up πληρωμές. Όπως αναφέρει όμως και ο James Gubb στη μελέτη του ‘Should patients be able to pay top-up fees to receive the treatment they want?’ (2008) η ιδέα ότι οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν χρηματοδοτήσει τις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια όλης τους της ζωής μέσω της φορολογίας, είτε δεν παίρνουν το φάρμακο που θέλουν είτε πρέπει να πληρώσουν όλο το κόστος της θεραπείας ιδιωτικά μπορεί να υποσκάψει τις βασικές αρχές του NHS ^[39].

Το 2008 η απαγόρευση για top-up πληρωμές προκάλεσε πολιτικές συγκρούσεις. Ο καθηγητής Mike Richards εξέτασε το θέμα και μετά από μία ανασκόπηση κατέληξε στο ότι στους ασθενείς θα έπρεπε να επιτρέπεται να συμπληρώνουν τη φροντίδα τους στο NHS με ιδιωτικά χρηματοδοτούμενη φαρμακευτική αγωγή διατηρώντας το δικαίωμα να συνεχίζουν τη φροντίδα στο NHS δεδομένου ότι αυτή η φροντίδα θα προσφέρεται σε εγκαταστάσεις ξεχωριστές από αυτές άλλων ασθενών του NHS ^[38]. Ο Richards πλαισίωσε τα θεμελιώδη διλήμματα των συμπληρωμών σε δύο αρχές: την αρχή της ισότητας, δηλαδή ότι κάθε πρόσωπο θα έπρεπε να έχει πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στη βάση της ανάγκης και όχι της ικανότητας να πληρώσει και την αρχή της προσωπικής αυτονομίας καθοριζόμενη από τον Richards ως το δικαίωμα των ανθρώπων να ξοδεύουν τα χρήματα τους όπως αυτοί επιλέγουν ^[38].

Όσον αφορά όμως την έννοια της ισότητας, εκείνοι που τάσσονται κατά, διαφώνησαν για τα δικαιώματα και τα λάθη του να φέρεσαι διαφορετικά στους ασθενείς με παρόμοια προβλήματα, σε ένα πλαίσιο στο οποίο ο στόχος θεωρείται η πρόσβαση στην καθολική φροντίδα υψηλής ποιότητας ^[38]. Οι επικριτές τονίζουν ότι οι θεραπείες μέσα σε ένα δημόσια χρηματοδοτούμενο NHS δε θα έπρεπε να παρέχουν αυτό που θέλουν οι ασθενείς αλλά αυτό που χρειάζονται. Η θεραπεία στο NHS πρέπει να είναι αποτελεσματική από άποψη κόστους και να παρέχει αξία για τα λεφτά της. Δηλώνουν ότι το να επιτρέπεις στους ασθενείς να πληρώνουν επιπλέον, μειώνει τη δικαιοσύνη της λογικής της φροντίδας υγείας. Στην πράξη θα σήμαινε ότι οι ασθενείς του NHS με ακριβώς την ίδια κατάσταση υγείας θα μπορούσαν να λάβουν θεραπεία μόνο εφόσον μπορούσαν να πληρώσουν, ενώ οι οικονομικά αδύνατοι όχι. ^[39] Αυτό όμως επηρεάζει και τις υπάρχουσες συμπληρωμές καθώς αν θεωρηθεί ότι είναι λάθος να συμπληρώνουν οι ασθενείς την ιατροφαρμακευτική τους θεραπεία στο NHS, τότε είναι λάθος να επιτρέπεται στους ασθενείς να πληρώνουν για κάποιες υπηρεσίες όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων ή οι οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Εν κατακλείδι, η περίπτωση των συμπληρωμών στο NHS παρουσιάζει ξεκάθαρα το πόσο μπερδεμένο και αμφιλεγόμενο θέμα είναι οι χρεώσεις χρηστών στα συστήματα υγείας.

7.3 Σχολιασμός βιβλιογραφικών δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν

Οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν αδυναμίες και περιορισμούς που επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό τη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους. Στα πλαίσια μιας κριτικής της παρούσας βιβλιογραφίας, σημειώνονται οι πιο κάτω παρατηρήσεις:

Το ερευνητικό πρόβλημα σε όλες τις μελέτες είναι ξεκάθαρο και διατυπωμένο με σαφήνεια. Οι βασικές έννοιες και μεταβλητές επεξηγούνται πλήρως και οι αναφορές σε προηγούμενες έρευνες είναι αρκετά καλά ενσωματωμένες σε όλες τις μελέτες. Όσον αφορά τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν όλες οι μελέτες βασίζονται στην ανάλυση συγχρονικών δεδομένων (cross-sectional data).

Οι περισσότερες μελέτες επίσης βασίζονται σε αυτό-αναφερόμενα δεδομένα σχετικά με το καθεστώς υγείας και την ασφαλιστική κάλυψη ^[18, 20, 26].

Πολλές μελέτες εξέτασαν το καθεστώς υγείας έμμεσα (π.χ. αναφορά από ασθενείς) αντί να διασφαλίσουν δεδομένα από ακριβή αποτελέσματα υγείας μετά από την εφαρμογή των συμπληρωμών ^[21, 24]. Δεν γίνεται αναφορά στην εγκυρότητα και αξιοπιστία των μέσων συλλογής δεδομένων, τα οποία είναι συνήθως δομημένα ερωτηματολόγια με κλειστές ερωτήσεις ^[21, 37].

Κάποιες από τις έρευνες αν και ποσοτικές, δεν παρουσίασαν τα δεδομένα σε διαγράμματα ή σχεδιαγράμματα ^[18, 19, 24] ώστε να βοηθήσουν τον αναγνώστη να αντιληφθεί σημαντικές λεπτομέρειες και σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί ερευνητές γενικεύουν τα ευρήματα τους χωρίς να τονίσουν τυχόν αδυναμίες της έρευνας.

7.4 Συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από τη βιβλιογραφία

Μετά από εκτεταμένη μελέτη μεγάλου μέρους της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τις συμπληρωμές εξάγονται τα εξής συμπεράσματα:

Η χρήση των συμπληρωμών ως εργαλείο ελέγχου της ζήτησης από τους ασθενείς είναι κοινό φαινόμενο σε πολλές χώρες. Η χρέωση των

ασθενών για ιατρικές υπηρεσίες μετακινεί το κόστος από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα και μπορεί να ελέγξει τη ζήτηση με το να περιορίζει την ‘μη απαραίτητη’ ιατρική κατανάλωση.

Το να πληρώνουν μέρος του κόστους φροντίδας μπορεί να κάνει τους καταναλωτές περισσότερο γνώστες του υψηλού κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ενθαρρύνοντας έτσι την πιο αποτελεσματική και κατάλληλη χρήση των υπηρεσιών. Για παράδειγμα εγκαθιστώντας ένα υψηλότερο επίπεδο συμπληρωμών για τις επισκέψεις στα ΤΕΠ και χαμηλότερο επίπεδο συμπληρωμών για επισκέψεις στους γιατρούς δίνει κίνητρα στους ασθενείς με λιγότερες ανάγκες φροντίδας υγείας να αναζητούν φροντίδα στο γραφείο του γιατρού παρά στις πιο δαπανηρές υπηρεσίες ΤΕΠ.

Η μη γνώση του ποσού των συμπληρωμών θα μπορούσε να διαφοροποιήσει την ακριβή επίδραση αυτού του κινήτρου ^[1]. Για παράδειγμα ασθενείς που υποτιμούν το κόστος των συμπληρωμών πιθανόν να συνεχίσουν να αναζητούν αχρείαστες υπηρεσίες καθώς δε θα υπήρχε κίνητρο και ασθενείς οι οποίοι υπερεκτιμούν το κόστος τους θα μπορούσαν να αποφύγουν απαραίτητη φροντίδα οδηγούμενοι σε ανεπιθύμητες συνέπειες για την υγεία τους. ^[23]

Οι συμπληρωμές στα φάρμακα σκοπεύουν στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, μέσα από τον έλεγχο της ζήτησης και τον περιορισμό εκείνων που θεωρούνται λιγότερο αναγκαία. Οι χρεώσεις χρηστών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα έχουν την επιθυμητή επίδραση της μείωσης στη χρήση των λιγότερο αναγκαίων φαρμάκων αλλά επίσης την ανεπιθύμητη επίδραση της μείωσης της χρήσης φαρμάκων, τα οποία είναι απαραίτητα για τη διαχείριση ασθενειών και για πρόληψη ^[15].

Ένα από τα πιο ξεκάθαρα επίσης συμπεράσματα είναι ότι τα υψηλά επίπεδα συμπληρωμών μεταφέρουν ένα μεγαλύτερο οικονομικό βάρος στον ασθενή ^[8]. Η διεθνής εμπειρία έδειξε ότι οι συμπληρωμές μειώνουν τη χρήση στις ωφέλιμες όσο και στις μη ωφέλιμες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Επιπλέον, μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις στους φτωχούς ανθρώπους, οι οποίοι έχουν λιγότερα χρήματα να ξοδέψουν ^[10].

Δημόσια ασφαλιζόμενοι πληθυσμοί περιλαμβάνουν κάποιες ευπαθείς ομάδες ασθενών όπως ηλικιωμένα άτομα και χαμηλού εισοδήματος ομάδες,

που μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής όταν απαιτείται να πληρώσουν. Η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή όμως έχει αρνητικές μελλοντικές συνέπειες όπως αυξημένη θνησιμότητα και μελλοντικά κόστη στο σύστημα ^[29].

Οι πολίτες είναι θετικοί στην εισαγωγή συμπληρωμών ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας, με την προϋπόθεση όμως ότι οι υπηρεσίες θα παρέχονται με καλή ποιότητα και γρήγορη πρόσβαση. Συνεπώς η εισαγωγή συμπληρωμών στο χώρο της υγείας πρέπει να συνδυαστεί με προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας και της πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες ^[19].

Επιτυχής εφαρμογή πολιτικής χρεώσεων χρηστών απαιτεί κοινωνική συνοχή στους στόχους της πολιτικής υγείας. Πρέπει να υπάρχουν πραγματικές βελτιώσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, αξιοπρόσεκτες για τους καταναλωτές για να επιβεβαιώσουν την αποδοχή των χρεώσεων ^[13]. Ιδιαίτερη προσοχή λοιπόν πρέπει να δοθεί στη διαδικασία της μετατροπής των χρημάτων που μαζεύονται από τις συμπληρωμές σε ενέργειες για βελτίωση των υπηρεσιών ^[19].

Ένας τρόπος για να βελτιωθεί η ποιότητα είναι τα χρήματα από τις χρεώσεις να παραμείνουν και να επανεπενδυθούν στις εγκαταστάσεις υγείας από τις οποίες συγκεντρώνονται ^[21].

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8.1 Σκοπός έρευνας

Κίνητρο για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η εισαγωγή συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου. Σκοπός της είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των επιπτώσεων από την επιβολή αυτών των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθώς και η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο το μέτρο είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σημαντικούς δευτερεύοντες στόχους επίσης αποτελούν ο βαθμός στον οποίο περιορίστηκε η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας λόγω της επιβολής co-payments αλλά και η άποψη των ασθενών σχετικά με το μέτρο. Απώτερος στόχος είναι να εξαχθούν συμπεράσματα που θα χρησιμεύσουν στο σχεδιασμό μέτρων και τη διαμόρφωση πολιτικής για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των συμπληρωμών.

Η συγκεκριμένη μελέτη επιχειρείται για πρώτη φορά στην Κύπρο και τα ευρήματα από τη αξιολόγηση και ανάλυση των στοιχείων αναμένεται να φωτίσουν σε κάποιο βαθμό το θέμα των συμπληρωμών στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από τη συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τις ανικανοποίητες ανάγκες είναι πιθανόν να τεκμηριώσει επιδείνωση του προβλήματος ύπαρξης ανισοτήτων πρόσβασης μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, όπως π.χ. οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι συνταξιούχοι. Ακόμα θα καταγραφεί η απήχηση που έχει αυτό το μέτρο στους πολίτες και οι αντιδράσεις τους μετά την εφαρμογή. Επιπλέον, τα ευρήματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν οδηγό για το ύψος των συμπληρωμών που αναμένεται να επιβληθούν με την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, προσφέροντας υλικό στους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας στο Υπουργείο Υγείας και τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας.

8.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Όσον αφορά τη συλλογή δεδομένων, η μέθοδος που θεωρήθηκε ως πιο κατάλληλη ήταν αυτή του ερωτηματολογίου .

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ετοιμάστηκε ειδικά για την συγκεκριμένη έρευνα, ύστερα από εκτενή μελέτη άλλων ερωτηματολογίων, τις ανάγκες της έρευνας

και τις ιδιαιτερότητες της Κύπρου. Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου, προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις είναι ακριβείς και κατανοητές ως προς το περιεχόμενό τους. Αυτό έγινε για να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα κατανόησης των ερωτήσεων σχετικά με την μορφή και την διατύπωση τους. Η πιλοτική έρευνα έγινε σε συνολικό δείγμα 20 ατόμων κατά την επίσκεψή τους στο Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Συγκεκριμένα, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς από την ίδια την ερευνήτρια και με την μέθοδο της συνέντευξης συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο. Τους ζητήθηκε επίσης να κάνουν τις δικές τους παρατηρήσεις τους. Δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στο ερωτηματολόγιο εκτός από κάποιες μικρές αναδιατυπώσεις ώστε να είναι πιο ξεκάθαρα κάποια σημεία και να μην υπάρχει κανένα περιθώριο για παρερμηνείες. Στους ερωτηθέντες διευκρινίστηκε ότι η συμπλήρωση του είναι εθελοντική, ανώνυμη και οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.

Το ερωτηματολόγιο είναι εκτενές χωρίς όμως να είναι πολύ μεγάλο και κουραστικό και είναι περιεκτικό αφού καλύπτει μεγάλο εύρος των διαστάσεων που αφορούν τις συμπληρωμές. Το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο τέλος της μελέτης (Παράρτημα I) και χωρίζεται σε 4 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμπεριλαμβανομένης και μίας ερώτησης-φίλτρου ώστε να αποκλειστούν οι μη δικαιούχοι περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Στη δεύτερη ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις για το επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων και στην Τρίτη ενότητα εξετάζεται η γνώση και η αντίληψη των ασθενών για τα τέλη. Για την απάντηση κάποιων ερωτήσεων αυτής της ενότητας χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η τέταρτη και τελευταία ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο η εισαγωγή των συμπληρωμών επηρέασε τη συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

Γενικά οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κλειστού τύπου εκτός από μία ανοικτού τύπου ερώτηση στο τέλος του ερωτηματολογίου όπου οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να εισηγηθούν τρόπους βελτίωσης του συστήματος υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις καθώς οι συγκεκριμένες ερωτήσεις δεν επιτρέπουν να χαθεί καθόλου πληροφορία και οι απαντήσεις είναι εύκολα μετρήσιμες. Η χρήση κλειστού τύπου ερωτήσεων είναι επίσης μια εύκολη και οικονομική μέθοδος. Παράλληλα η εισαγωγή των στοιχείων στις βάσεις δεδομένων

καθώς και η αντίστοιχη στατιστική ανάλυση απαιτεί λιγότερο χρόνο και κόπο. Επιπλέον η ύπαρξη προκαθορισμένων και συγκεκριμένων απαντήσεων στις ‘κλειστές’ ερωτήσεις διευκολύνει τη σύγκριση των απαντήσεων των συμμετεχόντων και την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σε σχέση με τις ‘ανοικτές’ ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν τις δικές τους εκφράσεις, οι οποίες είναι δύσκολα συγκρίσιμες ^[40]. Η ανοικτού τύπου ερώτηση χρησιμοποιήθηκε για να ληφθούν ειλικρινείς και αυθόρμητες απαντήσεις. Οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις δεν θέτουν περιορισμούς στο περιεχόμενο ή στον τρόπο απάντησης έτσι ώστε να ενθαρρυνθούν οι ερωτηθέντες να απαντήσουν ειλικρινά τι νομίζουν.

8.3 Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο μέχρι και τον Μάιο του 2014. Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούσαν ασθενείς που επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, τις Πρώτες Βοήθειες του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, και τα Κέντρα Υγείας Στροβόλου, Καιμακλιού, Λακατάμειας, Λατσιών, Έγκωμης και Αγλαντζιάς. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας με πιθανότητα (probability sampling) η οποία γίνεται σύμφωνα με τους νόμους των πιθανοτήτων, είναι ελεγχόμενη ως προς τις παραμέτρους της και δίνει τη δυνατότητα να γενικευτούν τα συμπεράσματα που εξάγονται από το δείγμα. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας (convenience sampling).

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 294 ασθενείς με δικαίωμα περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας. Τα άτομα που πληρούσαν την προαναφερθείσα προϋπόθεση προχωρούσαν σε συνέντευξη για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εντός των κέντρων υγείας. Επιλέχθηκε η μέθοδος της συνέντευξης με την οποία επιτυγχάνεται αμεσότητα και με την οποία επίσης υπάρχει η δυνατότητα να δοθούν διευκρινίσεις σε τυχόν απορίες.

8.4 Ηθική και δεοντολογία

Για τη διεξαγωγή της μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων έπρεπε να παρθεί άδεια από το Υπουργείο Υγείας, την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Μετά από

κάποιες γραφειοκρατικές διαδικασίες και αφού έγινε αποδεκτό το αίτημα, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στα κέντρα υγείας. Η ερευνήτρια ρωτούσε τον ασθενή αν ήθελε να συμμετάσχει στην έρευνα, αφού τον ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας, καθώς και το ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις εμπιστευτικές. Αν ο ασθενής δεχόταν να συμμετάσχει στην έρευνα, προχωρούσε η διαδικασία της συνέντευξης.

Οι εγκρίσεις διεξαγωγής της έρευνας παραθέτονται στα παραρτήματα II, III, IV.

