



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ  
ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ  
ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

**ΑΝΔΡΙΑΝΗ ΛΥΣΑΝΔΡΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018**



# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας*

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

### **Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

Ανδριανή Λυσάνδρου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Όλγα Σίσκου

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Σπουδών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Ιανουάριος 2018**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8-9
ABSTRACT.....	10
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12-13

### Ι.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### 1.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.....14-22

- 1.1. Οικονομική κρίση στα συστήματα υγείας της Ε.Ε.....14-15
- 1.2 . Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία και μέτρα τα οποία λήφθηκαν από την Ε.Ε.....15-17
- 1.3. Ανικανοποίητες ανάγκες διαχρονικά πριν και μετά την κρίση.....17-22

#### 2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ .....23-25

- 2.1. Η οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Κύπρου.....23-25

#### 3.ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΩΝ ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....26-27

- 3.1. Συμ-πληρωμές.....26-27
- 3.2. Η εφαρμογή των συμ-πληρωμών στην Κύπρο.....27-29
- 3.3. Επιπτώσεις του μέτρου των συμ-πληρωμών.....29-31

4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ.....	32-35
4.1. Επιπτώσεις δημογραφικής γήρανσης.....	32-33
4.2. Σύστημα Υγείας Ελλάδας και Κύπρου και Άτομα Τρίτης Ηλικίας.....	34-35
5. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΩΝ.....	36-41
5.1. Διεθνής εμπειρία.....	36-38
5.2. Η εμπειρία από την Ελλάδα και από την Κύπρο.....	38-41

## Π.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	42-45
6.1. Σκοπός έρευνας.....	42-43
6.2. Υλικό και μέθοδος.....	43-44
6.3. Στατιστική ανάλυση.....	45
6.4 . Έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.....	45
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46-62
7.1. Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό-μελέτη πληθυσμού.....	46-47
7.2. Κατάσταση υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας.....	47-49
7.3. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και απόψεις για τις συμ-πληρωμές.....	49-56
7.4.Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων.....	56-62
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63-71
9.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72-77
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	78-97

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Όλγα Σίσκου για την καθοδήγηση της , για την κατανόηση της στις δυσκολίες που αντιμετώπισα, αλλά και για τη σημαντική βοήθεια που μου παρείχε στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που τα τελευταία δύο χρόνια περίπου με συμπαράσταση με βοήθησαν να ολοκληρώσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα αλλά και την παρούσα διπλωματική εργασία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013, το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου έχει εφαρμόσει σύστημα συμμετοχής των χρηστών σε επιλεγμένες υπηρεσίες του δημοσίου συστήματος υγείας (συμ-πληρωμές/τέλη), τις οποίες εκτός από το γενικό πληθυσμό καλούνται να πληρώσουν και τα άτομα 65 ετών και άνω. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, και σε αυτή την περίπτωση με τη μορφή συμ-πληρωμών, μπορεί να περιορίσει την υπερβολική και αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας η οποία μπορεί και να επιφέρει αρνητικές συνέπειες όσον αφορά την ισότιμη πρόσβαση στο σύστημα υγείας αλλά και στην κατάσταση υγείας των ασθενών.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των χρηστών ηλικιακής ομάδας 65 ετών, αναφορικά με το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος.

**Μεθοδολογία:** Ο υπό μελέτη πληθυσμός (N=188) αποτελούνταν από άτομα άνω των 65 ετών που έκαναν χρήση των εξωτερικών ιατρείων Έγκωμης, Λακατάμιας και Στροβόλου. Η έρευνα διεξήχθη από το Σεπτέμβριο έως τον Οκτώβριο του 2017. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις το οποίο αναπτύχθηκε από άλλον ερευνητή, από τον οποίο λήφθηκε άδεια χρήσης και διαμορφώθηκε σύμφωνα με τις ανάγκες της παρούσας διατριβής. Όσον αφορά τη διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 20 ασθενείς και διενεργήθηκε ο έλεγχος Cronbah' s Alpha. Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα διατριβή βρέθηκε ότι ποσοστό 96,3% των ερωτώμενων γνώριζε πως από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 καλούνται να καταβάλουν συμ-πληρωμές και ποσοστό άνω του 90% θεωρεί το ύψος των συμ-πληρωμών ως μέτριο ή χαμηλό. Ποσοστό 77,7% θεωρεί πως πρέπει κάποιες ομάδες να εξαιρούνται από τις συμ-πληρωμές και ποσοστό 70,7% πιστεύει πως θα πρέπει να επιβληθούν συμ-πληρωμές σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με το



ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και με το φύλο, αφού οι άντρες πιστεύουν πως καμία ομάδα δεν πρέπει να εξαιρείται από τις συμ-πληρωμές.

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα διατριβή διαφάνηκε πως οι συμ-πληρωμές δεν αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας και δεν δύναται να περιορίσουν την άσκοπη χρήση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ακριβώς γιατί τα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλά. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως για να βελτιωθεί το σύστημα υγείας θα πρέπει να μειωθεί ο χρόνος αναμονής.

## ABSTRACT

**Introduction:** System of fees (co-payments), has implemented by the Ministry of Health at the 1<sup>st</sup> of August 2013, in some health services of the public health system. These chargers are also to be paid by people over 65 years old. According to the literature, cost sharing/co-payments, may reduce the excessive and not proper use of public health services, but it may also cause negative impact for the equality of health services and to the patients health.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the attitudes and opinions of people over 65 for the co-payments.

**Methods:** The study population (N=188) consisted of persons over 65 years old who visited public outpatient clinics of Enkomi, Lakatamia and Strovolos, from September to October of 2017. A structured questionnaire was used for the study, which was developed by another researcher. License for the use of the questionnaire was given and the questionnaire was formatted according to the requirements of this dissertation. A pilot study was contacted. For the questionnaire's reliability it was performed the Cronbah's Alpha analysis and the questionnaire was given to 20 users of public health system. The data was analyzed with SPSS 20 statistical packet.

**Results:** The results have shown that 96.3% knew that they have to pay co-payments from the 1<sup>st</sup> of August 2013 and 90% consider the payments to be modest or low. A percentage of 77.7% considers that some groups should be excluded from the payments and 70.7% believe that payments should be made to all health services. This seems to be related to the higher education level and also men believe that nobody should be excluded from co-payments.

**Conclusion:** In conclusion, the co-payments are not a barrier to the access to the public health system and will not reduce the unnecessary use of the public health services, because of the low amount that they have to pay. In addition, most participants believe that if waiting lists reduced the health services will be improved.

## ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ

**Α.Ε.Π :** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

**ΓεΣΥ:** Γενικό Σύστημα Υγείας

**Ε.Ε :** Ευρωπαϊκή Ένωση

**Ε.Σ.Υ :** Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Η.Π.Α:** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Π.Φ.Υ :** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Π.Ο.Υ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή μελετά τις στάσεις και τις απόψεις των ηλικιωμένων αναφορικά με τις συμ-πληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου. Οι συμ-πληρωμές επιβλήθηκαν από την Τρόϊκα τον Αύγουστο του 2013 ως ένα μέσο για τη μείωση της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας αλλά και για να αυξηθούν τα έσοδα του δημοσίου συστήματος υγείας. Όσον αφορά το θέμα, δεν έχουν διερευνηθεί προηγουμένως οι στάσεις και οι απόψεις των ηλικιωμένων σχετικά με τις συμ-πληρωμές καθώς και οι επιπτώσεις που είχαν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Παρόλα αυτά όσον αφορά την Κύπρο, έχουν γίνει μελέτες οι οποίες αφορούσαν κυρίως το γενικό πληθυσμό συνολικά και όχι μεμονωμένα την ομάδα των ηλικιωμένων (Theodorou, 2014; Κωνσταντίνου, 2015; Αντωνιάδου, 2015; Πορτίδης, 2015) . Επιπλέον, οι μελέτες αυτές δεν έγιναν σε βάθος χρόνου από την επιβολή του μέτρου, έτσι κρίνεται απαραίτητο να επανεξετασθούν οι επιπτώσεις των συμ-πληρωμών πέντε χρόνια μετά την επιβολή αυτού του μέτρου, ούτως ώστε να σχηματισθεί ορθότερη άποψη για την χρησιμότητα του μέτρου.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ηλικιωμένων σχετικά με τις συμ-πληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου, και κατ' επέκταση μέσω της διερεύνησης των απόψεων και των στάσεων θα διαφανούν και οι επιπτώσεις που είχαν στους ηλικιωμένους, οι οποίοι αποτελούν αναμφίβολα μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Οι λόγοι που καθιστούν τους ηλικιωμένους ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα είναι κυρίως οι χρόνιες παθήσεις. Αυτό απαιτεί παράλληλα την πιο συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα λόγω των χαμηλών εισοδημάτων να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στις χρεώσεις που επιβάλλονται στο δημόσιο σύστημα υγείας. Έτσι, μειώνουν την χρήση των απαραίτητων για αυτούς υπηρεσιών λόγω του ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.

Για την διεξαγωγή της παρούσας διατριβής πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη, η οποία έγινε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, που αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από άτομα 65 ετών και άνω. Για τη χρήση του ερωτηματολογίου λήφθηκε σχετική άδεια παραχώρησης από τον ερευνητή (Theodorou, 2014) και ακολούθως το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε ανάλογα με τις ανάγκες της παρούσας διατριβής. Ο υπό μελέτη πληθυσμός (N=188),

αφορούσε άτομα τα οποία επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία Έγκωμης, Λακατάμιας και Στροβόλου. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από την ερευνήτρια αφού πρώτα εξασφαλίστηκαν οι απαιτούμενες άδειες για τη διεξαγωγή της μελέτης στα Κέντρα Υγείας (Παράρτημα). Πριν τη διενέργεια της κάθε συνέντευξης οι ερωτώμενοι ενημερώνονταν και υπόγραφαν σε έντυπο ενημερωμένη συγκατάθεση.

Στο Γενικό μέρος αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη αλλά και στην Κύπρο, τα συστήματα υγείας, τα μέτρα τα οποία έλαβαν οι χώρες της Ε.Ε για την οικονομική κρίση, ο τρόπος οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Κύπρου. Επιπλέον, περιγράφονται τα μέτρα των συμπληρωμών που εφαρμόζονται στις διάφορες χώρες και ιδιαίτερος στην Κύπρο και αναλύονται οι επιπτώσεις τους στην Ευρώπη, στην Κύπρο και στην Ελλάδα.

Όσον αφορά το Ειδικό μέρος, αρχικά αποσαφηνίζονται ο σκοπός της παρούσας και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην εν λόγω μελέτη. Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα και η συζήτηση καθώς και τα συμπεράσματα τα οποία εξήχθησαν από την παρούσα διατριβή.

# Ι.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

### 1.1 Οικονομική κρίση στα Συστήματα Υγείας της Ε.Ε

Το 2008 είχε ξεσπάσει η οικονομική κρίση η οποία επηρέασε σε σημαντικό βαθμό τις οικονομίες πολλών χωρών, κυρίως στην Ευρώπη (Λοϊζου,2015). Ωστόσο, είχε επηρεάσει σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικούς τρόπους ξεχωριστά το κάθε ένα από τα μέλη της Ε.Ε, κυρίως σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας, αλλά και σε άλλους τομείς όπως είναι η οικονομία. Οι χώρες σε μια προσπάθεια τους να ισοσταθμίσουν τους προϋπολογισμούς τους και να κάνουν έλεγχο των εξόδων τους, έκαναν περικοπές σε δημόσιες δαπάνες για να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα τους. (Eurofound, 2014). Ως αποτέλεσμα της κατάρρευσης της οικονομίας και των περικοπών, πολλές Ευρωπαϊκές χώρες αντιμετώπισαν σοβαρό πρόβλημα με την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας τους, αφού σε περιόδους οικονομικής κρίσης ο τομέας της υγείας επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Ο λόγος επιβάρυνσης τους οφείλεται στο ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας επιβαρύνονται εν καιρώ οικονομικής κρίσης λόγω του ότι η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται, αφού είναι σχετικά χαμηλού κόστους, αλλά η χρηματοδότηση παράλληλα μειώνεται (Τσιαντού και συν, 2010; Thomson et al, 2014). Επιγραμματικά, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η ζήτηση αυξάνεται κυρίως σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εφόσον η συνεχής μείωση των εισοδημάτων και η ανεργία οδηγεί τους καταναλωτές στη χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας όπου έχουν εν μέρει ασφαλιστική κάλυψη (Τσιαντού και συν, 2010).

Τα συστήματα υγείας λόγω της οικονομική κρίσης, προσπάθησαν να περιορίσουν μέσω περικοπών στους προϋπολογισμούς τους την χρηματοδότηση για τον τομέα της υγείας (Eurofound,2014). Αυτό όμως δεν βοήθησε στο να αυξηθεί η απόδοση του συστήματος υγείας γιατί σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα συστήματα υγείας χρειάζονται περισσότερους οικονομικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό για να ανταπεξέλθουν στην ζήτηση που εκδηλώνεται, κυρίως για υπηρεσίες υγείας οι οποίες

σχετίζονται με την ψυχική υγεία, αφού λόγω της απώλειας θέσεων εργασίας που είχε επιφέρει η οικονομική κρίση, πολλά άτομα υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη (Eurofound, 2014; Thomson et al,2014). Επιπλέον, για τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και για να οδηγηθούν οι χρήστες σε πιο ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας πολλές χώρες έχουν θεσπίσει ένα συγκεκριμένο ποσό σε μορφή συμπληρωμής ως τέλη χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Τα τέλη αυτά εισήχθησαν για να περιορίσουν την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Παρόλα αυτά, αποτρέπουν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας από το να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ειδικά όταν αφορά σε υπηρεσίες πρόληψης ακόμη και εάν τα τέλη είναι χαμηλά. Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία ειδικά των φτωχών και άνεργων ατόμων οι οποίοι δεν μπορούν να καταβάλουν τα τέλη, αφού αναλογικά με το εισόδημα τους τα τέλη είναι για αυτούς υψηλά (Eurofound, 2014; Thomson et al, 2014).

## 1.2 Επιπτώσεις Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία και Μέτρα τα οποία Λήφθηκαν από την Ε.Ε

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, είναι αποδεδειγμένο, πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει πολλά προβλήματα τόσο στην σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία, όπως είναι η πρόωγη θνησιμότητα, οι ψυχικές διαταραχές και τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Η νοσηρότητα έχει αυξηθεί δραματικά στην Ευρώπη με αποτέλεσμα να αυξάνονται κατά πολύ τα προβλήματα στην υγεία των πολιτών των Ευρωπαϊκών χωρών. Με αυτό αντιλαμβανόμαστε πως δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, ο οποίος αρχίζει με την χρηματοπιστωτική κρίση η οποία επεκτείνεται στη ελλιπή χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και αυτό με τη σειρά του προκαλεί επιβάρυνση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα όλα αυτά τα περιστατικά τα οποία χρειάζονται παρακολούθηση από το σύστημα υγείας να μην μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση σε αυτό, αφού το σύστημα υγείας υπολειτουργεί από την μια λόγω μειωμένων οικονομικών πόρων και υπερφορτώνεται από την άλλη λόγω της αυξημένης ζήτησης. Επιπλέον, η οικονομική κρίση οδηγεί σε απώλεια της εργασίας και σε εργασιακή ανασφάλεια με αποτέλεσμα να παρατηρείται αύξηση των

ψυχιατρικών διαταραχών και έτσι βλέπουμε μια αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών (Καραϊσκου και συν,2012).

Ακόμη, η ανεργία επιφέρει αύξηση του άγχους, το οποίο συμβάλλει στην πρόωρη θνησιμότητα και αναμφίβολα μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό λόγω του ότι η φτώχεια συνδέεται με προβλήματα καθημερινής διαβίωσης αφού τα άτομα δεν τρέφονται σωστά και δεν έχουν καλές συνθήκες διαβίωσης. Επιπλέον, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα περιορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας οι οποίες δεν είναι δωρεάν και χρειάζεται να καταβάλλουν κάποιο ποσό για να έχουν πρόσβαση σε αυτές. Έτσι, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις, επηρεάζοντας πρωτίστως τις ανάγκες για καθημερινή διαβίωση (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012).

Όσον αφορά τα μέτρα που λήφθηκαν από την Ε.Ε για την οικονομική κρίση στην υγεία, ήταν συμπληρωματικά σε αυτά τα μέτρα που λαμβάνονταν διαχρονικά. Αρχικά, η Ευρώπη υποστήριζε τις χώρες συλλέγοντας πληροφορίες και στοιχεία που αφορούσαν την υγεία, πληροφορίες για τις υπηρεσίες που παρέχουν οι χώρες για την υγεία, ασκούσε έλεγχο για τις μεταδοτικές ασθένειες και την πρόληψη της διασποράς τους μεταξύ των χωρών και τέλος ενθάρρυνε την έρευνα και την ανάπτυξη πρακτικών για την υγεία. Επιπλέον, ένα άλλο μέτρο το οποίο λαμβάνει η Ε.Ε για τις χώρες-μέλη της είναι ο έλεγχος που ασκεί όσον αφορά την εσωτερική αγορά και την ελεύθερη διακίνηση επαγγελματιών υγείας, ασθενών αλλά και εμπορευμάτων και άλλων υπηρεσιών εντός της Ε.Ε.

Με την επερχόμενη οικονομική κρίση, από το 2010, η Ε.Ε βλέποντας πως τα συστήματα υγείας είχαν επηρεαστεί έπρεπε να επέμβει και να λάβει κάποια μέτρα. Τα μέτρα αυτά αφορούν σε μια καινούργια μορφή δημοσιονομικής διακυβέρνησης, όπου οι προϋπολογισμοί για την υγεία των κρατών-μελών θα αξιολογούνται συνεχώς για βελτίωση της δημοσιονομικής τους κατάστασης. Επιπλέον, κάποιες χώρες οι οποίες αντιμετώπιζαν σοβαρό δημοσιονομικό πρόβλημα, δανείζονταν χρήματα από την Ε.Ε για να βελτιώσουν το σύστημα υγειονομικής τους περίθαλψης. Οι χώρες-μέλη της Ε.Ε δεν μπορούσαν να ξεφύγουν από αυτά τα μέτρα γιατί είναι δεσμευμένες προς την Ε.Ε και κάτω από τον έλεγχο της ότι θα εξασφαλίσουν ένα βιώσιμο σύστημα υγείας.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την υγεία, όλα τα συστήματα υγείας φαίνεται να υιοθέτησαν παρόμοια μέτρα τα οποία αφορούσαν τα προβλήματα της οικονομικής

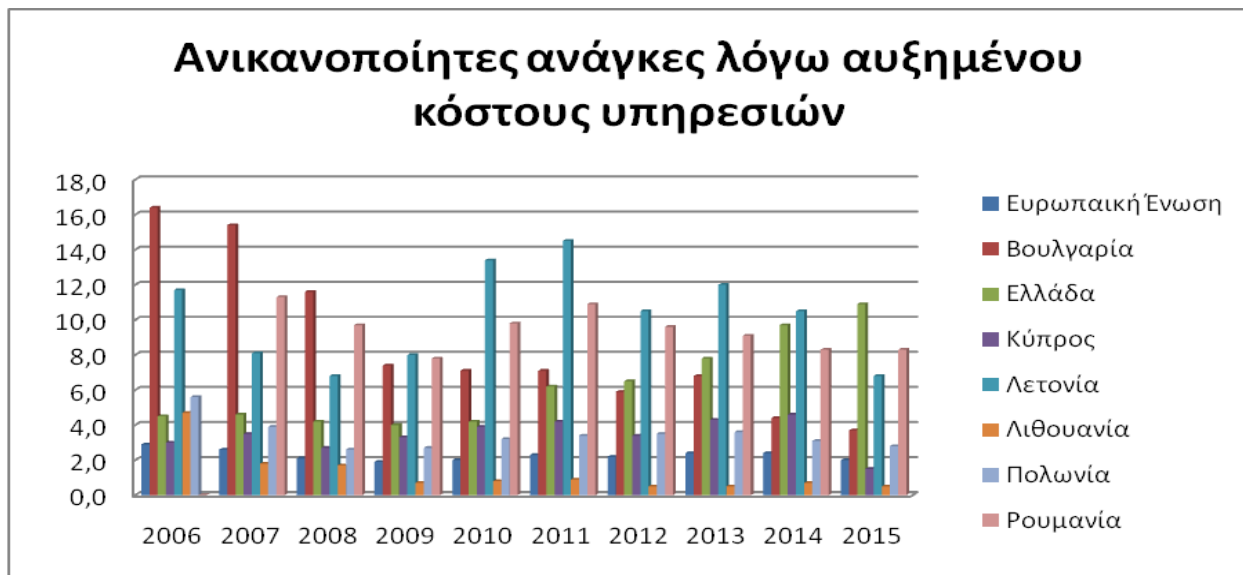


κρίσης. Τα μέτρα αυτά αφορούσαν σε περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, καθώς διέθεταν λιγότερα χρήματα για αυτόν τον τομέα. Η κρατική χρηματοδότηση μειώθηκε και αυξήθηκαν οι ιδιωτικές πληρωμές. Κάποιες άλλες χώρες μείωσαν τους προϋπολογισμούς τους για την υγεία και εισήγαγαν διάφορα μέτρα που αφορούσαν την συγκράτηση των δαπανών στα φάρμακα, με την εισαγωγή των γενόσημων φαρμάκων και τον έλεγχο της συνταγογράφησης. Επιπλέον, οι μισθοί των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια είχαν μειωθεί. Ακόμη, κάποιες χώρες της Ε.Ε επέβαλαν κάποιες συμ-πληρωμές που προηγουμένως οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν καλούνταν να πληρώσουν (Παπαϊωάννου, 2017).