8.5 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, αφού έγινε η κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε η μεταφορά τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να γίνει η επεξεργασία τους με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Οι κατηγορικές μεταβλητές ή αλλιώς ονομαστικές μεταβλητές αποτελούν την απλούστερη και περισσότερο συνηθισμένη μορφή δεδομένων καθώς με τις μετρήσει, ένα ορισμένο αντικείμενο συνδέεται με μία ορισμένη κατηγορία ή τάξη ^[41]. Όταν οι ονομαστικές μεταβλητές μπορούν να λάβουν μόνο μία από δύο συγκεκριμένες τιμές τότε ονομάζονται διχοτόμες ^[41].

Στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών απαιτείται η διεξαγωγή ελέγχου κανονικότητας. Γι αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Με τους ελέγχους κανονικότητας εκτιμάται εάν η κατανομή των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δεδομένα των 'δειγμάτων' είναι η κανονική κατανομή ή αν την προσεγγίζει ^[41].

Όπου η κατανομή των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα είναι η κανονική κατανομή (normal distribution), τότε χρησιμοποιούνται οι παραμετρικές μέθοδοι με την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Στην αντίθετη

περίπτωση των μη παραμετρικών μεθόδων χρησιμοποιούνται οι διάμεσοι και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, αντίστοιχα.

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

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test). Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιείται στις κατηγορικές μεταβλητές όταν τα 'δείγματα' είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους ^[41].

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

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Η λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται όταν η εξαρτημένη μεταβλητή δεν είναι ποσοτική αλλά διχοτόμος οπότε μπορεί να λάβει μόνο δύο πιθανές τιμές. Όταν συμπεριλαμβάνονται περισσότερες από μία ανεξάρτητες μεταβλητές (ποσοτικές ή ποιοτικές) χρησιμοποιείται η πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση 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 ($\alpha = 0,05$).

8.6 Περιορισμοί έρευνας

Περιορισμός χρόνου-χρονική στιγμή.

Η έρευνα διεξήχθη μέσα σε δύο μήνες. Αν υπήρχε περισσότερος χρόνος μπορεί να αυξανόταν η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων αφού θα συλλέγονταν περισσότερα δεδομένα και θα εξάγονταν πιο ασφαλή συμπεράσματα.

Οι συμπληρωμές εισήχθησαν την 1^η Αυγούστου 2013 επομένως η συγκεκριμένη έρευνα έγινε μετά από σχετικά σύντομο διάστημα μέσα στο οποίο είναι δυνατόν να μην πρόλαβαν να φανούν οι επιπτώσεις των συμπληρωμών αλλά και η τεκμηριωμένη άποψη των ασθενών.

Συγχρονικά δεδομένα

Η μελέτη βασίζεται στην ανάλυση συγχρονικών δεδομένων (cross-sectional). Τα συγχρονικά δεδομένα λαμβάνονται σε μία χρονική στιγμή ή σε μία μικρή χρονική περίοδο. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές στο χρόνο.

Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Το ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν με τη μέθοδο της συνέντευξης εντός των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες απαντήσεις καθώς υπάρχει πίεση χρόνου λόγω του ότι αρκετοί ασθενείς βιάζονται είτε να φύγουν είτε να εξεταστούν όσο το δυνατό συντομότερα.

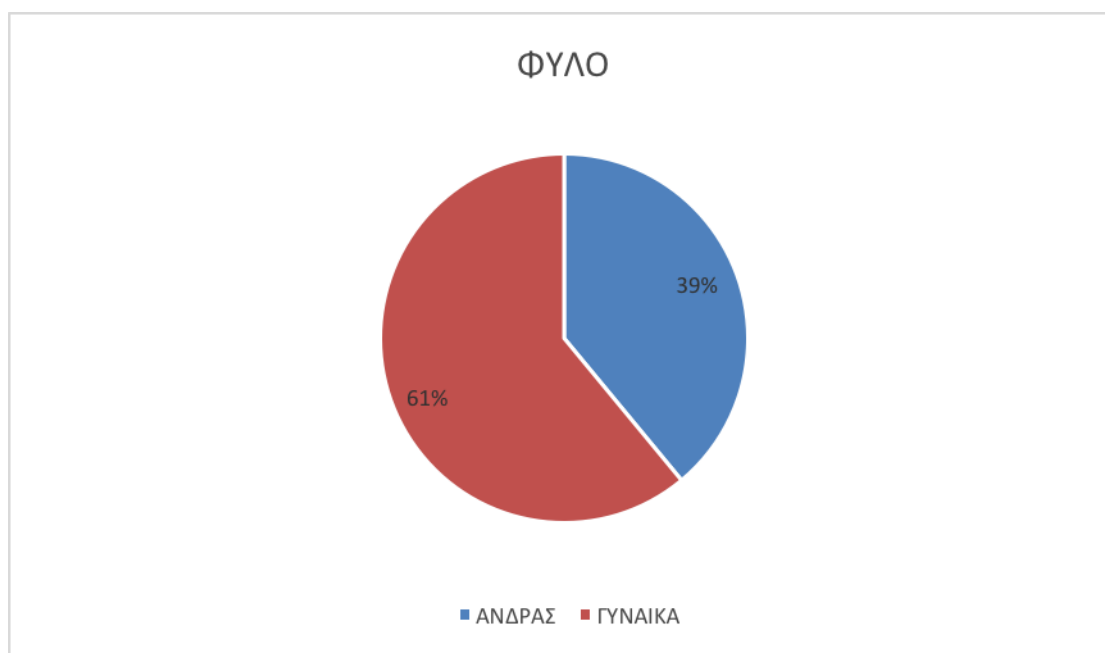
■ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Στους πίνακες 9.1-9.9 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών καθώς και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 9.1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο

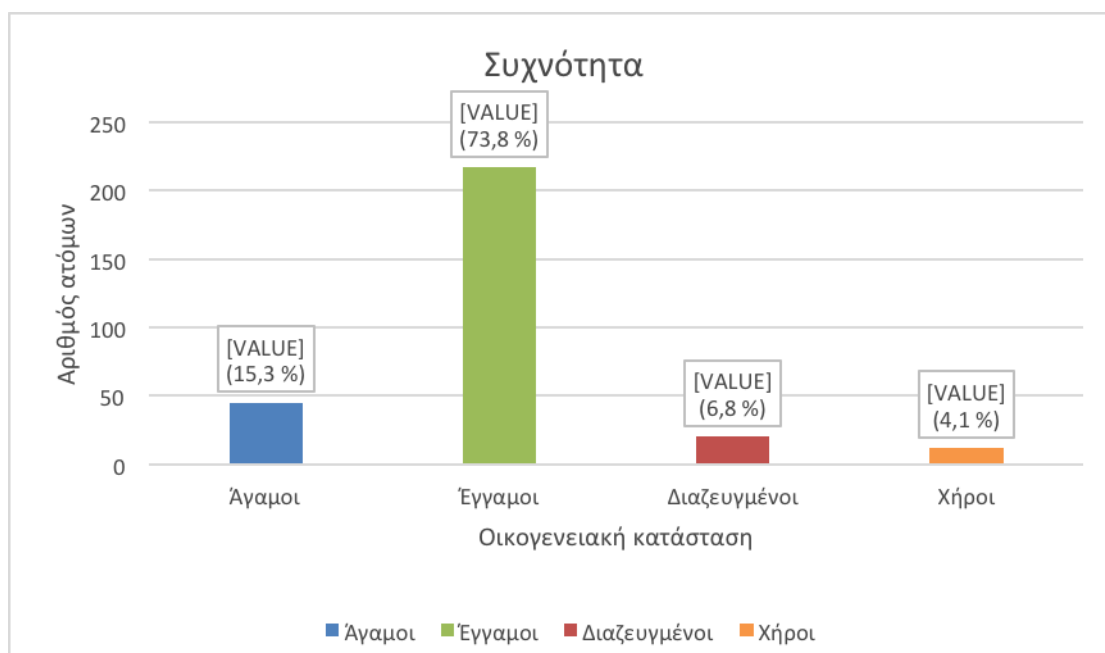
Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Άνδρας	106	36,1
Γυναίκα	188	63,9
Σύνολο	294	100



Εικόνα 9.1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο

Πίνακας 9.2: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση

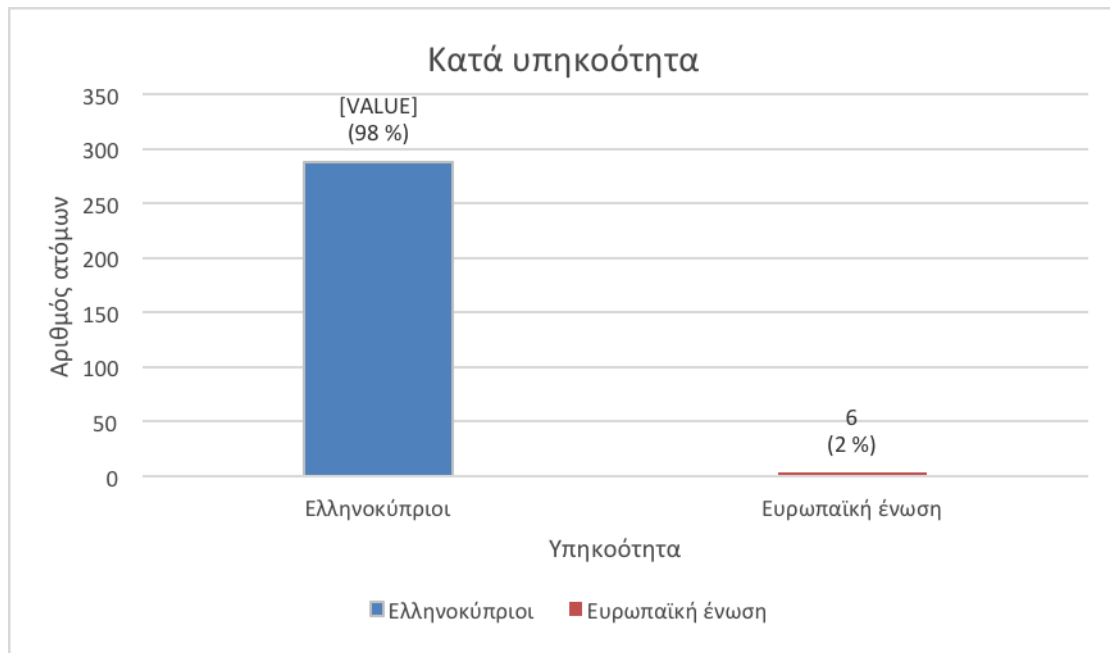
Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Έγγαμοι	217	73,8
Άγαμοι	45	15,3
Διαζευγμένοι	20	6,8
Χήροι	12	4,1
Σύνολο	294	100



Εικόνα 9.2: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 9.3: Κατανομή του δείγματος κατά υπηκοότητα

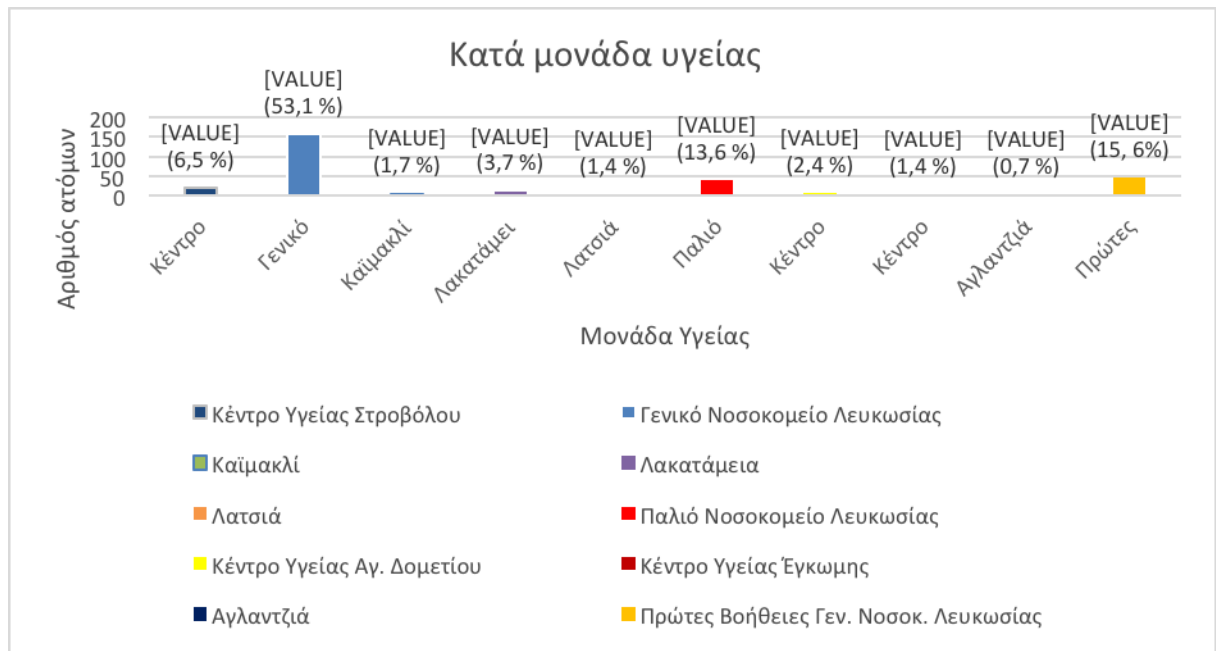
Υπηκοότητα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ελληνοκύπριοι	288	98,0
Ευρωπαϊκή Ένωση	6	2,0



Εικόνα 9.3: Κατανομή του δείγματος κατά υπηκοότητα

Πίνακας 9.4: Κατανομή του δείγματος κατά μονάδα υγείας

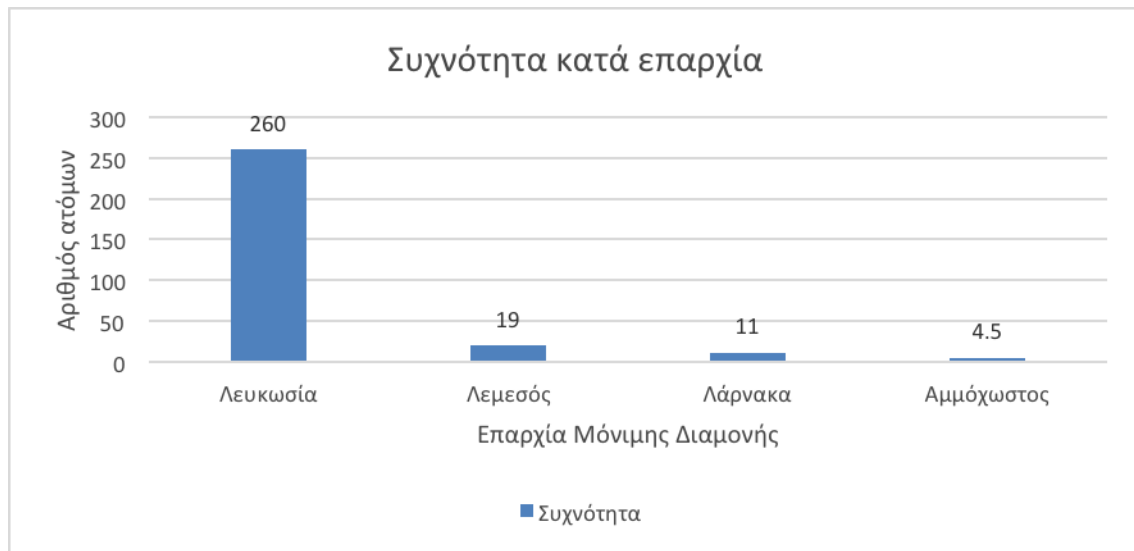
Μονάδα Υγείας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κέντρο Υγείας Στροβόλου	19	6,5
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	156	53,1
Καϊμακλι	5	1,7
Λακατάμεια	11	3,7
Λατσιά	4	1,4
Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας	40	13,6
Κέντρο Υγείας Αγίου Δομετίου	7	2,4
Κέντρο Υγείας Έγκωμης	4	1,4
Αγλαντζιά	2	0,7
Πρώτες Βοήθειες Γεν.Ν. Λευκωσίας	46	15,6
Σύνολο	294	100



Εικόνα 9.4: Συχνότητα κατά μονάδα Υγείας

Πίνακας 9.5: Κατανομή του δείγματος κατά επαρχία μόνιμης διαμονής

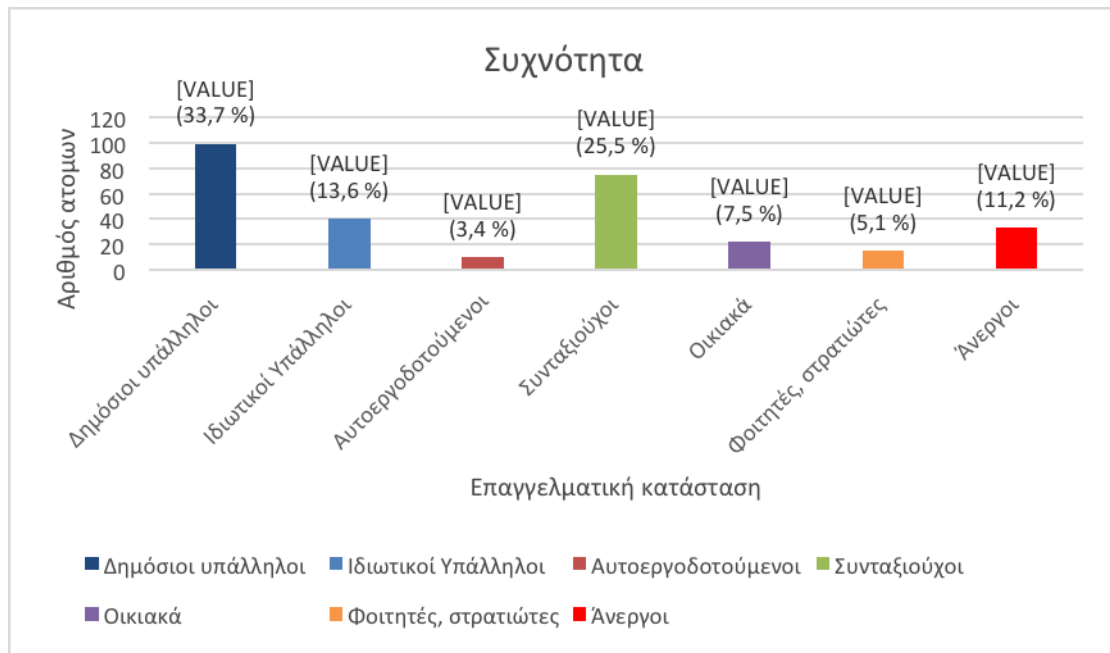
Επαρχία μόνιμης διαμονής	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λευκωσία	260	89,0
Λεμεσός	19	6,5
Λάρνακα	11	3,7
Αμμόχωστος	2	0,7
Σύνολο	294	100



Εικόνα 9.5: Συχνότητα κατά Επαρχία

Πίνακας 9.6: Κατανομή του δείγματος κατά επαγγελματική κατάσταση

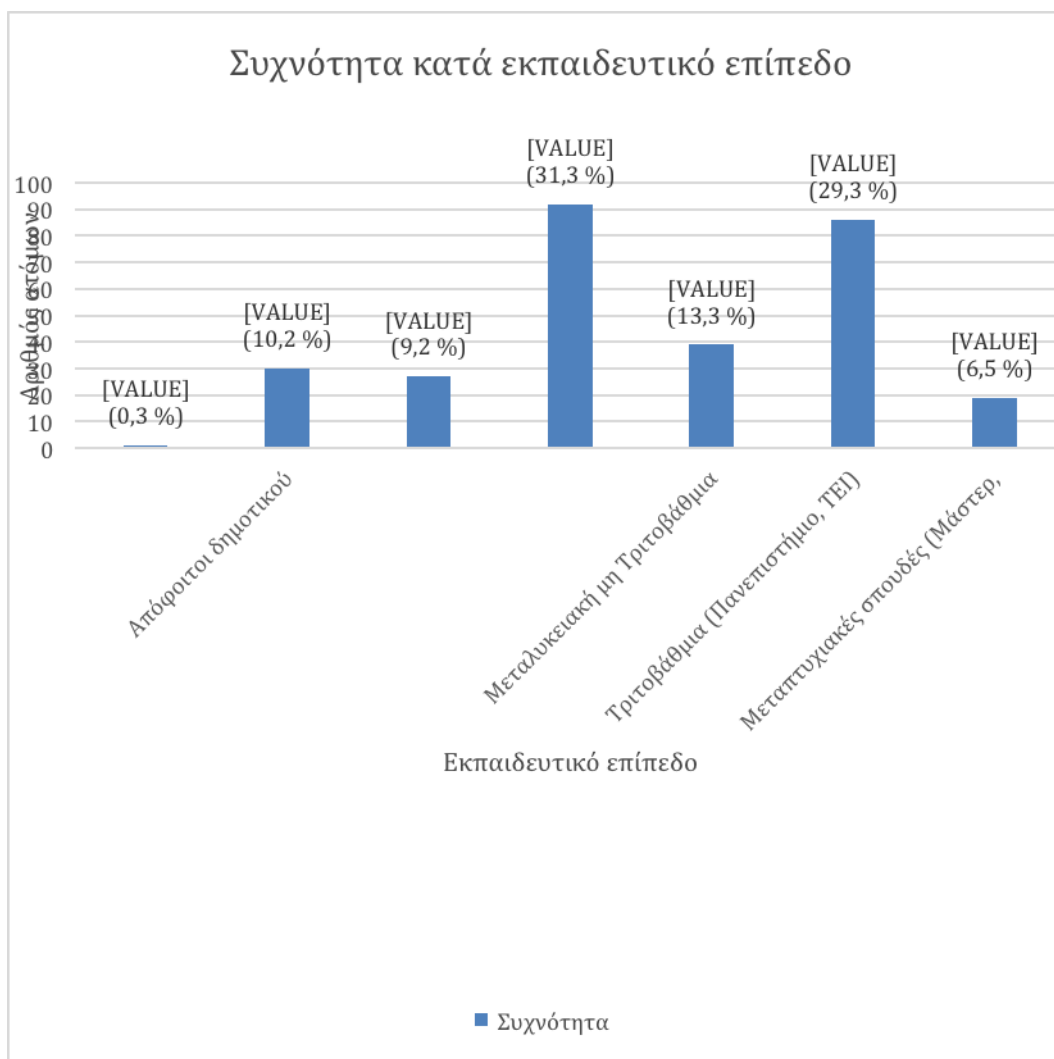
Επαγγελματική κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Δημόσιοι υπάλληλοι	99	33,7
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	40	13,6
Αυτοεργοδοτούμενοι	10	3,4
Συνταξιούχοι	75	25,5
Οικιακά	22	7,5
Φοιτητές, στρατιώτες	15	5,1
Άνεργοι	33	11,2
Σύνολο	294	100



Εικόνα 9.6: Συχνότητα κατά επαγγελματική κατάσταση

Πίνακας 9.7: Κατανομή του δείγματος κατά ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο

Ανώτερο Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το δημοτικό	1	0,3
Απόφοιτοι δημοτικού	30	10,2
Απόφοιτοι Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	27	9,2
Απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	92	31,3
Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)	39	13,3
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	86	29,3
Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)	19	6,5
Σύνολο	294	100

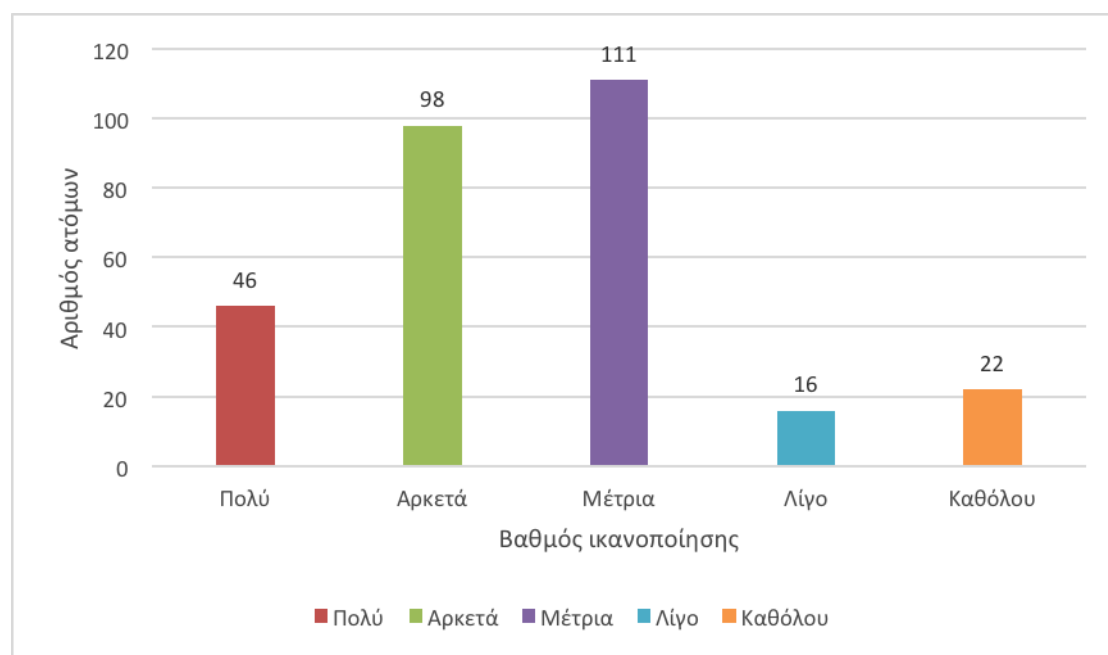


Εικόνα 9.7: Συχνότητα κατά Εκπαιδευτικό Επίπεδο

9.1.1 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 9.8: Κατανομή του δείγματος κατά ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πολύ	46	15,7
Αρκετά	98	33,4
Μέτρια	111	37,9
Λίγο	16	5,5
Καθόλου	22	7,5
Σύνολο	294	100

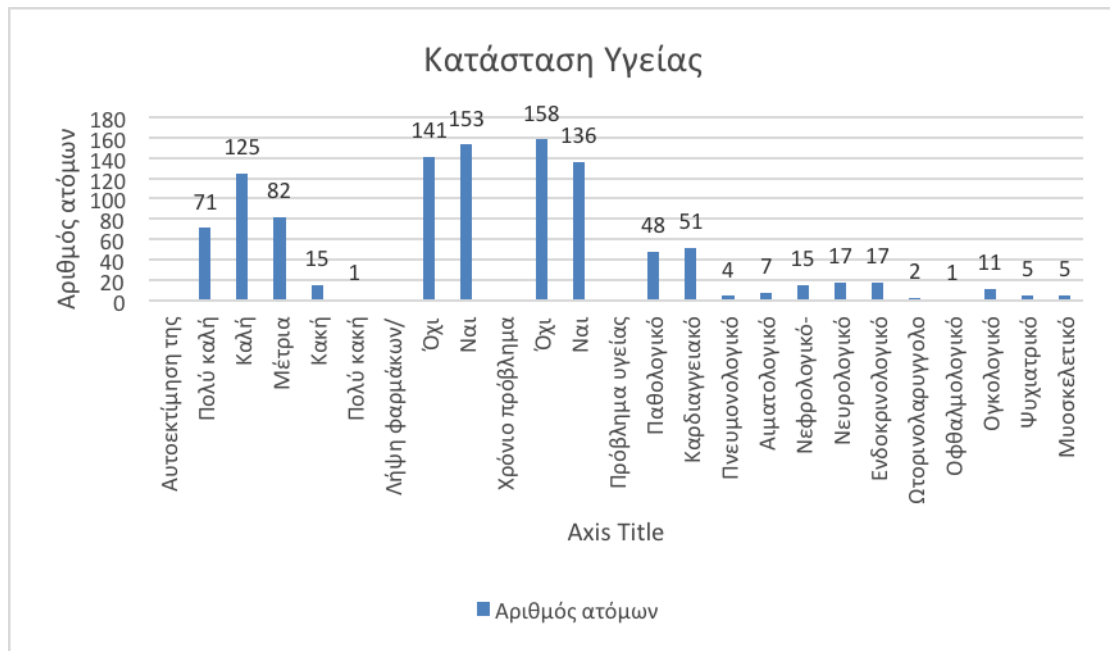


Εικόνα 9.7: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

9.1.2 Χαρακτηριστικά που αφορούν την υγεία

Πίνακας 9.9: Κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων

Χαρακτηριστικά της υγείας	N	%
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		
Πολύ καλή	71	24,1
Καλή	125	42,5
Μέτρια	82	27,9
Κακή	15	5,1
Πολύ κακή	1	0,3
Λήψη φαρμάκων/θεραπείας σε τακτική βάση		
Όχι	141	48,0
Ναι	153	52,0
Χρόνιο πρόβλημα υγείας		
Όχι	158	53,7
Ναι	136	46,3
Πρόβλημα υγείας		
Παθολογικό	48	35,3
Καρδιαγγειακό	51	37,5
Πνευμονολογικό	4	2,9
Αιματολογικό	7	5,1
Νεφρολογικό-ουρολογικό	15	11,0
Νευρολογικό	17	12,5
Ενδοκρινολογικό	17	12,5
Ωτορινολαρυγγολογικό	2	1,5
Οφθαλμολογικό	1	0,8
Ογκολογικό	11	8,0
Ψυχιατρικό	5	3,7
Μυοσκελετικό	5	3,7



Εικόνα 9.8: Κατάσταση Υγείας

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το δείγμα αποτελείται από περισσότερες γυναίκες απ' ότι άντρες με ποσοστό 63,9% και 36,1% αντίστοιχα. Η μέση τιμή ηλικίας είναι τα 49,6 χρόνια.

Στον πίνακα 9.2 και στο διάγραμμα 9.2 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες (73,8%) δηλώνουν όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση παντρεμένοι, ενώ ακολουθούν οι άγαμοι, με ποσοστό 15,3%.

Το 98% αυτών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι ελληνοκύπριοι και μόνο το 2% έχει άλλη ευρωπαϊκή υπηκοότητα.

Όσον αφορά την μονάδα υγείας στην οποία συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, ο μεγαλύτερος αριθμός των ανταποκριθέντων βρισκόταν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (53,1%), ενώ ακολουθούν οι Πρώτες Βοήθειες και το Παλιό Νοσοκομείο Λευκωσίας με ποσοστά 15,3% και 13,3% αντίστοιχα.

Σχετικά με την επαρχία μόνιμης διαμονής, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία αυτών που απάντησαν διαμένει στην επαρχία Λευκωσίας (89,0%).

Σύμφωνα με τον πίνακα 9.6 και το διάγραμμα 9.6, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (33,7%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 25,5% είναι συνταξιούχοι και το 13,6% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι. Το 11,2% δηλώνουν άνεργοι.

Ο μέσος αριθμός ατόμων που μένουν στο ίδιο σπίτι είναι 3 και το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα είναι 2111 ευρώ.

Το 31,3% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου. Εντοπίζεται βέβαια και ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με ανώτατη μόρφωση (29,3%) δηλαδή είτε απόφοιτοι Πανεπιστημίου είτε απόφοιτοι ΤΕΙ.

Πέρα από τις πιο πάνω μεταβλητές, ο πίνακας 9.8 παρουσιάζει την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Το 49,1% των ασθενών δηλώνουν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, ενώ το 50% δηλώνουν καθόλου/μέτρια ικανοποιημένοι.

Τέλος, στον πίνακα 9.9 φαίνεται η κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων. Το 66,6% των ασθενών αξιολόγησε την υγεία του ως καλή/πολύ καλή και το 33,4% ως μέτρια/κακή/πολύ κακή. Το 46,3% δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν χρόνιο πρόβλημα υγείας και πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες, συγκεκριμένα το 52% είπαν πως λαμβάνουν φάρμακα/θεραπεία σε τακτική βάση. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν καρδιαγγειακά (37,5%), παθολογικά (35,3%), νευρολογικά (12,5%) και ενδοκρινολογικά (12,5%).

9.2 Γνώσεις και αντιλήψεις για τα τέλη

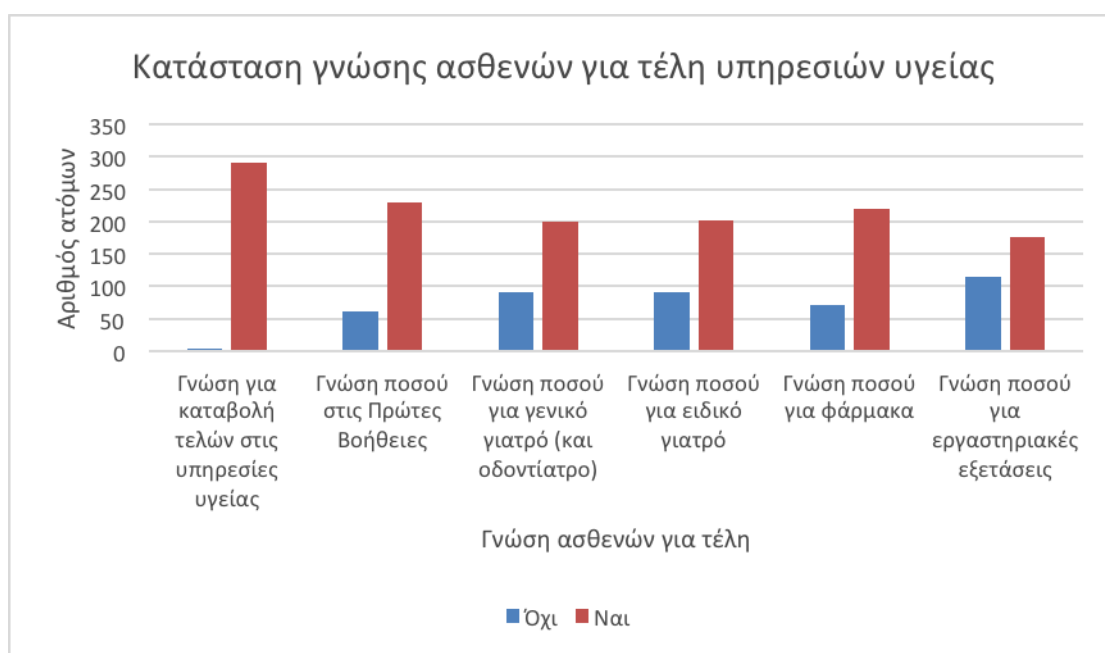
Στους πίνακες 9.10-9.17 παρουσιάζονται οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη.

9.2.1 Γνώση των ασθενών για τα τέλη στις υπηρεσίες υγείας

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 6 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις των ασθενών για τα νέα τέλη που επιβλήθηκαν στις υπηρεσίες υγείας. Ο πίνακας 9.10 παρουσιάζει τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 9.10: Γνώση των ασθενών για τα τέλη στις υπηρεσίες υγείας

Ερωτήσεις	Όχι (N)	Ναι (N)
Γνώση για καταβολή τελών στις υπηρεσίες υγείας	3	291
Γνώση ποσού στις Πρώτες Βοήθειες	61	230
Γνώση ποσού για γενικό γιατρό (και οδοντίατρο)	91	200
Γνώση ποσού για ειδικό γιατρό	90	201
Γνώση ποσού για φάρμακα	71	220
Γνώση ποσού για εργαστηριακές εξετάσεις	115	176



Εικόνα 9.9: Κατάσταση γνώσης ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας

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

Το 79% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του γενικού νοσοκομείου και το 21% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 97,4% (n=224) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 10 ευρώ. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 57,4% (n=35) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 10 ευρώ.

Το 68,7% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε επίσκεψη στο γενικό γιατρό (και οδοντίατρο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ. και το 31,3% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 71,5% (n=143) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 3 ευρώ. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 13,2% (n=12) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 3 ευρώ.

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 92% (n=185) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 6 ευρώ. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 17,8% (n=16) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 6 ευρώ.

Το 75,6% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε φάρμακο που γράφει ο γιατρός και το 24,4% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 93,6% (n=206) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5 ευρώ. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 15,5% δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5 ευρώ.