### 1.3 Ανικανοποίητες Ανάγκες Διαχρονικά πριν και μετά την Κρίση

Στην Ευρώπη είναι σημαντικό να εντοπίσουμε το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών υγείας των πολιτών καθώς αυτές αποτελούν ένα σημαντικό μέτρο εκτίμησης της προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας. Η ανάλυση γίνεται την περίοδο πριν και μετά την οικονομική κρίση εντοπίζοντας τους τρεις σημαντικότερους λόγους, ι) οι υπηρεσίες υγείας ήταν πολύ ακριβές, ιι) οι υπηρεσίες υγείας ήταν πολύ μακριά από τον τόπο διαμονής των ασθενών για να μπορέσουν να τις επισκεφθούν, ιιι) οι λίστες αναμονής του δημόσιου συστήματος υγείας ήταν εκτεταμένες. Σύμφωνα με την Εικόνα 1.1 η οποία δημιουργήθηκε με στοιχεία της Eurostat, όσον αφορά τις ανικανοποίητες ανάγκες λόγω του ότι οι υπηρεσίες ήταν πολύ ακριβές, το 2006, το 2,9% των συμμετασχόντων δήλωσε ότι αυτό ισχύει. Αργότερα μεταξύ 2009 και 2013 βλέπουμε μια σταθερή αύξηση στην πορεία των ανικανοποίητων αναγκών, ενώ το 2014 και 2015 όπου η οικονομία είχε ανακάμψει οι ανικανοποίητες ανάγκες έχουν παραμείνει στα ίδια σχεδόν επίπεδα που ήταν κατά την οικονομική κρίση αλλά και πριν από αυτή. Η Βουλγαρία σημείωσε το πιο υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών λόγω του ότι οι υπηρεσίες υγείας ήταν πολύ ακριβές και βλέπουμε ότι κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης είχαν αυξηθεί κατά πολύ οι ανικανοποίητες ανάγκες. Όσον αφορά την μεγάλη απόσταση από τις δομές όπως και οι λίστες αναμονής αποτελούν λόγους εκδήλωσης ανικανοποίητων αναγκών.

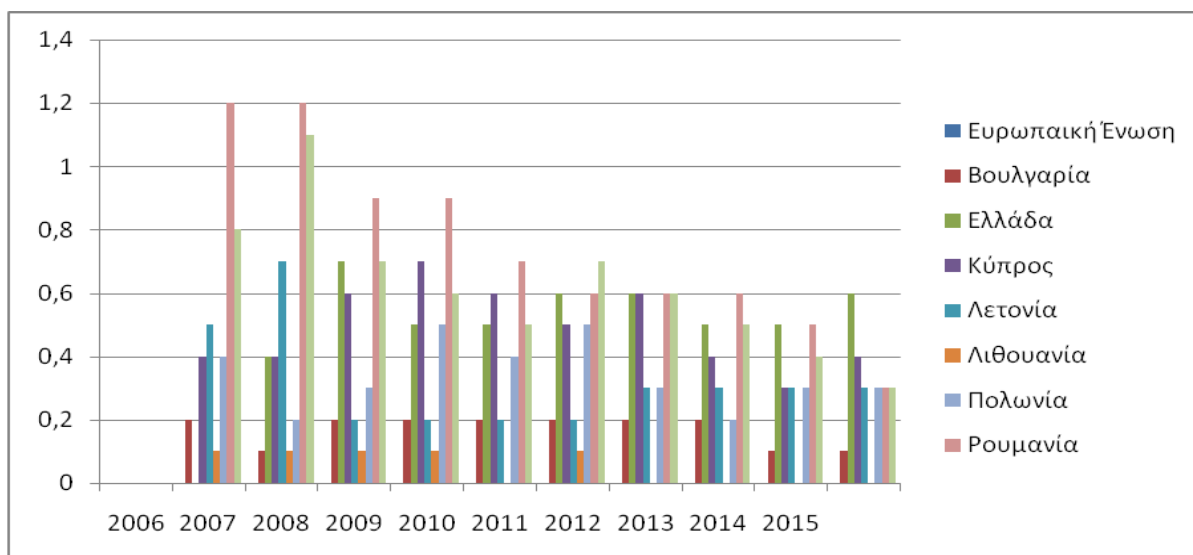
Όσον αφορά τις λίστες αναμονής, ανικανοποίητες ανάγκες πριν την οικονομική κρίση είχε γενικά στην Ε.Ε το 2006 το 4,1% του συνολικού πληθυσμού, ενώ κατά την οικονομική κρίση παραδόξως αυτό το ποσοστό είχε μείνει σταθερά στο ποσοστό 3,6.



**Εικόνα 1.1:** Ανικανοποίητες ανάγκες λόγω αυξημένου κόστους υπηρεσιών. Πηγή Eurostat (2017)

Σημαντικό επίσης είναι το εύρημα πως μεγάλος αριθμός ατόμων δεν είχαν εκφράσει ανικανοποίητες ανάγκες το 2010 όπου σημειώθηκε η κορύφωση της οικονομικής κρίσης. Αυτό το ποσοστό αφορά το 93,4% του συνολικού πληθυσμού και ακριβώς πριν την οικονομική κρίση το 2007 το ίδιο ποσοστό ατόμων δεν δήλωσαν ανικανοποίητες ανάγκες. Ενώ μετά την οικονομική κρίση το 2014 και πάλι ποσοστό 93% του συνολικού πληθυσμού δεν δήλωσε ανικανοποίητες ανάγκες.

Με αυτά τα συμπεράσματα τα οποία εξήχθηκαν από την Eurostat, αντιλαμβανόμαστε πως πριν και μετά την οικονομική κρίση οι ανικανοποίητες ανάγκες ούτε αυξήθηκαν αλλά και ούτε μειώθηκαν αλλά παρέμειναν σε ίδια επίπεδα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε (Eurostat,2017).

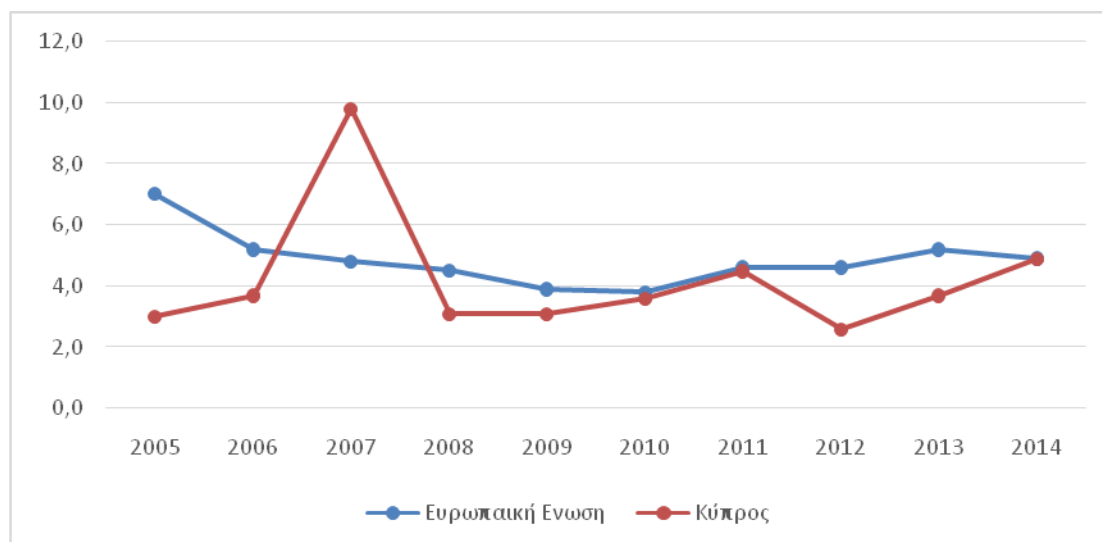


**Εικόνα 1.2:** Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας λόγω του ότι οι υπηρεσίες υγείας βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση από τον τόπο διαμονής **Πηγή** Eurostat (2017)

## 1.4 Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στην Κύπρο

Όσον αφορά την Κύπρο, με την οικονομική κρίση και τις πολιτικές οι οποίες εφαρμόστηκαν για περιορισμό των δαπανών, εκδηλώθηκαν αρκετές ανικανοποίητες ανάγκες στην υγεία. Για το έτος 2014, μέσα από στοιχεία της Eurostat, οι ανικανοποίητες ανάγκες έφτασαν στο ποσοστό 5,5% και ο κυριότερος λόγος ήταν το αυξημένο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών που καλούνταν να πληρώσουν οι χρήστες. Ηλικιακά το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων οι οποίοι δήλωσαν ανικανοποίητες ανάγκες ήταν στην ηλικιακή ομάδα των 45-64 ετών, ενώ λιγότερες ανικανοποίητες ανάγκες εξέφρασαν τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, ποσοστό 7,1% και 4,1 % αντίστοιχα (Eurostat, 2014). Επιπλέον, από το 2009 μέχρι και το 2014 όπου η Κύπρος βρισκόταν σε περίοδο οικονομικής κρίσης το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική εξέταση όσον αφορά την ομάδα των ατόμων 65 ετών και άνω είχε αυξηθεί. Το 2009, οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ήταν στο 3,1% ενώ το 2014 βλέπουμε μια αυξημένη πορεία στο 4,9%, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat. Για το σύνολο του πληθυσμού, οι ανικανοποίητες ανάγκες οι οποίες είχαν εκφραστεί

από το 2009 μέχρι το 2014 ήταν 4,8% και 7,5% αντίστοιχα και για τα δύο έτη (Eurostat, 2016).

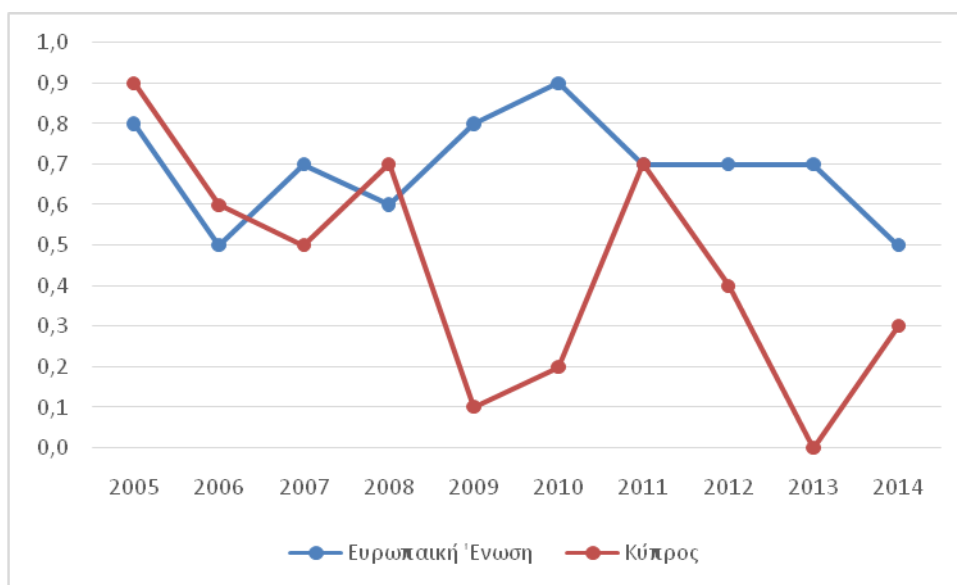


**Εικόνα 1.3:** Αυτό-αναφερθέντες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω αυξημένου κόστους (65 ετών και άνω) **Πηγή** Eurostat (2014)

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα άτομα 65 ετών και άνω, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Κύπρο δεν εξέφρασαν ότι είχαν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, στην Κύπρο υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων άνω των 65 ετών οι οποίοι δεν είχαν να δηλώσουν κάποια ανικανοποίητη ανάγκη σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε (Eurostat, 2014).

Επιπλέον, μέσα από την έρευνα της Eurofound (2014), επίσης διαφάνηκε πως η οικονομική κρίση επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ιδιαίτερα για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού. Αυτές τις δυσκολίες στην πρόσβαση αντιμετωπίζουν τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα τα οποία ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές από τις πόλεις όπου βρίσκονται τα μεγάλα νοσοκομειακά κέντρα, τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και γενικά χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης, άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπηρίες, άτομα με χρόνιες ασθένειες, μετανάστες αλλά και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι έχουν ως μόνο εισόδημα τους την σύνταξη γήρατος.

Όσον αφορά την μειωμένη πρόσβαση, λόγω απομακρυσμένων περιοχών, τα άτομα 65 ετών και άνω δεν εξέφρασαν αυξημένα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών σε σχέση με τον μέσο όρο της Ε.Ε αφού οι αποστάσεις στην Κύπρο είναι σχετικά μικρές και μπορούν εύκολα να τις διανύσουν για να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.



**Εικόνα 1.4:** Ανικανοποίητες ανάγκες λόγω απομακρυσμένων περιοχών (65 ετών και άνω). Πηγή Eurostat (2014)

Σύμφωνα με δεδομένα από την έρευνα SILC, οι Ευρωπαίοι πολίτες ζουν περισσότερα χρόνια και το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, οι Ισπανοί, οι Ιταλοί, οι Γάλλοι και οι Κύπριοι ζουν περισσότερα χρόνια από τους άλλους Ευρωπαίους πολίτες ξεπερνώντας τα 82 χρόνια ζωής το 2013 (Eurostat, 2015). Όσον αφορά την Κύπρο, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών είχε αυξηθεί κατά 2,8 έτη και 2,6 έτη αντίστοιχα για τις γυναίκες και τους άνδρες την περίοδο 2000-2010. Συγκεκριμένα, το προσδόκιμο ζωής το 2010 για τις γυναίκες 65 ετών ήταν στα 21,2 έτη και για τους άντρες στα 18,4 έτη στην ηλικία των 65 ετών. (EHLEIS,2013). Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το προσδόκιμο ζωής συνολικά και για άντρες και για γυναίκες φαίνεται να συνεχίζει να αυξάνεται σταδιακά. Το 2013, τα άτομα ηλικίας 65 ετών αναμενόταν να ζήσουν ακόμη 20,1 χρόνια, θέτοντας ως πρόκληση στο σύστημα υγείας αυτά τα χρόνια ζωής

τα οποία αυξήθηκαν να είναι και υγιή και λειτουργικά και όχι απλώς τα άτομα αυτά να επιβιώνουν με χρόνια προβλήματα υγείας (Eurostat, 2016). Όσον αφορά τους ηλικιωμένους μέσα από στοιχεία της βάσης δεδομένων Eurostat, βλέπουμε πως την τελευταία δεκαετία στην Κύπρο η ηλικιακή ομάδα από 65- 79 ετών έχει αυξηθεί σταδιακά. Το 2003 αυτή η ηλικιακή ομάδα ανερχόταν στο ποσοστό 9,1% του γενικού πληθυσμού και το 2014 έφτασε στο ποσοστό 10,8% του γενικού πληθυσμού (Eurostat, 2015).

Επιπλέον, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων από 80 ετών και άνω το 2003 ήταν 2,6% και το 2014 αυξήθηκε στο 3,1% του γενικού πληθυσμού (Eurostat,2015).

Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως το νοσολογικό προφίλ αλλάζει με την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, με αποτέλεσμα να αυξάνονται κάποιες συγκεκριμένες παθήσεις καθώς σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat οι συχνότερες αιτίες θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι νοσήματα τα οποία σχετίζονται με το καρδιαγγειακό σύστημα, (π.χ στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια), με το αναπνευστικό σύστημα (π.χ χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), ακόμη, τα λοιμώδη νοσήματα και τα νεοπλάσματα, (συχνότερα ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του ορθού, ο καρκίνος του μαστού και τέλος ο καρκίνος του προστάτη, είναι οι συχνότερες αιτίες θανάτου για τα ηλικιωμένα άτομα (Eurostat, 2014).

Έχοντας αυτά τα δεδομένα υπόψη, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας χωρίς εμπόδια τα οποία τίθενται για τον έλεγχο της ζήτησης, όπως είναι το μέτρο των συμ-πληρωμών. Θέτοντας εμπόδια στην πρόσβαση δυσχεραίνουμε την υγεία ειδικά των ηλικιωμένων, η οποία είναι μια ευπαθής ομάδα με χρόνιες ασθένειες και θα πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και σε Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες. Αρχικά, με την πρόσβαση στην ΠΦΥ θα επιτευχθεί η διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας για να αποφευχθεί η νόσος η οποία θα επιφέρει αύξηση του κόστους στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αφού οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας είναι πιο δαπανηρές.