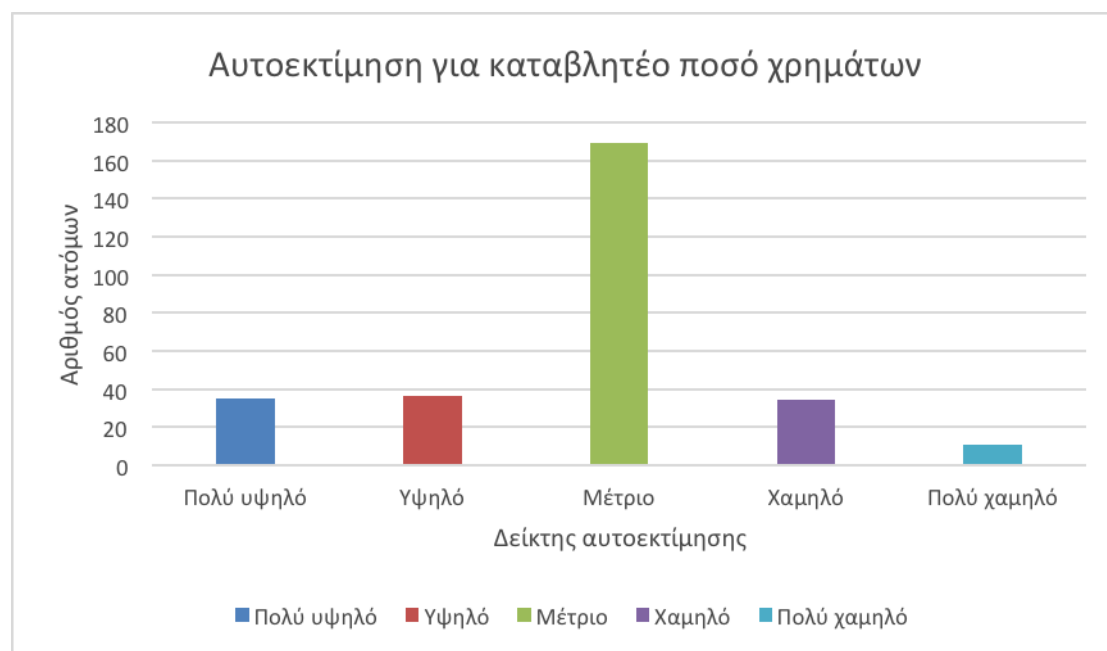
Το 60,5% δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που γράφει ο γιατρός και το 39,5% ότι δεν το γνωρίζουν. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως γνωρίζουν το ποσό, το 85,8% (n=151) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5 ευρώ. Μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το ποσό, το 19,1% (n=22) δήλωσαν σωστά πως το ποσό είναι 0,5 ευρώ.

Δεκαεννιά ασθενείς δήλωσαν πως εξαιρέθηκαν από την καταβολή του ποσού για τις υπηρεσίες υγείας.

9.2.2 Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί

Πίνακας 9.11: Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί

	N
Πολύ υψηλό	35
Υψηλό	36
Μέτριο	169
Χαμηλό	34
Πολύ χαμηλό	11



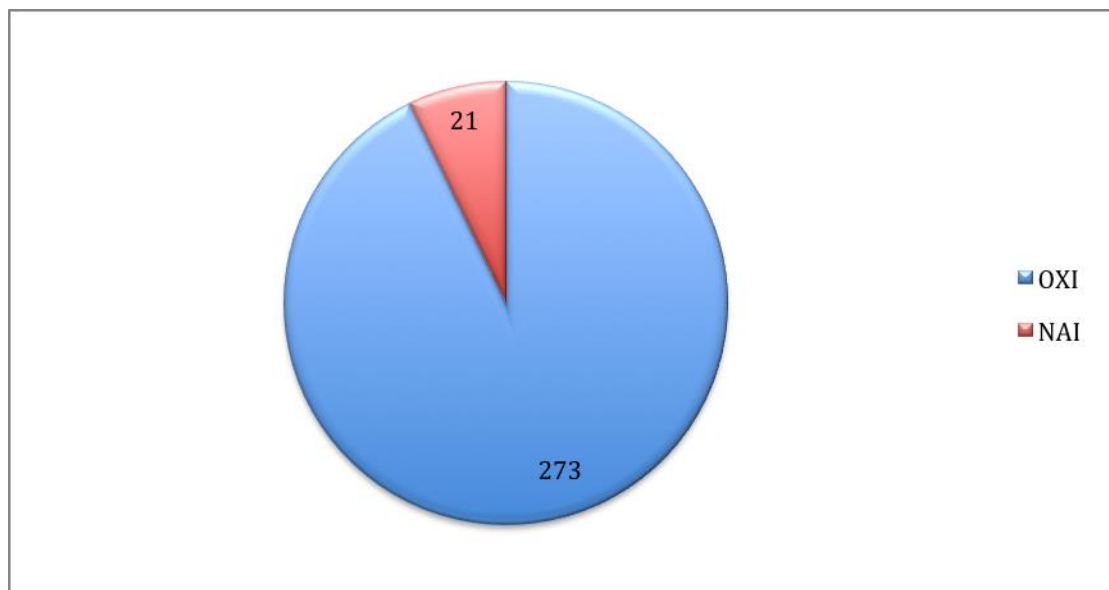
Εικόνα 9.10: Αυτοεκτίμηση για το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί

Τα αποτελέσματα που αφορούν την εκτίμηση των ασθενών σχετικά με το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι πολύ ενδιαφέροντα. Μόνο το 24,9% των ασθενών δήλωσαν πως το ποσό των χρημάτων που πρέπει να καταβληθεί είναι υψηλό/πολύ υψηλό ενώ το 75,1% δήλωσαν πως το ποσό είναι πολύ χαμηλό/χαμηλό/μέτριο.

9.2.3 Δανεισμός για την καταβολή των τελών

Πίνακας 9.12: Δανεισμός για την καταβολή των τελών

Γνώμη	N
Όχι	273
Ναι	21



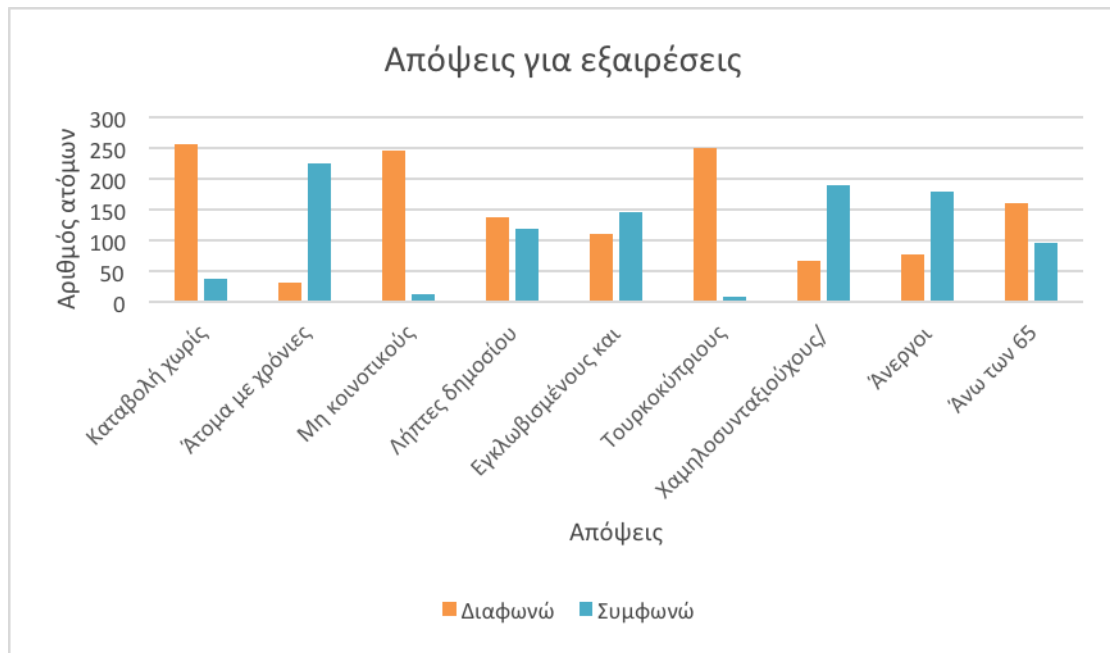
Εικόνα 9.11: Δανεισμός για καταβολή τελών

Όσον αφορά το ερώτημα εάν οι ασθενείς έχουν δανειστεί λεφτά προκειμένου να πληρώσουν τα τέλη των υπηρεσιών υγείας το 7,1% δήλωσαν πως δανείστηκαν χρήματα για να καταβάλουν τα τέλη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

9.2.4 Εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών

Πίνακας 9.13: Εξαιρέσεις στην καταβολή των τελων

Ερωτήσεις/Χαρακτηριστικό	Διαφωνώ N(%)	Συμφωνώ N(%)
Τα τέλη πρέπει να καταβάλλονται από όλους χωρίς εξαιρέσεις	256	37
Εξαίρεση καταβολής τελών για άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και άτομα με σοβαρές αναπηρίες	31	225
Εξαίρεση καταβολής τελών για μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.	245	11
Εξαίρεση καταβολής τελών για λήπτες δημόσιου βοηθήματος	137	119
Εξαίρεση καταβολής τελών για εγκλωβισμένους και στρατιώτες	110	146
Εξαίρεση καταβολής τελών για Τουρκοκύπριους	249	7
Εξαίρεση καταβολής τελών για χαμηλοσυνταξιούχους και άτομα με χαμηλά εισοδήματα	67	189
Εξαίρεση καταβολής τελών για ανέργους	77	179
Εξαίρεση καταβολής τελών για άτομα άνω των 65 ετών	160	96



Εικόνα 9.12: Αποψη για εξαιρέσεις στην καταβολή τελών

Τα ευρήματα για το ερώτημα κατά πόσον πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις στην καταβολή των τελών, δείχνουν ότι το 87,4% των ερωτηθέντων υποστηρίζουν πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις. 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 (87,8%).

Χαμηλοσυνταξιούχοι και άτομα με χαμηλά εισοδήματα (73,8%).

Άνεργοι (69,9%).

Εγκλωβισμένοι και στρατιώτες (46,5%).

Άτομα άνω των 65 ετών (37,5%).

Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε. (4,3%).

Τουρκοκύπριοι (2,7%).

9.2.5 Υπηρεσίες υγείας στις οποίες πρέπει να καταβάλλονται τέλη

Πίνακας 9.14: Υπηρεσίες υγείας στις οποίες πρέπει να καταβάλλονται τέλη

Χαρακτηριστικό	Διαφωνώ N(%)	Συμφωνώ N(%)
Καταβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας	188 (64,2)	105 (35,8)
Μή καταβολή τελών για επισκέψεις στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου	57 (30,3)	131 (69,7)
Μή καταβολή τελών για επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	137 (72,9)	51 (27,1)
Μή καταβολή τελών για επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	162 (86,2)	26 (13,8)
Μή καταβολή τελών για επισκέψεις σε ειδικούς (π.χ. καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου ή Κ.Υ.	124 (66,0)	64 (34,0)
Μή καταβολή τελών για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις	116 (61,7)	72 (38,3)
Μή καταβολή τελών για νοσηλεία στο νοσοκομείο	95 (50,5)	93 (49,5)
Μή καταβολή τελών για φάρμακα	106 (56,4)	82 (43,6)

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα διαπιστώνεται πως ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό ασθενών (64,2%) διαφωνούν με την καταβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας ενώ το 35,8% των ασθενών δηλώνουν πως πρέπει να καταβάλλονται τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Κατά φθίνουσα σειρά και ξεκινώντας από την υπηρεσία με το μεγαλύτερο ποσοστό, η κατάταξη αυτών στις οποίες δεν πρέπει να καταβάλλονται τέλη ήταν η εξής:

Επισκέψεις στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου (69,7%).

Φάρμακα (43,6%).

Νοσηλεία στο νοσοκομείο (39,5%).

Εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις (38,3%).

Επισκέψεις σε ειδικούς (π.χ. καρδιολόγο, νεφρολόγο) του νοσοκομείου ή του Κ.Υ. (34%).

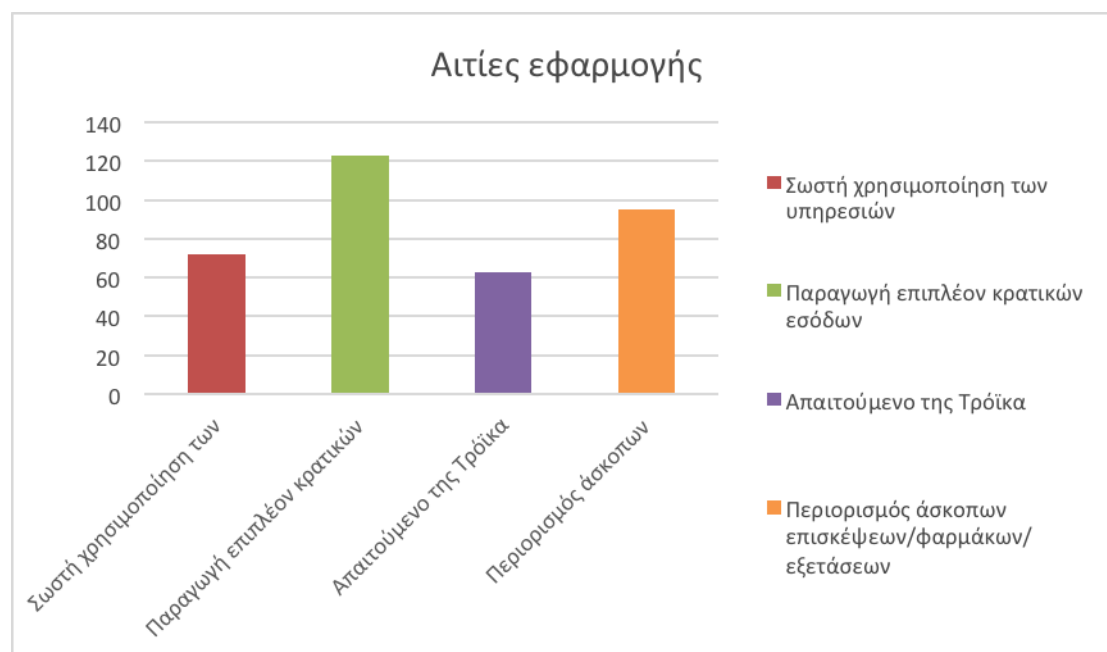
Επισκέψεις σε γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή Κ.Υ. (27,1%).

Επισκέψεις στον οδοντίατρο του νοσοκομείου ή Κ.Υ. (13,8%).

9.2.6 Για ποιό λόγο εφαρμόστηκε το μέτρο των τελών

Πίνακας 9.15: Αιτία εφαρμογής του μέτρου

Χαρακτηριστικό	N (%)
Για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες	72 (24,5)
Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων	123 (41,8)
Γιατί το ζήτησε η Τρόικα	63 (21,4)
Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις	95 (32,3)



Εικόνα 9.13: Αιτίες εφαρμογής του μέτρου

Το 41,8% των ασθενών δήλωσαν πως το μέτρο των τελών εφαρμόστηκε για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων, το 32,3% για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις, το 24,5% για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας και το 21,4% επειδή ζητήθηκε από την Τρόικα.

9.2.7 Αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών

Αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις με τη μορφή κλίμακας Likert για την αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν 0,8 γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή εσωτερική συνέπεια.

Πίνακας 9.16: Αντίληψη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών

Ερωτήσεις/Χαρακτηριστικό	Καθόλου (N)	Λίγο (N)	Μέτρια (N)	Αρκετά (N)	Πολύ (N)
Η εφαρμογή του μέτρου θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου	42	72	80	67	33
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου	31	53	83	90	37
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων	27	57	76	83	50
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις	41	61	90	73	29
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	85	76	67	42	22
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	45	71	85	66	26
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα εξοικονομήσει χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	39	57	68	87	41

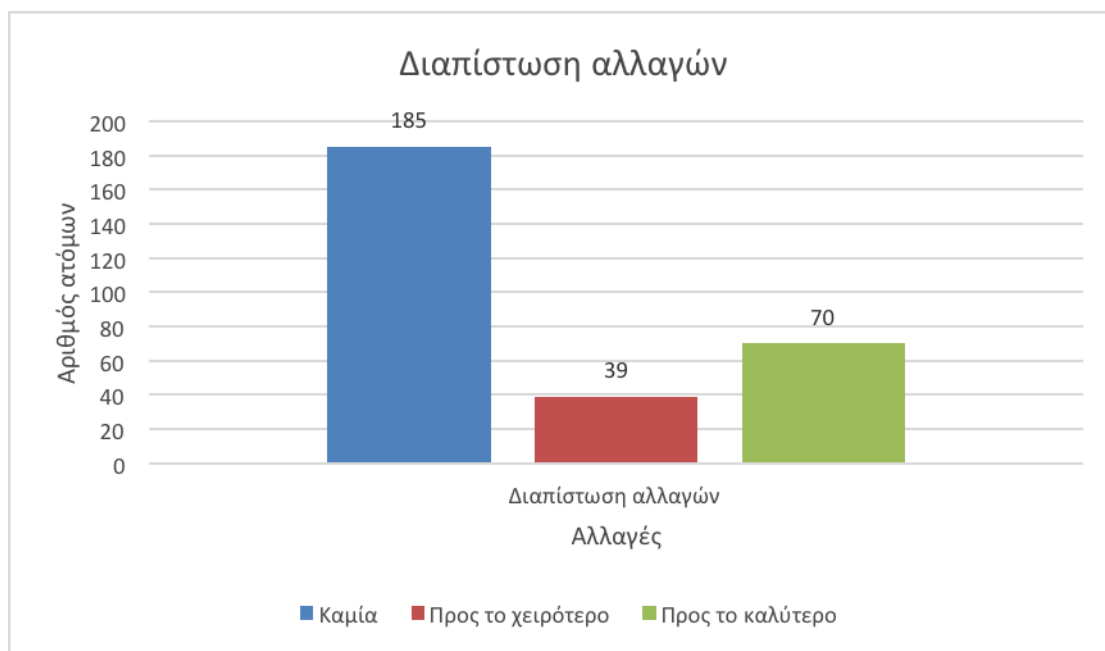
Τα αποτελέσματα που αφορούν τις ερωτήσεις σχετικά με τη γνώμη των ασθενών για την εφαρμογή του μέτρου παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Σύμφωνα με τον πίνακα 9.16 ένα ποσοστό πάνω από το 50% των χρηστών θεωρεί πως οι συμπληρωμές δε θα έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και δε θα μειώσουν σε σημαντικό βαθμό την άσκοπη και αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, το 34% των ασθενών δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, το 43,2% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες των νοσοκομείων, το 45,4% δήλωσαν πως η εφαρμογή του μέτρου θα περιορίσει αρκετά/πολύ τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων, το 34,7% δήλωσαν πως θα περιορίσει αρκετά/πολύ τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, το 43,8% δήλωσαν πως θα εξοικονομήσει αρκετά/πολλά χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, το 21,9% δήλωσαν πως θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα σε αρκετό/πολύ μεγάλο βαθμό και το 31,4% δήλωσαν θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται αρκετά/πολύ δύο φορές πριν πάει στο γιατρό.

9.2.8 Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013

Πίνακας 9.17: Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας

Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013	N(%)
Καμιά αλλαγή	185
Αλλαγές προς το χειρότερο	39
Αλλαγές προς το καλύτερο	70
Αλλαγές προς το χειρότερο	N(%)
Πλήρης αποσυντονισμός	17
Έλλειψη προσωπικού	7
Καθυστέρηση	12
Αλλαγές προς το καλύτερο	N(%)
Αποσυμφόρηση	51

Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	14
--------------------------------------------------	----



Εικόνα 9.14: Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας

Επιπρόσθετα, στο ερώτημα που τέθηκε στους ασθενείς κατά πόσον έχουν διαπιστώσει αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013, η πλειοψηφία των χρηστών (62,9%) δήλωσαν πως δεν διαπίστωσαν αλλαγές στις υπηρεσίες. Μεταξύ αυτών που ανέφεραν πως παρατήρησαν αλλαγές, το 13,3% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το χειρότερο και το 23,8% δήλωσαν πως διαπίστωσαν αλλαγές προς το καλύτερο.

Οι αλλαγές προς το χειρότερο ήταν ο πλήρης αποσυντονισμός, η έλλειψη προσωπικού και οι καθυστερήσεις. Οι αλλαγές προς το καλύτερο ήταν η αποσυμφόρηση και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

9.3 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Στον πίνακα 9.18 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα επίσης με τα αποτελέσματα, ο μέσος αριθμός επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό από την 1^η Αυγούστου 2013 ήταν 1,9 ενώ σε γιατρό που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ήταν 5.

Πίνακας 9.18: Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	Όχι N(%)	Ναι N(%)	Αριθμός φορών
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	274 (93,2)	20 (6,8)	1,7(0,7) ^α
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε γενικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	286 (97,3)	8 (2,7)	2,3(1,2) ^α
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε οδοντίατρο Κ.Υ., η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	292 (99,3)	2 (0,7)	1,0(1,0) ^α
Από την 1η Αυγούστου 2013, ανάγκη επίσκεψης σε ειδικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	285 (96,9)	9 (3,1)	2,2(0,8) ^α
Από την 1η Αυγούστου 2013, περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει φάρμακα λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα	287 (97,6)	7 (2,4)	1,6(0,8) ^α
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	290 (99,0)	3 (1,0)	1,0(1,0) ^α

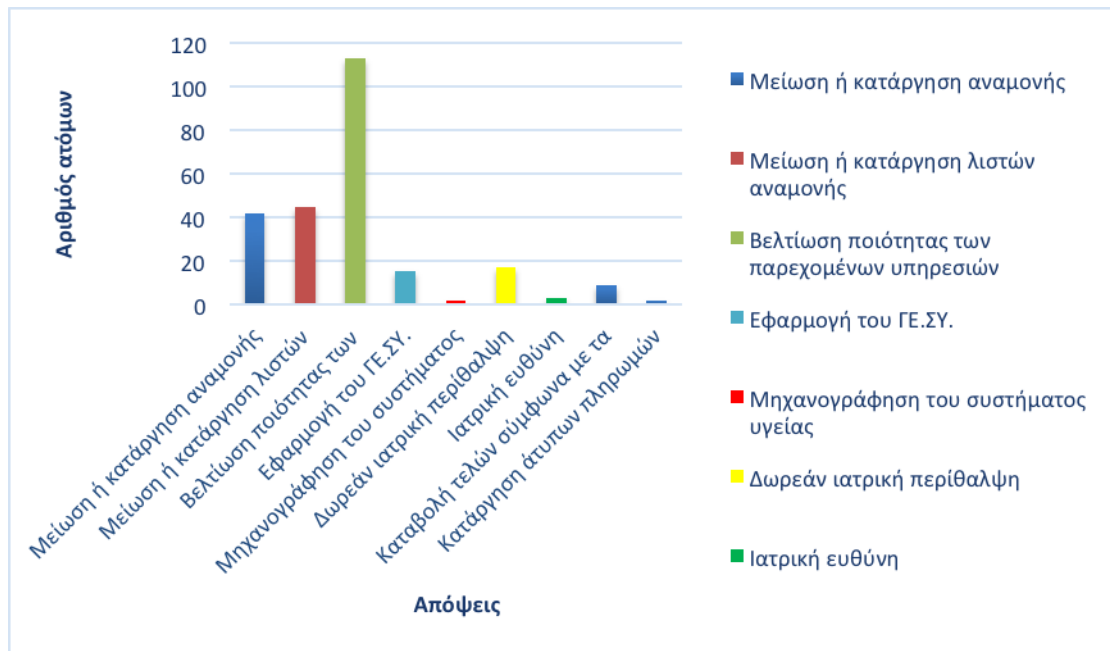
Από τα ευρήματα του πιο πάνω πίνακα φαίνεται πως σε γενικές γραμμές η πλειονότητα των ερωτηθέντων συνέχισε να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας και μετά την επιβολή των συμπληρωμών. Το 6,8% των ασθενών δήλωσε πως από την 1^η Αυγούστου 2013 υπήρξε ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι πρέπει να καταβληθούν χρήματα ενώ μόνο το 2,7% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε γενικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Ένα ποσοστό μόλις 0,7% ανέφερε ότι υπήρξε ανάγκη επίσκεψης σε οδοντίατρο Κ.Υ., η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Το 3,1% δήλωσε πως υπήρξε ανάγκη επίσκεψης

σε ειδικό γιατρό νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα και το 2,4% δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει φάρμακα λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα. Ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του 1% δήλωσε πως υπήρξε περίπτωση στην οποία δεν ζητήθηκε από γιατρό να γράψει κάποια εξέταση λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

9.4 Προτάσεις για βελτίωση του συστήματος υγείας

Πίνακας 9.19: Οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας.

Πρόταση	N (%)
Μείωση ή κατάργηση αναμονής	42 (16,0)
Μείωση ή κατάργηση λιστών αναμονής	45 (17,1)
Βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών	113 (43,0)
Εφαρμογή του ΓΕ.ΣΥ.	15 (5,7)
Μηχανογράφηση του συστήματος υγείας	2 (0,8)
Δωρεάν ιατρική περίθαλψη	17 (6,5)
Ιατρική ευθύνη	3 (1,1)
Καταβολή τελών σύμφωνα με τα εισοδηματικά κριτήρια	9 (3,4)
Κατάργηση άτυπων πληρωμών (φακελάκια)	2 (0,8)
Ισότητα στην πρόσβαση	15 (5,7)



Εικόνα 9.15: Προτάσεις για βελτίωση υγείας

Στον πίνακα 9.19 παρουσιάζονται οι προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας. Οι συχνότερες προτάσεις ήταν οι εξής: (α) βελτίωση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, (β) μείωση ή εξάλειψη αναμονής, (γ) μείωση ή εξάλειψη λιστών αναμονής και (δ) δωρεάν ιατρική περίθαλψη. Επιπρόσθετα στο ερώτημα που τέθηκε στους ασθενείς που πρότειναν βελτιώσεις του συστήματος υγείας, εάν θα ήταν πρόθυμοι να καταβάλλουν κάποιο ποσό από το εισόδημά τους κάθε φορά που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις, το 50,9% (n=149) δήλωσαν πρόθυμοι ενώ το 49,1% (n=144) δήλωσαν απρόθυμοι.

9.5 Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στους παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας

9.5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 9.20 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 9.20: 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			0,3 ^α
Άντρες	49 (46,7)	56 (53,3)	
Γυναίκες	100 (53,2)	88 (46,8)	
Ηλικία ^β	48,3 (15,1)	50,9 (15,4)	0,1 ^γ
Επάγγελμα			0,1 ^α
Εργαζόμενοι	84 (56,8)	64 (43,2)	
Συνταξιούχοι	32 (42,7)	43 (57,3)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	33 (47,1)	37 (52,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,9 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	26 (44,8)	32 (55,2)	
Απόφοιτοι λυκείου	74 (56,5)	57 (43,5)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	49 (47,1)	55 (52,9)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1700 (2000)	1900 (1900)	0,5 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,3 ^α
Όχι	85 (53,8)	73 (46,2)	
Ναι	64 (47,4)	71 (52,6)	

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, βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και τις εξής μεταβλητές: ηλικία και επάγγελμα. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, στην οποία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

9.5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών

Στον πίνακα 9.21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών.

Πίνακας 9.21: 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			0,14 ^α
Άντρες	81 (80,2)	20 (19,8)	
Γυναίκες	133 (72,3)	51 (27,7)	
Ηλικία ^β	49,1 (15,0)	50,7 (15,4)	0,4 ^γ
Επάγγελμα			<0,001 ^α
Εργαζόμενοι	127 (87,0)	19 (13,0)	
Συνταξιούχοι	49 (68,1)	23 (31,9)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	38 (56,7)	29 (43,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			<0,001 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	30 (52,6)	27 (47,4)	
Απόφοιτοι λυκείου	97 (75,2)	32 (24,8)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	87 (87,9)	12 (12,1)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	2000 (1700)	1200 (888)	<0,001 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,02 ^α
Όχι	121 (80,7)	29 (19,3)	
Ναι	93 (68,9)	42 (31,1)	

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

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τις εξής μεταβλητές: φύλο, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, στην οποία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής των τελών και τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

9.5.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες

Στον πίνακα 9.22 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 9.22: 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			0,002 ^α
Αντρες	55 (52,4)	50 (47,6)	
Γυναίκες	133 (70,7)	55 (29,3)	
Ηλικία ^β	47,8 (15,0)	52,7 (15,3)	0,008 ^γ
Επάγγελμα			<0,001 ^α
Εργαζόμενοι	94 (63,1)	55 (36,9)	
Συνταξιούχοι	36 (48,6)	38 (51,4)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	58 (82,9)	12 (17,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,4 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	37 (63,8)	21 (36,2)	
Απόφοιτοι λυκείου	90 (68,7)	41 (31,3)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	61 (58,7)	43 (41,3)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1500 (1500)	2200 (1500)	0,001 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,9 ^α
Όχι	102 (64,6)	56 (35,4)	
Ναι	86 (63,7)	49 (36,3)	

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 στη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας 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 9.23.

Πίνακας 9.23: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (όχι: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Συνταξιούχοι σε σχέση με άνεργους/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	3,4	1,5 έως 8,1	0,005
Άντρες σε σχέση με γυναίκες	1,9	1,1 έως 3,3	0,016
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα $\geq 1800\text{€}$ σε σχέση με $< 1800\text{€}$	1,8	1,1 έως 3,2	0,034

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

Οι συνταξιούχοι συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους άνεργους/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά.

Οι άντρες συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες.

Οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα $\geq 1800\text{€}$ συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα $< 1800\text{€}$.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 13% της μεταβλητότητας της συμφωνίας επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

9.5.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 9.24 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 9.24: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικό	Διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας		Τιμή p
	Καμία αλλαγή/ προς το χειρότερο	Προς το καλύτερο	
Φύλο			0,03 ^α
Άντρες	73 (68,9)	33 (31,1)	
Γυναίκες	151 (80,3)	37 (19,7)	
Ηλικία ^β	47,9 (15,1)	55,0 (14,5)	0,001 ^γ
Επάγγελμα			<0,001 ^α
Εργαζόμενοι	119 (79,9)	30 (20,1)	
Συνταξιούχοι	45 (60,0)	30 (40,0)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	60 (85,7)	10 (14,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,9 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	49 (84,5)	9 (15,5)	
Απόφοιτοι λυκείου	91 (69,5)	40 (30,5)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	84 (80,0)	21 (20,0)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1600 (2000)	2000 (1600)	0,2 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,02 ^α
Όχι	129 (81,6)	29 (18,4)	
Ναι	95 (69,9)	41 (30,1)	

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 τις εξής μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επάγγελμα και χρόνιο πρόβλημα υγείας. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 9.25.

Πίνακας 9.25: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διαπίστωση αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας (καμία αλλαγή/προς το χειρότερο: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Συνταξιούχοι σε σχέση με άνεργους/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	4,0	1,8 έως 9,0	0,001

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

Οι συνταξιούχοι διαπίστωσαν αλλαγές προς το καλύτερο σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνεργους/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά.

Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 7% της μεταβλητότητας της διαπίστωσης αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.

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

Στον πίνακα 9.26 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 9.26: 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			0,9 ^α
Άντρες	99 (93,4)	7 (6,6)	
Γυναίκες	175 (93,1)	13 (6,9)	
Ηλικία ^β	49,9 (15,2)	45,5 (16,1)	0,2 ^γ
Επάγγελμα			0,1 ^α
Εργαζόμενοι	142 (95,3)	7 (4,7)	
Συνταξιούχοι	71 (94,7)	4 (5,3)	
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά	61 (87,1)	9 (12,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,9 ^δ
Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	55 (94,8)	3 (5,2)	
Απόφοιτοι λυκείου	120 (91,6)	11 (8,4)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	99 (94,3)	6 (5,7)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€) ^ε	1800 (1950)	1500 (1000)	0,15 ^{στ}
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			0,9 ^α
Όχι	147 (93,0)	11 (7,0)	
Ναι	127 (93,4)	9 (6,6)	

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

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

^ε διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^{στ} έλεγχος Mann-Whitney

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα στην ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα και τις εξής μεταβλητές: επάγγελμα και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Για

τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 9.27.

Πίνακας 9.27: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ανάγκη επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα (όχι: κατηγορία αναφοράς).

	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Άνεργοι/φοιτητές/στρατιώτες/οικιακά σε σχέση με εργαζόμενους	3,1	1,1 έως 9,1	0,036

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 4,3% της μεταβλητότητας της ανάγκης επίσκεψης στις πρώτες βοήθειες νοσοκομείου, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σκέψης ότι θα πρέπει να καταβληθούν χρήματα.

■ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, έδωσαν τις απόψεις τους σχετικά με τις συμπληρωμές στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, διαπιστώνεται ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για τα τέλη αλλά και οι απαντήσεις τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας προσφέρουν μία καλή εικόνα για τις διάφορες συνιστώσες που σχετίζονται με τις συμπληρωμές και τις υπηρεσίες υγείας ενώ επιτρέπουν και την εξαγωγή αρκετών συμπερασμάτων.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι απόψεις δίστανται αφού οι μισοί ασθενείς δηλώνουν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι ενώ οι άλλοι μισοί δηλώνουν μέτρια έως καθόλου ικανοποιημένοι. Επομένως από τη μία αυτό αποκαλύπτει ένα αρκετά υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας με την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας ενώ από την άλλη φαίνεται ότι πολλοί ασθενείς θεωρούν ότι το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά καλό. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η προσωπική γνώμη και εκτίμηση μπορούν να διαφέρουν καθώς αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες του κάθε ατόμου και όχι την αντικειμενική κρίση. Σε περίπτωση για παράδειγμα που οι χρήστες έχουν περιορισμένες γνώσεις ή χαμηλές προσδοκίες μπορεί να δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι, έστω και με χαμηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, αν οι άνθρωποι είναι παθητικοί και δεν ασκούν κριτική, τότε μπορεί να δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι. Ένας ευχαριστημένος ασθενής μπορεί να είναι κάποιος χωρίς γνώμη ή κάποιος που υποκύπτει στον ιατρικό πατερναλισμό. Το ίδιο όμως μπορούμε να πούμε ότι ισχύει και για την αρνητική έκφραση ικανοποίησης αφού κάποιος που έχει ιδιαίτερα υψηλές απαιτήσεις ή έχει κάποια αρνητική εμπειρία από τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να δηλώνει ότι γενικά δεν είναι καθόλου ευχαριστημένος. Επομένως για να υπάρξει αντικειμενική μέτρηση της ικανοποίησης, θα ήταν αναγκαίο να κατανοηθεί πώς οι άνθρωποι εκτιμούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και κάνουν κριτική σε αυτές.

Στο ιδιαίτερα σημαντικό ερώτημα του κατά πόσον γνωρίζουν για την υποχρεωτική καταβολή χρημάτων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όλοι σχεδόν οι ερωτηθέντες (99%) δήλωσαν πως το γνωρίζουν, γεγονός που δείχνει πολύ υψηλό ποσοστό ενημέρωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι γενικά οι κύπριοι

ασθενείς είναι καλά πληροφορημένοι και για τα ποσά των συμπληρωμών, ειδικά όσον αφορά τις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου, τους ειδικούς γιατρούς και τα φάρμακα. Το ότι οι ασθενείς γνωρίζουν τα ποσά είναι πολύ θετικό καθώς έρευνα που έγινε στη Βουλγαρία ^[37] έδειξε πως η προσπάθεια της κυβέρνησης να περιορίσει τις ανεπίσημες πληρωμές υποσκάπτεται από τη γενική έλλειψη γνώσης για τα ακριβή επίπεδα των χρεώσεων αφού χαρακτηριστικά περισσότεροι από το 70% των χρηστών δεν γνώριζαν τα ποσά των συμπληρωμών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το πιο ψηλό ποσοστό γνώσης συμπληρωμών (79%) παρατηρήθηκε για επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες κάτι που δεν συμφωνεί με τα ευρήματα μελέτης που διεξήχθη το 2004 ^[20], τα οποία αποδεικνύουν πως οι ασθενείς είχαν λιγότερη γνώση των συμπληρωμών για τα ΤΕΠ παρά για άλλες υπηρεσίες καθώς και με τα ευρήματα άλλης έρευνας που έγινε το 2005 ^[12] και στην οποία μόνο το 41% απάντησε σωστά όταν ρωτήθηκε για το ποσό συμπληρωμής στα ΤΕΠ.