## 2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

### 2. 1. Η Οργάνωση και η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου

Όσον αφορά την υφιστάμενη κατάσταση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από τον Δημόσιο αλλά και τον Ιδιωτικό τομέα, εφόσον δεν υπάρχει κάποιο Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2015). Υπάρχουν έξι δημόσια νοσοκομεία και πολλές κερδοσκοπικές πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα αλλά και ιδιωτικά φαρμακεία (Αντωνίου,2015) Στο δημόσιο τομέα υπάρχουν τα φαινόμενα υπερφόρτωσης εργασίας, αφού υπάρχει αυξημένος φόρτος εργασίας, μεγάλες λίστες αναμονής για ραντεβού σε γιατρούς του δημοσίου αλλά και για χειρουργικές επεμβάσεις και το σύστημα χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό και υπολειτουργία. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, υπάρχουν φαινόμενα υπερπροσφοράς και υπερτιμολόγησης για κάποιες υπηρεσίες με αποτέλεσμα να οδηγείται σε τεχνητή ζήτηση αφού δεν αξιοποιούνται οι πόροι και οι ακριβές τεχνολογίες που διαθέτουν οι ιδιωτικές κλινικές (Αντωνίου, 2015). Στην Κύπρο, οι δημόσιες δαπάνες που αφορούν την υγεία καλύπτουν το μικρότερο ποσοστό συνολικών δαπανών σε σχέση με την Ε.Ε. Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, το σύστημα υγείας της Κύπρου χρηματοδοτείται σε κάποιο βαθμό από το κράτος, το οποίο καλύπτει το 43% των δημόσιων δαπανών υγείας, επιπλέον χρηματοδοτείται σε μικρό βαθμό από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και από τα ασφαλιστρα που καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους στις ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες είναι ιδιωτικές, αλλά και από την ίδια συνεισφορά ασθενών με δικές τους πληρωμές, ποσοστό που φτάνει στο 50%. Σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε αυτό το ποσοστό τον ξεπερνά κατά πολύ, αφού οι ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς στην Ε.Ε είναι μόλις 14% (Αντωνιάδου,2015; Υπουργείο Υγείας, 2015). Επιπλέον, το Σύστημα Υγείας της Κύπρου, χαρακτηρίζεται ως ελλειμματικό καθώς καλύπτει μόνο το 80% του πληθυσμού για υπηρεσίες του δημοσίου, ενώ το υπόλοιπο 20% δεν δικαιούται περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων να πρέπει να καταφύγει στον ιδιωτικό τομέα όπου η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι ακριβή. Συνακόλουθα, δαπανώνονται αρκετά χρήματα από τα νοικοκυριά για την υγεία, με αποτέλεσμα αυτό να είναι δαπανηρό για

τα άτομα που δεν δικαιούνται πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας (Θεοδώρου,2015). Με αυτή τη διάρθρωση του συστήματος υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί ισότητα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Οι ακάλυπτες ανάγκες φτάνουν το ποσοστό 3,2%, ποσοστό που προσεγγίζει τον μέσο όρο της Ε.Ε. Το πρόβλημα της ανισότητας στην πρόσβαση αναμένεται να μειωθεί με την εισαγωγή του ΓεΣΥ στην Κύπρο, το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο και καθολικό σύστημα υγείας (Αντωνίου, 2015). Το ΓεΣΥ έχει ως κύριο του στόχο να παρέχει κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό αλλά και σε ομάδες οι οποίες λόγω οικονομικής δυσχέρειας δεν έχουν συνεισφέρει μέσω της κοινωνικής ασφάλισης (Europra ,2007). Είναι ένα μονοασφαλιστικό σύστημα το οποίο ενέχει λιγότερα προβλήματα από το πολύασφαλιστικό σύστημα (Αντωνίου, 2015).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Κύπρου από το 2011 μέχρι το 2014, η περίοδος οικονομικής κρίσης για την Κύπρο, είχε σταθερά μειωμένη πορεία, οι δημόσιες δαπάνες ήταν χαμηλότερες από τις ιδιωτικές, χαρακτηριζόταν αλλά και ακόμη χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μεγάλων λιστών αναμονής και τέλος συνεχίζονται να χρησιμοποιούνται υπέρμετρα ιατρικές τεχνολογίες που έχουν υψηλό κόστος (Θεοδώρου,2015). Όπως προαναφέρθηκε, στην Κύπρο η υγεία χρηματοδοτείται σε κάποιο βαθμό από το κράτος, σε μικρό βαθμό από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, από τα ασφάλιστρα που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τέλος από ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Στόχος του ΓεΣΥ, είναι να εξασφαλιστεί ότι όλοι ανεξαιρέτως θα έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πράγμα το οποίο δεν έχει γίνει κατορθωτό ακόμη όσον αφορά την Κύπρο και μόνο με την εισαγωγή ενός Γενικού Συστήματος Υγείας θα επιτευχθεί.

Επιγραμματικά, λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών έγιναν κάποιες περικοπές στον τομέα της υγείας, όσον αφορά στην χρηματοδότηση. Κατ' επέκταση σημειώθηκε και μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αυτό όμως θα πλήξει την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Επιπλέον, η οικονομική κρίση επιδείνωσε την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η υγεία του πληθυσμού κινδυνεύει άμεσα από τη μη βιώσιμη δομή της χρηματοδότησης (Αντωνίου, 2015). Η εξαίρεση ομάδων ατόμων από την ασφαλιστική κάλυψη



πιθανών να οδηγήσει σε μελλοντική αύξηση των δαπανών υγείας αφού τα άτομα θα νοσήσουν στο μέλλον λόγω του ότι με τα μέτρα αυτά που λαμβάνονται αποκλείονται κατά κάποιο τρόπο από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

### 3. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΩΝ ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Συμ-πληρωμές

Οι συμ-πληρωμές ανήκουν στα τέλη που καλούνται να πληρώσουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες που πρόκειται να λάβουν. Υπάρχουν διάφορες μορφές για αυτά που καλούνται να πληρώσουν οι ασθενείς. Η μια μορφή πληρωμής είναι η συμ-πληρωμή, η οποία αφορά την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος για την υπηρεσία που πρόκειται να λάβει, μια άλλη μορφή είναι η συνασφάλιση όπου ο χρήστης καλείται να πληρώσει ένα ποσοστό επί του συνολικού κόστους της υπηρεσίας που θα λάβει και τέλος οι αφαιρετέες πληρωμές κατά τις οποίες ο χρήστης πληρώνει αρχικά ένα ποσοστό της υπηρεσίας πριν αρχίσει να ισχύει η ασφαλιστική του κάλυψη και αργότερα η ασφάλεια αναλαμβάνει να καλύψει το υπόλοιπο ποσοστό (Αντωνιάδου, 2015; Theodorou, 2014). Η εφαρμογή του μέτρου των συμ-πληρωμών, αποτελεί μια κοινή πρακτική που εφαρμόζεται από τους πιο πολλούς διαμορφωτές της πολιτικής υγείας στα συστήματα υγείας. Η UNICEF, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και η Παγκόσμια Τράπεζα το 1980, είχαν υποστηρίξει την εισαγωγή των συμ-πληρωμών σε πολλές χώρες με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Οι κυριότεροι λόγοι που εφαρμόζονται οι συμ-πληρωμές είναι για να μειωθεί η άσκοπη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αλλά και για να αυξηθούν τα έσοδα από την συνεισφορά στο κόστος των χρηστών, στις παρεχόμενες υπηρεσίες, με αποτέλεσμα την συγκέντρωση οικονομικών πόρων (Theodorou, 2014, Μόσσιαλος και Θεοδώρου, 2003).

Παρόλα αυτά όταν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας καλούνται να καταβάλουν συμ-πληρωμές για τις υπηρεσίες υγείας τις οποίες έχουν ανάγκη, τότε οι δαπάνες αυτές είναι πιθανόν να χαρακτηριστούν ως καταστροφικές για αυτούς γιατί το ποσό μπορεί να είναι τόσο υψηλό σε σχέση με το εισόδημα τους που να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν. Επιπλέον, για να καταβάλει το άτομο τις συμ-πληρωμές μπορεί να πρέπει να μειώσει άλλες βασικές ανάγκες που έχει όπως για παράδειγμα είναι η τροφή και η ένδυση. Έτσι το άτομο οδηγείται σε 'καταστροφικές δαπάνες' αφού περιορίζει άλλες βασικές και απαραίτητες ανάγκες για να μπορέσει να έχει πρόσβαση στην υγεία (WHO, 2005). Ακόμη, σύμφωνα με τους Μόσσιαλος και Θεοδώρου (2003), μελέτες έχουν δείξει πως η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος μειώνει την πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες σε ομάδες ευπαθείς με

χρόνια προβλήματα υγείας αλλά και ηλικιωμένους ανεξάρτητα από το εισόδημα τους. Ακόμη, σύμφωνα με τον Donaldson (2008), οι συμ-πληρωμές χαρακτηρίζονται ως ένας άδικος καθώς και αναποτελεσματικός τρόπος όταν χρησιμοποιείται για να ελέγξει την άσκοπη χρήση και πρόσβαση στο σύστημα υγείας από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Theodorou, 2014).

Από την άλλη πλευρά, οι υποστηρικτές του μέτρου των συμ-πληρωμών αναφέρουν πως η υιοθέτηση τους μπορεί να βοηθήσει στην πιο συνετή χρήση των υπηρεσιών υγείας γιατί αναγκάζουν τους χρήστες να κάνουν χρήση μόνο των απαραίτητων υπηρεσιών με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση και έτσι αυτό συμβάλλει στην εξοικονόμηση σημαντικών οικονομικών πόρων (Theodorou, 2014).

Έτσι, οι συμ-πληρωμές θα πρέπει να έχουν αποτρεπτικό χαρακτήρα ως προς την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών και όχι ως προς την χρήση των απαραίτητων υπηρεσιών για να εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι. Οι συμ-πληρωμές μπορούν να τεθούν σε φάρμακα καθώς και σε ιατρικές εξετάσεις και παρεμβάσεις ώστε αυτές να χρησιμοποιούνται μόνο όταν υπάρχει πραγματικά η ανάγκη. Συμ-πληρωμές δεν κρίνεται σκόπιμο να εφαρμόζονται σε υπηρεσίες ΠΦΥ όπως η επίσκεψη σε γενικό ιατρό ή ιατρό ειδικότητας (WHO,2010).

Ακόμη, τα συστήματα υγείας θα πρέπει να προστατεύουν τα φτωχά άτομα αλλά και άλλες ευάλωτες ομάδες έναντι των καταστροφικών δαπανών. Ένας τρόπος προστασίας των ευάλωτων ομάδων είναι με την υιοθέτηση της προπληρωμής και όχι της συμ-πληρωμής, ούτως ώστε να μπορούν να συνεισφέρουν στο σύστημα υγείας αποταμιεύοντας για να μην χρειάζεται να καταβάλουν το ποσό άμεσα στις υπηρεσίες υγείας όταν θα τις χρειαστούν. Παρόλα αυτά ούτε η προπληρωμή μπορεί να μειώσει τις καταστροφικές δαπάνες καθώς μόνο τα άτομα με υψηλά εισοδήματα μπορούν να συνεισφέρουν με αυτό τον τρόπο . Για αυτό το λόγο, θα πρέπει να σχεδιαστούν ειδικά προγράμματα που θα προστατεύουν τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, όπως είναι οι ηλικιωμένοι και οι χρόνιοι πάσχοντες (Xu et al,2005).

### 3.2 Η Εφαρμογή των Συμ-πληρωμών στην Κύπρο

Στην Κύπρο, οι συμ-πληρωμές εισήχθηκαν ως μεταρρύθμιση την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013, όταν η Κύπρος είχε ενταχθεί στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης της Ε.Ε το

2012, λόγω οικονομικής κρίσης (Cylus et al,2013). Με την ένταξη της Κύπρου στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης επιβλήθηκαν στην Κύπρο κάποια μέτρα τα οποία στόχευαν στη μείωση των δαπανών στην υγεία αλλά και στην αύξηση των εσόδων για την υγειονομική περίθαλψη. Σε αυτά τα μέτρα περιλαμβάνονταν και οι συμπληρωμές οι οποίες επιβάρυναν το γενικό πληθυσμό. Οι συμπληρωμές, όπως προαναφέρθηκε, είναι ένα ποσό το οποίο καλείται να πληρώσει ο χρήστης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας ως συμμετοχή του στο κόστος για την υπηρεσία που πρόκειται να λάβει. Η επιβολή αυτού του μέτρου κάνει τον χρήστη να χρησιμοποιεί πιο συνετά τις υπηρεσίες υγείας και να κάνει χρήση μόνο των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας ούτως ώστε να περιοριστούν οι δαπάνες. Από την άλλη πλευρά όμως, κάποιες ευάλωτες ομάδες όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τους οποίους τα έσοδα τους περιορίζονται μόνο στην σύνταξη γήρατος, μπορεί να τους αποτρέψει από το να κάνουν χρήση ακόμη και στις απαραίτητες για αυτούς επισκέψεις στους γιατρούς ή λόγω των πολλών φαρμάκων που παίρνουν να μην αγοράζουν όλα τα φάρμακα που θα έπρεπε λόγω της συμμετοχής στο κόστος, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν τη φαρμακευτική τους αγωγή και αυτό επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην πορεία της υγείας τους.

Οι συμπληρωμές αυτές οι οποίες επιβλήθηκαν σε υπηρεσίες του δημοσίου, καλούνται λοιπόν τώρα μετά από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 να πληρώσουν και τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Οι συμπληρωμές αυτές αφορούν τα τέλη €10 για επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, €3 για επίσκεψη σε γενικό ιατρό και €6 για επίσκεψη σε γιατρό ειδικότητας, το ποσό των 50 σέντς για κάθε εργαστηριακή εξέταση και 50 σέντς για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο. Ακόμη, καταργήθηκε η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους τους δημόσιους υπαλλήλους, καταργήθηκε η κατηγορία δικαιούχων Β' ([https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page93\\_gr/page93\\_gr?opendocument](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page93_gr/page93_gr?opendocument)) και επιπλέον, δεν ισχύει πλέον η δωρεάν περίθαλψη για οικογένειες οι οποίες αποτελούνται από 3 παιδιά και άνω, ως συνέπεια να υπάρχουν 17.000 ανασφάλιστα άτομα, αφού δεν πληρούν τα εισοδηματικά κριτήρια για να θεωρούνται δικαιούχοι. Επιπλέον, συμπληρωμές θα πληρώνουν πλέον και τα άτομα που λαμβάνουν δημόσιο βοήθημα, οι εθνοφρουροί και οι εγκλωβισμένοι, δηλαδή αυτοί που διαμένουν στις κατεχόμενες περιοχές της Κύπρου. (Θεοδώρου,2015). Όμως, σύμφωνα με το

μνημόνιο συναντίληψης, δωρεάν δημόσια περίθαλψη θα συνεχίσουν να έχουν τα άτομα που πάσχουν από ορισμένες σοβαρές χρόνιες ασθένειες. Ακόμη, αυξήθηκαν τα τέλη για τις ιατρικές υπηρεσίες κατά 30% για τους μη δικαιούχους. Οι συμ-πληρωμές οι οποίες εφαρμόστηκαν, αποσκοπούν στο να λειτουργήσουν ως αντικίνητρο για την χρησιμοποίηση άσκοπων ιατρικών και εργαστηριακών αναλύσεων και φαρμάκων αλλά και την μείωση της χρήσης των πρώτων βοηθειών σε καταστάσεις οι οποίες είναι μη επείγουσες, αφού οι χρήστες που δεν έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης δεν θα κάνουν χρήση των Πρώτων Βοηθειών όταν πρόκειται να πληρώσουν €10 (Μνημόνιο Συναντίληψης, 2013).

### 3.3 Επιπτώσεις του Μέτρου των Συμ-πληρωμών

Με την επιβολή αυτού του μέτρου, βλέπουμε πως η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καταργείται με αποτέλεσμα να τίθενται κάποια εμπόδια στην πρόσβαση. Ακόμη, όταν τα άτομα καλούνται να πληρώσουν για τις υπηρεσίες υγείας, μπορεί αυτό να είναι καταστροφικό για αυτούς, αφού το ποσοστό που καλούνται να πληρώσουν μπορεί να είναι τόσο υψηλό σε σχέση με το εισόδημα τους που να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν. Σύμφωνα με μια έρευνα του Π.Ο.Υ κάθε χρόνο 44 εκατομμύρια νοικοκυριά αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστροφικές δαπάνες, ενώ 25 εκατομμύρια νοικοκυριά σε όλο τον κόσμο εξωθούνται στη φτώχεια από την ανάγκη για να πληρώσουν για υπηρεσίες (Xu et al,2005), αφού ως γνωστό οι υπηρεσίες υγείας είναι δαπανηρές και χρειάζονται πολλά χρήματα για να πληρώσει κάποιος για να μπορέσει να λάβει αυτές τις υπηρεσίες, κυρίως όταν οι υπηρεσίες αυτές είναι για μακροχρόνια περιστατικά ή για δαπανηρές θεραπείες που αφορούν τον καρκίνο.

Επιπλέον, πολλά άτομα επιλέγουν να μην κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας γιατί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο κόστος των φαρμάκων που πρέπει να αγοράσουν ή τις εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να υποβληθούν, με αποτέλεσμα τα άτομα τα οποία έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση να εξωθούνται περισσότερο στη φτώχεια αφού μη λαμβάνοντας την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή δεν αναρρώνουν με αποτέλεσμα η αρρώστια τους να μην τους επιτρέπει να δουλέψουν ούτως ώστε να έχουν ένα καλό επίπεδο διαβίωσης (Xu et al,2005).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Theodorou (2014), υπάρχουν πολλές μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν πως οι συμ-πληρωμές μειώνουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η μείωση όμως αυτή εξαρτάται από το κόστος που καλείται ο χρήστης να πληρώσει αλλά και από την υπηρεσία που καλείται να πληρώσει.

Παρόλα αυτά η εφαρμογή των συμ-πληρωμών μπορεί να συμβάλει στη μείωση του ηθικού κινδύνου. Ηθικός κίνδυνος σημαίνει πως ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί συνετά τις υπηρεσίες υγείας αφού δεν λαμβάνει υπόψη του τις οικονομικές συνέπειες της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της δωρεάν πρόσβασης (Hafner and Mahlich, 2016). Έτσι, με την επιβολή κάποιου τέλους στην υπηρεσία που το άτομο θα λάβει τον κάνει να χρησιμοποιεί μόνο τις απαραίτητες υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην κάνει άσκοπη χρήση υπηρεσιών όπου δεν χρειάζεται (Wolfe and Goddeeris, 1991). Έτσι, εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι για το δημόσιο σύστημα υγείας αλλά και χρόνος με αποτέλεσμα να γίνεται πιο αποτελεσματικό και να κατανέμονται καλύτερα οι οικονομικοί πόροι.

Παρόλο που η λογική αυτού του επιχειρήματος είναι προφανής, λίγα στοιχεία υπάρχουν και λίγες μελέτες διεξήχθησαν που να υποστηρίζουν πως οι συμ-πληρωμές μειώνουν τον ηθικό κίνδυνο. Το πείραμα RAND, το οποίο διεξήχθη το 1970 στις ΗΠΑ, έγινε σε τυχαία επιλογή δείγματος 5000 ατόμων τα οποία είχαν διαφορετικό σύστημα ασφάλισης αλλά και διαφορετικά ποσοστά συνασφάλισης (Hafner and Mahlich, 2016). Αυτό το πείραμα έγινε για να διερευνήσει την ανταπόκριση των συμμετεχόντων στα διαφορετικά ποσοστά συνασφάλισης για την χρήση των υπηρεσιών υγείας και έδειξε πως η πιθανότητα χρήσης οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας μειώθηκε αναφορικά με τις διάφορες εισοδηματικές ομάδες και κυρίως στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, οι οποίοι είχαν επηρεαστεί περισσότερο. Τα άτομα τα οποία καλούνταν να πληρώσουν περισσότερο έκαναν λιγότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ακόμα και εάν τη χρειαζόνταν. Αυτό το πείραμα αποδεικνύει πως όταν οι τιμές στις υπηρεσίες υγείας αυξάνονται, η χρήση των υπηρεσιών μειώνεται (Πορτίδης, 2015). Μια άλλη έρευνα έδειξε πως οι συμ-πληρωμές επηρεάζουν κυρίως τα πιο νεαρά σε ηλικία άτομα και τα άτομα με χρόνιες ασθένειες (Bingham et al, 2015). Σε μια έρευνα που έγινε από τους Hafner and Mahlich (2016), αφορούσε τις επισκέψεις στους ιατρούς και έδειξε πως οι συμ-πληρωμές οδήγησαν στη μείωση του

αριθμού των επισκέψεων, μόνο όταν υπέρβαιναν το ποσό των €50. Συμπληρωμές οι οποίες ήταν στα €5, δεν είχαν καμία επίπτωση στην επισκεψιμότητα στους γιατρούς. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και στις οποίες τα αποτελέσματα έδειξαν πως η επίσκεψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μειώθηκε κατά 10,9% λόγω της επιβολής συμπληρωμών €5 στην επίσκεψη για ιατρό (Hafner and Mahlich, 2016).