Σημαντικό επίσης είναι και το εύρημα πως περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς που δήλωσαν πως δεν γνώριζαν το ποσό για τις Πρώτες Βοήθειες, στην ερώτηση πόσο νομίζουν ότι είναι αυτό το ποσό, απάντησαν σωστά. Μέσα από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε πως το ποσό των 10 ευρώ θεωρείται ένα αρκετά λογικό ποσό για επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες. Το πιο χαμηλό σχετικά ποσοστό γνώσης συμπληρωμών (60,5%) παρατηρήθηκε στις εργαστηριακές αναλύσεις κάτι ίσως αναμενόμενο καθώς οι εργαστηριακές αναλύσεις είναι πιο σπάνιες σε σχέση με τις επισκέψεις στους γιατρούς και τις συνταγογραφήσεις φαρμάκων. Επιπλέον, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ^[18, 37] στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. η ηλικία, η μόρφωση, το εισόδημα, η κατάσταση υγείας) έπαιξαν ρόλο στη γνώση των συμπληρωμών, στην παρούσα έρευνα δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση του ύψους της καταβολής τελών και στα δημογραφικά στοιχεία.

Στην ερώτηση που αφορά το ύψος του ποσού των συμπληρωμών, η πλειοψηφία (75,1%) δήλωσε πως το ποσό είναι πολύ χαμηλό/μέτριο κάτι που δεικνύει πως τα σημερινά ποσά των συμπληρωμών δε θεωρούνται αποτρεπτικά για τους περισσότερους ασθενείς. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι μόλις το 7,1% αναγκάστηκε να δανειστεί χρήματα για να πληρώσει τα τέλη στις υπηρεσίες υγείας κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλης έρευνας ^[37] στην οποία ποσοστό πέρα του 10% είχε δανειστεί λεφτά για να πληρώσει για υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη βέβαια αυτό δείχνει ότι υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι, έστω και

σε μικρό ποσοστό οι οποίοι αδυνατούν να πληρώσουν για τις υπηρεσίες υγείας κάτι που ίσως πρέπει να ληφθεί υπόψη στις αποφάσεις για εξαίρεση κάποιων ατόμων από την καταβολή τελών.

Όσον αφορά αυτό το θέμα, δηλαδή την εξαίρεση στην καταβολή τελών που είναι μία πολύ σημαντική παράμετρος, η συντριπτική πλειοψηφία συμφώνησε πως πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις. Ένα πολύ υψηλό ποσοστό (87,8%) ανέφερε πως πρέπει να εξαιρούνται τα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες. Παράλληλα ένα σημαντικό ποσοστό πιστεύει πως πρέπει να εξαιρούνται και οι χαμηλοσυνταξιούχοι, τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα αλλά και οι άνεργοι. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε άλλες μελέτες ^[21, 36] στις οποίες οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ένα σύστημα εξαιρέσεων από τις συμπληρωμές στο οποίο να εφαρμόζονται κριτήρια που να σχετίζονται με την ηλικία, το εισόδημα και τις ευπαθείς ομάδες. Στην έρευνα του ο καθηγητής Sendhil Mullainathan εισηγείται όπως τα φάρμακα τα οποία είναι αναγκαία για κάποιες ομάδες ανθρώπων να είναι δωρεάν γι αυτούς ^[29]. Είναι φανερό από τα πιο πάνω ότι η εφαρμογή εξαιρέσεων από τις συμπληρωμές είναι σημαντικό ζήτημα το οποίο πρέπει να απασχολήσει σοβαρά τους αρμόδιους φορείς οι οποίοι πρέπει να πάρουν αποφάσεις οι οποίες πάνω απ' όλα να διασφαλίζουν ότι οι αδύναμες ομάδες του πληθυσμού δε θα αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας.

Σημαντική είναι η διαπίστωση πως οι περισσότεροι ασθενείς (64,2%) δήλωσαν πως δεν πρέπει να καταβάλλονται τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα οι επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου και οι συνταγογραφήσεις φαρμάκων συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό για μη καταβολή συμπληρωμών ενώ οι επισκέψεις στον οδοντίατρο συγκεντρώνουν το χαμηλότερο ποσοστό. Τα ευρήματα αυτά αντικατοπτρίζουν τη νοοτροπία των Κυπρίων ασθενών να επισκέπτονται πολύ συχνά και με το παραμικρό τις Πρώτες Βοήθειες αλλά και την τάση των Κυπρίων ασθενών να υπερκαταναλώνουν φάρμακα. Οι επισκέψεις σε οδοντίατρο δεν είναι και τόσο συχνό φαινόμενο, κάτι που ίσως να εξηγεί το σχετικά χαμηλό ποσοστό για τη μη καταβολή τελών.

Μετά την πραγματοποίηση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι συνταξιούχοι, συμφωνούν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες σε σχέση με τους άνεργους, τους φοιτητές, τους στρατιώτες και τις οικοκυρές. Το γεγονός ότι οι συνταξιούχοι, οι οποίοι είναι και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χρησιμοποιούν πολύ πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας από

τις υπόλοιπες κατηγορίες ίσως τους κάνει να θεωρούν πως με την επιβολή συμπληρωμών σε όλες τις υπηρεσίες θα μειωθεί ο χρόνος αναμονής και θα βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα αυτά βέβαια δεν συμβαδίζουν με τα ευρήματα άλλης έρευνας ^[21] η οποία διεξήχθη στη Βουλγαρία και στην οποία τα άτομα άνω των 60 χρόνων δεν συμφωνούσαν με την επιβολή συμπληρωμών στις υπηρεσίες υγείας. Το ότι οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα >1800 ευρώ συμφωνούν στην επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα <1800 ευρώ είναι αναμενόμενο και δείχνει πως τα άτομα με χαμηλό οικογενειακό προϋπολογισμό επηρεάζονται περισσότερο και ίσως δυσκολεύονται να πληρώσουν για υπηρεσίες που χρησιμοποιούν συχνά, κάτι που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας έρευνας που έγινε στη Βουλγαρία ^[21]. Ιδιαίτερη εντύπωση κάνει το γεγονός πως οι άντρες συμφώνησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό για την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις γυναίκες, αποτέλεσμα βέβαια που επιβεβαιώνει τα ευρήματα προηγούμενης μελέτης στην οποία οι συμπληρωμές είχαν μεγαλύτερη επίδραση στις γυναίκες παρά στους άντρες ^[23]. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των δύο φύλων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας ίσως να παίζουν ρόλο στο αποτέλεσμα αυτό. Οι άντρες συνήθως επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας πιο σπάνια και για πιο σοβαρά και επείγοντα περιστατικά για τα οποία ίσως πιστεύουν ότι αξίζει να πληρώσουν κι έτσι δε θεωρούν τις συμπληρωμές ως αποτρεπτικό παράγοντα. Από την άλλη, οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά και για πιο ασήμαντα περιστατικά τις υπηρεσίες υγείας και επομένως επηρεάζονται περισσότερο από την επιβολή τελών σε κάποιες από αυτές ^[23].

Πέρα των πιο πάνω, μέσα από τις απαντήσεις των ερωτήσεων για την αιτία εφαρμογής του μέτρου των τελών φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν πως οι συμπληρωμές εφαρμόστηκαν για την παραγωγή επιπλέον εσόδων για το κράτος. Σημαντικό όμως είναι ότι το 32,3% δηλώνουν ότι τα τέλη εφαρμόστηκαν για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις και το 24,5% για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες υγείας. Ένα συνολικό ποσοστό 57,8% δηλαδή, θεωρεί πως οι συμπληρωμές επιβλήθηκαν για να περιοριστεί ο ηθικός κίνδυνος. Αυτό δείχνει πως πολλοί ασθενείς αναγνωρίζουν την ύπαρξη αυτού του προβλήματος και πιστεύουν πως αυτός είναι και ο κύριος λόγος που εφαρμόστηκαν οι συμπληρωμές.

Μέσα από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας όμως διαφαίνεται ότι ενώ οι ασθενείς αναγνωρίζουν το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου, οι περισσότεροι από αυτούς δεν πιστεύουν ότι η υιοθέτηση των συμπληρωμών στις υπηρεσίες υγείας θα ανακόψει το φαινόμενο. Ενδεικτικά περίπου μόνο το 1/3 των ερωτηθέντων θεωρεί πως οι συμπληρωμές θα περιορίσουν τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και τις αχρειαστές εργαστηριακές εξετάσεις. Ένα σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό, γύρω στους μισούς περίπου θεωρούν ότι οι συμπληρωμές θα περιορίσουν τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσουν τις Πρώτες Βοήθειες και επίσης θα περιορίσουν τη σπατάλη και κατάχρηση φαρμάκων κάτι που ίσως αντανακλά το γεγονός ότι οι ασθενείς έστω και ενδόμυχα κατανοούν πως σε αυτούς τους δύο τομείς υπάρχει υπερβολική χρήση και πολλές φορές άνευ λόγου. Επομένως από τα πιο πάνω διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί ως προς την αποτελεσματικότητα του μέτρου των συμπληρωμών.

Όσον αφορά το κατά πόσον το μέτρο θα εξοικονομήσει αρκετά έως πολλά χρήματα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, μόνο 2 στους 5 ασθενείς (43,8%) απάντησαν θετικά. Μέσα από αυτό φαίνεται ξεκάθαρα ο έντονος σκεπτικισμός και η δυσπιστία των ασθενών προς τους κρατικούς μηχανισμούς αφού δεν θεωρούν ότι όντως με τα χρήματα που θα μαζευτούν θα αλλάξουν τα πράγματα προς το καλύτερο. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να επιβεβαιώσει αυτό ανάλογης έρευνας ^[17] στην οποία οι ασθενείς εξέφρασαν επιφυλάξεις σχετικά με τον τρόπο χρησιμοποίησης των παραγόμενων εσόδων από τις συμπληρωμές από την κυβέρνηση.

Εξετάζοντας κάποιες από τις συνέπειες της εφαρμογής των συμπληρωμών, μόνο το 21,9% δήλωσε πως η εφαρμογή του μέτρου θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα ενώ μόνο 1 στους 3 (31,4%) θεωρεί πως το μέτρο θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό. Η ερμηνεία που μπορεί να δώσει κανείς στα συγκεκριμένα αποτελέσματα είναι ότι ο περισσότερος κόσμος δε θεωρεί την εφαρμογή αλλά και το ύψος των συμπληρωμών ως αποτρεπτικό παράγοντα για να χρησιμοποιήσει κάποιος τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό είναι ένα αρκετά θετικό και ενθαρρυντικό γεγονός καθώς φαίνεται ότι τα σημερινά τέλη κρίνονται ως λογικά από την πλειοψηφία των ασθενών.

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (62,9%) δήλωσε πως δεν διαπίστωσε αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας από τον Αύγουστο του 2013, μετά δηλαδή από την εφαρμογή των συμπληρωμών. Σίγουρα το αποτέλεσμα αυτό το οποίο είναι αντίστοιχο

άλλης έρευνας ^[11] στην οποία οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας επίσης δήλωσαν ότι δεν υπήρξαν αλλαγές μετά την επιβολή χρεώσεων πρέπει να προβληματίσει αρκετά όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Διότι αν ο στόχος των συμπληρωμών είναι απλά η κάλυψη κόστους, αυτό σημαίνει πως δε θα υπάρξει καμιά βελτίωση ή αλλαγή προς το καλύτερο στις υπηρεσίες υγείας. Στην παρούσα μελέτη όμως πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι η έρευνα έγινε μέσα σε σύντομο διάστημα από την επιβολή των συμπληρωμών, επομένως είναι πιθανόν κάποιες αλλαγές να μην ήταν ακόμη αισθητές στους ασθενείς. Επιπλέον, η γενική δυσπιστία του πληθυσμού απέναντι στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ίσως να μην αφήνει τους ασθενείς να είναι πιο ‘ανοικτοί’ έστω και σε τυχόν μικρές αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί.

Σημαντικό είναι όμως και το ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 23,8% ανέφερε πως διαπίστωσε αλλαγές προς το καλύτερο όπως αποσυμφόρηση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Διαφορετική αντίληψη έχει μία σχετικά μικρή μερίδα ασθενών (13,3%) η οποία δήλωσε πως διαπίστωσε αλλαγές προς το χειρότερο. Πηγή δυσαρέσκειας αποτελούν ο πλήρης αποσυντονισμός, η έλλειψη προσωπικού και η καθυστέρηση. Η ομάδα η οποία φαίνεται να διαπιστώνει αλλαγές προς το καλύτερο σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις άλλες ομάδες είναι αυτή των συνταξιούχων. Οι συνταξιούχοι όπως προαναφέρθηκε είναι μία ομάδα ασθενών η οποία χρησιμοποιεί συχνά τις υπηρεσίες υγείας και είναι περισσότερο γνώστες των προβλημάτων παρά οι φοιτητές ή οι στρατιώτες που χρησιμοποιούν πιο σπάνια τις υπηρεσίες. Επηρεάζονται περισσότερο από άλλους γι’ αυτό ίσως είναι πιο αντικειμενικοί ως προς τις αλλαγές που μπορεί να πραγματοποιήθηκαν. Επομένως το ότι έχουν διαπιστώσει βελτίωση στις υπηρεσίες υγείας είναι μία θετική ένδειξη.

Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η διαφορά στο μέσο αριθμό επισκέψεων μεταξύ ιδιώτη γιατρού και γιατρού που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο μετά από την 1^η Αυγούστου του 2013. Η επίσκεψη σε γιατρό του δημοσίου αναμφίβολα κοστίζει πολύ λιγότερα παρά η επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό. Αυτό ενδεχομένως αποτελεί σημαντικό κίνητρο για τους ασθενείς αφού ακόμα και τώρα που πρέπει να πληρώσουν κάποια χρήματα αυτά είναι πολύ λιγότερα από αυτά που θα έπρεπε να δώσουν στον ιδιώτη. Η διαφορά αυτή συνάδει και με το ότι όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως μόνο το 21,9% των ασθενών θεωρούν πως η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών θα αναγκάσει σε μεγάλο βαθμό κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα.

Εκ των ανωτέρω προκύπτει και πάλι ότι οι υπάρχουσες συμπληρωμές δεν αποτελούν ιδιαίτερα αποτρεπτικό παράγοντα για τους χρήστες των δημόσιων

υπηρεσιών υγείας. Εξετάζοντας τις προτάσεις των ασθενών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας οι περισσότεροι ερωτηθέντες ζήτησαν βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μείωση ή κατάργηση της αναμονής. Οι δύο αυτοί παράγοντες φαίνεται ότι αποτελούν πολύ σημαντικά στοιχεία στον τομέα της δημόσιας υγείας, αφού και οι απαντήσεις των χρηστών για τις αλλαγές που έχουν προσέξει μετά την εισαγωγή των συμπληρωμών, συγκεντρώνονται γύρω από αυτές τις παραμέτρους.

Όσον αφορά το κατά πόσον οι ασθενείς είναι πρόθυμοι να καταβάλλουν ένα ποσό όταν επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σχετικές βελτιώσεις, οι μισοί ασθενείς (50,9%) στο παγκύπριο δείγμα δήλωσαν πρόθυμοι και οι άλλοι μισοί (49,1%) δήλωσαν απρόθυμοι. Ενδεχομένως, από το πιο πάνω αποτέλεσμα διαπιστώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν πιστεύουν πως θα υπάρξουν βελτιώσεις στην πράξη καθώς ήδη το 62% των ασθενών ανέφερε πως δεν παρατήρησε κάποιες αλλαγές προς το καλύτερο μετά από την εισαγωγή των συμπληρωμών. Δεν θεωρούν δηλαδή πως αν πληρώνουν κάποια χρήματα αυτά θα χρησιμοποιηθούν για να γίνουν καλύτερες οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας διότι δεν εμπιστεύονται τις αρχές και το σύστημα γενικότερα. Ίσως αν έβλεπαν να πραγματοποιούνται κάποιες αλλαγές προς το καλύτερο τότε να άλλαζαν γνώμη. Είναι πιθανόν βέβαια η κουλτούρα και η νοοτροπία των Κυπρίων πολιτών αλλά και γενικά των ΝοτιοΕυρωπαίων για δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη να αποτελεί μία σημαντική αιτία γι'αυτήν την κατηγορηματική άρνηση για πληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Από την άλλη, αρκετά ενθαρρυντικό είναι το ότι το 50,9% των χρηστών είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν προκειμένου να γίνουν βελτιώσεις. Τα ευρήματα ενός άρθρου ^[10] στο οποίο έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι υπήρξαν αυξήσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας όταν οι βελτιώσεις στην ποιότητα εισήχθησαν την ίδια χρονική με τις χρεώσεις. Με τα αποτελέσματα αυτά συμφωνεί και άλλη έρευνα ^[36] η οποία κατέδειξε ότι η προθυμία/άρνηση πληρωμής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών και όχι με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Παρομοίως στην έρευνα τους ^[36] οι Danyliv, Pavlova, Gryga και Groot δείχνουν ότι η προοπτική των συμπληρωμών για υπηρεσίες υγείας είναι υποσχόμενη φτάνει οι χρεώσεις να εφαρμοστούν ταυτόχρονα με ποιοτικές βελτιώσεις. Τις απόψεις αυτές επιβεβαιώνει και μία άλλη έρευνα ^[11] η οποία διεξήχθη στην Ουγγαρία και στην οποία οι

ερωτηθέντες δήλωσαν πως θα αποδέχονταν τις χρεώσεις αν τα κέρδη επαναεπενδύονταν σε βελτιώσεις στην ποιότητα της φροντίδας υγείας. Ο λόγος που οι πολίτες της Ουγγαρίας εναντιώθηκαν στις συμπληρωμές, τις οποίες και κατήγγησαν με δημοψήφισμα ένα χρόνο μετά την εφαρμογή τους ήταν ακριβώς το ότι δεν υπήρχε επανεπένδυση των εσόδων από τις πληρωμές στην παροχή υπηρεσιών στις εγκαταστάσεις υγείας. Επομένως μέσα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύονται οι ίδιες ανησυχίες με αυτές που παρουσιάζονται στις περισσότερες έρευνες. Οι χρήστες προβληματίζονται σχετικά με το πώς θα αξιοποιηθούν τα κέρδη από τις συμπληρωμές.

Στο μείζονος σημασίας ερώτημα εάν υπήρχε ανάγκη επίσκεψης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας η οποία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της ύπαρξης των συμπληρωμών, τα ποσοστά των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι οι συμπληρωμές τους ανάγκασαν να μειώσουν τις επισκέψεις, τις συνταγογραφήσεις φαρμάκων, τις συνταγογραφήσεις ή τις εξετάσεις είναι πολύ μικρά. Το πιο μεγάλο σχετικά ποσοστό μείωσης σε σύγκριση με τα άλλα παρατηρήθηκε στις Πρώτες Βοήθειες (6,8%) και το πιο μικρό (0,7%) στους οδοντίατρους των κέντρων υγείας. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως οι επισκέψεις στους οδοντίατρους δεν είναι τόσο συχνές όσο σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες υγείας και προφανώς πραγματοποιούνται όταν είναι απόλυτη ανάγκη επομένως εξηγείται το ότι παρουσιάζουν και το πιο χαμηλό ποσοστό μείωσης. Όσον αφορά τις Πρώτες Βοήθειες αυτές έχουν και το πιο ψηλό ποσό συμπληρωμής το οποίο ανέρχεται στα 10 ευρώ. Είναι πιθανόν το ύψος των χρημάτων να αποτελεί ένα αποτρεπτικό παράγοντα για τους χρήστες των ΤΑΕΠ.

Οι επισκέψεις σε γενικό γιατρό μειώθηκαν μόνο 2,7% ενώ σε ειδικό γιατρό του νοσοκομείου, 3,1% το μισό δηλαδή από ότι στις Πρώτες Βοήθειες. Σε αυτό ίσως να παίζει ρόλο το ότι η επίσκεψη σε γενικό γιατρό κοστίζει μόνο 3 ευρώ, ενώ σε ειδικό 6 ευρώ ποσό μικρότερο από αυτό των Πρώτων Βοηθειών. Από την άλλη, αυτό δείχνει πως οι ασθενείς πιθανόν να σκέφτονται με ένα πιο αποτελεσματικό από άποψη κόστους τρόπο, μειώνοντας τη χρήση των λιγότερο αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Αν δεν είναι τόσο επείγουσα ανάγκη προτιμούν να πάνε σε γενικό ή ειδικό γιατρό παρά να επισκεφτούν τις Πρώτες Βοήθειες. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω στην Κύπρο, ανέκαθεν υπήρχε μία τάση οι ασθενείς να επισκέπτονται το Τμήμα Πρώτων Βοηθειών με την παραμικρή αφορμή και σε πολλές περιπτώσεις χωρίς ουσιαστικό λόγο. Από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες αυτές είχαν σχετικά την πιο μεγάλη μείωση, διαφαίνεται ότι ίσως μειώθηκαν κάποιες αχρείαστες και μή

επείγουσες επισκέψεις. Σημαντικό επίσης είναι το ότι μέσα από τα ευρήματα της έρευνας γίνεται εμφανές πως οι συμπληρωμές δεν μειώνουν την κατανάλωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αφού μόλις το 2,7% δήλωσε πως αναγκάστηκε να ζητήσει από γιατρό να μην γράψει φάρμακα λόγω των πληρωμών. Κατ'επέκταση οι πιθανότητες να υπάρχουν αρνητικές συνέπειες στη συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπευτική αγωγή και στα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι μικρές.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όσον αφορά την μείωση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν συμβαδίζουν με τα πορίσματα προηγούμενων μελετών ^[11, 24] και οι οποίες κατέδειξαν μεγάλα ποσοστά μείωσης στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μετά την εισαγωγή χρεώσεων. Από την άλλη, τα πορίσματα κάποιων άλλων ερευνών επιβεβαιώνουν αυτά της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, τα εμπειρικά αποτελέσματα μελέτης ^[26] που διεξήχθη το 2006 και εξέτασε τις χρεώσεις στο Γερμανικό σύστημα υγείας έδειξαν πως οι συμπληρωμές δεν είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην επίσκεψη σε γιατρό ενώ τα αποτελέσματα άλλης έρευνας ^[37] που διεξήχθη το 2012 κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με αυτά της παρούσας έρευνας αφού μόνο 6% και 4% των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας λόγω των συμπληρωμών κατά τα έτη 2010 και 2011 αντίστοιχα.

Τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών ^[19, 24, 25, 26, 37] δεν καταδεικνύουν κάποια σχέση μεταξύ εισοδήματος και συμπληρωμών σε αντίθεση με αυτά της παρούσας έρευνας στην οποία βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ανάγκη επίσκεψης στις Πρώτες Βοήθειες νοσοκομείου και στο επάγγελμα και στο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι οι άνεργοι, οι φοιτητές, οι στρατιώτες και οι οικοκυρές μείωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό τις επισκέψεις στις Πρώτες Βοήθειες σε σχέση με τους εργαζόμενους. Αντίστοιχα μία προηγούμενη μελέτη ^[31] βρήκε ότι οι κάτοικοι φτωχών περιοχών μείωσαν περισσότερο τη χρήση των ΤΕΠ παρά οι κάτοικοι άλλων περιοχών ενώ άρθρο που δημοσιεύτηκε στο American Economic Review το 2010 ^[16] έδειξε πως μετά τις αυξήσεις των συμπληρωμών στους χαμηλού εισοδήματος ενήλικες, η χρήση υπηρεσιών υγείας παρουσίασε τεράστια μείωση.

Συμπερασματικά, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι μόνες υπηρεσίες υγείας που έχουν επηρεαστεί από τις συμπληρωμές στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της Κύπρου είναι το ΤΑΕΠ του γενικού νοσοκομείου με την μεγαλύτερη μείωση να προέρχεται από τα άτομα χαμηλού εισοδήματος.

■ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα έρευνα φαίνεται ξεκάθαρα πως η εφαρμογή συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου δεν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα σημερινά ποσά των συμπληρωμών, θεωρούνται λογικά και προσιτά από την πλειοψηφία των ασθενών κάτι που επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι τα ποσοστά αυτών που δήλωσαν πως δεν χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας λόγω της καταβολής συμπληρωμών είναι πολύ χαμηλά. Η γνώση των τιμών των συμπληρωμών φαίνεται ότι παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη χρήση των υπηρεσιών. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς παρουσιάστηκαν να είναι ενημερωμένοι σε αρκετά μεγάλο βαθμό σχετικά με τις τιμές των χρεώσεων. Το γεγονός αυτό είναι πολύ πιθανόν να τους βοηθά να παίρνουν πιο ορθολογιστικές αποφάσεις.

Όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία είχαν τεθεί στην αρχή της έρευνας και συγκεκριμένα στο ερώτημα κατά πόσον το σύστημα έγινε πιο αποτελεσματικό, ως θετικό στοιχείο μπορεί να ληφθεί το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών καταγράφηκε στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου, ένα τμήμα το οποίο ανέκαθεν παρουσίαζε τεράστια προβλήματα λόγω του μεγάλου όγκου ασθενών που έπρεπε να εξυπηρετήσει. Δυστυχώς στην Κύπρο υπήρχε η τάση οι ασθενείς να επισκέπτονται τις Πρώτες Βοήθειες για οποιοδήποτε περιστατικό, ακόμα και χωρίς ουσιαστική αιτία, φαινόμενο το οποίο επιδείνωνε το γεγονός πως η επίσκεψη στο ΤΑΕΠ ήταν δωρεάν. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με το ότι οι επισκέψεις στους γενικούς και ειδικούς γιατρούς δεν παρουσίασαν σημαντική αλλαγή ίσως να καταδεικνύει μία μετατόπιση της αναζήτησης φροντίδας των ασθενών σε ένα πιο αποτελεσματικό από άποψη κόστους τρόπο. Φυσικά είναι απαραίτητο σε μία μελλοντική έρευνα να διαπιστωθεί κατά πόσον η μείωση των επισκέψεων στις Πρώτες Βοήθειες αφορά επείγοντα περιστατικά τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης ή λιγότερο επείγουσες περιπτώσεις.

Σχετικά με το βαθμό στον οποίο περιορίστηκε η κατανάλωση, η πολύ μικρή μείωση στα φάρμακα (2,4%) και στις εργαστηριακές εξετάσεις (1%) μπορεί από τη μία να δείχνει ότι η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών δεν έχει επηρεαστεί από τις συμπληρωμές αλλά από την άλλη διαφαίνεται πως η υπερκατανάλωση μη αναγκαίων φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων συνεχίζεται. Σημαντικό ρόλο σε αυτό ίσως

να παίζει η χρέωση για συνταγογραφημένα φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις η οποία είναι μόνο 0,50 cents.

Συμπερασματικά η παρούσα μελέτη έδειξε ότι επιβάλλοντας μία μικρή συμπληρωμή στις επισκέψεις, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα είναι ένας τρόπος μείωσης των επισκέψεων. Το κατά πόσον βέβαια η εισαγωγή συμπληρωμών θα οδηγήσει σε μειωμένο κόστος θα εξαρτηθεί και από το αν οι ασθενείς που θα κάνουν λιγότερες επισκέψεις θα παρουσιάσουν περισσότερα προβλήματα στο μέλλον και από το πώς η υγεία των χρηστών θα επηρεαστεί από τις μειώσεις στις επισκέψεις. Φαίνεται όμως ξεκάθαρα ότι οι συμπληρωμές στις Πρώτες Βοήθειες έχουν την προοπτική για σημαντική μείωση στην υπερβολική χρήση χωρίς να βλάπτουν την υγεία.

Στο ερώτημα σχετικά με το ποιους επηρέασε περισσότερο το μέτρο, η ομάδα ανθρώπων που φαίνεται να επηρεάζεται πολύ περισσότερο από την εισαγωγή των συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και αυτοί που δεν εργάζονται, δηλαδή οι άνεργοι, οι φοιτητές, οι στρατιώτες, οι οικοκυρές. Τα άτομα αυτά εξέφρασαν τη δυσκολία τους στο να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα τις Πρώτες Βοήθειες. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο αφού η έλλειψη εισοδήματος παράλληλα με την ύπαρξη των συμπληρωμών καθιστά πιο δύσκολη τη χρήση από τη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού. Πρέπει φυσικά να ληφθεί υπόψη το ότι όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι Πρώτες Βοήθειες έχουν το πιο ψηλό ποσό συμπληρωμής, κάτι που ίσως να αποτελεί εμπόδιο στη συχνή χρήση τους. Όσον αφορά το αν υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης μεταξύ των αδύναμων και ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, ιδιαίτερα σημαντική είναι η διαπίστωση πως τα ευρήματα της έρευνας δεν κατέδειξαν προβλήματα πρόσβασης για τους ηλικιωμένους και τους χρονίως πάσχοντες, δύο αρκετά ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και οι οποίες σε προηγούμενες έρευνες ^[16, 33, 34] φάνηκε ότι αντιμετώπιζαν προβλήματα πρόσβασης.

Καταληκτικά, οι συμπληρωμές δεν έχουν επηρεάσει ιδιαίτερα αρνητικά τη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας καθώς οι επισκέψεις παρουσιάζουν πολύ μικρή μείωση. Στο μόνο τμήμα στο οποίο φαίνεται να υπάρχει μείωση λόγω της καταβολής τελών είναι οι Πρώτες Βοήθειες. Πρέπει να σημειωθεί βέβαια πως οι περιστάσεις κάτω από τις οποίες διηγήθηκε η παρούσα έρευνα είναι ιδιαίζουσες αφού κυρίαρχο στοιχείο είναι και η οικονομική κρίση η οποία λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας. Είναι πραγματικότητα ότι όσο μεγαλώνει η κρίση τόσο περισσότεροι

ασθενείς δικαιούχοι του δημόσιου συστήματος υγείας οι οποίοι προηγουμένως επέλεγαν τον ιδιωτικό τομέα στρέφονται προς το δημόσιο. Ίσως αν δεν υπήρχε ο συγκεκριμένος παράγοντας τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά με μεγαλύτερη μείωση στη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Η ερώτηση για το αν οι ασθενείς παρατήρησαν αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας μετά από την εισαγωγή των συμπληρωμών, αποκαλύπτει ένα αρκετά σημαντικό επίπεδο δυσαρέσκειας με την ποιότητα του δημόσιου συστήματος υγείας. Σχετικά με τις απόψεις των ασθενών για το μέτρο, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζονται επιφυλακτικοί αναφορικά με την εισαγωγή των συμπληρωμών καθώς δεν θεωρούν πως οι χρεώσεις αυτές θα έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η έλλειψη εμπιστοσύνης ότι το κράτος μπορεί να πετύχει μία επαρκή και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας καθώς και το γεγονός πως οι χρήστες πιστεύουν ότι υπάρχει υψηλό ρίσκο ότι τα λεφτά που θα μαζευτούν μέσω των χρεώσεων δε θα επενδεδυθούν στην παροχή υπηρεσιών λόγω άλλης εκμετάλλευσης είναι πιθανοί λόγοι για την άρνηση των μισών σχεδόν ασθενών να καταβάλουν συμπληρωμές προκειμένου να υπάρξουν βελτιώσεις στο σύστημα υγείας.

Από την άλλη θετική ένδειξη είναι η προθυμία του 50,9% των ερωτηθέντων να πληρώνουν κάποια ποσά προκειμένου να πραγματοποιηθούν αλλαγές προς το καλύτερο. Οι ασθενείς δηλαδή συμφωνούν να πληρώνουν με την προϋπόθεση ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με καλή ποιότητα και γρήγορη πρόσβαση. Είναι επομένως εμφανές πως πρέπει να υπάρχει διαφάνεια για το πού πάνε επενδύονται τα λεφτά από τις συμπληρωμές. Μία εισαγωγή χρεώσεων βρίσκει σύμφωνους τους χρήστες αν τα έσοδα που θα προκύψουν επενδεδυθούν στο σύστημα φροντίδας υγείας, στην παροχή και στον εξοπλισμό που θα βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Συνεπώς ένα υψηλό επίπεδο συμφωνίας με τις χρεώσεις για παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί αν συνδυαστεί με προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας και της πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες.

Είναι ξεκάθαρη επίσης η ανάγκη ενός συστήματος εξαιρέσεων ασθενών από τις συμπληρωμές. Η παρούσα έρευνα αποκάλυψε ότι η δημόσια φροντίδα υγείας για τα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και για τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες θα έπρεπε να παρέχεται δωρεάν. Εξαιρέσεις για χαμηλοσυνταξιούχους, άτομα με χαμηλά εισοδήματα αλλά και ανέργους πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη. Οι οποιοσδήποτε μελλοντικές διαφοροποιήσεις στα τέλη των συμπληρωμών είναι αναγκαίο να

εξεταστούν με βάση εισοδηματικά κριτήρια και κριτήρια της ανάγκης για φροντίδα υγείας.

Από την άλλη όμως, οποιαδήποτε αποθάρρυνση στη χρήση του δημόσιου συστήματος φροντίδας υγείας θα πρέπει να αποφευχθεί από ένα καλά σχεδιασμένο και σωστά εφαρμοσμένο σύστημα εξαιρέσεων. Αν η προσπάθεια να εξασφαλιστούν αυτές οι προϋποθέσεις θα έχει ως αποτέλεσμα τις πληρωμές μόνο από ένα μικρό μέρος του πληθυσμού, το καθαρό κέρδος από τις πληρωμές των ασθενών είναι πιθανόν να είναι μικρό, ακόμα και αρνητικό. Το τελευταίο μπορεί να προκύψει αν το διοικητικό κόστος από τη διαχείριση του συστήματος των τελών υπερβαίνει των ιδίων των εσόδων από τα τέλη.

Μία άλλη πιθανή λύση για να προστατευτούν οι ευπαθείς ομάδες όπως οι χρόνια πάσχοντες και οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος είναι να μούν ‘οροφές’ πάνω από τις οποίες οι ασθενείς δε θα χρεώνονται πλέον. Αρκετές είναι οι χώρες στην Ευρώπη οι οποίες έχουν εφαρμόσει αυτή τη μέθοδο. Στη Σουηδία το ανώτατο επίπεδο ‘οροφής’ είναι \$160 (122 ευρώ), περίπου 2% του εισοδήματος ενός ατόμου με ελάχιστο εισόδημα. Όσον αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι χρήστες καταβάλλουν ένα μέρος της αξίας τους, βάσει ενός σχήματος συμμετοχής. Σε διάστημα 12 μηνών, το όριο της ιδιωτικής συμμετοχής δεν μπορεί να ξεπεράσει τα 244 ευρώ. Στην Ολλανδία το μέγιστο είναι \$100 (0,9% του εισοδήματος ενός ατόμου με ελάχιστο εισόδημα). Σε κάποιες περιπτώσεις βέβαια δεν βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες κάτω από την οροφή. Στη Νορβηγία για παράδειγμα οι πιο σημαντικές χρεώσεις χρηστών κάτω από την οροφή είναι οι επισκέψεις στους γιατρούς και στους ψυχολόγους, συγκεκριμένα φάρμακα για χρόνιες παθήσεις και ταξίδια σε και από παροχές υγείας φροντίδας αλλά οι οδοντιατρικές θεραπείες, οι κατ’οίκον θεραπείες, οι φυσιοθεραπείες, οι λογοθεραπείες δεν είναι κάτω από την οροφή.