## 4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 4.1 Επιπτώσεις Δημογραφικής Γήρανσης

Η δημογραφική γήρανση αφορά την αύξηση των ηλικιωμένων αναφορικά με το συνολικό πληθυσμό και τη μείωση της αναλογίας παιδιών ηλικιωμένων αλλά και ενδιάμεσων ηλικιών. Τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης αποδίδονται κυρίως στο ότι οι γυναίκες εισέρχονται δυναμικά στην αγορά εργασίας με αποτέλεσμα να μειώνονται οι γεννήσεις αφού πλέον η καριέρα δεν τους επιτρέπει να απουσιάζουν από την εργασία, αλλά και λόγω της ανεργίας η οποία είναι ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στη μείωση των γεννήσεων. Επιπλέον, η στροφή προς τις πόλεις και η εγκατάλειψη της ζωής στα χωρία, η αύξηση του οικονομικού, κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου όπου συμβάλλει στον έλεγχο των γεννήσεων αλλά και η αύξηση των διαζυγίων και των εκτρώσεων είναι καθοριστικοί παράγοντες οι οποίοι παίζουν ρόλο στη μείωση των γεννήσεων. Ακόμη, η ανάπτυξη και η εξέλιξη της ανθρώπινης επιστήμης και τεχνολογίας είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Με αυτό αντιλαμβανόμαστε πως η πρόκληση είναι, αυτή η αύξηση του προσδόκιμου ζωής να αφορά υγιή χρόνια διαβίωσης και όχι να φέρει ως αποτέλεσμα ηλικιωμένους με χρόνια προβλήματα υγείας. Η δημογραφική αυτή γήρανση συνδέεται άμεσα και με την αύξηση των δαπανών υγείας, αφού η περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων είναι αρκετά δαπανηρή, εφόσον οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αυξάνονται ραγδαία μετά την ηλικία των 65 ετών και ακόμη πιο πολύ αυξάνονται όταν τα άτομα φτάσουν τα 80 χρόνια ζωής. Συμπερασματικά, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται περισσότερο όσο αυξάνεται ηλικιακά ο άνθρωπος (Commission of the European Communities, 2001). Στόχος του συστήματος υγείας θα πρέπει να είναι η απρόσκοπτη πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας ούτως ώστε οι ηλικιωμένοι να διατηρηθούν σε ένα υγιές επίπεδο για να μην χρειαστεί αργότερα να κάνουν χρήση πιο δαπανηρών υπηρεσιών υγείας (Δημητρίου, 2010).

Αναμφίβολα, οι ηλικιωμένοι είναι μια ευπαθής ομάδα, η οποία έχει πολλές χρόνιες ασθένειες και προβλήματα υγείας. Η ηλικία κατά την οποία θεωρείται κάποιο άτομο ηλικιωμένο είναι η ηλικία των 65 ετών και άνω και σε πολλές χώρες αυτό συνοδεύεται με συνταξιοδότηση η οποία σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορεί να



καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες για ιατροφαρμακευτική αγωγή λόγω χαμηλών συντάξεων (Ιωάννου & Πακούττη, 2011).

Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα στη νοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη χωρίς να ταλαιπωρούνται. Επιπλέον, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας οφείλουν να τους αντιμετωπίζουν με σεβασμό και να προασπίζονται την τήρηση της αξιοπρέπειας τους (Ιωάννου & Πακούττη, 2011). Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Ευρωπαϊκού χάρτη δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων, ο οποίος συντάχθηκε από τους Age platform Europe και την Ευρωπαϊκή Ένωση Διευθυντών Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να λαμβάνουν οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας λόγω των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους (Dphne,2010). Θα πρέπει να λαμβάνουν απρόσκοπτη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα χωρίς εμπόδια και φραγμούς.

Τα ανωτέρω ζητήματα αποτέλεσαν το έρεισμα για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής, Συγκεκριμένα, διερευνάται κατά πόσο οι συμ-πληρωμές οι οποίες θεσμοθετήθηκαν είναι οικονομικά προσιτές για τους ηλικιωμένους και εάν αυτές συνέβαλαν στη μείωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας για μακροχρόνιες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, με την επιβολή των συμ-πληρωμών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης τίθενται φραγμοί οι οποίοι εμποδίζουν την ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, ειδικά για τα ηλικιωμένα άτομα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Καταστατικό Χάρτη, οι ηλικιωμένοι πρέπει να λαμβάνουν ιδιαίτερη φροντίδα αλλά και να τους δίνεται προτεραιότητα γιατί είναι μια ευάλωτη ομάδα. Σύμφωνα με τον χάρτη αυτό θα πρέπει να καταργηθούν τα κοινωνικά αλλά και οικονομικά εμπόδια τα οποία στην περίπτωση της παρούσας μελέτης αφορούν τις συμ-πληρωμές, ούτως ώστε να μην εμποδίζεται η ελευθερία και η πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Ιωάννου & Πακούττη, 2011). Επιπλέον, ο ΠΟΥ σε μια μελέτη του αναφέρει πως όταν επιβάλλονται συμ-πληρωμές σε ηλικιωμένα άτομα αυτό μπορεί να αποδειχθεί καταστροφικό γιατί συνήθως οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που κάνουν την πιο συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω του ότι έχουν αυξημένες ανάγκες αλλά και λόγω των χαμηλών εισοδημάτων τους (Xu et al,2005).

## 4.2 Σύστημα Υγείας Ελλάδας και Κύπρου και Άτομα Τρίτης Ηλικίας

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, παρατηρείται μια μείωση στην εξέλιξη των δαπανών για τους ηλικιωμένους κατά την δεκαετία του 1990, ωστόσο οι κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονται. Το 2050 αναμένεται ο αριθμός των συνταξιούχων, στην Ελλάδα, να αυξηθεί κατά 46,2% και αυτό είναι μια πρόκληση η οποία αφορά την υγεία αφού τα άτομα αυτά θα πρέπει να είναι υγιή κατά την συνταξιοδότηση τους (Βανταράκη, 2011).

Συγκριτικά με άλλα μέλη της Ε.Ε, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2013, ήταν για τους άνδρες στα 0,8 έτη ενώ για τις γυναίκες στα 0,3 έτη. Αυτό ήταν η συνέχεια της αυξητικής τάσης του προσδόκιμου ζωής αφού μεταξύ του 2004 και του 2012 το προσδόκιμο ζωής για γυναίκες και άντρες άνω των 65 ετών είχε αυξηθεί κατά 1,2 έτη. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οφείλεται στην πρόοδο της τεχνολογίας, στην αύξηση του μορφωτικού επιπέδου, στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στην βελτίωση του κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου (Μονοκρούσου, 2016 ; EHLEIS, 2015).

Λόγω αυτών των εξελίξεων, της δημογραφικής γήρανσης, θα πρέπει να καλλιεργηθεί μια κουλτούρα πρόληψης των χρόνιων νοσημάτων τα οποία επιβαρύνουν τις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά την Κύπρο, το χαμηλό εισόδημα το οποίο προέρχεται από την σύνταξη έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, αφού με τα λίγα χρήματα που παίρνουν δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες υγείας τους (Φελλάς, 2009). Λόγω των χρόνιων προβλημάτων υγείας οι ηλικιωμένοι απαιτείται να έχουν συνεχή επαφή με το σύστημα υγείας και συνεχή παρακολούθηση από τους ιατρούς και παράλληλα υψηλή προσήλωση προς την συνιστώμενη αγωγή.

Επιπλέον, η δημογραφική γήρανση προκαλεί αύξηση των δαπανών για την υγεία, αφού ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων οδηγεί σε αυξημένη κατανάλωση και χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από άτομα τρίτης ηλικίας. Επιπλέον, ο δυσανάλογος αριθμός συνταξιούχων και εργαζομένων στην Ελλάδα δημιουργεί προβλήματα στην χρηματοδότηση των συντάξεων (Λιονάκη, 2010).

Θα πρέπει να επενδυθούν περισσότερα στην πρόληψη αλλά και στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ούτως ώστε οι αρχικές διαγνώσεις που τίθενται να είναι εγκυρότερες. Με αυτό τον τρόπο θα μειωθεί το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι ηλικιωμένοι θα διατηρηθούν περισσότερα χρόνια υγιείς και παραγωγικοί (Καλογιάννη,2011).

Συμπερασματικά, τα άτομα τρίτης ηλικίας τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ελλάδα, σε μερικά χρόνια τείνουν να γίνουν η μεγαλύτερη πληθυσμιακή ομάδα. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να έχουν απρόσκοπτη και συνεχή επαφή και πρόσβαση στο σύστημα υγείας για να μπορέσουν να έχουν ένα καλό επίπεδο διαβίωσης. Η παρούσα διατριβή πραγματεύεται το γεγονός εάν θα πρέπει οι ηλικιωμένοι να συνεισφέρουν στο σύστημα υγείας για να έχουν πρόσβαση σε αυτό ή εάν θα πρέπει να εξαιρούνται.

Επιπλέον, θα ήταν ορθό να διερευνηθεί κατά πόσο θα πρέπει να γίνει καλύτερος διαχωρισμός για το ποιοί θα πρέπει να πληρώνουν ή όχι συμ-πληρωμές ανάλογα με το εισόδημα τους το οποίο κύρια προέρχεται από τη σύνταξη γήρατος. Έτσι, μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής θα προκύψουν οι στάσεις και οι απόψεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας για το μέτρο των συμ-πληρωμών. Τα ευρήματα αυτά αποκτούν ιδιαίτερη αξία, ενόψει της εισαγωγής του ΓεΣΥ, όπου προγραμματίζεται να εφαρμοστούν χρεώσεις σε μια μεγαλύτερη δέσμη υπηρεσιών υγείας.

## 5. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜ-ΠΛΗΡΩΜΩΝ

### 5.1 Η Διεθνής Εμπειρία

Στην συνέχεια επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς εμπειρίας για τις επιπτώσεις των συμ-πληρωμών στις διάφορες υπηρεσίες υγείας όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, καθώς και η αποτύπωση του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου για τις συμ-πληρωμές στις υπό εξέταση χώρες.

Όσον αφορά έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στη Νότια Καλιφόρνια για το τμήμα των πρώτων βοηθειών, σύμφωνα με τους Selby et al. (1996), η επιβολή συμ-πληρωμών μειώνει την άσκοπη χρήση τμημάτων πρώτων βοηθειών για περιστατικά τα οποία δεν χρήζουν άμεσης ιατρικής παρέμβασης, με αποτέλεσμα να μειώνεται η μη απαραίτητη χρήση και να εξοικονομούνται αναγκαίοι πόροι. Τα ποσά που καλούνται να πληρώσουν οι χρήστες είναι περίπου \$25-30. Παρόλη τη θετική επίδραση (στον περιορισμό της σπατάλης), κάποιες άλλες έρευνες δείχνουν πως η επιβολή συμ-πληρωμών στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αυξήσει τις ανισότητες στην υγεία, κυρίως για τα άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και άρα να θέσει εμπόδια πρόσβασης. Στην έρευνα των Wharam et al. (2013), που διεξήχθη αποκλειστικά για το τμήμα των πρώτων βοηθειών, βρέθηκε πως τα άτομα που άνηκαν στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις μείωσαν τις επισκέψεις τους στις πρώτες βοήθειες κατά 25-30%, με αποτέλεσμα όμως την αύξηση των ενδο- νοσοκομειακών νοσηλείων. Επιπλέον, στην πιο πάνω έρευνα το 30,2% των ασθενών ανέφερε πως δεν ήταν πρόθυμο να καταβάλει τη συμ-πληρωμή για να έχει πρόσβαση στο τμήμα των πρώτων βοηθειών, μεταξύ των οποίων ήταν και άτομα που ένιωσαν πόνο στο στήθος, κοιλιακό άλγος αλλά και δύσπνοια, συμπτώματα τα οποία είναι επικίνδυνα και εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να οδηγήσουν σε αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες και αναπόφευκτα σε δαπανηρή ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία (Baum et al,2015).

Στη Βουλγαρία, οι συμ-πληρωμές εφαρμόζονται από το 1998 σε υπηρεσίες όπως οι επισκέψεις στους γιατρούς, για την οδοντιατρική φροντίδα, για τις εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και στα φάρμακα. Παρόλο που διαφάνηκε πως οι συμ-πληρωμές

μειώναν την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας και έφερναν επιπλέον έσοδα στο σύστημα υγείας, επιβάρυναν σημαντικά τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, τους συνταξιούχους και άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας οι οποίοι επισκέπτονται πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες που επηρεάστηκαν περισσότερο αφορούν τις εργαστηριακές εξετάσεις, τα φάρμακα αλλά και την επισκεψιμότητα στους ιατρούς (Dimova et al, 2012).

Όσον αφορά τη Σουηδία, συμ-πληρωμές πληρώνουν όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εκτός από τα άτομα 20 ετών και κάτω. Στην ΠΦΥ καλούνται να πληρώσουν τα ποσά των €11-22, για την επίσκεψη σε γιατρό. Για τα εξωτερικά ιατρεία πληρώνουν τα ποσά των €25- 35, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα πληρώνουν τα ποσά των €122, για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πληρώνουν το ποσό των €9 για κάθε ημέρα νοσηλείας και τέλος όσον αφορά τις οδοντιατρικές υπηρεσίες οι χρήστες πληρώνουν μέχρι και €333. Για τις υπηρεσίες υψηλού κόστους οι χρήστες πληρώνουν ένα άπαξ προκαθορισμένο ποσό για περίοδο δώδεκα μηνών (Anell et al,2012). Όσον αφορά τις επιπτώσεις των συμ-πληρωμών στις επισκέψεις σε γιατρό, η έρευνα των Jakobsson & Svensson (2016), έδειξε πως δεν είχαν κάποια επίπτωση στον πληθυσμό αφού το θεσπισμένο ποσό είναι πολύ χαμηλό. Επιπλέον, λόγω του ότι τα ποσά καταβάλλονται άπαξ για περίοδο δώδεκα μηνών, οι χρήστες κάνουν αρκετές επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην επηρεάζονται από τις συμ-πληρωμές τις οποίες πληρώνουν (Jakobsson & Svensson, 2016).

Στην Ισπανία, οι συμ-πληρωμές αποτελούν το 21% των πληρωμών και εφαρμόζονται σε φάρμακα, στην οδοντιατρική φροντίδα αλλά και για οφθαλμιατρική περίθαλψη (Garcia-Armesto et al, 2010). Μέσω έρευνας που διεξήχθη στην Ισπανία διαφαίνεται πως το ποσό των συμ-πληρωμών που ισχύουν στις δημόσιες υπηρεσίες της Ισπανίας είναι χαμηλό συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, δεν επηρεάζεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, από τις συμ-πληρωμές εξαιρούνται οι ηλικιωμένοι καθώς και άλλες ευπαθείς ομάδες (Puig-Junoy, 2002).

Παρόλο που οι επιπτώσεις των συμ-πληρωμών για τις διάφορες χώρες δείχνουν να είναι μικρές, αξίζει να ασχοληθούμε για τις επιπτώσεις που έχουν στους ηλικιωμένους για την Κύπρο, εφόσον για την Κύπρο δεν υπάρχουν μελέτες οι οποίες να διερευνούν τις στάσεις και τις απόψεις των ηλικιωμένων σχετικά με τις συμ-

πληρωμές, καθώς οι μελέτες που έχουν γίνει αφορούν μόνο το γενικό πληθυσμό. Έτσι, κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθούν οι απόψεις και οι στάσεις των ηλικιωμένων, καθότι είναι μια ευάλωτη ηλικιακή ομάδα και ίσως η μόνη που να κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, με τη διερεύνηση των επιπτώσεων των συμπληρωμών στους ηλικιωμένους θα διαφανεί κατά πόσο θα πρέπει οι ηλικιωμένοι να πληρώνουν συμ-πληρωμές ή εάν θα πρέπει να απαλλαγθούν από αυτές για να μπορούν να κάνουν συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

## 5.2 Η Εμπειρία από την Ελλάδα και την Κύπρο

Μέχρις στιγμής, όσον αφορά την Κύπρο έχουν διερευνηθεί οι επιπτώσεις των συμπληρωμών στο γενικό πληθυσμό και όχι μεμονωμένα στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων 65 ετών και άνω. Η έρευνα της Αντωνιάδου (2015), έγινε σε δείγμα 294 ασθενών στο γενικό πληθυσμό και τα αποτελέσματα έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών αφορούσε τις επισκέψεις στις πρώτες βοήθειες, με ποσοστό 6,8% να δηλώνει πως δεν πραγματοποίησε επίσκεψη λόγω των συμπληρωμών. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν πως ποσοστό 7,1 ζήτησε δανεικά για να κάνει χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, όταν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν για το εάν θα πρέπει να καταβάλλουν χρήματα για να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι μισοί περίπου δήλωσαν πως πρέπει να πληρώνουν συμ-πληρωμές ενώ οι άλλοι μισοί όχι. Τέλος, από τα ευρήματα προέκυψε πως οι συμ-πληρωμές για τα φάρμακα και τις ιατρικές εξετάσεις δεν επηρέασαν τη χρήση τους αφού τα ποσά που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες είναι σχετικά χαμηλά (Αντωνιάδου, 2015).

Σύμφωνα με μελέτη του Θεοδώρου (2014), η οποία έγινε σε ένα δείγμα 885 ασθενών, για να δείξει ποιες οι κύριες επιπτώσεις των συμπληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της Κύπρου, το 8,2% δήλωσε πως είχε την ανάγκη για επίσκεψη στις πρώτες βοήθειες αλλά μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 δεν το έπραξαν λόγω των €10 που καλούνταν να πληρώσουν. Όσον αφορά, τις συμ-πληρωμές σε άλλες υπηρεσίες προέκυψε πως αυτές δεν επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών καθώς 73,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είναι σχετικά χαμηλές οι χρεώσεις. Ωστόσο, παρόλο που

οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι χαμηλό το ποσό των συμ-πληρωμών, ένα μικρό ποσοστό (8,1%) δήλωσε πως δανείστηκε χρήματα προκειμένου να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και επιπλέον το 12%, δήλωσε πως δεν έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω των συμ-πληρωμών. Αυτά τα φαινόμενα παρατηρήθηκαν κυρίως σε άτομα χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών ομάδων.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2015, στην Κύπρο, σε δείγμα 300 ασθενών, για τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για τις συμ-πληρωμές στα δημόσια συστήματα υγείας, προέκυψε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας μετά την εφαρμογή των συμ-πληρωμών. Παρόλα αυτά το 10% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας γιατί σκέφτηκαν τις χρεώσεις. Ακόμη, 8,3% δανείστηκαν χρήματα για να πληρώσουν τα τέλη. Όπως και στις δύο προηγούμενες έρευνες, έτσι και στην συγκεκριμένη το μεγαλύτερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών αφορά το τμήμα των πρώτων βοηθειών εφόσον εκεί οι χρήστες καλούνται να πληρώσουν το πιο ψηλό ποσό συμ-πληρωμής (Κωνσταντίνου,2015).

Τέλος, σε έρευνα του Πορτίδη (2015), με αντικείμενο τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας για τις συμ-πληρωμές, με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου στην οποία συμμετείχαν 291 ασθενείς άνω των 18 ετών, προέκυψε ότι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν δήλωσαν να παρατήρησαν κάποια αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 και πως θεωρούσαν τα ποσά των συμ-πληρωμών χαμηλά.

Όλες οι πιο πάνω έρευνες, οι οποίες έγιναν για να διερευνηθούν τις στάσεις και τις απόψεις των χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, δεν έδειξαν κάποιες σοβαρές επιπτώσεις, όσον αφορά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο αυτό οφείλεται στο γεγονός πως διεξήχθησαν σε σύντομο χρονικό διάστημα από την ημέρα επιβολής του μέτρου των συμ-πληρωμών. Έτσι, θα πρέπει να γίνει ξανά μελέτη σε βάθος χρόνου για το ποίες είναι οι επιπτώσεις των συμ-πληρωμών και για το εάν θα πρέπει να εξαιρούνται κάποιες ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι ηλικιωμένοι.

Όσον αφορά το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, η κρίση επέβαλε την εφαρμογή του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, λόγω των αυξημένων σπαταλών οι

οποίες γίνονταν στην υγεία. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας πλήρωναν μόνο την συμ-πληρωμή των €3 για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, για επίσκεψη σε γενικό ιατρό στα εξωτερικά ιατρεία (Economidou, 2010). Το 2011 το ποσό αυτό αυξήθηκε στα €5 το οποίο καταβάλλεται απευθείας χωρίς τη συμβολή του ασφαλιστικού φορέα. Σύμφωνα με τη μελέτη του Κυρικλίδη (2016), η αύξηση αυτή δεν αποτέλεσε εμπόδιο στην επίσκεψη για κάποιο γενικό ιατρό στα εξωτερικά ιατρεία. Γενικά, μέσα από αυτή την μελέτη διαφάνηκε πως δεν επηρεάστηκε η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις συμ-πληρωμές. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες της μελέτης συμφώνησαν ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας είχε αυξηθεί από τότε που είχαν επιβληθεί οι συμ-πληρωμές, όμως εν καιρώ οικονομικής κρίσης τα περισσότερα άτομα στρέφονται προς το δημόσιο σύστημα υγείας όπου τα ποσά που πληρώνουν είναι πιο προσιτά σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα και ίσως αυτός να ήταν ένας παράγοντας αύξησης των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία (Κυρικλίδης, 2016).

Επίσης, το αντίκτυπο της αύξησης της συμμετοχής στο κόστος, μέσα από τη μελέτη της Διακάτου (2016), δεν έδειξε να είναι μεγάλο καθώς, δεν επηρεάστηκε η συμμόρφωση ως προς την φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα η εφαρμογή του μέτρου συνέβαλε στον εξορθολογισμό της χρήσης των φαρμάκων με τον περιορισμό της υπερκατανάλωσης. Επιπρόσθετα, από τη μελέτη διαφάνηκε στροφή των πολιτών προς τον ιδιωτικό τομέα ειδικότερα για τα άτομα τα οποία είχαν υψηλότερο εισόδημα. Αντίθετα τα άτομα τα οποία έπασχαν από χρόνια νοσήματα και άνηκαν σε χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη στρέφονταν προς το δημόσιο νοσοκομειακό τομέα για να προμηθευτούν τα φάρμακα τους και για να κάνουν τις εξετάσεις τους (Διακάτου, 2016).

Σύμφωνα με τη μελέτη της Πασσά (2015), με την επιβολή του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος, τα νοικοκυριά επιβαρύνονται περισσότερο και ιδιαίτερα σε ότι αφορά την αγορά των φαρμάκων αφού η συμμετοχή των πολιτών έχει αυξηθεί σημαντικά. Κυρίως, οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αδυνατούν κάποιες φορές να αγοράσουν τα φάρμακα τους λόγω των συμ-πληρωμών (Πασσά, 2015).

Ακόμη, σύμφωνα με τη μελέτη του Κυρικλίδη (2016), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 200 ατόμων από το γενικό πληθυσμό, προέκυψε το 71% αυτών περιόρισε τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία από την μέρα που τέθηκε σε εφαρμογή το



εξέταστρο αλλά και από τότε που αυξήθηκε το ποσό της συμμετοχής. Ακόμη, ποσοστό 68% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην μελέτη δήλωσε πως μείωσε και την κατάχρηση φαρμάκων. Επιπλέον, το 66,5% των ερωτώμενων δήλωσε πως απέφυγε την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων τις οποίες δεν χρειάζονταν. Τέλος, σε αυτή τη μελέτη το 71% των συμμετεχόντων δήλωσε πως θεωρεί ότι οι συμπληρωμές αυτές θα βοηθήσουν στο να εξοικονομηθούν χρήματα τα οποία θα συμβάλλουν και στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας (Κυρικλίδης, 2016).

Επιπλέον, μέσα από την μελέτη της Μονοκρούσου (2016) , φαίνεται πως η συμμόρφωση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή συνδέεται άμεσα με την αύξηση των συμ-πληρωμών, αφού η οικονομική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει εάν θα λάβουν την φαρμακευτική τους αγωγή ή όχι (Μονοκρούσου, 2016).

## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 6.1 Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των χρηστών ηλικιακής ομάδας 65 ετών σχετικά με τις συμ-πληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου. Κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθούν οι απόψεις τους για να διευκρινιστεί κατά πόσο θα πρέπει να γίνεται καλύτερος διαχωρισμός για το ποιοι θα πρέπει να πληρώνουν και ποιοι όχι αναλόγως εισοδήματος και αν θα πρέπει να εξαιρούνται ή όχι οι συνταξιούχοι και ιδιαίτερα οι χαμηλοσυνταξιούχοι. Επιπλέον, θα προκύψουν συμπεράσματα που αφορούν στο εάν οι συμ-πληρωμές επηρέασαν αρνητικά την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση:

- της επίδρασης των συμ-πληρωμών όσον αφορά την προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας.
- των στάσεων και των αντιλήψεων των ηλικιωμένων χρηστών των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις συμ-πληρωμές.
- του βαθμού στον οποίο οι συμ-πληρωμές αποτελούν ένα αποτελεσματικό μέτρο για τον έλεγχο της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Η συγκεκριμένη μελέτη επιχειρείται για πρώτη φορά στην Κύπρο καθώς οι μελέτες που έχουν ήδη διεξαχθεί αφορούν το γενικό πληθυσμό και όχι συγκεκριμένα την πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών.

Στόχος αυτής της μελέτης είναι να διαφανεί κατά πόσο οι ηλικιωμένοι στερούνται της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από το δημόσιο σύστημα υγείας και ποιες επιπτώσεις επιφέρουν οι συμ-πληρωμές αναφορικά με την υγεία τους και επιπλέον να διαφανούν οι ανικανοποίητες ανάγκες σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Ακόμη, τα αποτελέσματα της μελέτης θα βοηθήσουν τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας να διαμορφώσουν πιο εύκολα συμπεράσματα σχετικά με ενδεδειγμένο ύψος των συμ-πληρωμών ενόψει σύστασης του ΓΕΣΥ, καθώς και με το αν θα πρέπει να

πληρώνουν όλοι οι συνταξιούχοι συμ-πληρωμές ή κάποιοι από αυτούς να εξαιρούνται.

Ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν δείγμα ευκολίας και αφορούσε ασθενείς 65 ετών και άνω οι οποίοι ήταν χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, άνδρες και γυναίκες, από όλες τις κοινωνικό-οικονομικές ομάδες και διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που ο ασθενής ήταν κάτω των 65 ετών τότε η συνέντευξη διακοπτόταν. Τα άτομα τα οποία έλαβαν μέρος στην έρευνα είχαν καλή γνώση της Ελληνικής γλώσσας και καλή κατάσταση υγείας όπου τους επέτρεπε να απαντήσουν στο δομημένο ερωτηματολόγιο. Είχαν υπογράψει έντυπο λήψης συγκατάθεσης για την συμμετοχή στην έρευνα. Συγκεκριμένα η έρευνα αφορούσε άτομα (N= 188) τα οποία επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία Έγκωμης, Λακατάμειας και Στροβόλου. Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων έγινε κατά την διάρκεια αναμονής των συμμετεχόντων στα εξωτερικά ιατρεία. Για τη διεξαγωγή της έρευνας στις δομές όπου διεξήχθη η έρευνα ζητήθηκαν άδειες από τα αρμόδια όργανα οι οποίες επισυνάπτονται στο Παράρτημα.

## 6.2 Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη, η οποία έγινε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, που αφορά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από άτομα 65 ετών και άνω. Για τη χρήση του ερωτηματολογίου λήφθηκε άδεια από τον κο. Θεοδώρου ο οποίος και το είχε αναπτύξει στο πλαίσιο προγενέστερης ανάλογης μελέτης (“ Testing the watered for GeSY. The opinion of patients for cost sharing arrangements in the public health care system in Cyprus” ) στην Κύπρο που αφορούσε τον γενικό πληθυσμό (Theodorou, 2014). Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από τέσσερεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία , η δεύτερη το επίπεδο υγείας των ερωτώμενων, η τρίτη ενότητα την γνώση και την αντίληψη των ερωτώμενων για τα τέλη και τέλος η τέταρτη ενότητα αφορούσε την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από συνολικά 31 ερωτήματα, κατόπιν της απαραίτητης προσαρμογής του αρχικού ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από 33 ερωτήσεις.

Τα εννέα αφορούσαν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και τα υπόλοιπα 22 ερωτήματα αφορούσαν το επίπεδο υγείας, τη γνώση και την αντίληψη για τις συμπληρωμές και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για τις 14 από τις 31 ερωτήσεις υπήρχε η δυνατότητα απάντησης ναι-όχι, οι 10 ήταν ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας, για τέσσερεις ερωτήσεις υπήρχε δυνατότητα επιλογής περισσότερων της μιας απάντησης μία ήταν ανοικτού τύπου ερώτηση και τέλος σε μια ερώτηση υπήρχε η δυνατότητα συμπλήρωσης ποσού. Το ερωτηματολόγιο απάντησαν συνολικά 188 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 98,4%). Το πλήρες ανάπτυγμα του ερωτηματολογίου επισυνάπτεται στο Παράρτημα.

Ο υπό μελέτη πληθυσμός που συμμετείχε στην εν λόγω μελέτη ήταν δείγμα ευκολίας για επίτευξη της διαδικασίας συλλογής δεδομένων. Επιπλέον, περιορισμό της μελέτης αφορά και το γεγονός πως κατά τους μήνες Σεπτέμβριο και Οκτώβριο δεν υπήρχε μεγάλη ροή ασθενών λόγω χαμηλής νοσηρότητας (από εποχικά νοσήματα π.χ γρίπη) τους συγκεκριμένους μήνες. Επιπλέον, δεν υπήρχε η ευχέρεια διεξαγωγής της μελέτης σε βάθος χρόνου ώστε να ληφθούν και οι απόψεις ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία σε περιόδους που αυτά είναι περισσότερο φορτωμένα.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού σε μια έρευνα είναι τουλάχιστον πέντε φορές πιο μεγάλο από τον αριθμό των στοιχείων του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013).

Η μελέτη έλαβε χώρα μεταξύ των μηνών Σεπτεμβρίου και Οκτωβρίου 2017. Τα άτομα ενημερώνονταν με γραπτό και προφορικό τρόπο για τον σκοπό της έρευνας και τηρήθηκε η ανωνυμία τους. Τα υποκείμενα της έρευνας έπρεπε να υπογράψουν το έντυπο για την πληροφορημένη συγκατάθεση τους και συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο μέσω *προσωπικής συνέντευξης* από την ίδια την ερευνήτρια. Ο τρόπος συλλογής δεδομένων ήταν χρονοβόρος αλλά και επίπονος, παρόλα αυτά προτιμήθηκε γιατί θα είχε μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης.

### 6.3 Στατιστική Ανάλυση

Όσον αφορά τα δεδομένα, επεξεργάστηκαν όλα σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, ανώνυμα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20 και για τις ανάγκες της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος T-test και One way Anova για τις συνεχείς μεταβλητές, ο έλεγχος  $\chi^2$  για κατηγορικές μεταβλητές. Επίσης, για τη διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών στη διαμόρφωση των απόψεων των ερωτώμενων αναπτύχθηκαν κατάλληλα μοντέλα παλινδρομήσεων (λογιστική και γραμμική παλινδρόμηση).

### 6.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου

Η διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγινε με τον συντελεστή Cronbach 's Alpha σε 20 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα οποία λήφθηκαν στο πλαίσιο πιλοτικής μελέτης που διεξήχθη κατά τον μήνα Σεπτέμβριο. Με την ανάλυση των επτά ερωτήσεων προκύπτει Cronbah's Alpha 0,82 ο οποίος επιδεικνύει υψηλή εσωτερική συνέπεια. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι στην περίπτωση που αφαιρέσουμε την ερώτηση 26,6 (Θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα) τότε αυξάνεται κατά 0,026 μονάδες. Αν εφαρμόσουμε το Cronbah's Alpha για τις έξι υπολειπόμενες ερωτήσεις παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει άλλη ερώτηση που μπορεί να αφαιρεθεί και να αυξήσει σημαντικά το Cronbah's Alpha. Επειδή το Cronbah's Alpha είναι πολύ μεγαλύτερο του 0,7 μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτές τις επτά ερωτήσεις αφού η αλλαγή του Cronbah's Alpha χρησιμοποιώντας τις έξι ερωτήσεις δεν είναι σημαντική. Ο έλεγχος αξιοπιστίας έγινε για τις ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας.

## 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 7.1 Δημογραφικά και Κοινωνικό-οικονομικά Χαρακτηριστικά του Υπό Μελέτη Πληθυσμού

Αρχικά γίνεται η ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων σε μορφή πίνακα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άνδρες (75%), απόφοιτοι λυκείου με μόνιμο τόπο κατοικίας την επαρχία Λευκωσίας. Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι και ως επί το πλείστον διαμένουν με ένα ακόμη άτομο στο ίδιο σπίτι. Το καθαρό μηνιαίο εισόδημα ως μέση τιμή υπολογίστηκε περίπου στα € 1.600.

**Πίνακας 7.1** Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Χαρακτηριστικό	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>	
Άνδρες	75%
Γυναίκες	25%
<b>Ηλικία</b>	
Άνω των 65 ετών;	
ΝΑΙ	98,4%
ΟΧΙ	1,6%
<b>Επαρχία διαμονής</b>	
Λευκωσία	95,7%
Λάρνακα	3,2%
Λεμεσός	1,1%
Αμμόχωστος	0%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Έγγαμος	68,1%
Άγαμος	29,8%
Διαζευγμένος	0,5%
Χήρος	1,6%

Πόσα άτομα μένετε μαζί στο ίδιο σπίτι;	
1 άτομο	2,7%
2 άτομα	82,4%
3 άτομα	12,8%
4 άτομα	1,6%
5 άτομα	0,5%
6 άτομα	
7 άτομα	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	
Μέση τιμή 1634,3	\
SD=809,3	
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Καμία εκπαίδευση	0,5%
Απόφοιτος δημοτικού	5,3%
Απόφοιτος Γυμνασίου	14,4%
Απόφοιτος Λυκείου	54,8%
Μεταλυκειακή ή Τριτοβάθμια	19,7%
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο)	3,2%
Μεταπτυχιακές σπουδές (μάστερ, διδακτορικό)	2,1%

## 7.2 Κατάσταση Υγείας και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Όσον αφορά ερώτηση σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ποσοστό 50,53% ανέφερε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, ενώ το 42,02% ανέφερε ότι είναι μέτρια η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες.

Σε ερώτηση αναφορικά με την αυτό-αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (83%) απάντησε πως χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας ως μέτρια.

**Πίνακας 7.2 Κατάσταση Υγείας**

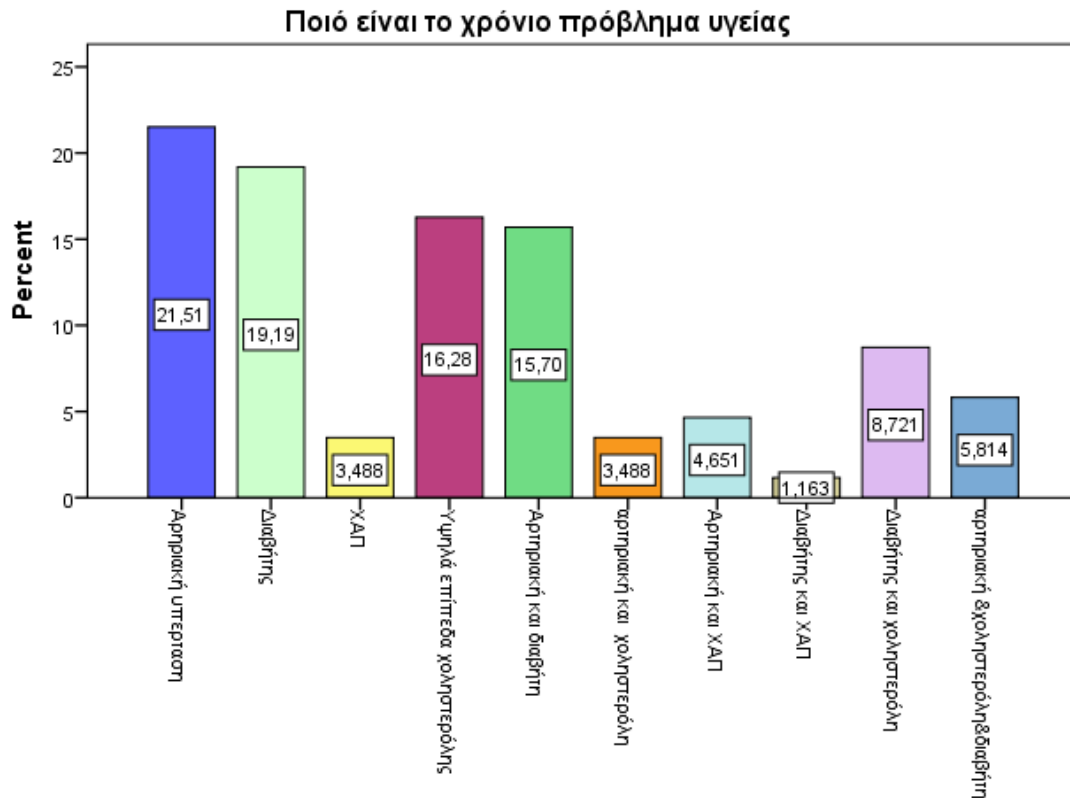
Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι υγεία σας είναι:		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	1	0,5%
Καλή	30	16%
Μέτρια	156	83%
Κακή	1	0,5%
Πολύ κακή	0	0

Σε ερώτηση σχετικά με την τακτική λήψη φαρμάκων οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά (~80%).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και να επισκέπτονται συχνά το γιατρό, καθώς περίπου 92% των ερωτώμενων απάντησε θετικά στο σχετικό ερώτημα. Στην Εικόνα 1 απεικονίζονται τα προβλήματα με συχνότερα δηλωμένα: την αρτηριακή υπέρταση, το διαβήτη και την υπερχοληστεριναιμία.

Στον πιο κάτω πίνακα φαίνονται ποια είναι τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων με υψηλότερο ποσοστό.





**Εικόνα 7.1:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων σχετικά με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων  
*Το άθροισμα είναι μεγαλύτερο από 100 καθώς οι ερωτώμενοι είχαν δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων*

### 7.3 Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Υγείας και Απόψεις για τις Συμπληρωμές

Σε ερώτηση σχετικά με τη γνώση και την αντίληψη των ασθενών για τα τέλη τα οποία πληρώνουν από 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 κάθε φορά που επισκέπτονται γιατρούς του δημοσίου για να τους εξετάσουν, να τους γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις διαφάνηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (**96,3%**) των συμμετεχόντων ήξερε ότι από την 1<sup>η</sup> του Αυγούστου 2013 έπρεπε να καταβάλουν συμπληρωμές.

Στον Πίνακα 7.3 αποτυπώνονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με το ακριβές ποσό που ισχύει για κάθε υπηρεσία. Σε περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν το ήξερε, είχε την επιλογή να απαντήσει κάνοντας υποθετική εκτίμηση του ύψους του ποσού (βλ. τρίτη στήλη)

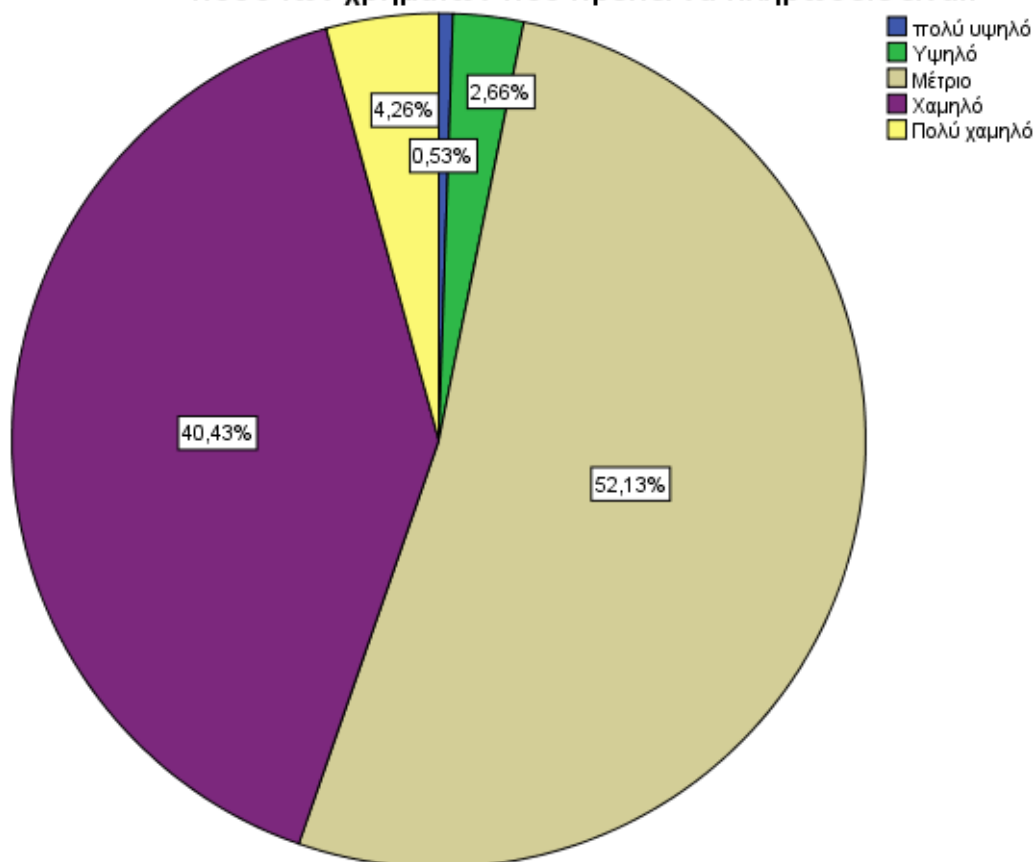
**Πίνακας 7.3 :** Γνώση των ερωτώμενων για τα ποσά των συμπληρωμών.

Ερώτηση	Ναι το ξέρω (ποσοστό και μέση τιμή για το ποσό που απάντησαν)	Δεν το ξέρω (ποσοστό και μέση τιμή για το ποσό που απάντησαν)
Για κάθε επίσκεψη στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου	90% (€10)	10% (€6)
Για κάθε επίσκεψη στον γενικό ιατρό	95,2% (€3)	4,8% (€2.5)
Για κάθε επίσκεψη στον ειδικό γιατρό	85,4% (€6)	4,6% (€4)
Για κάθε φάρμακο που σας γράφει ο γιατρός σας	70,1% (0,50cent)	30,9% (€1,50)
Για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που σας γράφει ο γιατρός σας	80.3% (0.50cent)	20,7% (€1)

Στην ερώτηση εάν εξαιρέθηκαν από τις συμπληρωμές ή όχι ποσοστό **1,6%** δήλωσε πως εξαιρέθηκε από τη συμμετοχή στα φάρμακα ενώ το υπόλοιπο **98,8%** κατέβαλε τη συμπληρωμή του.

Στην Εικόνα 7.2 αποτυπώνονται οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι το ποσό που καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλό ή υψηλό σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.

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



**Εικόνα 7.2** Απόψεις σχετικά με το ύψος του ποσού που καλούνται να πληρώσουν οι χρήστες ως συμ-πληρωμή

Στην ερώτηση εάν ο ίδιος ο ερωτώμενος ή κάποιο μέλος της οικογένειας χρειάστηκε να πάρει δάνειο για να προσέλθει σε γιατρό και να πληρώσει αυτά τα τέλη, το **12,2%** απάντησε Ναι και το **87,8%** Όχι.

Σε ερώτηση σχετικά με το εάν οι ερωτώμενοι πίστευαν ότι τα τέλη πρέπει να τα πληρώνουν όλοι ανεξαιρέτως ή πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται με βάση την κατάσταση υγείας και το διαθέσιμο εισόδημα, το **77,7%** απάντησε πως πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται και **21,8%** δήλωσε πως πρέπει να πληρώνουν όλοι ανεξαιρέτως εισοδήματος ή ασθένειας.

Στον Πίνακα 7.4 καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με την ιεράρχηση των ομάδων του πληθυσμού που θεωρούν ότι θα έπρεπε να εξαιρούνται από την καταβολή συμ-πληρωμών.

**Πίνακας 7.4** Απόψεις για το ποιοί θα πρέπει να εξαιρούνται από την καταβολή συμ-πληρωμών.

	1 <sup>η</sup> επιλογή	2 <sup>η</sup> επιλογή	3 <sup>η</sup> επιλογή
Με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες	8,5%	43,5%	5,7%
Μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε	38,3%	3%	20,2%
Λήπτες δημοσίου βοηθήματος	38,3%	35,4%	2,3%
Εγκλωβισμένοι και στρατιώτες	10,6%	9,1%	38,4%
Τουρκοκύπριοι	1,6%	2,8%	23,1%
Άνεργοι	2,2%	43,5%	3,4%
Χαμηλοσυνταξιούχοι και άτομα με χαμηλό εισόδημα	0,5%	27,3%	2,8%
Άτομα άνω των 65 ετών	0%	9,4%	1,1%

*Οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων*

Σε ερώτηση σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι θα συμφωνούσαν στο να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας το **29,3% απάντησε όχι, δεν θα συμφωνούσα ενώ το 70,7% ναι, θα συμφωνούσα.**

Στον Πίνακα 7.5 καταγράφονται οι ιεραρχημένες απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ποιες υπηρεσίες θεωρούν πως θα έπρεπε να εξαιρεθούν από την επιβολή συμ-πληρωμών.

**Πίνακας 7.5** Ποιες υπηρεσίες θα πρέπει να εξαιρεθούν από την επιβολή συμ-  
πληρωμών

Ερώτηση	1 <sup>η</sup> επιλογή	2 <sup>η</sup> επιλογή	3 <sup>η</sup> επιλογή
Πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου	3,7%	85,2%	6%
Επισκέψεις σε γενικό γιατρό	19,1%	2,1%	4,7%
Επισκέψεις σε οδοντίατρο	47,9%	1,4%	5,3%
Επισκέψεις σε ειδικό γιατρό	22,3%	3,5%	10,8
Εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις	2,1%	1,5%	4,2%
Νοσηλεία στο νοσοκομείο	4,8%	1,5%	35,6%
Φάρμακα	0%	4,8%	20,4%

*Οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων*

Στην επόμενη ερώτηση ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να καταγράψουν την άποψη τους για το λόγο εφαρμογής του μέτρου των συμ-πληρωμών. Στον Πίνακα 7.6 αποτυπώνονται οι ερωτήσεις.

**Πίνακας 7.6** Απόψεις για τον λόγο εφαρμογής των συμ-πληρωμών

Ερώτηση	1 <sup>η</sup> επιλογή	2 <sup>η</sup> επιλογή	3 <sup>η</sup> επιλογή
Για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες	0,5%	8%	32,2%
Για παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων	23,4%	8%	0%
Γιατί το ζήτησε η Τρόικα	55,3%	5,2%	0%
Για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις	16,5%	78,8%	15,3%
Δεν γνωρίζω	4,3%	2%	0%

*Οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων*

Όσον αφορά τις απόψεις των ερωτώμενων για την επίδραση του μέτρου στον περιορισμό της σπατάλης οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η εφαρμογή του μέτρου των συμπληρωμών δεν θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, δεν θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα. Συνεπώς, φαίνεται να προκύπτει με βάση τις απαντήσεις πως οι συμπληρωμές δεν αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας.

**Πίνακας 7.7** Απόψεις για την επίδραση του μέτρου στον περιορισμό της σπατάλης

<b>Ερώτηση</b>	<b>Καθόλου-Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>
26.1 Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου;	65,9%	26,1%	8%
26.2 Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες των νοσοκομείων;	63%	27,7%	8,5%
26.3 Θα περιορίσει την σπατάλη και την κατάχρηση φαρμάκων;	68,6%	23,9%	7,5
26.4 Θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;	92,6%	5,3%	2,1%
26.5 Θα εξοικονομήσει χρήματα που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	49%	37,8%	11,2%
26.6 Θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα;	94,1%	4,8%	1%
26.7 Θα κάνει τον κόσμο να σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στον γιατρό;	95,2%	3,2%	1,6%

Όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με τη διαπίστωση κάποιας αλλαγής στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013 προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο, ποσοστό 73 % δήλωσε πως διαπίστωσε αλλαγή προς το χειρότερο, 23% δεν παρατήρησε καμία αλλαγή και 4% ανέφερε πως υπήρξε αλλαγή προς το καλύτερο.

Στον Πίνακα 7.8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013.

**Πίνακας 7.8** Χρήση υπηρεσιών μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Πόσες φορές(μέση τιμή)
Χρειάστηκε να επισκεφθείτε τις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	20,2%	79,8%	2.1
Χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο γενικό ιατρό του νοσοκομείου και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι πρέπει να πληρώσετε;	1,1%	98,9%	1.3
Χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο οδοντίατρο και δεν το κάνατε γιατί σκεφτήκατε ότι πρέπει να πληρώσετε;	-	100%	-
Χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο ειδικό γιατρό και δεν το κάνατε επειδή πρέπει να πληρώσετε	1,1%	98,9%	1.2
Ζητήσατε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποιο φάρμακο γιατί σκεφτήκατε ότι πρέπει να πληρώσετε;	1,6%	98,4%	2.2
Ζητήσατε από το γιατρό σας να μην σας γράψει κάποια εξέταση γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;	-	100%	-

Σε ανοικτού τύπου ερώτηση σχετικά με το ακόλουθο ερώτημα «*Αν μπορούσατε να βελτιώσετε κάτι στο σύστημα υγείας, είτε διορθώνοντας είτε προσθέτοντας κάτι καινούργιο ποιο θα ήταν αυτό*»;

Οι 132 ερωτηθέντες , ποσοστό 70,2% των συμμετεχόντων, ανέφεραν ότι χρειάζεται να μειωθεί ο χρόνος αναμονής γενικά στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Τα 17 άτομα, ποσοστό 9%, δήλωσαν ότι χρειάζονται βελτίωση οι υποδομές των δημόσιων νοσηλευτηρίων και 39 άτομα - ποσοστό 20,7%, δήλωσαν πως θα πρέπει να βελτιωθεί η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Ακολουθώς στο υποθετικό ερώτημα αν για την υλοποίηση των παραπάνω προτάσεων βελτίωσης του συστήματος θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώνουν ως ασθενείς ένα ποσό κάθε φορά που επισκέπτονται μια δομή, μόλις το 4,3% απάντησε θετικά ενώ το 95,7% ήταν αρνητικοί.

#### 7.4 Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων

Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας φαίνεται να σχετίζεται θετικά με το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης ( $p=0,000$ ), δηλαδή όσο πιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης κατείχαν οι ερωτώμενοι τόσο πιο πολύ αυξανόταν η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, το αυξημένο καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από όλες τις πηγές και από όλα τα άτομα που μένουν μαζί στο ίδιο σπίτι ( $p=0,000$ ), φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, το φύλο, η ηλικία, ο τόπος μόνιμης διαμονής και η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζουν καθόλου την ικανοποίηση των ερωτώμενων από τις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά με το εάν οι ερωτώμενοι θα συμφωνούσαν να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται με τη θετική απάντηση, όπως και το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα φαίνεται ότι σχετίζεται θετικά με τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας ( $p=0,000$ ). Το φύλο και η ηλικία φαίνεται να είναι οριακά στατιστικά σημαντικά ( $p=0,07$ ), όπως και ο τόπος διαμονής και η οικογενειακή κατάσταση με  $p=0,513$  και  $p=0,593$  αντίστοιχα. Επιπλέον, το επίπεδο υγείας δεν φαίνεται να σχετίζεται με το εάν θα συμφωνούσαν να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες ή όχι ( $p=0,437$ ).



Το επίπεδο υγείας φάνηκε να σχετίζεται με το φύλο ( $p=0,006$ ), αφού οι άνδρες δήλωσαν ότι είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας. Επιπλέον το επίπεδο υγείας φάνηκε να σχετίζεται με τον αριθμό των ατόμων που μένουν μαζί στο ίδιο σπίτι ( $p=0,000$  ΔΕ 95%: 2,08-22) αλλά και με το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από όλες τις πηγές και από όλα τα άτομα που μένουν μαζί στο ίδιο σπίτι ( $p=0,000$  ΔΕ: 1518,13-1751,02). Αντίθετα, η ηλικία, ο τόπος μόνιμης διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φάνηκε να σχετίζεται το επίπεδο υγείας.

**Πίνακας 7.9** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.

Μεταβλητή	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες
	Τιμή p
Φύλο	
Ανδρες	P= 0,415
Γυναίκες	P=0,405
Τόπος μόνιμης διαμονής	P=0,416
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης	P=0,000
Πόσα άτομα μένουν μαζί στο ίδιο σπίτι	P=0,000
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα	P=0,000

Από την πιο πάνω διμεταβλητή ανάλυση προκύπτει πως το επίπεδο εκπαίδευσης , ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι και το ύψος του καθαρού μηνιαίου εισοδήματος, σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας τις οποίες παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το φύλο και ο τόπος διαμονής δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ικανοποίηση.

**Πίνακας 7.10** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συμφωνία στο να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες.

Μεταβλητή	Συμφωνία να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας Τιμή P
Φύλο Άνδρες Γυναίκες	P=0,07
Τόπος μόνιμης διαμονής	P=0,513
Οικογενειακή κατάσταση	P=0,593
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί στο σπίτι	P=0,000
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα	P=0,000
Επίπεδο εκπαίδευσης	P=0,001
Επίπεδο υγείας	P=0,437

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι, το καθαρό μηνιαίο εισόδημα και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζονται με την συμφωνία επιβολής τελών στις υπηρεσίες υγείας. Το φύλο είναι οριακά στατιστικά σημαντικό, ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

**Πίνακας 7.11** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και το επίπεδο υγείας.

Μεταβλητή	Επίπεδο υγείας Τιμή P
Φύλο Άνδρες Γυναίκες	P=0,006
Τόπος διαμονής	P=0,998

Οικογενειακή κατάσταση	P=0,639
Πόσα άτομα διαμένουν μαζί στο ίδιο σπίτι	P=0,000
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	P=0,000
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης	0,639

Σύμφωνα με την πιο πάνω διμεταβλητή ανάλυση, στατιστικά σημαντικά φαίνεται να είναι το πόσα άτομα διαμένουν μαζί στο ίδιο σπίτι αλλά και το καθαρό μηνιαίο εισόδημα με το πώς θα χαρακτήριζαν οι ερωτώμενοι το επίπεδο υγείας τους.

Η λογιστική παλινδρόμηση η οποία πραγματοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή την ερώτηση 22 η οποία αναφερόταν στο εάν θα συμφωνούσαν οι ερωτώμενοι να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά έδειξε πως οι άνδρες και όσο διέθεταν αυξημένο καθαρό μηνιαίο εισόδημα εξέφραζαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση των ερωτώμενων από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονταν από τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όπως προέκυψε από την ανάλυση η ικανοποίηση αυξανόταν ανάλογα με το αν καλυπτόταν από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης,  $b=2,357$  και  $p=0.000$ . Επίσης, στατιστικά σημαντικοί παράγοντες όσο αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι ο τόπος διαμονής,  $b= -0,493$  και  $p= 0,003$ , δηλαδή αυτοί που μένουν σε πόλεις έχουν υψηλότερη ικανοποίηση και όσοι έχουν ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, επίσης έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας,  $b=0,057$  και  $p= 0,043$ .

**Πίνακας 7.12** Αποτελέσματα παλινδρόμησης

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% Διάστημα εμπιστοσύνης για το b	Τιμή p
<b>Φύλο</b> άνδρες vs γυναίκες	-0,162	-0,362 0,38	0,111
<b>Τόπος διαμονής (επαρχία)</b>	-0,493	-0,820 - 0,166	0,003
<b>Πόσα άτομα μένετε στο σπίτι;</b>	0,513	0,323 0,702	0,000
<b>Καθαρό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα</b>	0,000	0,000 0,000	0,000
<b>Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας</b> (καμιά εκπαίδευση/δεν τελείωσα το δημοτικό, απόφοιτος δημοτικού, απόφοιτος γυμνασίου, απόφοιτος λυκείου, μεταλυκειακή μη τριτοβάθμια εκπαίδευση, τριτοβάθμια, μεταπτυχιακές σπουδές)	0,057	0,004 0,229	0,043

Επιπλέον, γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ της άποψης των ερωτώμενων για τη διαπίστωση αλλαγής στις υπηρεσίες υγείας μετά τον Αύγουστο του 2013 προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο και των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Το φύλο  $b=0,361$  και  $p=0,003$  βρέθηκε να σχετίζεται με τη διαμόρφωση της αντίστοιχης άποψης, με τους άνδρες να υποστηρίζουν ότι διαπίστωσαν αλλαγή προς το χειρότερο. Επίσης, ο τόπος διαμονής ( $b= - 0,567$  και  $p=0,04$ ) βρέθηκε να σχετίζεται με την άποψη πως παρατηρήθηκε αλλαγή προς το καλύτερο με τα άτομα που μένουν σε αστικές περιοχές να έχουν πιο θετική άποψη.

Πρόσθετα, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το βαθμό συμφωνίας των ερωτώμενων σχετικά με την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες με όσα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά βρέθηκε από τη διαμεταβλητή ανάλυση να σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (με τη συμφωνία επιβολής τελών σε όλες τις υπηρεσίες). Οι γυναίκες παρουσίαζαν μικρότερο βαθμό συμφωνίας σε σχέση με τους άνδρες στο ερώτημα σχετικά με την καθολική επιβολή των τελών σε όλες τις υπηρεσίες. Επιπλέον, το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το βαθμό συμφωνίας με την καθολική επιβολή τελών

**Πίνακας 7.13** Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το βαθμό συμφωνίας των ερωτώμενων σχετικά με την επιβολή τελών σε όλες τις υπηρεσίες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% Διάστημα εμπιστοσύνης για το b		Τιμή p
Φύλο (Άνδρας vs Γυναίκα)	-0,147	-0,298	-0,010	0,036
Επίπεδο εκπαίδευσης	0,305	0,080	0,210	0,000

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτώμενοι από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας με όσα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά βρέθηκε από τη διαμεταβλητή ανάλυση να σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετιζόταν αρνητικά με τον βαθμό ικανοποίησης, δηλαδή όσο βελτιωνόταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο πιο ικανοποιημένοι ήταν οι ερωτώμενοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

**Πίνακας 7.14** Ικανοποίηση από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% Διάστημα εμπιστοσύνης για το b	Τιμή p
Οικογενειακό εισόδημα	0,052	-0,081 -0,151	0,522
Επίπεδο εκπαίδευσης	-0,287	0,000 0,000	0,001

## 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη εργασία είχε ως σκοπό να διερευνήσει εάν οι συμ-πληρωμές οι οποίες επιβλήθηκαν στο δημόσιο σύστημα υγείας από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 αποτελούν εμπόδιο όσον αφορά την πρόσβαση στο σύστημα υγείας για τα άτομα 65 ετών και εάν θα πρέπει αυτή η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα να εξαιρεθεί από το μέτρο των συμ-πληρωμών ούτως ώστε να μπορούν να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση στο σύστημα υγείας.. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής θα προσφέρουν χρήσιμη πληροφόρηση στους διαμορφωτές χάραξης πολιτικής για εφαρμογή συμ-πληρωμών σε περισσότερες υπηρεσίες υγείας ενόψει εφαρμογής του ΓεΣΥ. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι απόλυτα συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα άλλων ανάλογων μελετών οι οποίες αφορούσαν τον γενικό πληθυσμό και όχι τα άτομα άνω των 65 ετών.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η εφαρμογή του μέτρου των συμ-πληρωμών δεν αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, δεν θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις και δεν θα αναγκάσει κάποιους να κάνουν χρήση του ιδιωτικού τομέα, ακριβώς γιατί τα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλά.

Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, αλλά μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 όπου και επιβλήθηκε το μέτρο των συμ-πληρωμών, 70% δήλωσαν ότι παρατήρησαν αλλαγή προς το χειρότερο. Περίπου το 70% των ερωτώμενων, ανέφερε ότι το κυριότερο πρόβλημα από το οποίο νοσεί το δημόσιο σύστημα υγείας είναι ο αυξημένος χρόνος αναμονής γενικά για τις υπηρεσίες που παρέχουν τα δημόσια νοσηλευτήρια. Σύμφωνα με τη μελέτη αρκετοί (90%) γνώριζαν για το μέτρο των συμ-πληρωμών και ότι από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 έπρεπε να καταβάλλουν συμ-πληρωμές.

Ακόμη, ποσοστό περίπου 50% έκρινε ότι με βάση την οικονομική του κατάσταση το ποσό που καλείται να καταβάλει ως συμ-πληρωμή είναι ανεκτό, ενώ περισσότεροι

από το 40% αναφέρουν ότι τα ποσά είναι χαμηλά. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι δεν χρειάστηκε να πάρουν κάποιο δάνειο για να πληρώσουν τα τέλη και υψηλό ποσοστό συμφώνησε πως πρέπει κάποιοι να εξαιρούνται από τις συμπληρωμές με πρώτη επιλογή τους μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε και τους λήπτες δημόσιου βοηθήματος. Επιπλέον, περίπου το 70% των ερωτώμενων δήλωσε πως συμφωνεί ότι θα πρέπει να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Αυτοί που δεν ήταν σύμφωνοι με την παραπάνω προοπτική, δήλωσαν ότι κατά προτεραιότητα θα έπρεπε να εξαιρεθούν από την επιβολή του μέτρου τα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών.

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι θεωρούν ως πρώτο λόγο εφαρμογής των τελών την Τρόικα και ως δεύτερο λόγο την παραγωγή επιπλέον κρατικών εσόδων και τέλος μικρό ποσοστό θεωρεί ότι ο λόγος εφαρμογής των τελών είναι για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι αχρείαστες εξετάσεις.

Αξιοσημείωτο είναι πως το 1/5 των ερωτώμενων δήλωσε πως μετά την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013 δεν επισκέφθηκε τις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου γιατί σκέφτηκε ότι θα πληρώσει το ποσό των €10, εύρημα το οποίο ενισχύεται και από αντίστοιχες μελέτες οι οποίες έγιναν στον γενικό πληθυσμό (Αντωνιάδου,2015 ; Theodorou, 2014 ; Κωνσταντίνου, 2015).

Τέλος, ποσοστό 70% ανέφεραν ως πιο σημαντικό πρόβλημα το χρόνο αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας και πως εάν βελτιωθεί αυτό το πρόβλημα τότε θα γίνεται καλύτερη η εξυπηρέτηση η οποία λαμβάνουν από το σύστημα υγείας, εύρημα το οποίο ενισχύεται και από τις μελέτες οι οποίες έγιναν στον γενικό πληθυσμό (Αντωνιάδου,2015 ; Theodorou, 2014 ; Κωνσταντίνου, 2015). Οι περισσότεροι όμως δεν είναι διατεθειμένοι να πληρώνουν για να υλοποιηθεί η βελτίωση του χρόνου αναμονής γιατί δεν φαίνεται να σχετίζεται με την καταβολή κάποιου χρηματικού ποσού.

Σε ανάλογη μελέτη που αφορούσε ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων (N=885 ασθενείς) και διεξήχθη το 2014 στη Λευκωσία και στην Πάφο από τον Theodorou, σε 42 χώρους αναμονής δημοσίων νοσοκομείων βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα έκριναν τα θεσπισμένα τέλη συμπληρωμών ως πολύ ψηλά, κάτι το οποίο αναδείχθηκε και στην παρούσα διατριβή. Επιπλέον, ένα ποσοστό των συμμετεχόντων



που ανέφεραν κατά τη συλλογή δεδομένων ότι δανείστηκαν χρήματα για να πληρώσουν τα τέλη, έκρινα το κόστος των συμ-πληρωμών ως πολύ υψηλό. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ανέφεραν στην πλειοψηφία τους ότι τα μέτρα συμ-πληρωμών ήταν υψηλού ή πολύ υψηλού κόστους. Τέλος, προέκυψε ότι οι άντρες συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό με το μέτρο των συμ-πληρωμών, συγκριτικά με τις γυναίκες κάτι το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί στο υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο που κατείχαν.

Ο συγγραφέας αναφέρει ότι τα τέλη χρήσης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν πολιτική για τον τομέα της υγείας σε αρκετές χώρες. Τα οφέλη από την πολιτική αυτή είναι η αποθάρρυνση για άσκοπη και περιττή χρήση των υπηρεσιών υγείας και η δημιουργία επιπρόσθετων εσόδων για κάλυψη του κόστους.

Πιο κάτω επιχειρείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας διατριβής με την μελέτη του Theodorou (2014), για να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα όσον αφορά τις στάσεις και τις απόψεις των ερωτώμενων για τις συμ-πληρωμές και εάν αυτές έχουν διαφοροποιηθεί κατά το πέρασμα του χρόνου.

Όσον αφορά την παρούσα διατριβή περίπου το 80% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι το επίπεδο υγείας τους είναι μέτριο, αυξημένο ποσοστό, αφού σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι πάσχουν από κάποιο πρόβλημα υγείας με υψηλότερο ποσοστό την αρτηριακή υπέρταση. Στην μελέτη του Theodorou (2014) , όσον αφορά το επίπεδο υγείας περίπου το 70% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό ή καλό, ενώ το υπόλοιπο 30% ανέφεραν ότι το επίπεδο υγείας τους είναι μέτριο ή κακό. Επίσης οι μισοί από τους ερωτώμενους ήταν διαγνωσμένοι με μία χρόνια ασθένεια και έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή. Το πιο συχνό πρόβλημα υγείας ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και στην συνέχεια ακολουθούσαν οι ενδοκρινολογικές παθήσεις.

Στην παρούσα διατριβή σχεδόν όλοι οι ασθενείς γνώριζαν για το νέο σύστημα χρεώσεων που τέθηκε ισχύ από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013, κάτι το οποίο είχε βρεθεί και στη μελέτη του Theodorou (2014), αλλά και σε άλλες μελέτες οι οποίες έγιναν στην Κύπρο και διερευνούσαν τις στάσεις και τις απόψεις σχετικά με το μέτρο των συμ-πληρωμών (Αντωνιάδου, 2015; Κωνσταντίνου, 2015; Πορτίδης, 2015).

Στην συνέχεια οι ερωτώμενοι ρωτήθηκαν εάν ήξεραν ακριβώς πόσο ήταν το ποσό που καλούνταν να πληρώσουν για κάθε υπηρεσία και σε όλες τις παραπάνω μελέτες αλλά και στην παρούσα διατριβή σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι γνώριζαν τα ποσά που καλούνταν να πληρώσουν για την επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, για επίσκεψη σε γενικό ιατρό ή οδοντίατρο, για επίσκεψη σε ειδικό ιατρό, για τα ποσά σχετικά με τις χρεώσεις στα φαρμακευτικά προϊόντα και για το κόστος των εργαστηριακών ελέγχων και των προληπτικών τεστ. Με αυτό αντιλαμβανόμαστε πως οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι ενήμεροι για τα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν από 1<sup>η</sup> Αυγούστου του 2013.

Όσον αφορά την παρούσα μελέτη ποσοστό περίπου 40% απάντησαν πως θα πρέπει να εξαιρούνται από τις συμ-πληρωμές οι μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε και οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, 40% είχαν ως δεύτερη επιλογή να εξαιρούνται οι άνεργοι και 40% είχαν ως τρίτη επιλογή να εξαιρούνται οι εγκλωβισμένοι και οι στρατιώτες. Στην παρούσα μελέτη κανένας ερωτώμενος δεν είχε ως πρώτη επιλογή να εξαιρούνται τα άτομα άνω των 65 ετών, όπου και ήταν η ηλικιακή ομάδα στην οποία διεξαγόταν η παρούσα μελέτη και πολύ μικρό ποσοστό είχαν θέσει ως δεύτερη επιλογή αυτή την κατηγορία. Στην μελέτη του Theodorou (2014), όπου από τους ερωτηθέντες ποσοστό της τάξεως του 80% συμφώνησαν στο ότι πρέπει να υπάρχουν εξαιρέσεις για κάποιες πληθυσμιακές ομάδες, ποσοστό αρκετά υψηλό. Στην ερώτηση που αφορούσε ποιες ομάδες πρέπει να εξαιρούνται των τελών, το 90% ανέφεραν ότι πρέπει να εξαιρούνται άτομα με χρόνιες παθήσεις ή σοβαρές αναπηρίες, το 80% οι συνταξιούχοι και άτομα με χαμηλό εισόδημα, το 80% όσοι είναι άνεργοι, το 50% οι αποδέκτες δημόσιας βοήθειας, το 50% οι ελληνοκύπριοι που ζουν στο κατεχόμενο τμήμα της Κύπρου και οι στρατιώτες και τα χαμηλότερα ποσοστά έλαβαν οι μετανάστες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι Τουρκοκύπριοι. Στην παρούσα διατριβή η οποία διεξήχθη στα άτομα 65 ετών και άνω συμπεραίνουμε πως δεν υποστηρίζουν πως θα πρέπει να εξαιρούνται από τις συμ-πληρωμές, ενώ αντίθετα στην μελέτη του Theodorou (2014) η οποία διεξήχθη στον γενικό πληθυσμό αυξημένο ποσοστό ερωτωμένων υποστηρίζουν ότι οι συνταξιούχοι δεν πρέπει να πληρώνουν συμ-πληρωμές.

Όσον αφορά το ύψος των τελών στην παρούσα διατριβή πολύ χαμηλό ποσοστό ανέφερε ότι τα τέλη είναι υψηλά ή πολύ υψηλά . Το 40% περίπου των ερωτώμενων θεωρεί ότι τα ποσά που καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλά. Στην έρευνα του Theodorou (2014), έδειξε πως περίπου το 30% δήλωσε ότι τα τέλη ήταν ψηλά ή πολύ ψηλά και οι υπόλοιποι μέτρια ή χαμηλά. Με αυτό βλέπουμε πως μέσα από το διάστημα στο οποίο μεσολάβησε από την διεξαγωγή των δύο μελετών οι απόψεις των ερωτώμενων άλλαξαν και υιοθέτησαν μια πιο θετική στάση απέναντι στο ύψος των τελών.

Στην παρούσα μελέτη μικρό ποσοστό απάντησε καταφατικά στην ερώτηση για το εάν δανείστηκαν χρήματα για να πληρώσουν τα τέλη, το ίδιο όσον αφορά την μελέτη του Theodorou (2014), πολύ μικρό ποσοστό ανέφεραν ότι είχαν δανειστεί χρήματα για να πληρώσουν τα τέλη.

Στην παρούσα διατριβή οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι θα πρέπει να επιβληθούν τέλη σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (70%), ενώ 50% απάντησαν ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν χρεώσεις στις επισκέψεις στον οδοντίατρο, ακολούθως στις επισκέψεις σε τμήματα ατυχημάτων και έκτακτης ανάγκης και ένα μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων έδωσαν σαν τρίτη επιλογή την νοσηλεία. Στην μελέτη Theodorou (2014), οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν επίσης εάν πρέπει να υπάρχουν χρεώσεις για όλες τις υπηρεσίες υγείας, το 60% των ασθενών απάντησαν ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν, επίσης ρωτήθηκαν σε ποιες υπηρεσίες πρέπει να εξαιρεθούν και οι επισκέψεις σε τμήματα ατυχημάτων και έκτακτης ανάγκης είχε το υψηλότερο ποσοστό, η νοσηλεία το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό, μετά τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, οι επισκέψεις σε ειδικούς, οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς, και οι επισκέψεις σε οδοντιάτρους τελευταία επιλογή. Από αυτή την ερώτηση αντιλαμβανόμαστε πως ίσως να άλλαξαν οι ανάγκες υγείας που έχουν οι ερωτώμενοι, αφού πλέον θεωρούν πως πιο σημαντικό είναι να εξαιρεθούν από τις οδοντιατρικές χρεώσεις αφού έχουν το υψηλότερο κόστος ακόμη και στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Σε ερώτηση σχετικά με τους λόγους για τους οποίους πιστεύουν πως επιβλήθηκαν οι συμ-πληρωμές οι απαντήσεις ήταν οι εξής, σύμφωνα με την παρούσα διατριβή, οι περισσότεροι απάντησαν πως το μέτρο των συμ-πληρωμών εφαρμόστηκε γιατί το

ζήτησε η Τρόικα, στην συνέχεια για να περιοριστούν οι άσκοπες επισκέψεις, τα πολλά φάρμακα και οι εξετάσεις και τέλος, για να μάθει ο κόσμος να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες, ενώ σύμφωνα με την μελέτη του Theodorou (2014), αρχικά απάντησαν πως οι συμ-πληρωμές θεσπίστηκαν πρώτον για τη δημιουργία πρόσθετων εσόδων για το Υπουργείο, για να μειωθούν οι περιττές επισκέψεις, τα φαρμακευτικά προϊόντα και οι εργαστηριακές εξετάσεις, για να διδάξει στους ανθρώπους να χρησιμοποιούν σωστά τις υπηρεσίες υγείας και τέλος, απλά επειδή ζητήθηκε από την Τρόικα. Από αυτό προκύπτει πως πάλι άλλαξαν κάποιες απόψεις σχετικά με τους λόγους που πιστεύουν πως οι συμ-πληρωμές θεσπίστηκαν στο πέρασμα του χρόνου.

Στην παρούσα διατριβή οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η εφαρμογή του μέτρου των συμ-πληρωμών δεν θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις (93%), δεν θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα (94%) και δεν θα κάνει τον κόσμο να σκέφτεται δύο φορές πριν να πάει στον γιατρό (95%), όσον αφορά την μελέτη του Theodorou (2014) οι ασθενείς πιστεύουν ότι: θα μειωθούν πολύ οι περιττές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (40%), θα μειωθούν πολύ οι περιττές επισκέψεις στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (46%), θα μειωθεί πολύ η σπατάλη και η κακή χρήση σε φαρμακευτικά προϊόντα (50%) και θα μειωθούν πολύ οι περιττοί εργαστηριακοί και διαγνωστικοί έλεγχοι (40%). Από αυτά τα ευρήματα προκύπτει πως μέσα στην πορεία του χρόνου και πάλι οι απόψεις έχουν αλλάξει σχετικά με την επιβολή των συμ-πληρωμών.

Όσον αφορά την παρούσα διατριβή, στην ερώτηση η οποία αφορούσε τις προτάσεις των ασθενών για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν ότι για να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μειωθεί ο χρόνος αναμονής και πολύ χαμηλό ποσοστό απάντησε ότι ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν. Στην μελέτη του Theodorou (2014), οι ερωτώμενοι απάντησαν πως πρώτα θα πρέπει να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών, να μειωθεί ο χρόνος αναμονής και να μειωθεί ή να καταργηθεί η λίστα αναμονής. Από τα άτομα που πρότειναν βελτιώσεις στο σύστημα υγείας, περίπου οι μισοί ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν ένα χρηματικό ποσό κάθε φορά που επισκέπτονταν κάποιο κέντρο υγείας. Και στις δύο μελέτες ο χρόνος αναμονής ήταν ο κύριος παράγοντας ο οποίος πρέπει να μειωθεί ούτως ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας.

Στην παρούσα μελέτη όπως και στην μελέτη του Theodorou, (2014), έγιναν οι συσχετίσεις κάποιων δημογραφικών χαρακτηριστικών με άλλες μεταβλητές που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ασθενών. Οι άντρες και ο παράγοντας μεγαλύτερη ηλικία είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυξημένη ικανοποίηση από τις συμ-πληρωμές, όπως προέκυψε και από τις δύο μελέτες. Ο παράγοντας χαμηλό εισόδημα είχε σαφή συσχέτιση με τον χαρακτηρισμό των τελών ως υψηλό ή πολύ ψηλό. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έδειξε συσχέτιση με το χαρακτηρισμό των τελών ως πολύ ψηλό. Αντιθέτως, τα άτομα που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο χαρακτήρισαν τις χρεώσεις ως χαμηλές. Αποτελέσματα, τα οποία φαίνονται να προκύπτουν και από τις δύο μελέτες, με αυτό συμπεραίνουμε πως ο παράγοντας χρόνος δεν επηρεάζει αυτά τα δεδομένα, όπως επηρεάζει τις στάσεις και τις απόψεις.

Παρόλο που η παρούσα μελέτη αφορούσε τις στάσεις και τις απόψεις της ηλικιακής ομάδας 65 ετών και άνω, φαίνεται να καταλήγει στα ίδια αποτελέσματα και συμπεράσματα με την διατριβή του Theodorou (2014), η οποία διερευνά τις στάσεις στον γενικό πληθυσμό. Με αυτό συμπεραίνουμε πως οι συμ-πληρωμές δεν αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αντιθέτως μπορεί να φανεί χρήσιμο ως ένα μέσο αύξησης των οικονομικών πόρων του δημοσίου συστήματος υγείας. Φαίνεται ότι τα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν δεν είναι αποτρεπτικά, αντιθέτως σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συμβάλουν στην πιο ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες.

Επιπλέον, αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες οι οποίες έγιναν στην Κύπρο και αφορούσαν τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων για τις συμ-πληρωμές (Αντωνιάδου, 2015; Κωνσταντίνου, 2015; Πορτίδης, 2015). Τα κύρια ευρήματα βρίσκονται σε συμφωνία με την παρούσα διατριβή. Τα ποσά των συμ-πληρωμών δεν φαίνεται να είναι αποτρεπτικά ούτως ώστε να αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και βρίσκει σύμφωνη την πλειοψηφία των ερωτώμενων ότι το ποσό των συμ-πληρωμών είναι χαμηλό, κάτι το οποίο διαφάνηκε και στην μελέτη Κωνσταντίνου (2015) , αλλά και Πορτίδη (2015).

Όπως και στην παρούσα διατριβή αλλά και στις τρεις μελέτες (Αντωνιάδου, 2015; Κωνσταντίνου, 2015; Πορτίδη, 2015), η πλειοψηφία των ασθενών γνώριζε ότι από

την 1<sup>η</sup> Αυγούστου θα πρέπει να καταβληθούν συμ-πληρωμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας. Στην παρούσα μελέτη οι ερωτώμενοι δεν ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν ενώ στην προαναφερθείσες έρευνες ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν.

Οι πλειοψηφία στην παρούσα διατριβή απάντησαν πως για να βελτιωθεί το σύστημα υγείας θα πρέπει να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, πρόταση την οποία πρότειναν και στις αντίστοιχες μελέτες οι οποίες έγιναν στον γενικό πληθυσμό (Αντωνιάδου, 2015; Κωνσταντίνου, 2015; Πορτίδης, 2015).

Συμπερασματικά, από τα ευρήματα των πιο πάνω μελετών , οι οποίες έγιναν στον γενικό πληθυσμό δεν φαίνεται να διαφοροποιείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, όσον αφορά στις γνώσεις, όμως όσον αφορά στις στάσεις και στις αντιλήψεις σχετικά με το μέτρο των συμ-πληρωμών φάνηκε να διαφοροποιηθήκαν με την πάροδο του χρόνου. Παρόλα αυτά συμπεραίνουμε πως οι συμ-πληρωμές δεν αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αφού τα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλά όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα των μελετών.

Όσον αφορά την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις συμ-πληρωμές, έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στη Νότια Καλιφόρνια για το τμήμα των πρώτων βοηθειών από τους ερευνητές Selby et al. (1996), φάνηκε πως η επιβολή συμ-πληρωμών μειώνει την άσκοπη χρήση τμημάτων πρώτων βοηθειών για περιστατικά τα οποία δεν χρήζουν άμεσης ιατρικής παρέμβασης, με αποτέλεσμα να μειώνεται η μη απαραίτητη χρήση και να εξοικονομούνται αναγκαίοι πόροι. Επιπλέον, σε έρευνα των Wharam et al. (2013), που διεξήχθη και αυτή για το τμήμα των πρώτων βοηθειών, βρέθηκε πως τα άτομα που άνηκαν στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις μείωσαν τις επισκέψεις τους στις πρώτες βοήθειες λόγω συμ-πληρωμών, αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ενδο- νοσοκομειακών νοσηλειών.

Στη Βουλγαρία, διαφάνηκε πως οι συμ-πληρωμές μείωναν την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών υγείας και έφεραν επιπλέον έσοδα στο σύστημα υγείας, όμως επιβάρυναν σημαντικά τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, τους συνταξιούχους και άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας οι οποίοι επισκέπτονται πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Οι

υπηρεσίες που επηρεάστηκαν περισσότερο αφορούν τις εργαστηριακές εξετάσεις, τα φάρμακα αλλά και την επισκεψιμότητα στους ιατρούς (Dimova et al, 2012).

Έρευνα η οποία διεξήχθη στην Σουηδία όσον αφορά τις επιπτώσεις των συμπληρωμών στις επισκέψεις σε γιατρό, έδειξε πως δεν είχαν κάποια επίπτωση αφού τα ποσά που καλούνται να πληρώσουν είναι χαμηλά (Jakobsson & Svensson, 2016).

Εν κατακλείδι, μέσα από τις μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν στην Κύπρο έτσι και στο εξωτερικό, οι επιπτώσεις των συμπληρωμών φαίνεται να είναι μικρές και δεν επηρεάζουν την προσβασιμότητα στο δημόσιο σύστημα υγείας.

## 9.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anell, A., Glenngard, A.H. and Merkur, S.M., 2012. Sweden: Health system review. *Health systems in transition*, 14(5), pp.1-159.

Baum, Z., Simmons, M.R., Guardiola, J.H., Smith, C., Carrasco, L., Ha, J. and Richman, P., 2016. Potential impact of co-payment at point of care to influence emergency department utilization. *PeerJ*, 4, p.e1544.

Bingham, A.L., Allen, A.R., Turbitt, E., Nicolas, C. and Freed, G.L., 2015. Co-payments and parental decisionmaking: A cross-sectional survey of the impact on general practice and emergency department presentations. *Australian family physician*, 44(12), p.921.

Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E. and Theodorou, M., 2013. Moving forward: lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme. *Health Policy*, 110(1), pp.1-5.

Daphne (2010) , Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας. ΜΚΟ Γραμμή Ζωής

Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D. and van Ginneken, E., 2012. Bulgaria health system review. *Health systems in transition*, 14(3), pp.1-186.

Durán, A., Lara, J.L., Waveren, M.V., Bankauskaite, V. and World Health Organization, 2006. Health systems in transition: Spain: health system review.

Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(7):1–180.



European Health and Life Expectancy Information System Προσδοκίμο Υγείας στην Ελλάδα 2015. Γαλλία.2015

European Health and Life Expectancy Information System. Προσδόκιμο ζωής στην Κύπρο. 2013. Κύπρος 2013

Eurofound (2014), *Access to healthcare in times of crisis*, Publications Office of the European Union,Luxembourg.

Europa.eu. Κοινή έκθεση για την κοινωνική προστασία στη Κύπρο. 2007

Eurostat (2015) Quality of life in Europe- facts and views- health (last assessed on 12/1/2017)

Eurostat,(2015). Population by age group % of total population (last assessed on 10/4/16)

Eurostat, (2014). Causes of death statistics- people over 65 (last assessed on 10/4/16)

Eurostat,(2015). Causes of death- Deaths by country of residence and occurrence (last assessed 10/4/16)

Eurostat,(2015). Healty life years and life expectancy at age 65, by sex (last assessed on 10/4/16)

García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.

Hafner, P. and Mahlich, J.C., 2016. Determinants of physician's office visits and potential effects of co-payments: evidence from Austria. *The International journal of health planning and management*, 31(3).

Jakobsson, N. and Svensson, M., 2016. Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003–2012. *Health Policy*, 120(9), pp.1095-1099.

Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. and Robine, J.M., 2009. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*, 372(9656), pp.2124-2131

Pakkouti, P., Ιωάννου, Κ., Πακκουτή, Π. and Ιοαννου, Κ., 2013. Το προφίλ των ηλικιωμένων στην δημόσια κλειστή περίθαλψη στην Κρήτη και την Κύπρο.

Plan, A., 2011. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *European Commission*.

Puig-Junoy, J., 2004. Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. *Health policy*, 67(2), pp.149-165.

Selby, J.V., Fireman, B.H. and Swain, B.E., 1996. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine*, 334(10), pp.635-642.

Stankuniene, A., Stankunas, M., Avery, M., Lindert, J., Mikalauskiene, R., Melchiorre, M.G., Torres-Gonzalez, F., Ioannidi-Kapoulou, E., Barros, H., Savickas, A. and Radziunas, R., 2015. The prevalence of self-reported underuse of medications

due to cost for the elderly: results from seven European urban communities. *BMC health services research*, 15(1), p.419.

Xu, K. Evans, D. Carrin, G. Aguilar-Rivera, A. (2005) *Designing Health Financing Systems To Reduce Catastrophic Health Expenditure*. World Health Organization Geneva.

Theodorou, M., 2014. Testing the waters for GeSY: patients' opinion of cost-sharing arrangements in the public health care system in Cyprus. *Cyprus Econ Policy Rev*, 8(2), pp.37-59.

Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. and Kluge, H., 2014. *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. WHO Regional Office for Europe.

Tountas, Y., Karnaki, P. and Pavi, E., 2002. Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62(1), pp.15-29.

Wolfe, J.R. and Goddeeris, J.H., 1991. Adverse selection, moral hazard, and wealth effects in the Medigap insurance market. *Journal of Health Economics*, 10(4), pp.433-459.

World Health Organization, 2005. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*.

World Health Organization. *Health systems financing: the path to universal coverage*. 2010

Αντωνιάδου, Μ.(2015) *Οι συμπληρωμές (co-payments) στα δημόσια συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου*. PhD Thesis, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αντωνίου, Θ (2015) Η Κατάσταση Πραγμάτων στο Κυπριακό Σύστημα Υγείας : “Πρόσβαση στην Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην προσβλεπόμενη ενωμένη Κύπρο”. Λευκωσία.

Βανταράκη, Χ. and Vandaraki, C., 2011. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.

Γαλάνης, Π. (2013) Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(1): 97-110

Δημητρίου, Μ., 2015. Το σύστημα υγείας ηλικιωμένων στην Κύπρο.

Διακάτου, Α., 2016. Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές ασθενών σε σχέση με τη συμμετοχή στο κόστος σε ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα κατά την περίοδο οικονομικής κρίσης.

Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας. Μνημόνιο Συναντίληψης για τη δεσμευτική ειδική οικονομική πολιτική 2013. Λευκωσία 2013

Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων που Χρρίζουν Μακροχρόνιας Φροντίδας και Βοήθειας. Darpe. 2010

Θεοδώρου, Μ. (2015) Οικονομική κρίση και συστήματα υγείας : Η περίπτωση της Κύπρου (Βασικό εκπαιδευτικό υλικό, Πολιτική Υγείας και Πολιτική)

Καλογιάννη, Π.Δ., 2012. *Διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ υγείας, χρήσης φαρμάκων και κοινωνικοοικονομικών δεικτών σε ηλικιωμένους, στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης* (Master's thesis).

Καραϊσκού, Α., Μαλλιάρου, Μ. and Σαράφης, Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ. and Τσιάντου, Β.Η., 2010. οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), pp.834-840.

Κωνσταντίνου, Ν (2015) *Οι συμ-πληρωμές (co-payments) στα δημόσια συστήματα υγείας και η άποψη των ασθενών: Η περίπτωση της Κύπρου*. McS. Thesis. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Λιονάκη, Δ., 2015. Η δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

Λοΐζου, Λ., 2015. Παγκόσμια οικονομική κρίση και κυπριακό τραπεζικό σύστημα.

Μαλλιαρού, Μ. Σαράφης, Π. (2012) Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα Του Ασκληπιού 2012; 11<sup>ος</sup> τόμος , 1<sup>ο</sup> τεύχος.

Μονοκρούσου, Μ., 2016. Διερεύνηση της συμμόρφωσης χρόνιων ασθενών με τη θεραπευτική τους αγωγή κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Μόσσιαλος, Η, Θεοδώρου,Μ, (2003). *Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Mediforce, Αθήνα 2003, σελ.25-48.

Πασσά, Γ., 2015. Διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν ή διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Πορτίδης, Δ., 2015. Οι συμπληρωμές στα δημόσια συστήματα υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου.

Υπουργείο Υγείας : Στρατηγικό Σχέδιο 2016-2018. Ιούλιος 2015.

Φελλάς, Κ. (2009) *Τα Κοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας στην Κύπρο* . Πανεπιστήμιο Λευκωσίας.

## 10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πίνακας Cronbah's Alpha

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,738	,670	10

Διερεύνηση αξιοπιστίας των ερωτημάτων

A/A	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία	20,05	61,103	-,617	,544	,819
Εσείς προσωπικά και με βάση την οικονομική σας κατάσταση θεωρείται ότι το ποσό των χρημάτων που πρέπει να πληρώσετε είναι:	19,05	42,892	,582	,621	,694
Σε γενικές γραμμές θα λέγατε η υγεία σας είναι:	19,75	52,724	-,071	,597	,757
Η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου;	20,20	37,011	,614	,881	,676
Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις πρώτες βοήθειες των νοσοκομείων	20,20	35,326	,694	,899	,658
Θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων	20,25	36,408	,670	,679	,664
Θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις	20,90	40,726	,598	,742	,685
Θα εξοικονομήσει χρήματα που θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας	20,00	39,368	,522	,732	,695
Θα αναγκάσει κάποιους να πάνε στον	20,95	46,787	,262	,572	,735

ιδιωτικό τομέα					
Θα κάνει τον κόσμο να σκέφτεται 2 φορές πριν πάει στον γιατρό	21,15	45,082	,564	,608	,704



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Chairmanship of Cyprus  
Council of Europe  
November 2016 - May 2017

Présidence de Chypre  
Conseil de l'Europe  
novembre 2016 - mai 2017



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.463  
Αρ. Τηλ.: 22818303

26 Ιανουαρίου 2017

Κυρία Ανδριανή Λυσάνδρου  
Αγίου Σπυρίδωνα 12  
7640 Κόρνος  
Λάρνακα

**Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας που αφορά έρευνα της κ. Ανδριανής Λυσάνδρου, νοσηλευτικής λειτουργού και μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, με τίτλο: «Η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις συμπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου», με εθελοντική συμμετοχή ασθενών που προσέρχονται σε Κέντρα Υγείας, ηλικίας 65 ετών και άνω, με απαντήσεις τους σε ανώνυμα ερωτηματολόγια**

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 11.1.2017, σχετικά με το πιο πάνω θέμα, και το οποίο ελήφθη στις 19.1.2017 μαζί με το σχετικό ερωτηματολόγιο και έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων, και έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω τα εξής:

- 2.1. Αφού ελήφθη υπόψη η ιδιότητα σας ως νοσηλευτικής λειτουργού, η οποία δεσμεύεται με καθήκον εχεμύθειας από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και επομένως αντιλαμβάνεστε την υποχρέωση τήρησης απορρήτου,
- 2.2. ότι η έρευνα σας είναι μεταπτυχιακού επιπέδου (επιστημονική) στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, και ότι η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει αποκλειστικά για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας και δεν θα γίνει μεταγενέστερη επεξεργασία τους για άλλο σκοπό,
- 2.3. ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και τα υποκείμενα των δεδομένων θα ενημερώνονται και θα λαμβάνετε τη συγκατάθεση τους για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους,
- 2.4. ότι τα ερωτήματα θα απαντηθούν ανώνυμα και ότι οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια θα γίνουν με τρόπο που θα καθιστά δυσχερή τον εντοπισμό/ταυτοποίηση των υποκειμένων των δεδομένων,
- 2.5. ότι τα έντυπα συγκατάθεσης θα λαμβάνονται και θα τηρούνται ξεχωριστά από τα απαντημένα ανώνυμα ερωτηματολόγια,



2.6. και αφού στο σημείο «Η» έχετε περιλάβει μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων,

3.1. έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω ότι η Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) 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), 23(1)(ιγ) και 24(1)(α) του Νόμου.

3.2. Να σημειωθεί ότι η καταχώρηση στο εν λόγω μητρώο σε καμία περίπτωση δεν ισοδυναμεί με άδεια επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, ούτε απαλλάσσει τον εκάστοτε υπεύθυνο επεξεργασίας από ενδεχόμενη ευθύνη του σε σχέση με τα στοιχεία τα οποία έχουν δηλωθεί στο οικείο έντυπο (Γνωστοποίηση) ή σε σχέση με την εν γένει επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, ιδίως σε περίπτωση που υποβληθούν στο Γραφείο της Επιτροπής αιτήσεις νομιμότητας, παράπονα, καταγγελίες ή ακόμη και σε περιπτώσεις αυτεπάγγελτης εξέτασης. Σε κάθε περίπτωση καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω Μητρώο δεν ισοδυναμεί με νομιμότητα της σχετικής επεξεργασίας.

4. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.



Μάριος Παταχριστοδούλου  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2016.01.156

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

19 Ιανουαρίου 2017

Κυρία Ανδριανή Λυσάνδρου  
Αγίου Σπυρίδωνος 12  
Κόρνος  
7640 Λάρνακα

**Θέμα: «Η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις συμ-πληρωμές στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου»**

Αναφέρομαι στην αίτηση σας ημερομηνίας 28 Δεκεμβρίου 2016 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (πρωτόκολλο και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας **δεν εμπίπτει** στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

2. Παραμένει περαιτέρω ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλιστεί η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(I)/2001) και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.

3. 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.

4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

.../2

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

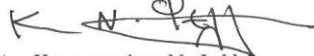
Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,  
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [cnbc@bioethics.gov.cy](mailto:cnbc@bioethics.gov.cy) Ιστοσελίδα: [www.bioethics.gov.cy](http://www.bioethics.gov.cy)

6. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,



Δρ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς  
Πρόεδρος  
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε  
Αρ. τηλ. 22605738  
Αρ.φαξ. 22605529  
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0408/2017

14 Μαρτίου2017

Κυρία Άνδριανή Λυσάνδρου  
Αγίου Σπυρίδωνος 12  
Κόρνος  
7640 Λάρνακα

**Θέμα : Έρευνα με τίτλο: «Η διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις συμπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου »**

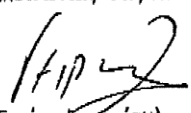
Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σχετικά το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, με ημερομηνία 24/2/2017 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.

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.

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

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή 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)  
για Γενική Διευθύντρια

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



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

## Έντυπο ενημέρωσης 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 εκτός από τον γενικό πληθυσμό, με κάποιες εξαιρέσεις, και τα άτομα άνω των 65 ετών οι οποίοι είναι συνταξιούχοι 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 ηλικιωμένων για το μέτρο της πληρωμής τελών. Πώς δηλαδή τα άτομα 65 ετών και άνω 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 θα βοηθήσει τους σχεδιαστές της Πολιτικής Υγείας να εξάγουν πορίσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του μέτρου όσον αφορά τον έλεγχο της ζήτησης και εάν θα πρέπει να επιβάλλονται συμ-πληρωμές σε συνταξιούχους. 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. Ποιο κάτω ακολουθεί το έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης όπως ορίζεται από τα Άρθρα 5(1), 6(2)(α) και 11(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001).

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

Ημερομηνία.....

## **A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Μονάδα Υγείας:.....

**1. Φύλο**

Άντρας                       Γυναίκα

**2. Είστε πάνω των 65 ετών; [ΝΑΙ ή ΟΧΙ]  (στην έρευνα συμμετέχουν μόνο άτομα άνω των 65 ετών, εάν η απάντηση είναι **ΟΧΙ** τότε η συνέντευξη διακόπτεται)**

**3. Τόπος μόνιμης διαμονής**

Επαρχία .....

**4. Οικογενειακή κατάσταση**

Έγγαμος/η       Άγαμος/η                                           

**5. Πόσα άτομα μένετε μαζί στο ίδιο σπίτι;**

**6. 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) [€\_\_\_\_\_]**

**7. 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)

**8. Είστε δικαιούχος περίθαλψης στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας;**

Ναι  Όχι

*Εάν η απάντηση είναι **Όχι**, τότε η συνέντευξη*

**διακόπτεται**

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

πολύ αρκετά μέτρια λίγο καθόλου

**B. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ**

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

πολύ καλή καλή μέτρια κακή πολύ κακή

**11. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα ή ακολουθείτε κάποια θεραπεία;**

Ναι  Όχι



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

Ναι

Όχι

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

Εάν η απάντηση είναι **ΌΧΙ**, προχωρήστε στην ερώτηση 14

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

α) Αρτηριακή Υπέρταση

β) Διαβήτης

γ) Χρόνια

Αποφρακτική

δ) Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης

Πνευμονοπάθεια

## **Γ. ΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΛΗ**

14. Ξέρετε ότι από την 1<sup>η</sup> 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 21.

15. 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;

15.1. Για κάθε επίσκεψη στις Πρώτες Βοήθειες του νοσοκομείου

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

**15.2. 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 [€ \_\_\_\_\_]

**15.3. 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 [€ \_\_\_\_\_]

**15.4. Για κάθε φάρμακο που σας γράφει ο γιατρός σας**

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

**15.5. Για κάθε εργαστηριακή ανάλυση που σας γράφει ο γιατρός σας**

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

**16. 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 18*

**17. Για ποιες υπηρεσίες έχετε εξαιρεθεί;**

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

**18. 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 20

19. 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

20. 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 22

21. 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

.....

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

[ ] Όχι, δεν θα συμφωνούσα

[ ] Ναι, θα συμφωνούσα

*Ένα η απάντηση σας είναι **Όχι** συνεχίστε με την επόμενη ερώτηση.*

*Αν η απάντηση είναι **Ναι** τότε προχωρήστε στην ερώτηση 25*

**23. 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.....

**24. 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

## 25. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών:

- 25.1.** Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα **εξωτερικά ιατρεία** του Νοσοκομείου; [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.2.** Θα περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις και θα αποσυμφορήσει τις **πρώτες βοήθειες** των νοσοκομείων; [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.3.** Θα περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των **φαρμάκων**; [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.4.** Θα περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες **εργαστηριακές εξετάσεις**; [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.5.** Θα **εξοικονομήσει χρήματα** που θα χρησιμοποιηθούν για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας; [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.6.** Θα αναγκάσει κάποιους **να πάνε στον ιδιωτικό τομέα** [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ
- 25.7.** Θα **κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές** πριν πάει στο γιατρό [ ] καθόλου [ ] λίγο [ ] μέτρια [ ] αρκετά [ ] πολύ

26. 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

27. 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;

28. 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;

29. Από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2013 που εφαρμόστηκε το μέτρο των πληρωμών, χρειάστηκε να:

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

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

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

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

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

29.6. Ζητήσετε από το γιατρό σας να μην σας γράψει  Όχι  Ναι Πόσες φορές  
κάποια **εξέταση** γιατί σκεφτήκατε ότι θα πληρώσετε;

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

31. 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

## **ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας με θέμα: «Η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις συμπληρωμές στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας της Κύπρου»

---

Άρθρα 5(1), 6(2)(α) και 11(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001)

### **Ενημέρωση:**

Είμαι η νοσηλευτική λειτουργός Ανδριανή Λυσάνδρου, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και στα πλαίσια των σπουδών μου διεξάγω έρευνα με θέμα «Η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις συμπληρωμές στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας της Κύπρου».

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν διαρκεί περισσότερο από δεκαπέντε λεπτά. Δεσμεύομαι από τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας ότι δεν θα αποκαλυφθούν τα προσωπικά σας δεδομένα και υπόκειμαι σε καθήκον εχεμύθειας. Θα λάβω και θα τηρήσω μέτρα προστασίας των προσωπικών δεδομένων σας για τη διασφάλιση του απορρήτου και η επεξεργασία των δεδομένων σας θα γίνει αποκλειστικά για τους σκοπούς της πιο πάνω επιστημονικής έρευνας. Τα προσωπικά δεδομένα σας θα διαγραφούν και θα καταστραφούν στο τέλος μηνός Ιανουαρίου του έτους 2018

Για τυχόν ερωτήσεις ή διευκρινίσεις και για σκοπούς άσκησης του δικαιώματος πρόσβασης και διόρθωσης των δεδομένων σας, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο τηλέφωνο 96628911 ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [antria\\_ly@hotmail.com](mailto:antria_ly@hotmail.com)



**Συγκατάθεση:**

Έχω ενημερωθεί για τα πιο πάνω και δίνω τη συγκατάθεση μου για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου αποκλειστικά για τους σκοπούς της πιο πάνω επιστημονικής έρευνας.

**Ο Συμμετέχοντας:**

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ή

**Ο έχων τη γονική μέριμνα:**

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	