Σε γενικές γραμμές, το σημερινό ύψος των συμπληρωμών δεν αποτελεί εμπόδιο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σύντομα όμως θα γίνει η εφαρμογή του ΓεΣΥ η χρηματοδότηση του οποίου θα γίνει μέσω ενός συνδυασμού εισφορών (εργαζόμενοι, συνταξιούχοι, ελεύθεροι επαγγελματίες και εργοδότες), από το κράτος μέσω κρατικού προϋπολογισμού και συμπληρωμών από τους ασθενείς ^[14]. Οι συμπληρωμές θα καθοριστούν εκ νέου έτσι ώστε τα ετήσια έσοδα από αυτές να φτάνουν τα 90 εκατομμύρια ευρώ, ποσό το οποίο προβλέπεται στην πρόταση του ΓεΣΥ αλλά και στην αναλογιστική μελέτη της Mercer ^[13]. Εδώ όμως προκύπτει ένα σοβαρότατο θέμα καθώς τα στοιχεία δείχνουν ότι τα σημερινά έσοδα από τις

συμπληρωμές κυμαίνονται γύρω στα 10 έως 12 εκατομμύρια ευρώ ^[13]. Είναι δηλαδή πολύ πιο κάτω από αυτά που υπολογίζονται με την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Αυτό σημαίνει πως πολύ πιθανόν μελλοντικά να αυξηθεί το ύψος όλων των συμπληρωμών και να εφαρμοστούν και σε άλλες υπηρεσίες. Οι υψηλότερες συμπληρωμές όμως ίσως επιφέρουν δυσμενέστερες επιπτώσεις από ότι οι υπάρχουσες, προκαλώντας προβλήματα στην πρόσβαση και διευρύνοντας τις υγειονομικές ανισότητες. Πρέπει όλοι να κατανοήσουν πως οι συμπληρωμές δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται απλοϊκά μόνο ως τρόπος περικοπής δαπανών αλλά και ως μέθοδος συγκέντρωσης επιπλέον εσόδων για βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών. Και πάνω από όλα δεν πρέπει να αποτρέπουν την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ή να παρεμποδίζουν την εφαρμογή ενός συστήματος καθολικής κάλυψης.

Σίγουρα η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Κύπρου πρέπει να είναι αποτελεσματική, αποδοτική και να δημιουργεί προϋποθέσεις για αύξηση του κοινωνικού πλεονάσματος χωρίς όμως την ίδια στιγμή να θυσιάζεται η ποιότητα των υπηρεσιών χάριν της εξοικονόμησης πόρων. Τα οποιαδήποτε μέτρα που θα υιοθετηθούν πρέπει να αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών εξασφαλίζοντας ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας που θα διατηρεί το χαρακτήρα του 'κράτους δικαίου' όπου η υγεία ως δημόσιο αγαθό προσφέρεται σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική τους κατάσταση ή την οικονομική τους επιφάνεια.

Οι στρατηγικές υγείας θα πρέπει να προστατεύουν τις αδιαμφισβήτητες αλήθειες ότι η υγεία προάγει τόσο το ζήν, όσο και το ευ ζήν (Αριστοτέλης), ότι προάγει την ελευθερία αίροντας αρνητικούς παράγοντες όπως η ασθένεια, που πρέπει να εξαλειφθούν από την ανθρώπινη κοινωνία (Mill), ότι διασφαλίζει την αναπαραγωγή της κοινωνίας (Marx) και τη δικαιοσύνη ως ισοτιμία (Rawls) ^[9]. Οι αποφάσεις των σχεδιαστών πολιτικής υγείας και των παροχών φροντίδας πρέπει να έχουν ως κύριο γνώμονα τους το κοινωνικό συμφέρον. Οι στρατηγικές υγείας για να αναβαθμίσουν τα αποτελέσματα τους αλλά και για να μπορέσουν να τυγχάνουν της δημόσιας αποδοχής πρέπει πρώτα να βελτιώσουν την ποιότητα όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες και δεύτερο οι τιμές των χρεώσεων να είναι λογικές και προσιτές με παράλληλη παροχή οικονομικής στήριξης στις ευπαθείς ομάδες.

Είναι απολύτως κατανοητό πως η δυσμενής οικονομική συγκυρία στην Κύπρο αλλά και οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στην Ευρώπη είχαν ως συνέπεια τις αποκοπές στις δαπάνες υγείας και αναγκαστικά επέβαλαν τη λήψη μέτρων

εξοικονόμησης πόρων και εξορθολογισμού του συστήματος υγείας. Εκτός όμως από μέτρα που έχουν εισπρακτικό και ίσως αποτρεπτικό χαρακτήρα όπως η εφαρμογή συμπληρωμών, προτεραιότητα αποτελούν και αλλαγές διαρθρωτικού χαρακτήρα, όπως η αυτονόμηση και το μανάτζμεντ των νοσοκομείων, η απογευματινή τους λειτουργία, η συγχώνευση τμημάτων, ο έλεγχος της διάχυσης και χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και η σμίκρυνση των λιστών αναμονής. Η κατάργηση της δημοσιουπαλληλικής ιδιότητας και μονιμοποίησης των ανώτερων και ανώτατων στελεχών των νοσοκομείων, η δημιουργία ‘κέντρων κόστους’ στα νοσοκομεία ανά διεύθυνση, τομέα και τμήμα ώστε να υπάρχει γνώση στο πώς διανέμονται οι πόροι και η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης των πόρων είναι μέτρα τα οποία θα έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση του λειτουργικού τους κόστους.

Παράλληλα, η θεσμοθέτηση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, η επιμόρφωση των ασθενών όσο και των γιατρών, η ανάπτυξη σωστής επικοινωνίας μεταξύ των δύο (π.χ. οι γιατροί να ρωτούν τους ασθενείς αν είναι ικανοί να επωμιστούν το κόστος μιάς καινούργιας συνταγής ή να αντικαθιστούν κάποια φάρμακα με γενόσημα), η ανάπτυξη Οργανισμών Προστασίας της Υγείας (HMO's) μπορούν να περιορίσουν το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου και της υπερχρήσης αλλά και να προστατέψουν την υγεία των ασθενών.

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο χρειάζεται άμεσα ριζικές και οργανωτικές αλλαγές. Μέσα όμως από κατεστημένα και απολιθώματα δύσκολα επέρχεται η αλλαγή και δυστυχώς ο τομέας της υγείας είναι ένας τομέας ο οποίος δεν μπορεί εύκολα να απαλλαγεί από ξεπερασμένες νοοτροπίες και πρακτικές. Υπάρχουν παγιωμένες καταστάσεις που εμποδίζουν τις εκ βάθρων αλλαγές καθώς και άνθρωποι από τους οποίους απουσιάζει η ρηξικέλευθη συμπεριφορά και η γενναία ανάληψη ρίσκων και πρωτοβουλιών. Τώρα όμως, περισσότερο από ποτέ χρειάζονται άτομα που θα εμπνεύσουν ένα διαφορετικό τρόπο λειτουργίας και συμπεριφοράς, θα ενσαρκώσουν το καινούριο και θα είναι πρόθυμοι να συγκρουστούν με τα οργανωμένα συμφέροντα που καθλώνουν το σύστημα υγείας. Άτομα που θα βοηθήσουν και τους πολίτες να απελευθερωθούν από συνήθειες του παρελθόντος έτσι ώστε να μπορέσουν να δεχτούν αλλαγές που θα είναι προς όφελος τόσο των ιδίων όσο και του δημόσιου συστήματος υγείας. Αλλαγές όπως είναι η εισαγωγή συμπληρωμών οι οποίες έχουν την προοπτική να βελτιώσουν τόσο την χρηματοοικονομική πρόσβαση όσο και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αν

εφαρμοστούν σωστά και ως μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος αναδιάρθρωσης του τομέα φροντίδας της υγείας.

■ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomson Sarah, Foubiser Thomas & Mossialos Elias. Can user charges make health care more efficient, *British Medical Journal*, September 2010, Vol.341, No 7771, pp.487-489.
2. Gibson B. Teresa, Ozminowski J. Ronald & Goetzel Z. Ron. The effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence, *The American Journal of Managed Care*, November 2005, Vol.11, No.11, pp.730-740.
3. Voncina Luka, Dzakula Aleksandar & Mastilica Miroslav. Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities, *Health Policy* 80, 2007, pp. 144-157.
4. Σίσκου Ο., Κατελίδου Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος Λ. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(5): 663-672.
5. Παπαδοπούλου Σοφία. Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, δημοσίευση, Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2011.
6. Μόσιαλος Ηλίας, Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας, www.nsph.gr/files/016_Nea_Sxolis/Mosialos.pdf
7. Μόσιαλος Ηλίας, Θεοδώρου Μάμας. Η Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη, Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, *Mediforce*, Αθήνα 2003, pp. 25-48.
8. www.iatrikoskosmos.com/article/818/40
9. Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ. Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμίας επιβολής κανόνων ελεύθερης αγοράς.
10. Lagarde M. & Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle- income countries (Review), *The Cochrane Library*, 2011, Issue 4, pp. 1-68.

11. Baji Petra, Pavlova Milena, Gulasci Laszlo, & Groot Wim. User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders, *Health Policy* 102, 2011, pp. 255-262.
12. Reed Mary, Fung Vicki, Brand Richard, Fireman Bruce, Newhouse P. Joseph, Selby V. Joseph & Hsu John. Care-Seeking Behavior in Response to Emergency Department Copayments, *Medical Care*, August 2005, Vol.43, No.8, pp. 810-816.
13. Οικονομική κρίση και υγεία. www.cypriahealth.com/article/1416/24.
14. Πρόταση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, www.hio.org.cy
15. Αναθεώρηση Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στα Δημόσια Νοσηλευτήρια από 1/8/2013, <http://www.moh.gov.cy>
16. Tamblyn R., Laprise R., Hanley J., Abrahamowicz M., Scott S., Mayo N., Hurley J., Grad R., Latimer E., Perreault R., McLeod P., Huang A., Larochelle P. & Mallet L. Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, *American Medical Association*, January 2001, Vol.285, No. 4, pp. 421-429.
17. Sinnott Sarah-Jo, Guinane Marie, Whelton Helen & Byrne Stephen. Is 50 cent the price of the optimal copayment? – a qualitative study of patient opinions and attitudes in response to a 50 cent charge on prescription drugs in a publicly funded health system in Ireland, *BMC Health Services Research*, January 2013, pp. 1-9, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/16>.
18. Lischko M. Amy & Burgess F. James Jr. Knowledge of Cost Sharing and Decisions to Seek Care, *The American Journal of Managed Care*, April 2010, Vol.16, No.4, pp. 298-304.
19. Shapiro F. Martin, Ware E. John & Sherbourne Donald Cathy. Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms, *Annals of Internal Medicine*, February 1986, Vol. 104, No.2, pp.246-251.

20. Hsu John, Reed Mary, Brand Richard, Fireman Bruce, Newhouse P. Joseph & Selby V. Joseph. Cost-Sharing Patient Knowledge and Effects on Seeking Emergency Department Care, *Medical Care*, March 2004, Vol.42, No. 3, pp. 290-296.
21. Pavlova Milena, Groot Wim & Merode van Godefridus. Public attitudes towards patient in Bulgarian public health care sector: results of a household survey, *Health Policy* 59, 2002, pp. 1-24.
22. Jowett Matthew & Danielyan Elizabeth. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in America, *Bull World Health Organ*, 2010, 88:pp. 472-473.
23. Cherkin C. Daniel, Grothaus Louis & Wagner H. Edward. The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization, *Medical Care*, November 1989, Vol.27, No.11, pp. 1036-1045.
24. Piette D. John, Heisler Michelle & Wagner H. Todd. Problems Paying Out-of-Pocket Medication Costs Among Older Adults With Diabetes, *Diabetes Care*, February 2004, Vol.27, No.2, pp. 384-391.
25. Karter J. Andrew, Stevens R. Mark, Herman H. William, Ettner Susan, Marrero G. David. Out-of-Pocket Costs and Diabetes Preventive Services, *Diabetes Care*, August 2003, Vol.26, No.8, pp. 2294-2299.
26. Augurzky Boris, Bauer K. Thomas & Schaffner Sandra. Copayments in the German Health System: Does it Work?, *IZA Discussion Paper*, September 2006, No.2290, pp. 1-17.
27. Mythbusters. Myth: User fees ensure better of health services, *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*, November 2012, ISSN:1923-1253.
28. Puig Jaume, Rodriguez Santiago & Lopez G. Beatriz. Paying for formerly free medicines in Spain: Dramatic prescription drops, looking for unanswered questions, *CRES-UPF Working Paper #201307-76*, July 2013.

29. Mullainathan Sendhil. When a Co-Pay gets in the Way of Health, New York edition, August 2013, p.BU6.
30. Fendrick Mark & Chernew E. Michael. 'Fiscally Responsible, Clinically Sensitive' Cost Sharing: Contain Costs While Preserving Quality, The American Journal of Managed Care, June 2007, Vol.13, No.6, Part 2, pp. 325-327.
31. Selby V. Joe, Fireman H. Bruce, Swain E. Bix. Effect of a Copayment on use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization, The New England Journal of Medicine, 1996, Vol.334, No.10, pp. 635-641.
32. Hsu John, Price Mary, Brand Richard, Ray Thomas G., Fireman Bruce, Newhouse P. Joseph & Selby V. Joseph. Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study, HSR: Health Services Research 41:5, October 2006.
33. Amitabh Chandra, Gruber Jonathan & McKnight Robin. Patient Cost Sharing in Low Income Populations, American Economic Review, May 2010, Papers & Proceedings 100.2, pp. 303-308.
34. Sinnott Sarah-Jo, Buckley Claire, O'Riordan, Bradley Colin & Whelton Helen. The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis, PLOS ONE www.plosone.org May 2013, Vol.8, Issue 5, e64914.
35. Sharma Anupama. User Fee Impact on Equitable Access to Care: A Review, Journal of Health Management, February 2012, 14(I), pp. 43-49.
36. Danyliv Andriy, Pavlova Milena, Gryga Irena & Groot Wim. Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study, BMC Health Service Research, 2013, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/208>, pp. 1-11
37. Atanasova Elka, Pavlova Milena, Moutafova Emanuela, Rechel Bernd & Groot Wim. Out-of pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access, European Journal of Public Health, December 2012, Vol.23, No.6, pp. 916-922.

38. Weale Albert & Clark Sarah. Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments, *Health Economics, Policy and Law*, April 2010, Vol.5, Issue 02, pp. 225-246.
39. Gubb James. Should patients be able to pay top-up fees to receive the treatment they want?, *BMJ*, May 2008, Vol.336.
40. Γαλάνης Πέτρος. Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012, 29(6):744-755.
41. Γαλάνης Πέτρος. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2009, 26(5):699-711.

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



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

***Ερωτηματολόγιο Έρευνας για τις
απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές των
ασθενών σχετικά με την πρόσφατη επιβολή***

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.

Μαριάννα Αντωνιάδου, email: antoniadoumarianna@yahoo.com

τηλέφωνο 99388684

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 χρόνιο 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 χρόνιο 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 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 καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ **εξωτερικά ιατρεία** του Νοσοκομείου;
- 27.2.** Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ **πρώτες βοήθειες** των νοσοκομείων;
- 27.3.** Θα περιορίσει τη σπατάλη και την καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ **κατάχρηση** των

φαρμάκων;

27.4. Θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ εργαστηριακές εξετάσεις;

27.5. Θα εξοικονομήσει χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας; καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.6. Θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

27.7. Θα κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό καθόλου λίγο μέτρια αρκετά πολύ

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

Όχι, καμία αλλαγή

Ναι, προς το χειρότερο. Ποια;.....

Ναι, προς το καλύτερο. Ποια;.....

Δ. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 31.1. επισκεφθείτε τις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |
| 31.2. επισκεφθείτε κάποιον γενικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |
| 31.3. επισκεφθείτε κάποιον οδοντίατρο του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |
| 31.4. επισκεφθείτε κάποιον ειδικό γιατρό του νοσοκομείου ή του Κ.Υ και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |
| 31.5. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |
| 31.6. ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε; | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | Πόσες φορές
<input type="checkbox"/> |

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ – Παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Αρ. φαξ: 22605529
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0209/2014

26 Μαρτίου 2014

Κυρία Μαριάννα Αντωνιάδου
Σινά 9
1095 Λευκωσία

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγιές να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου » που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 5/3/2014 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυννημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

Ειρήνη Γεωργίου

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Αν. Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ
Αν. Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ – Άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής
Κύπρου.**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2014.01.40
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

21 Φεβρουαρίου 2014

Κυρία Μαριάννα Αντωνιάδου
Σινά 9
1095 Λευκωσία

**Θέμα: «Οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια συστήματα υγείας:
Η περίπτωση της Κύπρου»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας που καταθέσατε στις 21 Φεβρουαρίου 2014 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, πρωτόκολλο και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω αντιληφθεί ότι:


1. Η έρευνα που θα διεξάγετε στηρίζεται στη διανομή και συλλογή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε ασθενείς που επισκέπτονται κρατικά κέντρα υγείας,
2. Δεν θα υπάρξει από δικής σας πλευράς οποιαδήποτε επέμβαση σε συμμετέχοντες για τη λήψη οποιασδήποτε βιολογικής ουσίας για οποιεσδήποτε εξετάσεις, και
3. Δεν τίθεται θέμα παροχής οποιασδήποτε ιατρικής φροντίδας προς τους συμμετέχοντες.

Σύμφωνα με όλα τα πιο πάνω, έχω την άποψη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν χρήζει οποιασδήποτε βιοηθικής αξιολόγησης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση


Ιάσωνας Λαμπριανού
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV – Άδεια διεξαγωγής έρευνας από το Γραφείο Επιτρόπου
Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.241
Αρ. Τηλ. : 22818303

17 Φεβρουαρίου 2014

Κυρία Μαριάννα Αντωνιάδου
Σινά 9
1095 Λευκωσία

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης
Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας της ιατρού (ειδικευόμενης
ψυχιάτρου) και φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο κυρίας Μαριάννας
Αντωνιάδου με θέμα «Οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια
συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου» με τη χρήση ανώνυμου
ερωτηματολογίου.

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου
Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 17.2.2014, που
αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με
τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
(Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως
τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος»,
και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών
που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του
Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το
άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠοπ