

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Θετικών και Εφαρμοσμένων Επιστημών

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Εφαρμοσμένη Πληροφορική της Υγείας & Τηλεϊατρική**

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Εθνικά Συστήματα Υγείας: Η κατάσταση της
Κύπρου**

Μάριος Γ. Χατζηγεωργίου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μάριος Νεοφύτου

Ιούνιος 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Θετικών και Εφαρμοσμένων Επιστημών

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Εφαρμοσμένη Πληροφορική της Υγείας & Τηλεϊατρική**

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Εθνικά Συστήματα Υγείας: Η κατάσταση της
Κύπρου**

Μάριος Γ. Χατζηγεωργίου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μάριος Νεοφύτου

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Εφαρμοσμένη Πληροφορική της Υγείας και Τηλεϊατρικής από τη Σχολή Θετικών και Εφαρμοσμένων Επιστημών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Ιούνιος 2017

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη καταπιάνεται με ένα θέμα που απασχολεί την κυπριακή κοινή γνώμη εδώ και δεκαετίες, την εφαρμογή ενός νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σκοπός της εργασίας είναι η αναζήτηση των υπάρχοντων δεδομένων, των εμποδίων εφαρμογής του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας και η ανάλυση αντίστοιχων συστημάτων υγείας σε άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η γνώση που θα προκύψει από την ανάλυση αυτών των δεδομένων μπορεί να βοηθήσει το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) να πετύχει τους στόχους του. Για την εξαγωγή πιο σφαιρικών συμπερασμάτων, στην παρούσα μελέτη έγινε αναζήτηση, εντοπισμός και αξιολόγηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για όλες τις πτυχές του θέματος που εξετάζεται.

Τα συστήματα υγείας των κρατών σήμερα, βασίζονται κυρίως σε τρεις τύπους συστημάτων. Το Σύστημα Υγείας τύπου Bismarck, το οποίο στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, το Σύστημα Υγείας τύπου Beveridge, το οποίο βασίζεται στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από την ιδιωτική ασφάλιση.

Για την επιτυχία όλων των συστημάτων υγείας είναι αναγκαία η διαχείριση του μεγάλου όγκου ιατρικών πράξεων και δεδομένων που υπάρχουν. Για να γίνει κατορθωτό αυτό, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να αξιοποιήσουν τις Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνίας, οι οποίες έχουν εξελιχθεί κατά πολύ τις τελευταίες δεκαετίες.

Σήμερα, η Κύπρος διαθέτει ένα απαρχαιωμένο σύστημα υγείας, το οποίο αποτελεί κατάλοιπο της βρετανικής αποικιοκρατίας, με κύριο φορέα λειτουργίας του το Υπουργείο Υγείας. Η οικονομική κρίση έφερε την Κύπρο υπό το καθεστώς Μνημονίου, το οποίο εξαναγκάζει την Κύπρο να μεταβεί σε ένα νέο, σύγχρονο και οικονομικά βελτιωμένο σύστημα υγείας. Στόχος του Υπουργείου Υγείας είναι η παροχή σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό, δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας και, παράλληλα, βρίσκεται σε συζητήσεις για την εφαρμογή του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή κινήθηκε και ο νέος νόμος που ψηφίστηκε τον Ιούνιο του 2017.

Στον υπόλοιπο κόσμο, το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) αποτελεί τον κύριο εκφραστή των συστημάτων τύπου Beveridge και δίνει αυξημένο ρόλο τους γενικούς ιατρούς, ενώ το Γερμανικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το χαρακτηριστικότερο Σύστημα τύπου Bismarck. Η Σουηδία, η Μάλτα και η Εσθονία αποτελούν κράτη πρότυπα σε θέματα που αφορούν την ηλεκτρονική υγεία και έχουν αναπτύξει σύγχρονους ηλεκτρονικούς φακέλους ασθενών που καλύπτουν το σύνολο των πολιτών σε όλη την επικράτεια τους. Τέλος, η Ελλάδα προσπαθεί να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες παρά την έντονη οικονομική ύφεση που την βασανίζει τα τελευταία χρόνια.

Αναλύοντας τα προβλήματα του συστήματος της Κύπρου και συγκρίνοντάς τα με τα προβλήματα και τις λύσεις που δόθηκαν σε άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), συμπεραίνεται ότι το νέο Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο θα πρέπει να είναι πολυασφαλιστικό, έχοντας ως κύριο ασφαλιστικό φορέα τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ.), χωρίς, όμως, να τερματίζεται ο ρόλος των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Παράλληλα, θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας, το οποίο θα συνδέει το σύνολο των προμηθευτών υγείας στην Κύπρο (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας). Τα προβλήματα του δημόσιου τομέα μπορούν να μειωθούν αισθητά με την αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων, η οποία ακολούθως μπορεί να περιορίσει τις σπατάλες χρημάτων και να προσφέρει καλύτερη διαχείριση του προσωπικού.

Summary

This study deals with an issue that has been affecting the Cypriot public opinion for decades, the implementation of a new National Healthcare System. The purpose of the study is to search for the existing data and the reasons that the new System (GESY) has not been applied yet, and analyze the respective Healthcare Systems in another European Union countries. The results of this study will help GESY achieve its goals. In order to draw overall conclusions, this study identified and evaluated the existing literature on all aspects of the subject under examination.

Today's health systems are primarily based on three types of systems. The Bismarck Healthcare System is based on social security, the Beveridge Healthcare System on state budget and the Liberal Health System on private insurance.

All modern healthcare systems need to manage a large amount of medical operations and data. To this end, healthcare professionals need to make use of Information and Communication Technologies, which have evolved over the last decades.

Today, Cyprus has an outdated health system, which is a remnant of British colonialism, with the Ministry of Health being the main body of its operation. In recent years, Cyprus has been facing a financial crisis and has entered into a memorandum, which forced the transition to a new, modern and improved health system. The aim of the Ministry of Health is to provide modern health services. Thus, emphasizes the development of electronic health (e-health), discussing, at the same time, the implementation of a new General Health System. The new law, which has been approved in June 2017, has been oriented towards the same direction.

In the rest of the world, the United Kingdom Healthcare System (NHS) is the main expression of the Beveridge type system, while Germany is the main expression of the Bismarck System. Sweden, Malta and Estonia are countries that support ideal contemporary e-health systems. They have created electronic health records which cover all citizens of these countries. Greece is a country that tries to provide high-quality services despite the economic crisis that has plagued it in recent years.

Having analyzed the problems of the Cyprus system and having compared them with the problems and the solutions which have been provided in other European Union member states, it is concluded that the new GESY in Cyprus should be multi-insurance, having the Health Insurance Organization (H.I.O.) as its main insurance institution, yet without terminating the role of private insurance companies. At the same time, an Integrated Health Information System needs to be applied that will connect all health providers in Cyprus (public and private Sector). The problems of the public sector can be significantly reduced through the autonomy of the national hospitals which, in turn, can limit money spending and offer a better personnel administration.

Ευχαριστίες

Φτάνοντας στο τέλος του ταξιδιού της έρευνας και της συγγραφής της Μεταπτυχιακής Διατριβής με τίτλο **«Εθνικά Συστήματα Υγείας: Η κατάσταση της Κύπρου»**, προχώρησα σε ένα προσωπικό απολογισμό για το σύνολο των πεπραγμένων σε όλη τη διάρκειά του.

Ο απολογισμός με υποχρεώνει να ευχαριστήσω ιδιαίτερα, τον **Δρ. Μάριο Νεοφύτου**, ο οποίος ήταν το άτομο που με ενέπνευσε για την επιλογή του θέματος και ήταν δίπλα μου σε κάθε στιγμή που χρειάστηκε κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού. Χωρίς την πολύτιμη συμβολή του, αυτό το ταξίδι δεν θα είχε τα ίδια αποτελέσματα. Ευχαριστίες και προς το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για τις γνώσεις που μας πρόσφερε σε όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, οι οποίες ήταν απαραίτητες για την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Επίσης, ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω **στους γονείς μου Γεώργιο και Κατερίνα**. Η δική τους βοήθεια και στήριξη, ήταν ιδιαίτερα σημαντική σε όλες τις φάσεις της ζωής μου. Η συμβολή τους στην ολοκλήρωση και αυτής της έρευνας ήταν επίσης καθοριστική. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους φίλους μου για την στήριξη και την κατανόηση που έδειξαν σε όλες τις στιγμές που ήμουν «απασχολημένος», δουλεύοντας για την ολοκλήρωση αυτής της μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω το σύνολο της παρούσας έρευνας στα ανιψάκια μου, τα οποία ανήκουν στη νέα γενιά αυτού του τόπου. Η σκέψη μου στο μέλλον αυτών των παιδιών μου έδωσε επιπλέον κίνητρα για να δουλέψω ακόμη καλύτερα για την ολοκλήρωση αυτής της μελέτης.

Copyright © Μάριος Χατζηγεωργίου, 2017

“Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved”

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς το συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν το συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Summary.....	6
Ευχαριστίες.....	7
Περιεχόμενα.....	9
Περιεχόμενα Εικόνων.....	12
Περιεχόμενα Πινάκων.....	13
Εθνικά Συστήματα Υγείας.....	14
1.1. Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (τύπου Bismarck).....	14
1.2. Εθνικά Συστήματα Υγείας (τύπου Beveridge).....	15
1.3. Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας.....	16
Επίπεδα Υγειονομικής Φροντίδας.....	17
2.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	17
2.2. Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	18
Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth).....	19
3.1. Στόχοι της Ηλεκτρονικής Υγείας.....	19
3.2. Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων.....	20
3.3. Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς (Η.Φ.Α.).....	22
3.4. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση.....	23
3.5. Τηλεϊατρική.....	25
Σύστημα Υγείας Κύπρου.....	27
4.1. Κύπρος – Δημογραφικά Στοιχεία.....	27
4.2. Φορείς Συστήματος Υγείας Κύπρου.....	29
4.2.1. Υπουργείο Υγείας.....	29
4.2.1.1. Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας 2016-18.....	30
4.2.2. Εργατικές Συντεχνίες.....	30
4.2.3. Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.....	31
4.2.4. Άλλοι Φορείς.....	31
4.3. Στόχος Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.....	32
4.4. Επίπεδα Φροντίδας στην Κύπρο.....	33
4.4.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	33
4.4.1.1. Δημόσιος Τομέας.....	33

4.4.1.2.	Ιδιωτικός Τομέας	34
4.4.2.	Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια Φροντίδα στην Κύπρο	34
4.4.2.1.	Δημόσιος Τομέας	34
4.4.2.2.	Ιδιωτικός Τομέας	35
4.5.	Ηλεκτρονική Υγεία στην Κύπρο	35
4.5.1.	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας	35
4.5.2.	Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς.....	36
4.5.3.	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	36
4.5.4.	Τηλεϊατρική	37
4.6.	Διασυνοριακή Περίθαλψη και Ιατρικός Τουρισμός.....	38
4.7.	Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ).....	39
4.7.1.	Νόμος Περί Γενικού Συστήματος Υγείας (89(I)/2001)	39
4.7.2.	Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας.....	40
4.7.2.1.	Πρόταση Ο.Α.Υ. για ΓΕΣΥ	41
4.7.2.2.	Έκθεση Mercer	43
4.7.3.	Άποψη Πολιτών για ΓΕΣΥ	43
4.7.4.	Νόμος Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2017	44
4.7.5.	Δυσκολίες Εφαρμογής του ΓΕΣΥ	47
4.7.5.1.	Αυτονόμηση Νοσοκομείων.....	47
4.7.5.2.	Εργασιακά	47
4.7.5.3.	Εισφορές.....	47
4.7.5.4.	Κόστος.....	48
4.7.5.5.	Είδος Συστήματος	48
5.1.	Ηνωμένο Βασίλειο	49
5.2.	Γερμανία	54
5.2.2.	Γερμανικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.....	55
5.3.	Σουηδία.....	57
5.3.2.	Σουηδικό Σύστημα Υγείας	58
5.3.2.1.	Hälsa för mig	59
5.3.2.2.	Sjunet.....	59
5.4.	Ελλάδα	60
5.4.1.	Δημογραφικά Στοιχεία	60
5.4.2.	ΕΘνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	61
5.5.	Εσθονία	62

5.5.1. Δημογραφικά Στοιχεία	62
5.5.2. Εσθονικό Σύστημα Υγείας	63
5.6. Μάλτα	64
5.6.1. Δημογραφικά Στοιχεία	64
5.6.1. Σύστημα Υγείας Μάλτας	65
5.7. Ευρωπαϊκά Προγράμματα Διασυνοριακής Περίθαλψης.....	67
5.7.1. Πρόγραμμα erSOS	67
Συγκριτικά Αποτελέσματα Μελέτης	69
6.1. Συγκριτική Ανάλυση Τύπων Συστημάτων	69
6.2. Δημογραφικές Αλλαγές	70
6.3. Διοικητικά και Οργανωτικά Θέματα.....	71
6.4. Οικονομικά Δεδομένα	73
6.5. Ηλεκτρονική Υγεία	74
6.6. Λίστες Αναμονής.....	77
6.7. Ελλείψεις προμηθειών.....	78
6.8. Διασυνοριακή Περίθαλψη	78
6.9. Ενημέρωση του κοινού	79
6.10. Νομοθεσία	79
Σχόλια και Προτάσεις	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II – Action Plan 2012-2020	82
Βιβλιογραφία	85

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1. Otto von Bismarck	15
Εικόνα 2. Βαρόνος William Henry Beveridge	16
Εικόνα 3. Το παζλ της Ηλεκτρονικής Υγείας	19
Εικόνα 4. Αρχιτεκτονική Ο.Π.Σ.Ν.	21
Εικόνα 5. Πρότυπο Η.Φ.Α.	23
Εικόνα 6. Ο τρόπος λειτουργίας της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	24
Εικόνα 7. Γεωγραφική Θέση Κύπρου	27
Εικόνα 8. Συνδέσεις Η.Φ.Α.	36
Εικόνα 9. Δίκτυο Τηλεϊατρικής στην Κύπρο	37
Εικόνα 10. Λογότυπο Ο.Α.Υ.	40
Εικόνα 11. Ροή Ασθενών στο ΓΕΣΥ σύμφωνα με την πρόταση του Ο.Α.Υ.	42
Εικόνα 12. Η γνώμη των πολιτών για το ΓΕΣΥ	44
Εικόνα 13. Δημοσκόπηση	44
Εικόνα 14. Πως θα λειτουργεί το ΓΕΣΥ	46
Εικόνα 15. Ο χάρτης του Ηνωμένου Βασιλείου	49
Εικόνα 16. Η σημερινή δομή του NHS	53
Εικόνα 17. Ο χάρτης της Γερμανίας	54
Εικόνα 18. Ο χάρτης της Σουηδίας	58
Εικόνα 19. Δομή Sjunet	59
Εικόνα 20. Ο χάρτης της Ελλάδας	60
Εικόνα 21. Ο χάρτης της Εσθονίας	63
Εικόνα 22. Ο χάρτης της Μάλτας	65
Εικόνα 23. myHealth Portal	66
Εικόνα 24. Δομή Baltic Health Network	77

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1.Τι περιλαμβάνει η Π.Φ.Υ.	17
Πίνακας 2. Στόχοι Ηλεκτρονικής Υγείας	20
Πίνακας 3. Λειτουργίες που υποστηρίζονται από το Ο.Π.Σ.Ν.	22
Πίνακας 8. Προγράμματα Τηλεϊατρικής στη Κύπρο.....	38
Πίνακας 9.Δικαιούχοι ΓΕΣΥ	39
Πίνακας 10. Υποχρεωτικές Εισφορές ΓΕΣΥ	40
Πίνακας 11. Πρόταση Ο.Α.Υ. για ανακατανομή εισφορών	42
Πίνακας 12. Πρόταση Mercer για ύψος εισφορών	43
Πίνακας 13. Εισφορές σύμφωνα με τον νέο Νόμο	45
Πίνακας 14. Πρόνοιες αρχικής μορφής NHS	51
Πίνακας 15. Α.Ε.Π. Ελλάδας 2003-2015	61
Πίνακας 16.Τα Κράτη που συμμετέχουν στο epSOS.....	67

Κεφάλαιο 1

Εθνικά Συστήματα Υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ενεργειών και των παρεμβάσεων μέσω των οποίων το κράτος προσπαθεί να ρυθμίσει την ομαλή λειτουργία του τομέα της υγείας για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών. Οι θεμελιώδεις σκοποί ενός συστήματος υγείας πρέπει να είναι η προαγωγή της υγείας των πολιτών, η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών και η παροχή χρηματοοικονομικής προστασίας στους πολίτες από το κόστος της ασθένειας [1].

Η δομή και η οργάνωση των συστημάτων υγείας είναι αποτέλεσμα διάφορων καταστάσεων και δεδομένων που υπήρχαν σε κάθε κράτος/περιοχή κατά την περίοδο που σχεδιάστηκαν. Πρόκειται για οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά γεγονότα τα οποία στην ουσία αποτελούν προέκταση της ίδιας της κοινωνίας και του τρόπου διακυβέρνησής της. Για τον σκοπό αυτό, το σύστημα υγείας κάθε πληθυσμού αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του [2].

Στις μέρες μας έχουν καθιερωθεί τρία βασικά είδη συστημάτων υγείας:

1. Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (τύπου Bismarck)
2. Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge)
3. Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας [2].

1.1. Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (τύπου Bismarck)

Τα Συστήματα Κοινωνικών Ασφαλίσεων στηρίζονται στις ιδέες του Καγκελάριου Otto von Bismarck¹ (Εικόνα 1) και για τον λόγο αυτό φέρουν το όνομά του. Οι ιδέες Bismarck ήταν προϊόν των αυξημένων ιατροφαρμακευτικών αναγκών που προκλήθηκαν από την μετακόμιση αρκετών πολιτών από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα λόγω της έντονης βιομηχανικής ανάπτυξης που παρουσιαζόταν τότε στη Γερμανία (19^{ος} αιώνας). Στόχος του συστήματος που εφάρμοσε ο Bismarck ήταν η εξασφάλιση πλήρους κάλυψης των υγειονομικών αναγκών για το σύνολο του πληθυσμού, η οποία θα στηρίζεται στα πλαίσια μιας λογικής και δίκαιης ασφάλισης. Για την εξασφάλιση όλων των πιο πάνω, υπεύθυνο είναι το κράτος [2], [3].

¹ Otto von Bismarck (1815-1898): Γερμανός πολιτικός, ο οποίος κατά την περίοδο που υπήρξε Καγκελάριος, εφάρμοσε το πρώτο Σύστημα Υγείας με βάση τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις (έτος 1883 μ.Χ.) [4]



Εικόνα 1. Otto von Bismarck [4]

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τις εισφορές που δίνονται από τους εργοδότες και τους εργαζομένους. Οι εισφορές που δίνονται καθορίζονται από το ύψος του μισθού του κάθε ατόμου και είναι υποχρεωτική για το σύνολο του πληθυσμού. Οι εισφορές γίνονται σε διάφορα ταμεία, τα οποία αναλαμβάνουν την αγορά των υπηρεσιών προς όφελος των ασφαλισμένων [5].

1.2. Εθνικά Συστήματα Υγείας (τύπου Beveridge)

Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αναπτύχθηκαν στη βάση των αρχών του William Beveridge² (Εικόνα 2). Οι ιδέες αυτές αναπτύχθηκαν το 1942, κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, περίοδο κατά την οποία υπήρχε αυξημένη ανάγκη για υγειονομική φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στόχος των ιδεών Beveridge είναι η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του συνόλου του πληθυσμού, ως κοινωνική παροχή προς τους πολίτες. Έτσι, το κράτος εξασφαλίζει σε όλους τους πολίτες την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο κάθε πολίτης υποστηρίζεται σύμφωνα με τις πραγματικές του ανάγκες και όχι με βάση την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση [5].

² William Henry Beveridge (1879-1963): Βρετανός οικονομολόγος, ο οποίος το 1942 έγραψε την έκθεση στην οποία βασίστηκε το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας [6].



Εικόνα 2. Βαρόνος William Henry Beveridge [6]

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από την γενική φορολογία του κράτους και προσδιορίζεται από τον ετήσιο προϋπολογισμό του. Οι δαπάνες του προσαρμόζονται και προγραμματίζονται σύμφωνα με τις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού. Τα δημόσια υγειονομικά κέντρα αποτελούν προτεραιότητα, με τον ιδιωτικό τομέα να έχει συμπληρωματικό προς αυτά ρόλο [5].

Οι υπηρεσίες υγείας χωρίζονται σε τρία επίπεδα, την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια. Για αυτό τον σκοπό στο σύστημα αυτό αναβαθμισμένο ρόλο έχουν οι γενικοί ιατροί [5].

1.3. Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Στο Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας ισχύουν όλα τα δεδομένα της ελεύθερης αγοράς, με αποτέλεσμα να υπάρχει περιορισμένη συμμετοχή του κράτους. Οι τιμές των υπηρεσιών εξαρτώνται αποκλειστικά από τον νόμο της ζήτησης και της προσφοράς που ισχύει σε όλες τις ελεύθερες αγορές. Επιπλέον, ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον προμηθευτή και τις επιλογές της αρεσκείας του. Βασικός εκπρόσωπος του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής [2].

Οι πολίτες κατά κύριο ρόλο συνάπτουν συμφωνίες με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες τους καλύπτουν την υγειονομική τους φροντίδα σύμφωνα με το ιδιωτικό συμφωνητικό που υπάρχει. Οι συμφωνίες αυτές είναι καθαρά ιδιωτικές και γίνονται απευθείας μεταξύ των συμβαλλομένων χωρίς μεσάζοντες (ούτε στο κράτος υπάρχει αυτή η εξουσιοδότηση) [5].

Ο ρόλος του κράτους περιορίζεται στην κάλυψη των ατόμων που η οικονομική τους κατάσταση δεν τους δίνει τη δυνατότητα να καλύπτουν από μόνα τους την υγειονομική τους φροντίδα. Επιπλέον, το κράτος είναι υπεύθυνο για τη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου για την ομαλή λειτουργία του συστήματος [2].

Κεφάλαιο 2

Επίπεδα Υγειονομικής Φροντίδας

2.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που εκτελούνται από καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας και έχουν ως στόχο την πρόληψη από διάφορες ασθένειες, την περίθαλψη, την παρακολούθηση καθώς και την αποκατάσταση και την επανεξέταση της εξέλιξης της νόσου (Πίνακας 1) [7]. Στην ουσία, αφορά την εξωνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας και την ιατρική παρέμβαση σε κοινά νοσήματα και τραυματισμούς η οποία δεν απαιτεί την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο [8]. Περιλαμβάνει τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των χρόνιων προβλημάτων και την παραπομπή του ασθενούς στην κατάλληλη και ειδική μονάδα σε περιπτώσεις που απαιτείται. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας [7].

Εκτός από τα πιο πάνω, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνεται και το σύνολο των προληπτικών μέτρων που λαμβάνονται και έχουν ως στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών. Σε αυτό το πεδίο συμβάλλουν και τα χρήσιμα επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία καταγράφονται από τις υπηρεσίες αυτές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του τοπικού πληθυσμού [8].

Πίνακας 1.Τι περιλαμβάνει η Π.Φ.Υ. [7], [8]

- * Πρόληψη
- * Εξωνοσοκομειακή παροχή φροντίδας
- * Διάγνωση
- * Αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων

Κατά κύριο λόγο, οι Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας παρέχονται από γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι συνεργάζονται με ιατρούς ή κέντρα τα οποία παρέχουν Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας. Η παραπομπή του ασθενούς στις υπηρεσίες αυτές δεν είναι απαραίτητη αν δεν συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος [8].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει μεγάλη βαρύτητα καθώς, στην ουσία, αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με τις υπηρεσίες παροχής ιατρικής φροντίδας και οι επόμενες ενέργειες μπορούν να καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη της θεραπείας/φροντίδας που θα ακολουθηθεί [8].

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να είναι προσβάσιμες από το σύνολο των ανθρώπων.
- Για την λειτουργία τους, να συμμετέχουν όσο το δυνατόν περισσότερα μέρη, τόσο στην τοπική κοινωνία όσο και σε εθνικό επίπεδο.
- Να δίνεται έμφαση στη πρόληψη.
- Να εφαρμόζονται μέθοδοι και τεχνολογίες που να μπορούν να ανταποκριθούν και να υποστηρίξουν τις υπάρχουσες ανάγκες.
- Να προωθούν την συνεργασία μεταξύ όλων των υπηρεσιών/ομάδων που μπορούν να συμβάλουν με οποιονδήποτε τρόπο στη υποστήριξη των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας [7].

2.2. Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας είναι όλες εκείνες οι πράξεις που γίνονται εντός των διάφορων κλινικών ή των τμημάτων των νοσοκομείων με σκοπό την υποστήριξη ασθενών που νοσηλεύονται ως εσωτερικοί ασθενείς³. Οι υπηρεσίες αυτές υποστηρίζονται από ειδικούς ιατρούς, από διαγνωστικά τμήματα του νοσοκομείου (π.χ. κλινικό εργαστήριο, ακτινοδιαγνωστικό κέντρο) και γενικά από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου [9].

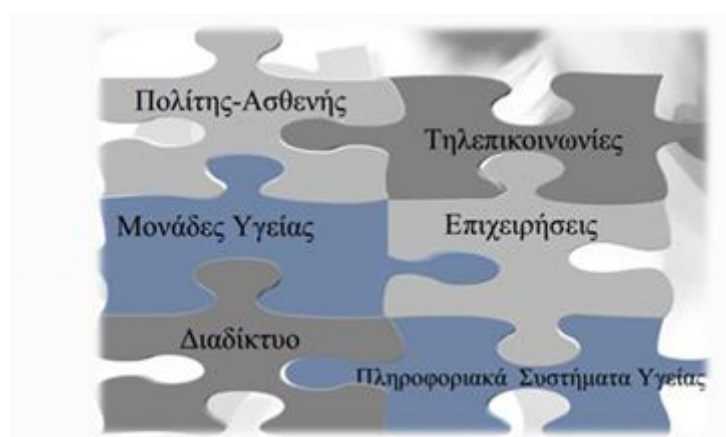
Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας είναι υπηρεσίες που απαιτούν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και τεχνογνωσία. Η παροχή τους γίνεται σε κατάλληλες υποδομές με τη χρήση εξειδικευμένου εξοπλισμού. Την περίπτωση του ασθενούς υποστηρίζουν αρκετές ειδικότητες ιατρών και επαγγελματιών υγείας. Κάποιες από τις περιπτώσεις που απαιτούν τριτοβάθμια φροντίδα είναι η αορτοστεφανιαία παράκαμψη και οι μεταμοσχεύσεις οργάνων [9].

³ Συμπεριλαμβάνονται και οι περιπτώσεις όπου υπάρχει μονοήμερη νοσηλεία.

Κεφάλαιο 3

Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth)

Η ηλεκτρονική υγεία καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα από εργαλείων τα οποία στηρίζονται στην Τεχνολογία των Πληροφοριών και των Επικοινωνιών. Τα εργαλεία αυτά έχουν ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργίας των διάφορων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ηλεκτρονική υγεία άρχισε να χρησιμοποιείται σε συστηματική βάση κυρίως από την δεκαετία του 1990 και μετά [10]. Αποτελεί τη μετεξέλιξη των παραδοσιακών συστημάτων υγείας η οποία επιτυγχάνεται με τη χρήση των νέων τεχνολογιών αλλά και του διαδικτύου. Σκοπός της είναι η αύξηση της αποτελεσματικότητας με φυσικό επακόλουθο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών [11].



Εικόνα 3. Το παζλ της Ηλεκτρονικής Υγείας [12]

Για την επιτυχία των συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) είναι αναγκαία η καλή ηλεκτρονική συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκομένων. Για να υπάρξει άριστη συνεργασία, θα πρέπει τα δεδομένα να μπορούν να ανταλλαχθούν γρήγορα και στην κατάλληλη μορφή [13]. Για την επιτυχή σύνδεση των συστημάτων είναι αναγκαία η ύπαρξη διαλειτουργικότητας⁴ μεταξύ του συνόλου των συστημάτων αυτών [14].

3.1. Στόχοι της Ηλεκτρονικής Υγείας

Για την επιτυχία των συστημάτων e-Health θα πρέπει να ικανοποιούνται οι πιο κάτω παράμετροι (Πίνακας 2):

⁴ Διαλειτουργικότητα είναι η ικανότητα των πληροφοριακών και επικοινωνιακών συστημάτων καθώς επίσης και των επιχειρησιακών διαδικασιών που γίνονται για να ανταλλάσσουν δεδομένα και πληροφορίες. Για την εφαρμογή τους απαιτείται η χρήση προτύπων και κωδικοποιήσεων τα οποία βοηθούν τα συστήματα να χρησιμοποιούν την ίδια «γλώσσα» [14].

- **Αποδοτικότητα (Efficiency):** Βελτίωση των υπηρεσιών με ταυτόχρονη μείωση του κόστους τους.
- **Βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης (Enhancing quality):** Καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς.
- **Επιστημονική τεκμηρίωση (Evidence based):** Όλα τα συστήματα και οι πράξεις που γίνονται από αυτά, να είναι βασισμένα και να υποστηρίζονται από τεκμηριωμένες επιστημονικά μελέτες.
- **Ενδυνάμωση ασθενών/πολιτών (Empowerment):** Δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα τους.
- **Ενθάρρυνση σχέσεων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Encouragement):** Αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή να λαμβάνονται από κοινού με τον ασθενή.
- **Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών (Education):** Παροχή εκπαίδευσης τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους πολίτες.
- **Διευκόλυνση της ανταλλαγής της πληροφορίας (Enabling):** Βοήθεια στην ανταλλαγή των πληροφοριών.
- **Επέκταση της εμβέλειας της ιατρικής περίθαλψης (Extending):** Πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα και ιατρική παρέμβαση ακόμη και σε απομακρυσμένα κέντρα από το κέντρο υγείας.
- **Ηθικά θέματα και Ασφάλεια (Ethics):** Προστασία προσωπικών δεδομένων των πολιτών.
- **Ισότητα (Equity):** Διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης του συνόλου των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας [10].

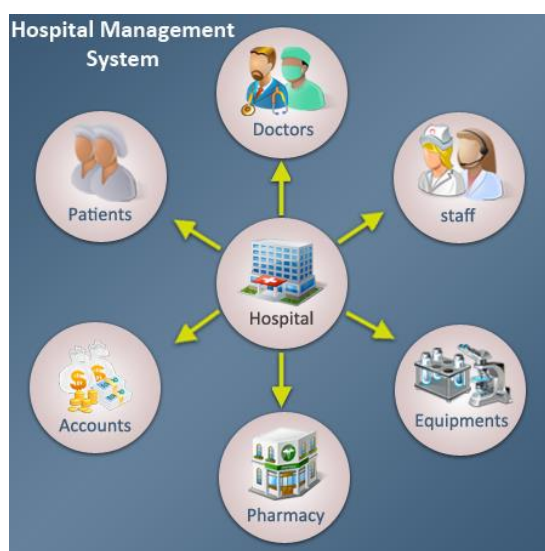
Πίνακας 2. Στόχοι Ηλεκτρονικής Υγείας [10]

1. Αποδοτικότητα
2. Βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης
3. Επιστημονική τεκμηρίωση
4. Ενδυνάμωση ασθενών/πολιτών
5. Ενθάρρυνση σχέσεων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας
6. Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών
7. Διευκόλυνση της ανταλλαγής της πληροφορίας
8. Επέκταση της εμβέλειας της ιατρικής περίθαλψης
9. Ηθικά θέματα και Ασφάλεια
10. Ισότητα

3.2. Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων

Η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στην υγεία άλλαξε τη μορφή των δεδομένων που καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας. Η νέα τους ηλεκτρονική μορφή προστάζει την ύπαρξη τεχνολογιών που να μπορούν να την υποστηρίξουν. Προς αυτή την κατεύθυνση δημιουργήθηκαν τα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα

Νοσοκομείων (Ο.Π.Σ.Ν.)⁵. Το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου είναι το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται εφαρμογή το σύνολο των επιμέρους εφαρμογών της Πληροφορικής οι οποίες επικοινωνούν μεταξύ τους (διαλειτουργικότητα) για την κάλυψη των υπάρχουσων υγειονομικών αναγκών. Το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου χωρίζεται σε αρκετά υποσυστήματα τα οποία, εκτός από την ανταλλαγή των δεδομένων, θα πρέπει να διαθέτουν χώρο φύλαξης των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή (Πίνακας 3). Μέσω των υποσυστημάτων επιτυγχάνεται η επικοινωνία με τον εξοπλισμό των τμημάτων των νοσοκομείων (Εικόνα 4). Τα δεδομένα που εισάγονται και καταγράφονται στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου είναι διαθέσιμα στα εξουσιοδοτημένα άτομα σε όλους τους σταθμούς εργασίας του συστήματος. Τα συστήματα αυτά έχουν τη δυνατότητα να ενωθούν και με άλλα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων μέσα από ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) [10].



Εικόνα 4. Αρχιτεκτονική Ο.Π.Σ.Ν. [15]

Τα βασικότερα υποσυστήματα του Ο.Π.Σ.Ν. είναι:

- Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς⁶
- Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση⁷
- Εργαστηριακό Πληροφοριακό Σύστημα (L.I.S.)⁸
- Ακτινογραφικό Πληροφοριακό Σύστημα (R.I.S.)⁹
- Διαχειριστικό Σύστημα [10].

⁵ Hospital Information System

⁶ EHR: Electronic Health Record

⁷ e-Prescription

⁸ Laboratory Information System

⁹ Radiological Information System

Πίνακας 3. Λειτουργίες που υποστηρίζονται από το Ο.Π.Σ.Ν.

Διοικητική/ Οικονομική Διαχείριση	Διαχείριση Πληροφοριών	Εξειδικευμένες εφαρμογές
Γενική Λογιστική	Εργαστηριακό Πληροφοριακό Σύστημα	Συστήματα Τηλεϊατρικής
Λογιστήριο Ασθενών	Κλινικό Πληροφοριακό Σύστημα	Συστήματα Υποστήριξης Λήψεων Αποφάσεων
Γραφείο κινήσεων	PACS	Συστήματα Διαχείρισης Εγγράφων
Κοστολόγηση	Ιατρικά πρωτόκολλα	
Εισπρακτέοι λογαριασμοί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	
Πληρωτέοι λογαριασμοί	Ιατρικές πράξεις	
Διαχείριση προσωπικού	Ιατρικό ιστορικό	
Μισθοδοσία	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	
Διαχείριση υλικών	Συστήματα Αυτόματης Παρακολούθησης	
Διαχείριση Προσωπικού	Χειρουργεία	

3.3. Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς (Η.Φ.Α.)

Αποτελεί το πιο σημαντικό υποσύστημα του Ο.Π.Σ.Ν. και κατ' επέκταση την πιο σημαντική εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Υγείας. Είναι η μετεξέλιξη του κλασικού χειρόγραφου φακέλου ασθενών. Στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς (Η.Φ.Α.) καταγράφονται όλα τα απαραίτητα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς και το πλήρες ιατρικό του ιστορικό για όλη τη διάρκεια της ζωής του [14].

Στον Ιατρικό Φάκελο Ασθενούς (και κατ' επέκταση και στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς) περιλαμβάνονται οι πιο κάτω πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή:

- Δημογραφικά Στοιχεία (όνομα, επίθετο, ηλικία, φυλή, εθνικότητα κ.λπ.)
- Ιατρικό Ιστορικό (παλαιότερες νόσοι, θεραπείες κ.λπ.)
- Παράγοντες Κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό, κάπνισμα κ.λπ.)
- Κλινικά Δεδομένα Εξετάσεων (φυσικές, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις)
- Νοσηλείες και Εγχειρήσεις που έγιναν
- Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη (παρόν και παρελθόν)
- Ιατρικές Πράξεις (σε όλη την διάρκεια της ζωής του)
- Παραπεμπτικά για τις υπό εξέταση περιπτώσεις
- Γνωματεύσεις Ιατρών
- Διαχειριστικά-Οικονομικά Στοιχεία, των ιατρικών πράξεων και των νοσηλειών (Εικόνα 5) [16].

Η μετεξέλιξη του φακέλου ασθενούς σε ηλεκτρονικό, βοηθήθηκε από την ανάπτυξη των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνίας η οποία μπορούσε να ικανοποιήσει σε σημαντικό βαθμό την ανάγκη για εύκολη και γρήγορη διαχείριση και ανάκτηση

του τεράστιου όγκου δεδομένων που υπάρχουν. Επιπλέον, οι Ηλεκτρονικοί Φάκελοι Ασθενούς επιτρέπουν την αποθήκευση δεδομένων όπως ο ήχος και τα βίντεο, τα οποία δεν μπορούν να αποδοθούν στο χαρτί [16].

Η καταγραφή των δεδομένων και η πρόσβαση σε αυτά μπορεί να επιτευχθεί γρήγορα και με την απαραίτητη ασφάλεια λόγω της χρήσης προτύπων τα οποία διευκολύνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα να υπάρχει απομακρυσμένη πρόσβαση και ενημέρωση των δεδομένων αυτών, η οποία μπορεί να βοηθηθεί από τη σύνδεση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου. Το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου επιτρέπει στα δεδομένα ενός Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή να είναι διαθέσιμα σε πέραν από ένα σημείο ταυτόχρονα [10].

The screenshot shows a web-based form for entering patient demographic data. The title is 'Δημογραφικά στοιχεία ασθενών' (Demographic data of patients). The form includes the following fields:

- Επώνυμο: ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
- Ετος Γέννησης: 10/10/1980
- Ηλικία: 33
- Οικογενειακή κατάσταση: [Dropdown menu]
- Όνομα: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
- Φύλο: [Dropdown menu]
- Ταμεία: [Dropdown menu]
- Πατρώνυμο: [Text field]
- Επάγγελμα: [Text field]
- ΑΜΚΑ: 12345678978
- Παρούσα απασχόληση: [Text field]
- Πόλη κατοικίας: [Text field]
- Διεύθυνση κατοικίας: [Text field]
- ΤΚ Οικίας: [Text field]
- Τηλέφωνο Οικίας: [Text field]
- Κινητό: [Text field]
- Source of Referral: [Text field]

Below the form, there are search options: 'Εύρεση με βάση το επώνυμο' and 'Εύρεση με βάση τον ΑΜΚΑ'. There are also icons for 'Απαραίτητο στοιχείο' and a 'Source of Referral' dropdown. At the bottom, there is a menu of medical services with icons:

- ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ / ΟΥΡΩΝ
- ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
- ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΓΓΕΝΩΝ
- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΒΙΝΤΕΟ
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΙΚΟΝΑΣ, ΗΚΓ, ΜΡΙ

Εικόνα 5. Πρότυπο Η.Φ.Α. [17]

3.4. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Ως ηλεκτρονική συνταγογράφηση ορίζεται η χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας για την παραγγελία, την εκτέλεση και τον έλεγχο των συνταγών φαρμάκων. Όπως και στην περίπτωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς αποτελεί τον εκσυγχρονισμένο αντικαταστάτη της κλασικής χειρόγραφης συνταγής [10].

Συγκεκριμένα, με τη χρήση συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (η-Συνταγογράφηση) ο/η γιατρός καταχωρεί ηλεκτρονικά τη συνταγή στο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου και η εντολή λαμβάνεται αυτόματα και άμεσα από το φαρμακείο. Έτσι, ο/η ασθενής μπορεί να παραλάβει άμεσα τα φάρμακα του/της από το φαρμακείο, χωρίς να απαιτείται οποιαδήποτε άλλη ενέργεια. Στη συνέχεια, ο/η γιατρός λαμβάνει ενημέρωση όταν η συνταγή έχει εκτελεστεί (Εικόνα 6) [10].

Στόχοι της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι:

- ✓ Η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών προς τους ασθενείς.
- ✓ Η εξοικονόμηση χρόνου.
- ✓ Η εξοικονόμηση χρημάτων.
- ✓ Η αποτροπή ανεπιθύμητων παρενεργειών από αλληλοεπιδράσεις φαρμάκων.
- ✓ Η διασφάλιση σωστής δοσολογίας φαρμάκων
- ✓ Η δυνατότητα συμμετοχής σε διασυνοριακά προγράμματα [10].



Εικόνα 6. Ο Τρόπος της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης [18]

Τα συστήματα η-Συνταγογράφησης μπορούν να αποτρέψουν τη διπλή εκτέλεση των εντολών καθώς επίσης και τη χορήγηση φαρμάκων τα οποία μπορεί να αλληλεπιδρούν αρνητικά μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, μέσω του συστήματος, ο/η γιατρός μπορεί να λαμβάνει χρήσιμες πληροφορίες για τα φάρμακα και να εντοπίζει εναλλακτικές λύσεις σε περιπτώσεις που χρειάζεται, όπως, για παράδειγμα σε περιπτώσεις έλλειψης ενός φαρμάκου [10].

3.5. Τηλεϊατρική

Η λέξη «τηλεϊατρική»¹⁰ είναι σύνθετη και αποτελείται από το πρόθημα «τήλε», που σημαίνει εξ αποστάσεως, και την λέξη «ιατρική». Συνεπώς, τηλεϊατρική είναι η χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας για την παροχή και την υποστήριξη της φροντίδας υγείας εξ αποστάσεως [10].

Μέσω των συστημάτων της τηλεϊατρικής επιτυγχάνεται η ανταλλαγή πολύτιμων ιατρικών πληροφοριών μεταξύ δύο διαφορετικών σημείων, είτε αυτό πραγματοποιείται εντός του ίδιου ιατρικού κέντρου είτε σε κάποιο απομακρυσμένο σημείο [10].

Στην ουσία, Τηλεϊατρική είναι η άσκηση των ιατρικών πράξεων σε σημεία που δεν είναι δυνατή η παρουσία κάποιου γιατρού και αφορά τόσο την πρόληψη όσο και τη διάγνωση και τη θεραπεία [14]. Η εφαρμογή της είναι πολύ σημαντική σε περιοχές στις οποίες η τεχνογνωσία είναι υποβαθμισμένη καθώς επίσης και σε δύσβατες ή απομακρυσμένες περιοχές. Χρησιμοποιείται κυρίως για χρόνιους ασθενείς και για ασθενείς που παρουσιάζουν δυσκολίες στη μετακίνηση ή/και που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα [19].

Με την χρήση των υπηρεσιών της Τηλεϊατρικής επιδιώκεται:

- Η μεταφορά της πληροφορίας και όχι του ασθενούς.
- Η βελτισποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών.
- Να γίνουν προσβάσιμες οι υπηρεσίες υγείας σε όσον το δυνατόν περισσότερο κόσμο.
- Καλύτερη πληροφόρηση των ανθρώπων για θέματα που αφορούν την υγεία τους.
- Πρόσβαση στις ιατρικές γνώσεις και εμπειρίες που υπάρχουν σε άλλα μέρη.
- Αύξηση της ταχύτητας της έκδοσης διαγνώσεων και αποφάσεων για εξοικονόμηση πολύτιμου χρόνου.
- Βελτίωση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείας [20].

Τα συστήματα της Τηλεϊατρικής μπορούν να έχουν διάφορες μορφές:

- **Τηλεσυμβουλευτική:** Στηρίζεται στην εξ αποστάσεως πρόσβαση στις γνώσεις ενός/μιας ειδικού/ής ιατρού.
- **Τηλεδιάγνωση:** Εξ αποστάσεως διάγνωση και αξιολόγηση της κατάστασης του/της ασθενούς από ένα/μια ειδικό/ή ιατρό.
- **Τηλεπαρακολούθηση:** Παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται εκτός του νοσοκομείου.
- **Τηλεφροντίδα:** Χρήση συστημάτων τηλεπαρακολούθησης με σκοπό την παροχή φροντίδας στον/στην ασθενή.

¹⁰ Telemedicine

- **Τηλεκπαίδευση:** Εκπαίδευση που παρέχεται εξ αποστάσεως σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς.
- **Συνεργατική Διάγνωση:** Συνεργασία διάφορων επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται σε διαφορετικά σημεία για την έκδοση ενός κοινού πορίσματος για την κατάσταση υγείας του ασθενούς.
- **Πρόσβαση σε Βάσεις Δεδομένων:** Απομακρυσμένη πρόσβαση σε διάφορα χρήσιμα δεδομένα (π.χ. Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς) [14].

Κεφάλαιο 4

Σύστημα Υγείας Κύπρου

4.1. Κύπρος – Δημογραφικά Στοιχεία

Η Κύπρος είναι ένα νησιωτικό κράτος που βρίσκεται στο βορειανατολικό μέρος της Μεσόγειου Θάλασσας (Εικόνα 7) [21]. Από το 1974, το βόρεια τμήμα της Κυπριακής Δημοκρατίας κατέχεται παράνομα από τον τουρκικό στρατό [22]. Από το 2004, η Κυπριακή Δημοκρατία είναι πλήρες μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Λόγω της παράνομης τουρκικής κατοχής, το Κοινοτικό Κεκτημένο έχει προσωρινή εφαρμογή μόνο στο τμήμα που ελέγχεται από τις αρχές της Κυπριακής Δημοκρατίας. Από την 1η Ιανουαρίου 2008 η Κύπρος εντάχθηκε στην Ευρωζώνη και έχει ως νόμισμα το Ευρώ (€), το οποίο αντικατέστησε την Κυπριακή Λίρα [21].



Εικόνα 7. Γεωγραφική Θέση Κύπρου [21]

Σύμφωνα με την επίσημη απογραφή του πληθυσμού που έγινε το 2011, στο ελεγχόμενο από την Κυπριακή Δημοκρατία μέρος κατοικούσαν 856.900 άτομα παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (Πίνακας 4). Το 44,96% του πληθυσμού ήταν άρρενες και το 55,04% θηλυκού γένους. Από το σύνολο του πληθυσμού, το 79,4% ήταν Κύπριοι πολίτες, το 12,6% κοινοτικοί¹¹ και οι υπόλοιποι υπήκοοι τρίτων χωρών [23].

Το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της Κύπρου, όπως υπολογίστηκε το 2014, είναι τα 80,7 χρόνια για τους άντρες και τα 84,5 χρόνια για τις γυναίκες. Το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται συνεχώς με την πάροδο του χρόνου. Αυτό συνεπάγεται και την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού [24]. Σύμφωνα με

¹¹ Πολίτες των υπολοίπων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

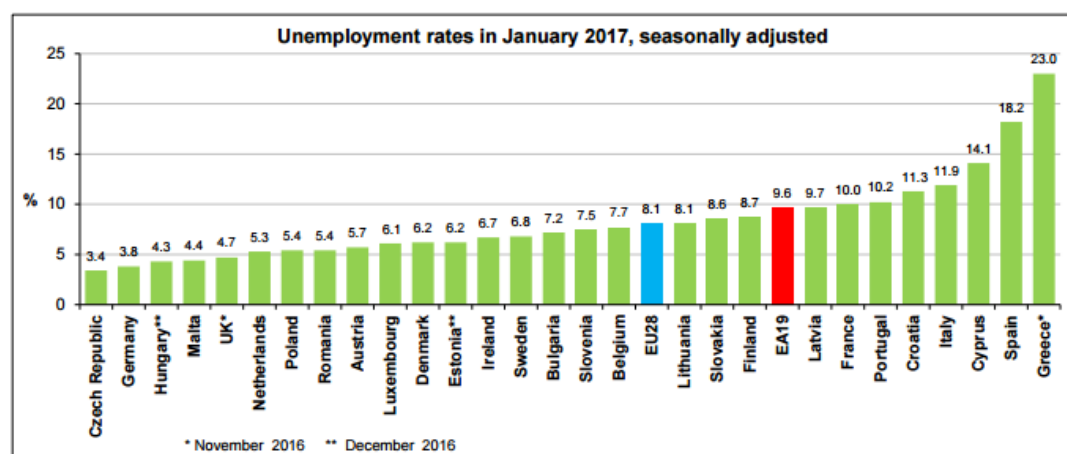
έρευνες που έγιναν, η πλειοψηφία του λαού θεωρεί πως η κατάσταση της υγείας του βρίσκεται σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο [25], [26].

Πίνακας 4. Πληθυσμός κατά Επαρχία στις Απογραφές 2001 & 2011 [23]

ΕΠΑΡΧΙΑ	ΑΠΟΓΡΑΦΗ 2011			ΑΠΟΓΡΑΦΗ 2001			% Μεταβολής από το 2001		
	Σύνολο	Αστική	Αγροτική	Σύνολο	Αστική	Αγροτική	Σύνολο	Αστική	Αγροτική
Σύνολο	856.960	577.574	279.386	703.529	485.304	218.225	21,8	19,0	28,0
Λευκωσία	334.120	244.500	89.620	279.545	205.633	73.912	19,5	18,9	21,3
Αμμόχωστος	47.338	..	47.338	38.371	..	38.371	23,4	..	23,4
Λάρνακα	145.365	85.874	59.491	117.124	71.740	45.384	24,1	19,7	31,1
Λεμεσός	239.842	183.658	56.184	201.057	160.733	40.324	19,3	14,3	39,3
Πάφος	90.295	63.542	26.753	67.432	47.198	20.234	33,9	34,6	32,2

Η κυπριακή οικονομία επικεντρώνεται κυρίως στο εμπόριο (χονδρικό και λιανικό), στις μεταφορές και στις υπηρεσίες στέγασης. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η άμυνα, η εκπαίδευση, η υγεία και η κοινωνική ευημερία [21]. Η Κύπρος κατά το 2014 δαπάνησε στον τομέα της υγείας το 6,5% του Α.Ε.Π.¹² της [27]. Τα τελευταία χρόνια η οικονομία του τόπου βρίσκεται σε κρίση, με τα δημοσιονομικά ελλείματα και την ανεργία να βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα, υποχρεώνοντας το κράτος σε σημαντικές περικοπές των δαπανών του. Ταυτόχρονα, έχουν ληφθεί μέτρα τα οποία έχουν επιβαρύνει οικονομικά τους πολίτες του κράτους, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος ζωής τους [28]. Κατά το 2016, το 76% του πληθυσμού της Κύπρου έκανε χρήση του διαδικτύου, με το ποσοστό αυτό να είναι άνω του 90% για άτομα κάτω των 45 ετών [29].

Πίνακας 5. Ποσοστά ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση



Το 2016 το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα των Κυπρίων ανερχόταν στις 21.300 ευρώ. Το ποσό αυτό είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο των κρατών μελών της

¹² Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.

Ευρωπαϊκής Ένωσης και των μελών της Ευρωζώνης [30]. Με βάση τα στοιχεία της Eurostat, το ποσοστό της ανεργίας βρισκόταν στο 14,1% κατά τον μήνα Ιανουάριο του 2016, το οποίο είναι το τρίτο μεγαλύτερο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωζώνης (Πίνακας 5) [31].

4.2. Φορείς Συστήματος Υγείας Κύπρου

Το σύστημα υγείας της Κύπρου κατανέμει τις ευθύνες των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε διάφορα υπουργεία, οργανώσεις και οργανισμούς. Στο υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου ηγετικό ρόλο έχει το Υπουργείο Υγείας. Στην αγορά υπηρεσιών υγείας συμμετέχουν επίσης οι εργατικές συντεχνίες και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

4.2.1. Υπουργείο Υγείας

Αποτελεί τον βασικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει την ευθύνη για τον προσδιορισμό πολιτικής και στην ουσία είναι αρμόδιο για τη λειτουργία όλων των δημόσιων υπηρεσιών που εξυπηρετούν τους πολίτες σε θέματα υγείας¹³. Επιπλέον, αποτελεί τον συντονιστή μεταξύ όλων των φορέων για την παροχή των υπηρεσιών υγείας [1].

Το Υπουργείο Υγείας έχει υπό την ευθύνη του όλα τα δημόσια νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα καθώς επίσης και όλους τους φορείς που είναι υπεύθυνοι για τη σωστή εφαρμογή όλων των κανονισμών λειτουργίας των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας έχει, επίσης, την ευθύνη για την έκδοση των αδειών για ιδιωτικά νοσοκομεία αλλά και τον έλεγχο της σωστής τους λειτουργίας. Παράλληλα, οι υπηρεσίες του υπουργείου είναι αρμόδιες για τον έλεγχο των φαρμάκων που εισάγονται στη κυπριακή αγορά. Το ίδιο υπουργείο είναι υπεύθυνο και για την πρόσληψη και την κατάλληλη αξιοποίηση του προσωπικού των δημόσιων κέντρων παροχής υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με κριτήρια που το ίδιο ορίζει [24].

Όσον αφορά τα έσοδα, το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών¹⁴ καθορίζουν τα δικαιώματα των πολιτών και τα καταβλητέα τέλη από τους πολίτες [1]. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για την αγορά όλων των προμηθειών που αφορούν τις ανάγκες των δημόσιων νοσηλευτηρίων, η οποία γίνεται μέσω διαγωνισμών που προκηρύσσει [24].

¹³ Μεταξύ άλλων το Υπουργείο Υγείας ελέγχει το Γενικό Χημείο του Κράτους, τις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, τις Ιατρικές Υπηρεσίες, τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες [24].

¹⁴ Αυτό καθορίζεται από τον Γενικό Κανονισμό περί Κυβερνητικών και Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών.[21]

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο και για την εκπροσώπηση της Κύπρου σε διεθνείς οργανισμούς και εκδηλώσεις που αφορούν θέματα υγείας. Σε περιπτώσεις που απαιτείται διασυννοριακή περίθαλψη, είναι υπεύθυνο για τη διαπραγμάτευση και την αποδοχή των όρων των διακρατικών συμφωνιών [24].

4.2.1.1. Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας 2016-18

Το 2015 το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην έκδοση του Στρατηγικού του Σχεδίου για τα έτη 2016 μέχρι 2018. Το Σχέδιο αυτό είναι προϊόν των δεσμεύσεων της Κύπρου προς την Τρόικα και της υιοθέτησης του Σχεδίου Δράσης 2012-2020¹⁵ της Ευρωπαϊκής Ένωσης [32].

Σύμφωνα με το Σχέδιο υπάρχουν τρεις βασικοί στόχοι:

1. Βέλτιστη λειτουργία του συστήματος υγείας
2. Αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία του υπουργείου
3. Προαγωγή της υγείας και πρόληψης ασθενειών [32].

Όλα αυτά προϋποθέτουν την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, την ύπαρξη σοβαρής στρατηγικής, την αναβάθμιση της ηλεκτρονικής υγείας και τον συντονισμό μεταξύ όλων των αρμόδιων φορέων. Στα οικονομικά θέματα είναι αναγκαία η ύπαρξη ελέγχου τόσο του ανθρωπίνου δυναμικού όσο και των προμηθειών του [32].

4.2.2. Εργατικές Συντεχνίες

Αρκετές εργατικές συντεχνίες στην Κύπρο διαθέτουν το δικό τους παράλληλο ιατρικό δίκτυο και προσφέρουν προνομιακή στήριξη στα μέλη τους τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα, δίνοντας μια προκαθορισμένη εισφορά στο σχετικό ταμείο της συντεχνίας που τους εκπροσωπεί. Δικά τους παράλληλα δίκτυα έχουν, επίσης, οι επαγγελματικοί σύλλογοι των υπαλλήλων στους ημικρατικούς οργανισμούς (π.χ. Αρχή Ηλεκτρισμού Κύπρου - Α.Η.Κ. και Αρχή Τηλεπικοινωνιών Κύπρου – Α.ΤΗ.Κ./CYTA). Τα δίκτυα αυτά, εκτός από τα μέλη τους, καλύπτουν και όλα τα εξαρτώμενα άτομα της οικογένειας των μελών τους [24].

Κάποια ταμεία καλύπτουν πλήρως οικονομικά τις ιατρικές ανάγκες των μελών τους και κάποια άλλα εξασφαλίζουν σημαντική έκπτωση στην τιμή των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιατρούς και επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν έρθει σε συμφωνία με τις συντεχνίες. Για τον λόγο αυτό, τα άτομα που καλύπτονται από αυτά τα ταμεία σε αρκετές περιπτώσεις καλούνται να επιλέξουν τον προμηθευτή μέσα από μια λίστα που τους δίδεται [24].

¹⁵ Action Plan 2012-2020 (Βλέπε Παράρτημα II) [121].

4.2.3. Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες

Μεγάλο ποσοστό πολιτών επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες το 2016 είχαν για εισπράξεις για ασφάλειες Υγείας και ατυχημάτων πάνω από 120 δισεκατομμύρια ευρώ [33]. Κατά το 2010, πάνω από το 20% του πληθυσμού υπολογιζόταν πως είχε επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας [24].

Η κάλυψη από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δίδεται σε διάφορα πακέτα που προσφέρονται από τις εταιρείες και τα οποία κατοχυρώνονται μέσω ιδιωτικών συμφωνητικών μεταξύ των πολιτών και των εταιρειών. Σε πολλές περιπτώσεις οι πελάτες των ιδιωτικών εταιρειών αναζητούν μέσω αυτών συμπληρωματικές υπηρεσίες υγείας, προς τις υπηρεσίες που δικαιούνται από το δημόσιο [34].

Ανάλογα με το συμφωνητικό, οι ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν το σύνολο ή μέρος των ιατρικών εξόδων των πελατών τους. Σε κάποιες περιπτώσεις εξασφαλίζουν απλώς προνομιακές τιμές για υπηρεσίες υγείας. Για να είναι εφικτά τα προνόμια αυτά, οι ασφαλιστικές εταιρείες συνάπτουν εκ των προτέρων συμφωνίες με ιατρούς και επαγγελματίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, σε αρκετές περιπτώσεις οι πελάτες τους καλούνται να εξυπηρετηθούν μόνο από συγκεκριμένους προμηθευτές [24], [34].

4.2.4. Άλλοι Φορείς

Συμπληρωματικό ρόλο στο σύστημα υγείας της Κύπρου έχουν και άλλα υπουργεία και δημόσιες υπηρεσίες. Το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι υπεύθυνο για την εξασφάλιση κοινωνικών παροχών σε εργαζόμενους ασθενείς και εγκυμονούσες [24], με το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων να καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων στην Κύπρο υποχρεωτικά [34]. Το Υπουργείο Οικονομικών είναι υπεύθυνο για τον ετήσιο προϋπολογισμό του κράτους και καθορίζει τις ετήσιες δαπάνες για την υγεία [24]. Συνεπώς, είναι υπεύθυνο για την μισθοδοσία των δημόσιων υπαλλήλων και, κατ' επέκταση, των ατόμων που εργάζονται στα δημόσια υγειονομικά κέντρα [1]. Το Υπουργείο Παιδείας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, πραγματοποιεί τακτικές επισκέψεις με στόχο τη βελτίωση της υγείας των μαθητών. Στις επισκέψεις αυτές γίνεται εμβολιασμός και προληπτικός έλεγχος στους μαθητές. Το Υπουργείο Άμυνας διαθέτει το δικό του παράλληλο ιατρικό δίκτυο, με αρκετά ιατρικά κέντρα σε στρατόπεδα και ένα στρατιωτικό νοσοκομείο στη Λευκωσία. Το δίκτυο καλύπτει τους στρατιωτικούς και τις οικογένειές τους καθώς και τους κληρωτούς. Οι στρατιωτικοί καλύπτονται και μετά την αφυπηρέτησή τους [24].

Ρόλο στη λειτουργία του συστήματος υγείας της Κύπρου έχουν και αρκετές μη κερδοσκοπικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι οργανώσεις συνήθως παρέχουν φροντίδα και ενημέρωση σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (π.χ. καρκινοπαθείς,

διαβητικοί κ.α.) και χρηματοδοτούνται από ιδιωτικές και δημόσιες χορηγίες. Επίσης, ο κάθε Οργανισμός συνήθως αφορά συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών και επικεντρώνεται σε αυτή. Σήμερα στην Κύπρο λειτουργούν υπό την αιγίδα μη κερδοσκοπικών οργανισμών (Μ.Κ.Ο.) εξειδικευμένα κέντρα υποστήριξης και αποκατάστασης (π.χ. Μέλαθρον Αγωνιστών ΕΟΚΑ, Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου κ.α.). Σε πολλές περιπτώσεις οι οργανώσεις παρέχουν στους ασθενείς και οικονομική στήριξη [24].

4.3. Στόχος Συστήματος Υγείας στην Κύπρο

Ο βασικότερος στόχος του συστήματος υγείας στην Κύπρο είναι η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από όλους του πολίτες της Κύπρου [7] και η οικονομική βιωσιμότητα του ίδιου του συστήματος[28]. Για να τα πετύχει αυτά προσανατολίζεται στην αξιολόγηση αναβαθμισμένων τεχνολογιών [8].

Στις μέρες μας, το σύστημα υγείας της Κύπρου δίνει σε περίπου 80% του πληθυσμού δωρεάν κάλυψη στα δημόσια νοσηλευτήρια. Για να είναι εφικτή η κάλυψή τους, οι δικαιούχοι αποκτούν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες με μια μικρή συμπληρωμή (Πίνακας 6). Οι χρεώσεις αυτές υιοθετήθηκαν κατά την περίοδο του μνημονίου το οποίο δόθηκε στην Κυπριακή Δημοκρατία κατά την οικονομική κρίση [35].

Πίνακας 6. Χρεώσεις "δικαιούχων" στα Δημόσια Νοσηλευτήρια [35]	
Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών	10 €
Γενικός Ιατρός	3 €
Ειδικός Ιατρός	6 €
Κλινική Εξέταση (ανά εξέταση)*	0,50 €
Εργαστηριακή Εξέταση (ανά εξέταση)*	0,50 €
Φάρμακα (ανά φάρμακο)*	0,50 €
*Μέγιστη χρέωση ανά παραπομπή/συνταγή 10€	

Ένα από τα θέματα που έχει να αντιμετωπίσει το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου είναι η αύξηση του ποσοστού των ατόμων τρίτης ηλικίας. Για τον σκοπό αυτό, λαμβάνονται συνεχώς μέτρα για την στήριξη της ηλικιακής αυτής ομάδας [1].

Η συμμετοχή της Κύπρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση υποχρεώνει την Κυπριακή Δημοκρατία να υιοθετήσει και να τηρήσει όλους τους ευρωπαϊκούς κανονισμούς και οδηγίες. Επομένως, η ψήφιση της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ¹⁶ από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στις 19 Ιανουαρίου 2011 υποχρεώνει το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου να την εφαρμόσει [36].

¹⁶ Για την Οδηγία βλέπε Παράρτημα Ι.

4.4. Επίπεδα Φροντίδας στην Κύπρο

4.4.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο παρέχονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, συμμετοχή στις υπηρεσίες αυτές έχουν οι σύλλογοι και οργανισμοί που έχουν ήδη αναφερθεί. Το κόστος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι κατά πολύ χαμηλότερο σε σχέση με την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Φροντίδα. Στην Κύπρο οι ασθενείς λαμβάνουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα [35].

4.4.1.1. Δημόσιος Τομέας

Στον δημόσιο τομέα οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται στα αστικά κέντρα υγείας, στα αγροτικά υγειονομικά κέντρα και σε διάφορα μικρότερα ιατρεία που λειτουργούν [34]. Όλες αυτές οι υπηρεσίες λειτουργούν υπό την ευθύνη και τον συντονισμό του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με διάφορες τοπικές κοινωνίες [7].

Το Υπουργείο Υγείας οργάνωσε τα δημόσια νοσηλευτήρια και ιατρικά κέντρα με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι κατανεμημένα σε όλη την επικράτεια του εδάφους που ελέγχεται από τις αρχές του κράτους, εξυπηρετώντας, έτσι, το σύνολο του πληθυσμού [7].

Κατά το 2014, τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων ιατρικών κέντρων¹⁷ δέχθηκαν 1.841.084 επισκέψεις, από τις οποίες το 14,8% αφορούσε επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς, το 8,5% σε γυναικολόγους και το 8,9% σε παιδίατρους (Πίνακας 7), που αποτελούν τις ειδικότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας [26].

Πίνακας 7. Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ανά ειδικότητα [26]

Ειδικότητα	Επισκέψεις (%)
Γενική Ιατρική	14,8
Καρδιολογία	9,7
Ειδική Παθολογία	11,0
Παιδιατρική	8,9
Γυναικολογία	8,5
Ορθοπαιδική	7,5
Άλλες Ειδικότητες	40,0

¹⁷ Στα δημόσια ιατρικά κέντρα περιλαμβάνονται τα γενικά νοσοκομεία, τα αγροτικά νοσοκομεία και τα μικρότερα ιατρικά κέντρα.

4.4.1.2. Ιδιωτικός Τομέας

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον ιδιωτικό τομέα αποτελούνται από τους ιδιώτες ιατρούς και οδοντιάτρους, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα¹⁸ και το σύνολο των ιδιωτικών φαρμακείων [34]. Χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τις ιδιωτικές πληρωμές, την ιδιωτική ασφάλιση καθώς επίσης και από τα διάφορα συντεχνιακά ταμεία. Στις πλείστες περιπτώσεις, οι υπηρεσίες αγοράζονται ανά ιατρική πράξη [37].

Για να μπορούν να λειτουργούν οι ιδιωτικές υπηρεσίες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα πρέπει να είναι συμβατές με τους κανονισμούς που θέτει το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την χορήγηση των κατάλληλων αδειών λειτουργίας. Το ίδιο ισχύει και για την έγκριση ουσιών (π.χ. φαρμάκων) και μηχανημάτων (π.χ. αιματολογικοί αναλυτές) τα οποία διατίθενται στην κυπριακή αγορά [25].

4.4.2. Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια Φροντίδα στην Κύπρο

Οι Δευτεροβάθμιες και Τριτοβάθμιες υπηρεσίες στην Κύπρο μπορούν να παρασχεθούν τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό Τομέα. Οι Κύπριοι προτιμούν κυρίως τον δημόσιο τομέα για τις υπηρεσίες αυτού του είδους [35].

4.4.2.1. Δημόσιος Τομέας

Στον κυπριακό δημόσιο τομέα τα γενικά νοσοκομεία καθώς και κάποια από τα μικρότερα αγροτικά νοσοκομεία (π.χ. Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς και Νοσοκομείο Κυπερούντας) είναι υπεύθυνα για την παροχή των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας [34], η σωστή χρήση των οποίων είναι υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, το οποίο τις χρηματοδοτεί και τις ελέγχει [7].

Για την Τριτοβάθμια Φροντίδα αξιοποιούνται οι εξειδικευμένες κλινικές που υπάρχουν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, στο Μακάρειο Νοσοκομείο (Παίδων) και στο (Ψυχιατρικό) Νοσοκομείο Αθαλάσσας [34]. Σε αρκετά περιστατικά, τα οποία δεν μπορούν να υποστηριχθούν από τα κυπριακά νοσοκομεία, το κράτος αναλαμβάνει την προώθηση τους σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού [24].

Το 2014 τα δημόσια νοσηλευτήρια είχαν 1.527 κλίνες. Το ποσοστό πληρότητάς τους ήταν 77,4% για τα γενικά και 47,1% για τα αγροτικά νοσοκομεία. Κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονιάς νοσηλεύτηκαν 78.573 ασθενείς και έγιναν 35.262 επεμβάσεις [26].

¹⁸ Στα διαγνωστικά κέντρα περιλαμβάνονται τα κλινικά εργαστήρια και τα ακτινολογικά κέντρα.

4.4.2.2. Ιδιωτικός Τομέας

Σε σχέση με τον δημόσιο τομέα, η παροχή Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας τους προσφέρεται σε μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Συνολικά τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια διέθεταν 1.385 κλίνες κατά το 2014 [26], [34]. Η χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνεται συνήθως από ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες γίνονται είτε μέσω των συντεχνιών και των ασφαλιστικών εταιρειών είτε με άμεση πληρωμή ανά ιατρική πράξη. Σε μερικές περιπτώσεις, το κράτος μπορεί να αγοράσει από τον ιδιωτικό τομέα υπηρεσίες που δεν μπορούν να υποστηρίξουν τα δημόσια νοσοκομεία [25].

4.5. Ηλεκτρονική Υγεία στην Κύπρο

Το Υπουργείο Υγείας εδώ και χρόνια προσπαθεί να εντάξει την ηλεκτρονική υγεία στην καθημερινότητα των υπηρεσιών υγείας της Κύπρου. Για τον σκοπό αυτό, έθεσε σε λειτουργία συστήματα που την υποστηρίζουν και προσανατολίζεται και στη εγκατάσταση νέων συστημάτων προς την ίδια κατεύθυνση.

4.5.1. Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας

Στην Κύπρο η πλειοψηφία των δημοσίων νοσοκομείων δεν διαθέτει Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείου (Ο.Π.Σ.Ν.), παρά την πρόθεση για εγκατάστασή τους. Εξάιρεση αποτελούν τα δύο νεότερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου, τα οποία λειτούργησαν με πρόνοια για χρήση Ο.Π.Σ.Ν.. Η υλοποίηση του έργου του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) στην Κύπρο αποτελεί το μεγαλύτερο (με βάση τον προϋπολογισμό) έργο πληροφορικής που θα έχει πραγματοποιηθεί ποτέ στην Κυπριακή Δημοκρατία [38].

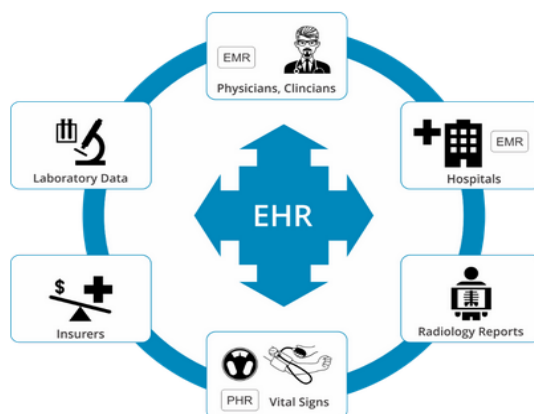
Παρά την εφαρμογή Ο.Π.Σ.Ν. στα δύο πιο καινούργια νοσοκομεία και παρά την πρόθεση και τις μελέτες για επέκταση του έργου και στα υπόλοιπα γενικά νοσοκομεία, ακόμη να υλοποιηθεί με αποτέλεσμα η επικοινωνία και η άμεση ανταλλαγή δεδομένων να είναι εφικτή μόνο ανάμεσα στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου [38].

Η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων έχει προχωρήσει στην εγκατάσταση λογισμικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Παρ' όλ' αυτά, σημαντικό ποσοστό εξακολουθεί να προτιμά τις παραδοσιακές μεθόδους. Οι ιδιώτες προχωρούν στην εγκατάσταση συστημάτων χωρίς προηγουμένως να έχουν ψάξει τη δυνατότητα επικοινωνίας τους¹⁹ με το Ο.Π.Σ.Υ., το οποίο σχεδιάζεται από το Υπουργείο Υγείας καθώς και με άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα [39].

¹⁹ Δυνατότητα διαλειτουργικότητας

4.5.2. Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς (Η.Φ.Α.), ως υποσύστημα του Ο.Π.Σ.Ν., στην Κύπρο βρίσκει εφαρμογή μόνο στα δύο πιο καινούρια Νοσοκομεία. Παρά την παρουσία του Ο.Π.Σ.Ν., στα δύο αυτά νοσοκομεία τηρούνται Φάκελοι Ασθενών τόσο χειρόγραφα όσο και ηλεκτρονικά, κυρίως λόγω της μη ολοκλήρωσης της ψηφιοποίησης όλων των χειρόγραφων φακέλων που προϋπήρχαν στις παλιές τους εγκαταστάσεις. Στα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα χρησιμοποιείται αποκλειστικά ο χειρόγραφος Φάκελος Ασθενούς [32], [38].



Εικόνα 8. Συνδέσεις Η.Φ.Α. [40]

Το ίδιο ισχύει και στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας του ιδιωτικού τομέα προχώρησε στη χρήση Η.Φ.Α., αλλά χωρίς να έχει υπ' όψιν του την μελλοντική σύνδεσή του με τον κεντρικό Η.Φ.Α. τον οποίο έχει ως στόχο να δημιουργήσει το Υπουργείο Υγείας. Παρ' όλ' αυτά, πολλά ιατρεία εξακολουθούν να αποθηκεύουν χειρόγραφα τα αρχεία των ασθενών τους [32].

4.5.3. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Όπως ο Η.Φ.Α. έτσι και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βρίσκει εφαρμογή μόνο στα Νοσοκομεία Λευκωσίας και Αμμοχώστου, με το προσωπικό τους να αξιοποιεί πλήρως το σύστημα. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία και τοπικά ιατρικά κέντρα εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τον κλασικό τρόπο της χειρόγραφης συνταγογράφησης [32], [38].

Στον ιδιωτικό τομέα, αρκετοί γιατροί και αρκετά φαρμακεία έχουν τα δικά τους πληροφοριακά συστήματα τα οποία, συνήθως μπορούν να εκτυπώσουν συνταγές. Το έντυπο που τυπώνεται θα πρέπει να παραδοθεί από τον ασθενή στο φαρμακείο για εκτέλεση της συνταγής, καθώς τα συστήματα δεν έχουν ενοποιηθεί μεταξύ τους [41].

Στόχος του Υπουργείου Υγείας για το εγγύς μέλλον είναι το σύνολο των δημοσίων νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων να μπορεί να υποστηρίζει το σύστημα της η-Συνταγογράφησης [39].

4.5.4. Τηλεϊατρική

Τα τελευταία χρόνια η Κύπρος έχει αρχίσει να εντάσσεται σε διάφορα προγράμματα Τηλεϊατρικής. Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται κυρίως στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Κατά την περίοδο 2005-2008, υπήρξε συμμετοχή στο πρόγραμμα Healthware²⁰, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και υποστηρίχθηκε από το Πανεπιστήμιο Κύπρου. Ήταν η πρώτη περίπτωση κατά την οποία χρησιμοποιήθηκαν τεχνολογίες Τηλεϊατρικής στην Κύπρο. Στο πιλοτικό πρόγραμμα Healthware συμμετείχαν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας και του Ιδιωτικού Νοσοκομείου Ευαγγελισμός στην Πάφο. Το πρόγραμμα ερευνούσε κατά πόσο η Τηλεϊατρική μπορεί να αποτρέψει την άσκοπη μεταφορά προσωπικού προς τις πιο εξειδικευμένες μονάδες του Νοσοκομείου Λευκωσίας [42].



Εικόνα 9. Δίκτυο Τηλεϊατρικής στην Κύπρο [43]

Παράλληλα, η Κύπρος σε συνεργασία με την Ελλάδα εφάρμοσαν το πρόγραμμα Τηλεαποκατάσταση, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από Εθνικά και Ευρωπαϊκά κονδύλια. Για την υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος συνεργάστηκαν οι Μ.Ε.Θ. του Γ.Ν. Λευκωσίας και του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης καθώς και το Τμήμα Πληροφορικής του Πανεπιστημίου Κύπρου. Στόχος του προγράμματος ήταν η παροχή υποστήριξης σε ασθενείς που είχαν πάρει εξιτήριο από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και χρειάζονταν επιπρόσθετη κατ' οίκον φροντίδα [44].

²⁰ Στο πρόγραμμα Healthware συμμετείχαν 19 εταίροι από 7 διαφορετικές χώρες (Τσεχία, Κύπρος, Γαλλία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Πολωνία, Ιταλία) [42].

Πίνακας 4. Προγράμματα Τηλεϊατρικής στη Κύπρο [45]

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας
* Ανοσοδιατροφή
* Αρωγή
* ΤηλεΑποκατάσταση
* Τηλε-Ιπποκράτης
* ΤηλεΠρομηθέας
* Cobatrice
* eScienceCY
* Healthware
* OTO-STIS
* PROSAFE

Επίσης, γίνεται προσπάθεια για αξιοποίηση των τεχνολογιών Τηλεϊατρικής για τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού. Για τον σκοπό αυτό, βρίσκεται σε εφαρμογή το πρόγραμμα Τηλεπρομηθέας. Παράλληλα, έχουν εφαρμοστεί και αρκετά άλλα προγράμματα (Πίνακας 8), ενώ σε εξέλιξη βρίσκεται και η διαδικασία υλοποίησης δύο νέων έργων Τηλεϊατρικής (Αριάδνη, Creactive) [45].

4.6. Διασυννοριακή Περίθαλψη και Ιατρικός Τουρισμός

Ο Ιατρικός Τουρισμός²¹ στην Κύπρο αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα καθώς κάθε χρόνο επισκέπτονται την Κύπρο αρκετά εκατομμύρια τουριστών (ποσοστό σταθερά πέραν του διπλάσιου των μόνιμων κατοίκων). Δημιουργείται, έτσι, η ανάγκη για υποστήριξη των τουριστών, χωρίς, όμως, αυτό να σημαίνει ότι η Κύπρος βρίσκεται στις επιλογές των ξένων πολιτών που ταξιδεύουν για υγειονομικούς λόγους [46].

Η αξιοποίηση της Διασυννοριακής Περίθαλψης²² είναι αναγκαία και για την περίπτωση των εκατοντάδων Κύπριων πολιτών που παραπέμπονται από τα κυπριακά νοσοκομεία στο εξωτερικό για να τους παρασχεθούν πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες οι οποίες δεν προσφέρονται από τον δημόσιο τομέα, σύμφωνα με το Σχέδιο Παροχής

²¹ Ως Ιατρικός Τουρισμός ορίζεται:

- Η παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας σε επισκέπτες που βρίσκονται σε ξένο κράτος για ταξίδι αναψυχής, για επαγγελματικό ταξίδι ή για σύντομη προσωρινή διαμονή (π.χ. φοιτητές) και
- Η παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς που ταξιδεύουν σε άλλα μέρη με σκοπό να λάβουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα [131].

²² Ως Διασυννοριακή Περίθαλψη ορίζεται η συνεργασία μεταξύ κρατών για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Η Διασυννοριακή Περίθαλψη μπορεί να υποστηρίξει, πέραν από τον Ιατρικό Τουρισμό, την ανταλλαγή τεχνογνωσίας μεταξύ των συνεργαζόμενων μερών. Έχουν εφαρμοστεί πολλά προγράμματα Διασυννοριακής Περίθαλψης ανά τον κόσμο [36].

Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας. Αυτή η ανάγκη προκύπτει και από την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ [47].

4.7. Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ)

Όπως προαναφέρθηκε, ο βασικότερος σκοπός του Υπουργείου Υγείας είναι η μετάβαση σε ένα νέο, σύγχρονο και βιώσιμο σύστημα υγείας το οποίο θα αναβαθμίζει τις υπηρεσίες που παρέχονται στους Κύπριους πολίτες. Οι μεταρρυθμίσεις καθίστανται αναγκαίες και με βάση τις συμφωνίες της Κυπριακής Δημοκρατίας και το Μνημόνιο Συναντίληψης που υπογράφηκε με την Τρόικα [32].

Η δημιουργία του ΓΕΣΥ ξεκίνησε να συζητείται από το 1991. Οι μακροχρόνιες συζητήσεις οδήγησαν στην ψήφιση του Νόμου 89(Ι) το 2001. Η Βουλή τα επόμενα χρόνια προχώρησε σε τροποποιήσεις του [48]. Η μετεξέλιξη του συστήματος υγείας στην Κύπρο έχει φέρει αντιδράσεις μεταξύ των φορέων που θα κληθούν να υποστηρίξουν την εφαρμογή του²³. Μετά από τις συζητήσεις που ακολούθησαν, τον Ιούνιο του 2017 η Κυπριακή Βουλή ψήφισε ένα νέο νόμο που αφορά το ΓΕΣΥ [49].

Με την εισαγωγή του ΓΕΣΥ θα επιτευχθούν τα ακόλουθα:

- ✓ Συγκράτηση των δαπανών
- ✓ Οικονομική βιωσιμότητα
- ✓ Συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- ✓ Καθολική κάλυψη του πληθυσμού
- ✓ Παροχή ολοκληρωμένου πακέτου καλύψεων
- ✓ Ισότιμη μεταχείριση δικαιούχων
- ✓ Ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών από τους ασθενείς
- ✓ Έλεγχος ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών [50].

4.7.1. Νόμος Περί Γενικού Συστήματος Υγείας (89(Ι)/2001)

Ο πρώτος νόμος που αφορά την μετάβαση στο ΓΕΣΥ ψηφίστηκε από το Κοινοβούλιο το 2001 και έκτοτε έγιναν τρεις τροποποιήσεις του (2002,2004 και 2005). Ο Νόμος 89(Ι)/2001, προέβλεπε την ίδρυση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ.) [51].

Πίνακας 5. Δικαιούχοι ΓΕΣΥ [51]

Δικαιούχοι βάσει Νόμου 89(Ι)/2001

- * Πολίτες Κυπριακής Δημοκρατίας
- * Κοινοτικοί
- * Μόνιμοι κάτοικοι
- * Εισφορείς στο Ταμείο
- * Εξαρτώμενοι όλων των ανωτέρω

²³ Παράρτημα ΙΙΙ.

Με τον Νόμο 89(Ι)/2001 καθορίζονται τα άτομα που δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μετά την εφαρμογή του ΓΕΣΥ (Πίνακας 9) καθώς επίσης και το ύψος της εισφοράς που καλείται να καταβάλει ο κάθε πολίτης (Πίνακας 10). Επίσης, καθορίζεται ο τρόπος είσπραξης των εισφορών αυτών [51].

Πίνακας 6. Υποχρεωτικές Εισφορές ΓΕΣΥ [51]

Υποχρεωτικές Εισφορές	
(α) Μισθωτοί	2% ολικών αποδοχών
(β) Εργοδότες	2,55% ολικών αποδοχών κάθε μισθωτού
(γ) Αυτοτελώς Εργαζόμενοι	3,55% ολικών αποδοχών
(δ) Συνταξιούχοι	2% σύνταξης
(ε) Αξιωματούχοι	2% ολικών αποδοχών

Μέσω της νομοθεσίας καθορίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του συνόλου των ατόμων που θα έχουν συμμετοχή με οποιοδήποτε τρόπο στο σύστημα υγείας (ασθενείς και επαγγελματίες υγείας) [51].

Ο συγκεκριμένος νόμος προνοεί ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα θα παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, ενώ η πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς (Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας) θα έχουν μόνο ασθενείς που παραπέμπονται από γενικούς ιατρούς (άρθρο 29 του Νόμου) [51].

Η νομοθεσία υποχρεώνει το Υπουργικό Συμβούλιο να προχωρήσει στον διορισμό ενός ανεξάρτητου επιτρόπου, ο οποίος θα έχει εποπτικό ρόλο και θα ελέγχει την ορθή λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ.) και θα παρεμβαίνει όπου εντοπίζει διάφορες παρατυπίες [51].

4.7.2. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ο Ο.Α.Υ. αποτελεί ένα πρόσωπο δημόσιου δικαίου το οποίο θα αποτελέσει τον ασφαλιστικό φορέα για τη λειτουργία του ΓΕΣΥ. Αρμοδιότητα του οργανισμού αυτού είναι η αγορά υπηρεσιών προς όφελος των δικαιούχων και όχι η παροχή υπηρεσιών από τον ίδιο [48], [51].



Εικόνα 10. Λογότυπο Ο.Α.Υ. [51]

Οι βασικές αρμοδιότητες του Ο.Α.Υ. είναι:

- Η διαχείριση του ταμείου το οποίο ιδρύεται με βάση τις πρόνοιες του σχετικού νόμου για την χρηματοδότηση του ΓΕΣΥ.
- Η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας σε όλους τους δικαιούχους.
- Η συλλογή και η επεξεργασία πληροφοριών που υπάρχουν σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας.
- Να συνάπτει συμφωνίες με τους προμηθευτές ιατρικής φροντίδας.
- Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ενημέρωση του κοινού [51].

Το εκάστοτε Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του Ο.Α.Υ. διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο, με τα μέλη του να μην πρέπει να έχουν συμφέροντα σε θέματα υγείας. Έτσι διασφαλίζεται η αξιοπιστία του θεσμού. Οι υφιστάμενοι υπάλληλοι του Ο.Α.Υ. θα διορίζονται από το Δ.Σ. του Οργανισμού [51].

Ο νόμος καθορίζει τις ειδικότητες των ιατρών με τις οποίες μπορεί να συμβληθεί ο Ο.Α.Υ. και του δίνει το δικαίωμα να καθορίζει ο ίδιος τους όρους των συμβάσεων που θα υπογραφούν. Οι συμβεβλημένοι ιατροί με τον οργανισμό, θα πρέπει να πληρώνονται μόνο από τον οργανισμό και όχι απευθείας από τους ίδιους τους ασθενείς. Επίσης, οι ιατροί αυτοί θα είναι υποχρεωμένοι να διατηρούν αρχείο με τα δεδομένα των ασθενών που εξυπηρετούν [51].

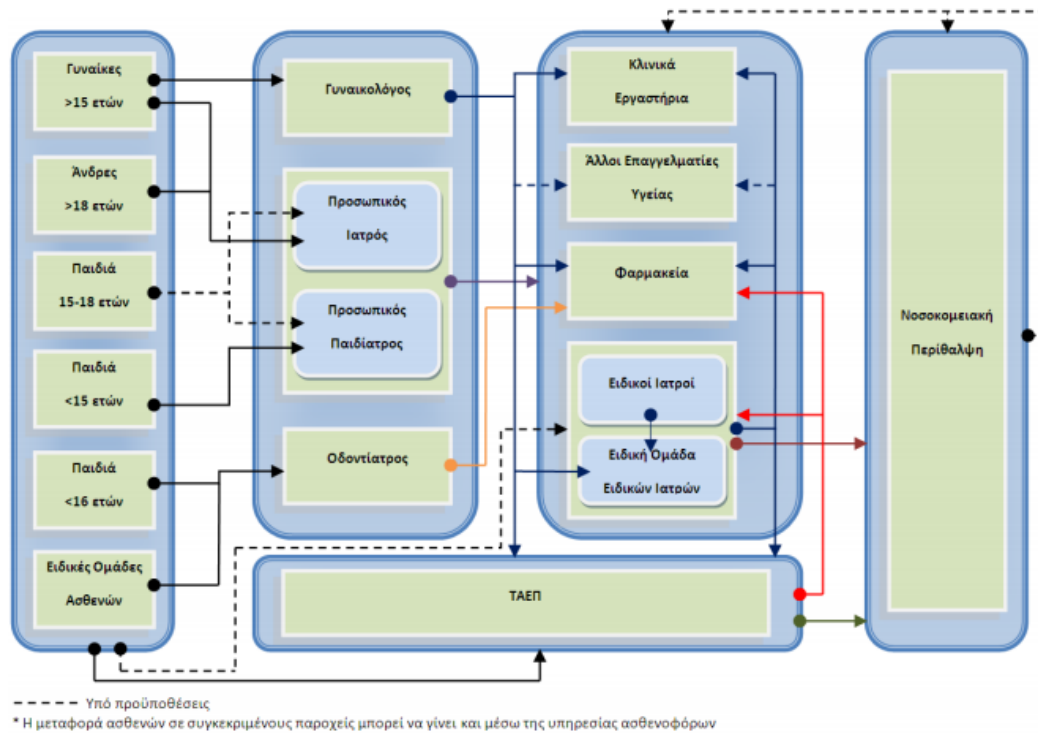
4.7.2.1. Πρόταση Ο.Α.Υ. για ΓΕΣΥ

Το 2012 εκδόθηκε ένα έντυπο με την πρόταση του Ο.Α.Υ. για την εφαρμογή του νέου ΓΕΣΥ. Σύμφωνα με την πρόταση, ο Ο.Α.Υ. επιθυμεί ένα σύστημα που να έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα [50].

Με βάση την πρόταση του Ο.Α.Υ., οι δικαιούχοι θα πρέπει αρχικά να εγγραφούν στο ΓΕΣΥ και ακολούθως να επιλέξουν τον προσωπικό τους ιατρό (γενικό ιατρό), τον οποίο θα επισκέπτονται όποτε προκύπτουν θέματα υγείας. Κατόπιν, και όπου χρειάζεται, αυτός θα τους παραπέμπει στον ειδικό ιατρό για περαιτέρω διερεύνηση ή φροντίδα (Εικόνα 11) [50].

Η πρόταση του Ο.Α.Υ. προβλέπει την έκδοση του σφαιρικού προϋπολογισμού, ο οποίος θα επιβεβαιώνει ότι ο κάθε προμηθευτής υπηρεσιών υγείας δεν θα υπερβαίνει το ποσό που θα έχει συμφωνηθεί για το οικονομικό έτος που θα διανύεται. Με αυτό τον τρόπο, πιστεύει πως δεν θα τεθεί σε κίνδυνο η βιωσιμότητα και την σταθερότητα του συστήματος [50].

Επιπλέον, ο Ο.Α.Υ. προτείνει όλοι οι συμβαλλόμενοι προσωπικοί ιατροί να αμείβονται σύμφωνα με τον αριθμό των ατόμων που υποστηρίζουν (κατά κεφαλήν αποζημίωση) και όχι με βάση τις ιατρικές πράξεις που εκτελέστηκαν. Τα φάρμακα θα χρεώνονται με βάση τη δραστική ουσία τους και όχι τη θεραπευτική κατηγορία του φαρμάκου [50].



Εικόνα 11. Ροή Ασθενών στο ΓΕΣΥ σύμφωνα με την πρόταση του Ο.Α.Υ. [50]

Ο Ο.Α.Υ. έχει ως στόχο τη συνέχιση της χρήσης των Ομαδοποιήσεων Συγγενών Διαγνώσεων (DRGs)²⁴[100] και την εγκατάσταση ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) το οποίο θα συνδέει το σύνολο των προμηθευτών υγείας σε όλη την επικράτεια της χώρας [50].

Πίνακας 7. Πρόταση Ο.Α.Υ. για ανακατανομή εισφορών [47]

Κατηγορίες Εισφορέων	Νόμος 2001	Σενάριο 1 ^A	Σενάριο 1 ^B
(α) Μισθωτοί & Συνταξιούχοι	2,00%	2,80%	3,00%
(β) Εργοδότες	2,55%	3,60%	3,30%
(γ) Αυτοτελώς Εργαζόμενοι	3,55%	5,00%	4,50%
(δ) Κράτος	2,00%	4,90%	5,00%
(ε) Εισοδηματίες	2,00%	2,80%	3,00%

Για την οικονομική βιωσιμότητα του ΓΕΣΥ αλλά και λόγω των νέων κοινωνικοοικονομικών δεδομένων στην Κύπρο, ο Ο.Α.Υ. προτείνει να υπάρχει και η ανάλογη αύξηση των εισφορών που προνοούνται από τον Νόμο του 2001. Σύμφωνα

²⁴ Diagnosis Related Groups: Ταξινομεί τις ασθένειες με βάση το σύστημα του ανθρώπινου σώματος, τον τύπο της νόσου, τις ιατρικές/χειρουργικές παρεμβάσεις και την ιεραρχία των διαδικασιών, των ιατρικών προβλημάτων και άλλων παραγόντων που διαφοροποιούν τις διαδικασίες της παρεχόμενης φροντίδας [14]. Χρησιμοποιείται κυρίως για σκοπούς αποζημιώσεων, προϋπολογισμού και συγκριτικών αναλύσεων [132].

με την πρόταση, η επιβάρυνση θα πρέπει να μην είναι δυσανάλογη για τον πληθυσμό και να λαμβάνει υπ' όψιν τη δημοσιονομική κατάσταση του τόπου (πίνακας 11) [50].

Για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, ο Ο.Α.Υ. υποστηρίζει την αναδιοργάνωση, διαθέτοντας τον κατάλληλο προϋπολογισμό και καθορίζοντας συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα για την ολοκλήρωσή του [50]. Για την σωστότερη αναδιοργάνωση των υπηρεσιών, ο Ο.Α.Υ κρίνει ότι είναι απαραίτητη η αυτονόμηση των νοσοκομείων [1].

4.7.2.2. Έκθεση Mercer

Ο Ο.Α.Υ., για να στηρίξει την πρότασή του, ανέθεσε στον οίκο Mercer μελέτη σχετικά με το κόστος των υπηρεσιών υγείας που αναμένεται να υπάρξει στην Κύπρο τα επόμενα χρόνια. Η μελέτη έδειξε ότι το κόστος θα παρουσιάζει συνεχιζόμενη αύξηση κατά τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με την Mercer, σε περίπτωση μη εφαρμογής του ΓΕΣΥ τα έξοδα αναμένεται να είναι 1,309 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2020, ενώ με την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, το αντίστοιχο κόστος θα είναι στα 1,041 δισεκατομμύρια ευρώ²⁵ [52].

Για την οικονομική βιωσιμότητα του ΓΕΣΥ η Mercer θεωρεί ότι το ύψος των εισφορών θα πρέπει να είναι λίγο αυξημένο σε σχέση με τον Νόμο του 2001 (Πίνακας 12) [52].

Πίνακας 8. Πρόταση Mercer για ύψος εισφορών [52]

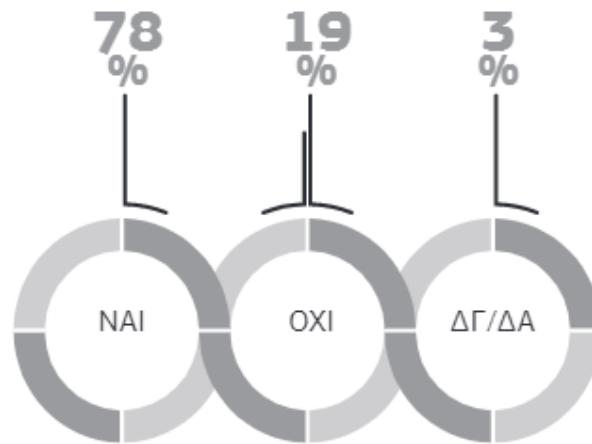
Υποχρεωτικές Εισφορές	
(α) Μισθωτοί	2,3% ολικών αποδοχών
(β) Εργοδότες	2,93% ολικών αποδοχών κάθε μισθωτού
(γ) Αυτοτελώς Εργαζόμενοι	4,09% ολικών αποδοχών
(δ) Συνταξιούχοι	2,3% σύνταξης
(ε) Αξιωματούχοι	2,3% ολικών αποδοχών

4.7.3. Άποψη Πολιτών για ΓΕΣΥ

Το ΓΕΣΥ είναι ένα από τα θέματα που απασχολούν πολύ την κοινή γνώμη στην Κύπρο, καθώς συζητείται για πολλά χρόνια χωρίς αυτό να έχει οδηγήσει κάπου. Σύμφωνα με δημοσκοπήσεις που γίνονται κατά διαστήματα, οι πλείστοι Κύπριοι πολίτες πιστεύουν ότι η εφαρμογή του ΓΕΣΥ θα βελτιώσει αρκετούς τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σήμερα οι πολίτες έχουν αρνητική εικόνα για τις δημόσιες υπηρεσίες (60% του πληθυσμού), παρόλο που δηλώνουν άγνοια για τις πρόνοιες του ΓΕΣΥ (Εικόνα 12) [53].

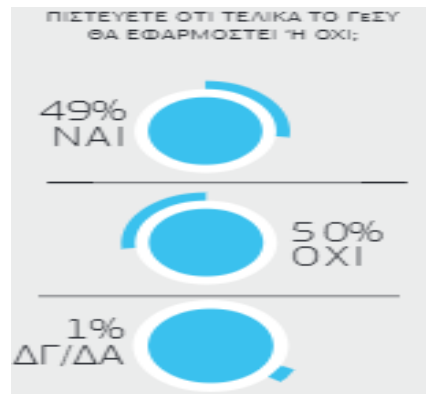
²⁵ Η μελέτη αφορούσε το ΓΕΣΥ αν εφαρμοζόταν πριν το 2016.

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ, ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΕΣΥ ΘΑ ΕΣΥΠΗΡΕΤΗΘΟΥΝ
ΤΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΠΟΛΙΤΗ;



Εικόνα 12. Η γνώμη των πολιτών για το ΓΕΣΥ [53]

Το 52% των πολιτών συμφωνεί ότι για τη λειτουργία του ΓΕΣΥ θα πρέπει να συμβάλουν οικονομικά όλοι, το 36% αποκλειστικά το κράτος, το 17% οι εργοδότες και το 2% οι εργαζόμενοι. Παρά τις όποιες ενέργειες και συζητήσεις που γίνονται, οι μισοί Κύπριοι πολίτες δεν είναι αισιόδοξοι ότι το ΓΕΣΥ θα εφαρμοστεί (Εικόνα 13) [53].



Εικόνα 13. Δημοσκόπηση [53]

4.7.4. Νόμος Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2017

Στις 16 Ιουνίου 2017 το Κυπριακό Κοινοβούλιο υπερψήφισε μια νέα νομοθεσία η οποία θεσμοθετεί την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων. Επίσης, η νέα νομοθεσία ξεκαθαρίζει το εργασιακό καθεστώς των δημόσιων επαγγελματιών υγείας μετά την αυτονόμηση και θέτει χρονοδιαγράμματα για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Ο νόμος αυτός επικυρώνει το μονοασφαλιστικό μοντέλο που προνοούσε ο Νόμος του 2001 [54].

Σύμφωνα με τον Νόμο του 2017, το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει το συντομότερο να προχωρήσει στην έναρξη των διαδικασιών για την αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων, η οποία θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί μέχρι τον Μάιο του 2019,

έτσι ώστε να αρχίσει η πρώτη φάση της υλοποίησης του ΓΕΣΥ. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να έχει προηγηθεί η σύσταση του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υ.Υ.), ο οποίος θα οδηγήσει τα νοσοκομεία στην απόκτηση της διοικητικής τους αυτονομίας. Για κάθε νοσοκομείο θα δημιουργείται ένας νέος αυτόνομος οργανισμός, ο οποίος θα αναλάβει την διεύθυνσή του [54].

Αναφορικά με το εργασιακό καθεστώς, ο σχετικός νόμος προνοεί την συνέχιση της ισχύος του Νόμου Περί Τερματισμού Εργασίας για τους νυν και τους μελλοντικούς υπαλλήλους των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, διασφαλίζεται η συνέχεια της μονιμότητας και των εργασιακών δικαιωμάτων τους, τα οποία ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους, παρά το ότι εργοδότης τους δεν θα είναι πλέον το Υπουργείο Υγείας αλλά ο νέος αυτόνομος οργανισμός²⁶. Οι νέοι εργαζόμενοι θα εργοδοτούνται με βάση συμβόλαια (ατομικά ή ομαδικά) τα οποία θα συνάπτουν με τον αυτόνομο οργανισμό. Αυτό σημαίνει ότι μετά την αυτονόμηση θα αποκλείεται η μετάθεση προσωπικού από ένα νοσοκομείο σε άλλο, καθώς η σύμβασή του θα αφορά αποκλειστικά συγκεκριμένο νοσοκομείο [54].

Σύμφωνα με τον νέο νόμο, οι δαπάνες κάθε νοσοκομείου πλέον θα προκύπτουν αποκλειστικά από τον ετήσιο προϋπολογισμό που θα φτιάχνουν οι διοικήσεις των αυτόνομων οργανισμών. Η χρηματοδότησή τους θα προέρχεται από τον Ο.Α.Υ., ο οποίος θα αγοράζει υπηρεσίες από αυτά [54].

Η πρώτη φάση του ΓΕΣΥ θα βρει εφαρμογή από την 1^η Ιουνίου 2019 και θα ολοκληρωθεί την 1^η Ιουνίου 2020, οπότε και θα έχει γίνει πλήρης εφαρμογή του νέου συστήματος. Σ' αυτή την φάση θα υπάρχει κάλυψη των πολιτών για την εξωνοσοκομειακή τους περίθαλψη²⁷. Τρεις μήνες πριν από την έναρξη της πρώτης φάσης (1^η Μαρτίου 2019) θα αρχίσουν να γίνονται και οι πρώτες εισφορές προς τον Ο.Α.Υ. (Πίνακας 13) [54].

Πίνακας 9. Εισφορές σύμφωνα με τον νέο Νόμο [54]

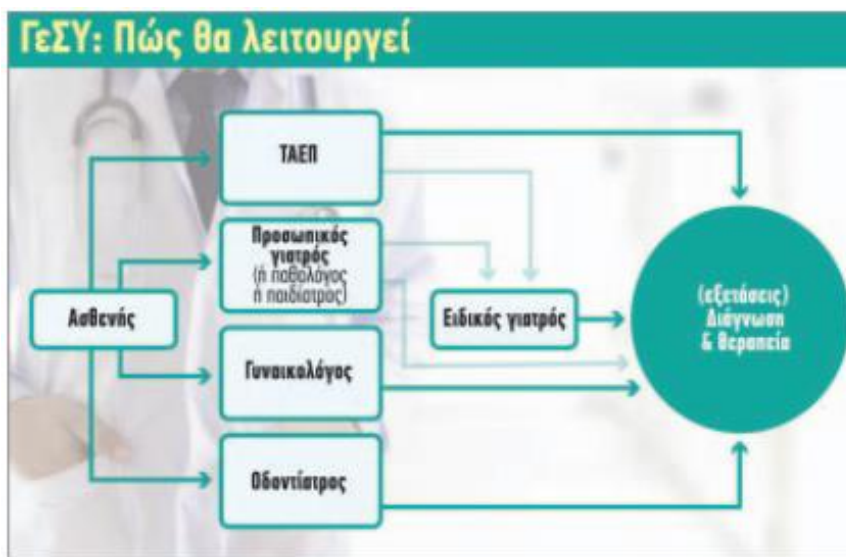
Κατηγορία	1/3/2019-29/2/2020	1/3/2020 και μετά
Μισθωτοί	1,70%	2,65%
Εργοδότες	1,85%	2,90%
Αυτοεργαζόμενοι	2,55%	4,00%
Αξιοματούχοι	1,70%	2,65%
Συνταξιούχοι	1,70%	2,65%
Ταμείο της Δημοκρατίας	1,65%	4,70%

Σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα, η πλήρη εφαρμογή του ΓΕΣΥ θα ξεκινήσει την 1^η Ιουνίου 2020. Η εφαρμογή του ΓΕΣΥ θα ολοκληρωθεί με την προσθήκη και της ενδονοσοκομειακής κάλυψης. Για να γίνει κατορθωτό αυτό, την 1^η Μαρτίου 2020 θα υπάρξει αύξηση των εισφορών που θα δίνονται προς τον Ο.Α.Υ. (Πίνακας 13) [54].

²⁶ Δηλαδή το Νοσοκομείο.

²⁷ Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα αφορά τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας [54].

Η Πρωτοβάθμια Υπηρεσία Φροντίδας θα παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, τους ειδικούς γηριάτρους και τους ειδικούς παιδίατρος. Οι γονείς κάθε παιδιού κάτω των 15 ετών θα πρέπει να επιλέξουν τον ειδικό παιδίατρο που θα υποστηρίζει το παιδί τους. Για τους ανήλικους από 15 έως 18 ετών, οι γονείς θα πρέπει να αποφασίσουν αν τα παιδιά τους θα είναι υπό την επίβλεψη ειδικού παιδίατρο ή κάποιου γενικού ιατρού. Ο κάθε ενήλικας μπορεί να επιλέξει τον γενικό ιατρό της επιλογής του. Εξαιρέση αποτελούν τα άτομα άνω των 65 ετών που θα έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον προσωπικό τους γηριάτρο ή τον γενικό τους ιατρό (Εικόνα 14) [54].



Εικόνα 14. Πως θα λειτουργεί το ΓΕΣΥ [49]

Μετά την πλήρη εφαρμογή του ΓΕΣΥ, πέραν από τις πάγιες εισφορές των πολιτών, θα υπάρχουν ανά ιατρική πράξη συμπληρωμές για τις Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας, σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους:

- Για κάθε επίσκεψη σε ειδικό ιατρό θα πρέπει να πληρώνεται το ποσό των €6.
- Για διαγνωστικές εξετάσεις (πχ ακτινολογικές) θα καταβάλλονται €10 ανά εξέταση.
- Για φάρμακα θα καταβάλλεται €1 ανά συσκευασία.
- Για εργαστηριακές εξετάσεις θα υπάρχει χρέωση €1 ανά παράμετρο που εξετάζεται.
- Για επίσκεψη σε άλλους επαγγελματίες υγείας θα υπάρχει χρέωση €10 ανά επίσκεψη.
- Για επίσκεψη στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών θα υπάρχει χρέωση €10 ανά επίσκεψη.
- Το μέγιστο ποσό συμπληρωμής που θα δίνει ένας πολίτης καθορίστηκε στα €300 τον χρόνο.
- Για τους χαμηλοσυνταξιούχους και τους λήπτες του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος το μέγιστο ετήσιο ποσό για συμπληρωμές είναι τα €75 [54].

Οι γιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προχωρούν σε συμφωνία με τον Ο.Α.Υ.. Όπως έχει αναφερθεί, ο κάθε πολίτης θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει

τον γιατρό που θα τον υποστηρίζει, με τον περιορισμό ότι δεν θα έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν γιατρό μέσα σε περίοδο μικρότερη των έξι μηνών. Υπάρχει, επίσης, περιορισμός στον αριθμό των ασθενών που μπορεί να αναλάβει κάποιος ιατρός (2.500 άτομα ανά ιατρό) [54].

Σημαντική πρόνοια του νόμου, αποτελεί η δημιουργία ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) το οποίο θα ενοποιήσει το σύνολο των ιατρικών κέντρων. Έτσι, όλα τα δεδομένα των ασθενών θα είναι διαθέσιμα στους προμηθευτές υγείας μέσω του συστήματος αυτού. Το Ο.Π.Σ.Υ. θα μπορεί να υπολογίζει τις ιατρικές πράξεις αλλά και τις συμπληρωμές που κάνει κάθε ασθενής. Επίσης, θα χρησιμοποιείται και στις περιπτώσεις που θα πρέπει να υπάρξουν αποζημιώσεις προς τους ασθενείς [49].

4.7.5. Δυσκολίες Εφαρμογής του ΓΕΣΥ

4.7.5.1. Αυτονόμηση Νοσοκομείων

Το σύνολο των φορέων που συμμετέχουν στον διάλογο για το ΓΕΣΥ συμφωνούν πως θα πρέπει να υπάρξει αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Όμως, υπάρχει διάσταση απόψεων σχετικά με τον χρόνο κατά τον οποίο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η αυτονόμηση. Αυτό οφείλεται στη διαφορά προσέγγισης του θέματος από τον κάθε οργανισμό [49]. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται και ο νέος νόμος του 2017 [54].

4.7.5.2. Εργασιακά

Με την υλοποίηση του ΓΕΣΥ θα πρέπει να υπάρξει ξεκάθαρη διευκρίνηση για τους όρους εργασίας του προσωπικού των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Το υφιστάμενο προσωπικό δεσμεύεται με συμβόλαιο με το Υπουργείο Υγείας το οποίο τους εξασφαλίζει μονιμότητα. Με τα νέα δεδομένα, θα έχουν ως εργοδότη έναν νέο αυτόνομο οργανισμό και θα πρέπει να διευκρινιστεί κατά πόσο οι νέοι όροι εργασίας τους θα είναι οι ίδιοι με τους τρέχοντες [49]. Ο νόμος του 2017 κατοχυρώνει την μονιμότητα των υπαλλήλων των δημόσιων υπηρεσιών [54].

4.7.5.3. Εισφορές

Δεδομένου ότι η χρηματοδότηση του ΓΕΣΥ θα προέρχεται από εισφορές εργοδοτών και εργοδοτουμένων, θα πρέπει να γίνει νέα μελέτη η οποία να επιβεβαιώνει ότι θα είναι αρκετά τα έσοδα, ώστε να διασφαλίζουν τη βιωσιμότητα του συστήματος [49]. Το θέμα αυτό αφορούσε και η μελέτη της Mercer [52].

4.7.5.4. Κόστος

Η πλειοψηφία των αρμόδιων φορέων εκφράζει το προβληματισμό της σχετικά με το κόστος που θα προκύψει με τη λειτουργία του ΓΕΣΥ, το οποίο κόστος αν ξεφύγει από τον προϋπολογισμό, μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση του συστήματος. Για τον σκοπό αυτό είναι αναγκαία η ύπαρξη μελέτης που να μπορεί να υπολογίσει σωστά το κόστος που θα προκύψει, έτσι ώστε να γίνει ο καλύτερος δυνατός προγραμματισμός και η ορθότερη χρηματοδότησή του [49]. Η Mercer έχει πραγματοποιήσει σχετική μελέτη [52].

4.7.5.5. Είδος Συστήματος

Βάσει της νομοθεσίας, το νέο ΓΕΣΥ θα είναι μονοασφαλιστικό, που είναι και επιθυμία του συνόλου του πολιτικού κόσμου. Αυτό, όμως, βρίσκει αντιδράσεις σε κάποιους από τους φορείς. Εκτός από τον Ο.Ε.Β., ενστάσεις έχουν και οι ασφαλιστικές εταιρείες που παρέχουν πακέτα ιδιωτικής ασφάλισης. Τις ίδιες ενστάσεις φέρουν και οι πολίτες που εδώ και χρόνια χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της ιδιωτικής ασφάλισης [49].

Κεφάλαιο 5

Συστήματα Υγείας Ευρωπαϊκών Κρατών

5.1. Ηνωμένο Βασίλειο

5.1.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Το Ηνωμένο Βασίλειο (Η.Β.)²⁸ είναι νησιωτικό κράτος που βρίσκεται στη Βορειοδυτική Ευρώπη και αποτελείται από τέσσερα κρατίδια, την Αγγλία, τη Σκωτία, τη Βόρεια Ιρλανδία και την Ουαλία (Εικόνα 15). Όλα τα κρατίδια διατηρούν περιορισμένο καθεστώς αυτονομίας. Το 1973 εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.)²⁹, με αποτέλεσμα να είναι πλήρες μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης [55], [56]. Μετά το αποτέλεσμα του δημοψηφίσματος της 23^{ης} Ιουνίου 2016, το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται σε διαδικασία εξόδου από την Ευρωπαϊκή Ένωση [57]. Το νόμισμα του είναι η βρετανική λίρα (στερλίνα) [56].



Εικόνα 15. Ο χάρτης του Ηνωμένου Βασιλείου [55]

Κατά το 2015, ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου ανερχόταν στα 64.875.165 άτομα. Περίπου το 80% του πληθυσμού κατοικεί στην Αγγλία. Το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων του Ηνωμένου Βασιλείου αυξάνεται συνεχώς και το 2015 ήταν στα 81 χρόνια (78,16 χρόνια για τους άντρες και 82,54 χρόνια για τις γυναίκες). Στο Ηνωμένο

²⁸ United Kingdom (UK)

²⁹ Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.): Ιδρύθηκε το 1958 από την Ιταλία, τη Γαλλία, το Βέλγιο, την Δυτική Γερμανία, την Ολλανδία και το Λουξεμβούργο με στόχο το ελεύθερο εμπόριο μεταξύ των κρατών που συμμετείχαν. Το 1993 μετεξελίχθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση. [55]

Βασίλειο παρουσιάζεται ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εισροής μεταναστών, καθώς δέχεται 180.000 περίπου αλλοδαπούς ετησίως. Η συνεχιζόμενη αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την αύξηση του αριθμού των μεταναστών έχει οδηγήσει στη συνεχιζόμενη αύξηση του πληθυσμού και την αισθητή αύξηση του ποσοστού των ατόμων τρίτης ηλικίας. Οι δείκτες υγείας των Βρετανών θεωρούνται από τους καλύτερους παγκοσμίως [58], [59], [60].

Η οικονομία του Ηνωμένου Βασιλείου θεωρείται από τις ισχυρότερες στον κόσμο, γι' αυτό και ανήκει στην ομάδα των G20³⁰. Η βρετανική οικονομία στηρίζεται στη βιομηχανία, στις άριστες αεροπορικές και ναυτιλιακές τις συγκοινωνίες καθώς και στη γεωργοκτηνοτροφία. Τα βρετανικά προϊόντα είναι αρκετά δημοφιλή ανά τον κόσμο και, έτσι, η χώρα καταλαμβάνει μίαν από τις πρώτες θέσεις στις εξαγωγές. Το Ηνωμένο Βασίλειο εκμεταλλεύεται και τον φυσικό πλούτο (φυσικό αέριο, γαιάνθρακες κ.λπ.) που βρίσκεται σε περιοχές που ελέγχει [60].

Το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα των κατοίκων του Ηνωμένου Βασιλείου ήταν 45.603 δολάρια κατά το 2014, το οποίο παρουσιάζει σταθερή αύξηση με την πάροδο του χρόνου [58]. Είναι από τα υψηλότερα που υπάρχουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση και οι δείκτες δείχνουν ότι στα επόμενα χρόνια θα είναι το μεγαλύτερο [60]. Το ποσοστό της ανεργίας κατά το 2014 ήταν 6,1%, το οποίο είναι αρκετά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (10,2%). Το 2015 ξόδεψε το 9,12% του Α.Ε.Π. της στην υγεία [58].

5.1.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου (NHS)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) αποτελεί τον κύριο εκφραστή του Συστήματος Υγείας τύπου Beveridge. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1948 και είχε ως στόχο την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών που προκλήθηκαν από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι ιδέες του Beveridge κατέληξαν στον Νόμο NHS Act το 1946 και οδήγησαν στην εφαρμογή του ολοκληρωμένου NHS το 1948 [2].

Το NHS αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας που εφαρμόστηκε και έθεσε ολόκληρο το οικοδόμημα υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας³¹. Η λειτουργία του NHS προνοούσε τη χρηματοδότησή του από τη γενική φορολογία του πληθυσμού και την πλήρη κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού, με την κάλυψη να είναι ισότιμη για όλους τους πολίτες και να βασίζεται στις

³⁰ Ομάδα G20: Φόρουμ που συνεργάζεται για θέματα που αφορούν την οικονομία. Αποτελείται από τις δεκαεννέα ισχυρότερες οικονομικά χώρες συν την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι χώρες που απαρτίζουν την ομάδα είναι η Αργεντινή, η Αυστραλία, η Βραζιλία, ο Καναδάς, η Κίνα, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ινδία, η Ινδονησία, η Ιταλία, η Ιαπωνία, το Μεξικό, η Ρωσία, η Σαουδική Αραβία, η Νότιος Αφρική, η Νότιος Κορέα, η Τουρκία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής [65].

³¹ Department of Health

πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Με την εφαρμογή του NHS, όλα τα ιδιωτικά και εθελοντικά νοσοκομεία βρέθηκαν υπό τον έλεγχο των τοπικών φορέων. Μόνο η Βόρεια Ιρλανδία δεν εντάχθηκε στο πρόγραμμα από την αρχή³². Με την εφαρμογή του NHS οι γενικοί ιατροί (GPs)³³ απέκτησαν πρωτεύοντα ρόλο στις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς αποτελούν τους επαγγελματίες που κατευθύνουν τους ασθενείς (gatekeepers) προς τις διάφορες υπηρεσίες (Πίνακας 14) [58].

Πίνακας 10. Πρόνοιες αρχικής μορφής NHS [59]

Πρόνοιες του NHS το 1948
* Χρηματοδότηση από την Γενική Φορολογία
* Πλήρης κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού
* Αξιοποίηση των Γενικών Ιατρών
* Κρατικοποιήσεις Ιδιωτικών Ιατρικών Κέντρων/Νοσοκομείων
* Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
* Παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες

Υπό τις συνεχείς κοινωνικές, γεωπολιτικές και οικονομικές αλλαγές οι κυβερνήσεις του Ηνωμένου Βασιλείου προχώρησαν σε μεταρρυθμίσεις που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση και την πρόληψη διάφορων αρνητικών καταστάσεων. Η τελευταία σημαντική αναθεώρηση έγινε με τον Νόμο Health and Social Care Act το 2012 [58]. Το 2009 το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην έκδοση του καταστατικού του NHS στο οποίο καταγράφονται τα δικαιώματα και οι ευθύνες τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στο NHS. Οι αρχές του καταστατικού έχουν ως ακολούθως:

- Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως.
- Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την πραγματική ιατρική ανάγκη του ατόμου και όχι από τις οικονομικές του δυνατότητες.
- Φιλοδοξία του συστήματος είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών μέσα σε απόλυτα επαγγελματικά πλαίσια.
- Το σύστημα έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.
- Μπορεί να λειτουργήσει και πέραν των οργανωτικών του ορίων και να συνεργαστεί με άλλους οργανισμούς, με στόχο το συμφέρον των ασθενών, των τοπικών κοινωνιών και κατ' επέκταση του συνόλου του πληθυσμού.
- Το σύστημα δεσμεύεται ότι τα χρήματα του φορολογούμενου πολίτη θα τύχουν της πιο αποτελεσματικής, δίκαιης και βιώσιμης χρήσης.
- Το NHS είναι υπόλογο στο κοινό, τις κοινότητες και τους ασθενείς που υποστηρίζει [60].

Σήμερα, το NHS στην Αγγλία υπάγεται απευθείας στο Υπουργείο Υγείας σε αντιδιαστολή με τα NHS των υπόλοιπων τριών κρατιδίων τα οποία έχουν μια

³² Η Βόρεια Ιρλανδία μπήκε απευθείας υπό την ευθύνη του NHS το 1972 [58].

³³ General Practitioners.

ιδιαίτερη αυτονομία. Παρά την αυτονομία σε Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία, τα συστήματα υγείας τους δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές το ένα με το άλλο. Όσον αφορά την διεθνή τους παρουσία, εμφανίζονται ως μία οντότητα κάτω από το Υπουργείο Υγείας [58]. Σήμερα, η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται κατά 80% από τη γενική φορολογία (προϋπολογισμός του κράτους), το 15% από τις εισφορές στις κοινωνικές ασφάλισεις και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικούς πόρους. Βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας στην πρόσβαση και στην επαγγελματική αυτονομία των ιατρών. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα είναι περιορισμένος και συμπληρωματικός προς το NHS [2]. Το Ηνωμένο Βασίλειο συμμετέχει στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα Διασυννοριακής Περίθαλψης erSOS³⁴ [58].

Οι πολλές μεταρρυθμίσεις, οδήγησαν στην αποκέντρωση του NHS και στην αυτονόμηση των νοσοκομείων. Μέσω της αυτονόμησης τα νοσοκομεία άρχισαν να λειτουργούν με βάση τους κανόνες της αγοράς, καθορίζοντας μόνα τους την κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη μισθοδοσία του προσωπικού, τις προσλήψεις και τις συμβάσεις [2].

Το Υπουργείο Υγείας εξακολουθεί να έχει τον κυρίαρχο ρόλο στο NHS, με το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.)³⁵ του NHS να υπάγεται και να λογοδοτεί σε αυτό. Υπό την ευθύνη του Δ.Σ. είναι τα τέσσερα Περιφερειακά Γραφεία³⁶ στα οποία υπάγονται συνολικά είκοσι επτά Τοπικά Γραφεία³⁷. Τα Τοπικά Γραφεία είναι αρμόδια για την λειτουργία των 212 Κλινικών Μονάδων Προπαρασκευής³⁸ (CCGs) [61].

Το NHS και στα τέσσερα κρατίδια, διατηρεί την δωρεάν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στο σύνολο του πληθυσμού οι οποίες χρηματοδοτούνται περίπου με τον ίδιο τρόπο (από την Γενική Φορολογία). Παρ' όλ' αυτά, η κάθε περιφέρεια μπορεί να προσδιορίσει από μόνη της τον προϋπολογισμό της [58].

Σήμερα, οι πόροι που προέρχονται από τον προϋπολογισμό κατανέμονται στις περιφέρειες οι οποίες μέσω των τοπικών γραφείων αγοράζουν υπηρεσίες από τα αυτόνομα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι συμφωνίες στηρίζονται σε τριετείς συμβάσεις που συνάπτονται. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι υπηρεσίες αγοράζονται ανά ιατρική πράξη [59].

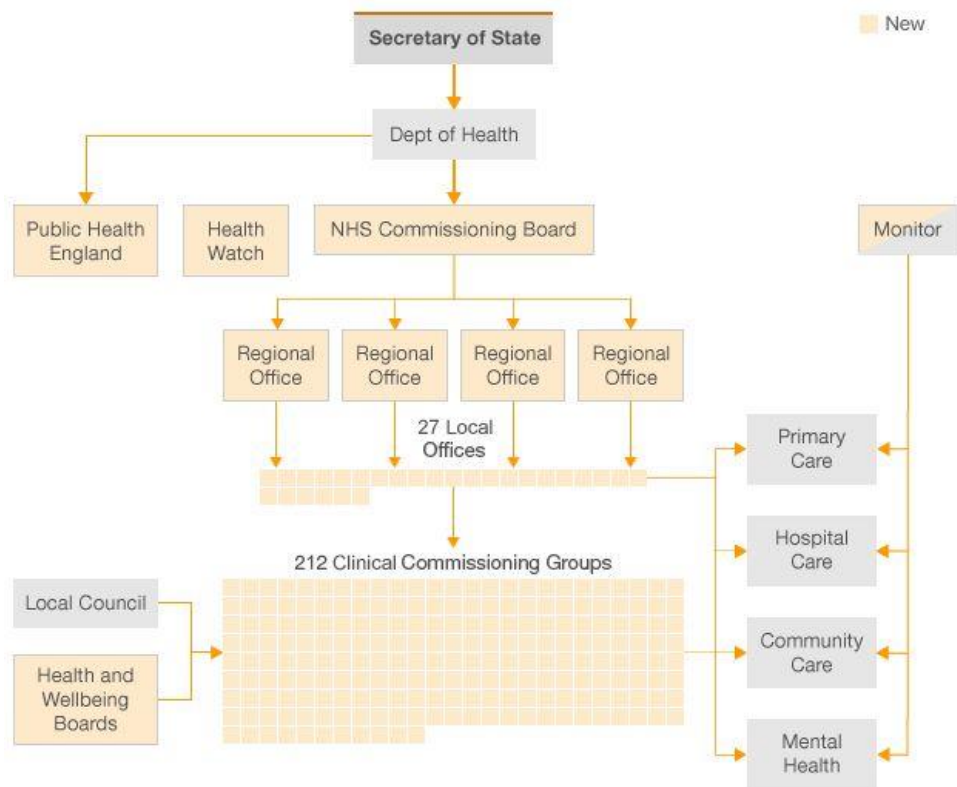
³⁴ Βλέπε κεφάλαιο 5.7.1.

³⁵ NHS Commissioning Board.

³⁶ Regional Offices.

³⁷ Local Offices.

³⁸ Clinical Commissioning Groups.



Εικόνα 16. Η σημερινή δομή του NHS [61]

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλύπτεται κατά 97% από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι παραπέμπουν τους ασθενείς στους ειδικούς ιατρούς, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Οι γενικοί ιατροί είναι στην πλειοψηφία τους ιδιώτες ή ανήκουν σε ιδιωτικές ομάδες και αμείβονται ανά ιατρική πράξη. Αντίθετα, οι ειδικοί ιατροί υπάγονται στο NHS και λαμβάνουν πάγιο μισθό ή αμείβονται σύμφωνα με τους όρους των συμβάσεων που υπογράφουν ανά συγκεκριμένο έργο [59].

Για αποτελεσματικότερο έλεγχο, το 1999 ιδρύθηκε το μη κυβερνητικό ινστιτούτο National Institute for Health and Clinical Excellence το οποίο μετά τον Νόμο του 2012, μετονομάστηκε σε National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Σκοπός του NICE ήταν η αξιολόγηση των νέων φαρμάκων και θεραπειών αξιολογώντας κυρίως το κόστος και την αποτελεσματικότητα τους για την δημόσια υγεία [58].

Το NHS αναγνωρίζει τη σημασία της η-Υγείας στην ποιότητα των υπηρεσιών και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοποίηση των τεχνολογιών της. Για τον λόγο αυτό, το 2002 τέθηκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα National Programme for IT in the NHS, για το οποίο έχουν δαπανηθεί δισεκατομμύρια βρετανικές λίρες μέχρι σήμερα. Ο βασικότερος σκοπός του προγράμματος είναι η υιοθέτηση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς (Η.Φ.Α.) για το σύνολο του πληθυσμού και η εύκολη πρόσβαση σε αυτόν από όλους τους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με το κάθε άτομο [62].

5.2. Γερμανία

5.2.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η Γερμανία³⁹ είναι μια ομοσπονδιακή χώρα που βρίσκεται στο κέντρο της Ευρωπαϊκής ηπείρου (Εικόνα 17). Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η Γερμανία διχοτομήθηκε στην Ανατολική και την Δυτική Γερμανία, οι οποίες ενώθηκαν ξανά το 1990. Η Δυτική Γερμανία υπήρξε ιδρυτικό μέλος της Ε.Ο.Κ. Μετά την ένωση, ολόκληρη η Γερμανία θεωρήθηκε πλήρες μέλος της. Σήμερα, είναι η μεγαλύτερη χώρα της Ε.Ε. τόσο σε έκταση όσο και σε πληθυσμό. Είναι ιδρυτικό μέλος της Ευρωζώνης και έχει ως νόμισμα το ευρώ (€) το οποίο αντικατέστησε το γερμανικό μάρκο [63].



Εικόνα 17. Ο χάρτης της Γερμανίας [63]

Ο πληθυσμός της Γερμανίας κατά την απογραφή του 2015 ήταν 81.197.537 άτομα [63]. Το 8,8% του συνόλου του πληθυσμού είναι αλλοδαποί. Από το σύνολο των αλλοδαπών το 1/3 είναι κοινοτικοί. Το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της Γερμανίας, ανήλθε στα 78,1 χρόνια για τους άντρες και τα 83,1 χρόνια για τις γυναίκες, με τον αριθμό αυτό να εμφανίζει αυξητική τάση [64].

Η οικονομία της Γερμανίας είναι από τις ισχυρότερες παγκοσμίως και για τον λόγο αυτό ανήκει στους G20 [65]. Η γερμανική οικονομία βασίζεται στη βιομηχανία, τη δημόσια διοίκηση, την άμυνα, την εκπαίδευση, την υγεία, τις μεταφορές και την

³⁹ Deutschland

κοινωνική πρόνοια. Επιπλέον, η Γερμανία έχει σημαντικά έσοδα από τις εξαγωγές των προϊόντων της προς άλλες χώρες [63].

Το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα ήταν €32.554 κατά το 2012 το οποίο είναι μεγαλύτερο από τον μέσο όρο των υπολοίπων κρατών της Ε.Ε.. Το ποσοστό της ανεργίας κατά το 2010 ήταν στο 7,7%, το οποίο ήταν μειωμένο σε σχέση με την περίοδο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Το 2012 δαπανήθηκε το 11,4% του Α.Ε.Π. στην υγεία (ένα από τα υψηλότερα ποσοστά που υπάρχουν στην Ε.Ε.). Το 2011, το 11,2% του συνόλου των εργαζομένων απασχολούνταν στον τομέα της υγείας [64].

5.2.2. Γερμανικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας

Το Γερμανικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας είναι το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που τέθηκε σε εφαρμογή ανά το παγκόσμιο. Εφαρμόστηκε το 1883 από τον τότε Καγκελάριο Otto von Bismarck. Αποτελεί τον κύριο εκφραστή των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismarck) [66], [67]. Σκοπός του Bismarck ήταν η κάλυψη των χαμηλόμισθων εργατών και μερίδας των δημόσιων υπαλλήλων και, στη συνέχεια, η επέκταση της κάλυψης για το σύνολο του πληθυσμού [60]. Το σύστημα κατά το διαχωρισμό της χώρας συνεχίστηκε στη Δυτική Γερμανία και ακολούθως στο επανενωμένο κράτος. Από τότε, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μεταρρυθμίσεις, ώστε να προσαρμόζεται το σύστημα στις ανάγκες της κάθε περιόδου [66]. Σήμερα, το σύστημα υποστηρίζει τον ανταγωνισμό μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Οι δείκτες υγείας φανερώνουν ότι το σύστημα στη Γερμανία είναι ένα από τα καλύτερα παγκοσμίως [68].

Τα χαρακτηριστικά του Γερμανικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας⁴⁰ είναι:

- Η κοινωνική αλληλεγγύη
- Η χορήγηση της απαραίτητης θεραπείας για τους δικαιούχους χωρίς να χρειάζεται να πληρώνουν εκ των προτέρων
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους εργοδότες και τους εργαζομένους
- Αυτοδιαχείριση
- Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν ανάμεσα στα νοσοκομεία και τους ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας [66].

Το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (SHI) καλύπτει το σύνολο των κατοίκων της Γερμανίας, με τα άτομα που έχουν μισθοδοσία κάτω των €54.900 να την λαμβάνουν δωρεάν. Το σύστημα της Γερμανίας επιτρέπει στους πολίτες την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης. Περίπου το 11% των πολιτών είχε προσάψει συμφωνίες με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κατά το έτος 2015 [68]. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν και άτομα που ανήκουν σε δημόσια

⁴⁰ Gesetzliche Krankenversicherung

ταμεία για περιστατικά που δεν καλύπτονται από το ταμείο τους (πχ οδοντιατρικά) [67].

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι ενταγμένοι σε επαγγελματικούς συλλόγους (ταμεία), με την ηγεσία τους να εκλέγεται δημοκρατικά σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Οι επαγγελματικοί σύλλογοι είναι υπεύθυνοι να διαπραγματευτούν τους όρους των επαγγελματικών τους συμβάσεων. Επιπλέον, είναι υπεύθυνοι για τη χορήγηση αδειών εξάσκησης του επαγγέλματος. Πέραν των επαγγελματιών υγείας, οργανωμένοι σε σύνολα είναι και οι ασθενείς [67]. Τα ταμεία αποτελούν τον βασικό χρηματοδότη του SHI, με τα έσοδα του να προέρχονται από κοινού από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων (50% έκαστος) [66].

Υπεύθυνοι για την λειτουργία του συστήματος είναι η Ομοσπονδιακή Συνέλευση⁴¹, το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο⁴² και το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων⁴³. Τα πιο πάνω σώματα συντονίζουν τα Ομόσπονδα Κρατίδια, τα οποία είναι υπεύθυνα για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην περιφέρειά τους [67]. Το 50% των νοσοκομειακών κλινών ανήκει στα Ομόσπονδα Κρατίδια. Η ποιότητα των υπηρεσιών ελέγχεται από την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (G-BA)⁴⁴. Η G-BA είναι υπεύθυνη και για τον έλεγχο όλων των νέων θεραπευτικών και διαγνωστικών μεθόδων που δύναται να χρησιμοποιηθούν. Υπό την ευθύνη της G-BA είναι και ο έλεγχος των όρων και των προνομίων που παρέχονται από τα ταμεία προς τους ασθενείς [68].

Σε επίπεδο κεντρικής κυβέρνησης επιδιώκεται η αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών θέτοντας τους ακόλουθους στόχους:

- Μεταβίβαση των ευθυνών από τα κεντρικά γραφεία στα τοπικά.
- Δικαίωμα αυτόνομης λειτουργίας σε τοπικό επίπεδο.
- Δικαίωμα στα τοπικά γραφεία να εκπροσωπούνται στα ομοσπονδιακά κέντρα αποφάσεων [66].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίνεται από τους γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς, η πλειοψηφία των οποίων είναι ιδιώτες που εργάζονται μεμονωμένα σε ιατρεία. Κάποιοι από αυτούς συστεγάζονται σε ιατρεία με άλλους ιατρούς. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον γιατρό που θα τους υποστηρίξει, μέσα από την λίστα και τους όρους που τους δίνονται από το ταμείο που τους υποστηρίζει [69]. Η πλειοψηφία των κατοίκων έχει σταθερούς οικογενειακούς ιατρούς [66].

Στη Γερμανία δίνεται έμφαση στην εκμετάλλευση της τεχνολογίας, με αρκετές γερμανικές εταιρείες να είναι από τις κορυφαίες στην κατασκευή ιατρικών οργάνων και μηχανημάτων. Για τον σκοπό αυτό έχει εφαρμοστεί μια σύγχρονη βάση

⁴¹ Bundestag

⁴² Bundesrat

⁴³ Bunderminister fur Gesundheit

⁴⁴ Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

δεδομένων, η οποία υποστηρίζει την G-BA [66]. Επίσης, στη Γερμανία εφαρμόζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση [70].

Όλοι οι ασφαλισμένοι του SHI έχουν μια ηλεκτρονική ιατρική κάρτα (eGK)⁴⁵ η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλη την επικράτεια της χώρας. Στην κάρτα αυτή περιλαμβάνονται ατομικά στοιχεία των ασθενών (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, ταμείο, χρεώσεις κλπ). Το κράτος έχει ως στόχο η eGK τα επόμενα χρόνια να αποτελέσει ένα ολοκληρωμένο Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενούς (Η.Φ.Α.). Για τον λόγο αυτό, δίνονται οικονομικά κίνητρα σε όλους τους συμβαλλόμενους με το SHI ιατρούς για την ηλεκτρονική αρχειοθέτηση των ιατρικών δεδομένων των ασθενών. Στον ιδιωτικό τομέα το 90% των Ιατρών χρησιμοποιεί Η.Φ.Α. [68].

Σε θέματα Διασυνοριακής Περιθαλψής, η Γερμανία έχει υιοθετήσει την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ. Έτσι, το σύνολο των ατόμων που καλύπτονται από το SHI έχει υγειονομική κάλυψη σε όλα τα κράτη της Ε.Ε.. Το ίδιο ισχύει και για τους πολίτες άλλων κρατών της Ε.Ε. που βρίσκονται στη Γερμανία [36]. Παράλληλα, η Γερμανία συμμετέχει στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα eSOS [66].

5.3. Σουηδία

5.3.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η Σουηδία⁴⁶ είναι κράτος που βρίσκεται στη Σκανδιναβική Χερσόνησο με 9.747.355 κατοίκους κατά το 2015 (Εικόνα 18). Το ποσοστό μεταξύ των αντρών και γυναικών κατοίκων είναι μοιρασμένο. Το 20% των κατοίκων της Σουηδίας κατάγεται από κάποια άλλη χώρα. Το 1995 εντάχθηκε στην Ε.Ε. και το 2001 στο Σύμφωνο Σένγκεν (Schengen Area)⁴⁷. Το νόμισμα της είναι η Σουηδική Κορόνα (SEK) [71], [72].

Το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της Σουηδίας είναι τα 79,1 χρόνια για τους άντρες και τα 83,2 χρόνια για τις γυναίκες, το οποίο αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Κατά το 2011, η Σουηδία είχε από τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων, καθώς το 15% ήταν άνω των 65 ετών και το 5% άνω των 85 ετών [72].

Η οικονομία της Σουηδίας στηρίζεται κυρίως στη δημόσια διοίκηση, την άμυνα, την εκπαίδευση, την υγεία, την κοινωνική πρόνοια, τη βιομηχανία και το εμπόριο. Σημαντικά έσοδα φέρνουν και οι εξαγωγές που γίνονται από την χώρα [71].

⁴⁵ elektronische Gesundheitskarte (eGK)

⁴⁶ Sverige

⁴⁷ Schengen Area: Σύμφωνο που επιτρέπει την ελεύθερη μετακίνηση μεταξύ κρατών της Ευρώπης που συμμετέχουν στο σύμφωνο [133].



Εικόνα 18. Ο χάρτης της Σουηδίας [71]

Το 2010 το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα της Σουηδίας ήταν €42.000. Η ανεργία τον Φεβρουάριο του 2011 ήταν στο 7,6%, παρουσιάζοντας συνεχή μείωση μετά την έξοδο της χώρας από την οικονομική κρίση του 2008. Κατά το 2013 δαπανήθηκε το 11% του Α.Ε.Π. σε θέματα υγείας [68].

5.3.2. Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα της Σουηδίας είναι τύπου Beveridge και η χρηματοδότησή του προέρχεται από την γενική φορολογία του κράτους [73]. Υπεύθυνο για την λειτουργία του συστήματος στη Σουηδία είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων⁴⁸, το οποίο μοίρασε τις αρμοδιότητες στην τοπική αυτοδιοίκηση και διατήρησε συντονιστικό ρόλο. Τα νομαρχιακά συμβούλια σχεδιάζουν την ανάπτυξη και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού τους. Οι ανάγκες του πληθυσμού καθορίζουν και την κατανομή των οικονομικών πόρων [71]. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει περιορισμένο ρόλο στη Σουηδία [69].

Οι βασικές αρχές που διέπουν την υγειονομική φροντίδα στη Σουηδία είναι:

- ❖ Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια (όλοι οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα).
- ❖ Η ανάγκη και η αλληλεγγύη (η προτεραιότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες γίνεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες).
- ❖ Η αποδοτικότητα σε σχέση με το κόστος (στόχος η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα σύμφωνα με το κόστος) [68].

⁴⁸ Socialdepartementet

Το σύστημα διασφαλίζει την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για όλο τον πληθυσμό. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα δίνεται από τους γενικούς ιατρούς και κάποια κέντρα υγείας, με τον κάθε πολίτη να έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον γιατρό του. Δεν υπάρχει περιορισμός για τους ασθενείς που επιλέγουν να επισκεφτούν κατευθείαν κάποιους ειδικούς ιατρούς. Οι άδειες των γιατρών και των κέντρων υγείας δίνονται με γεωγραφικά κριτήρια [69], [72].

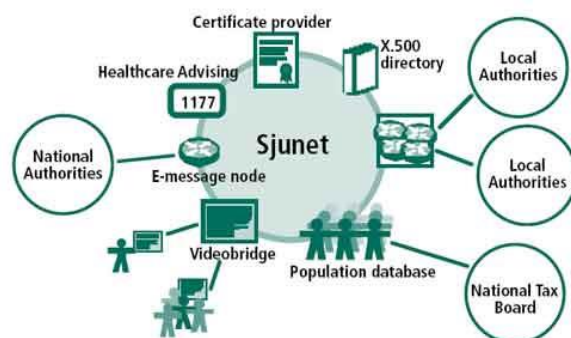
Για τη βελτίωση των υπηρεσιών και την μείωση του κόστους η Σουηδία έχει προχωρήσει στην εφαρμογή των προγραμμάτων ηλεκτρονικής υγείας Hälsa för mig και Sjunet [74]. Επιπλέον, η Σουηδία συμμετέχει και σε αρκετά διεθνή προγράμματα όπως το eSOS και το Baltic Health Network (B.H.N.)⁴⁹ [75].

5.3.2.1. Hälsa för mig

Μέσω του προγράμματος Hälsa för mig, οι πολίτες της Σουηδίας έχουν πρόσβαση στα ιατρικά τους δεδομένα χρησιμοποιώντας το διαδίκτυο. Στον κάθε ασθενή δίνεται μια προσωπική ηλεκτρονική ταυτότητα (e-ID), με τη χρήση της οποίας μπορεί να έχει πρόσβαση στον Η.Φ.Α. Το πρόγραμμα έχει εφαρμογή και στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση [74].

5.3.2.2. Sjunet

Το Sjunet εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2001 και μέσω αυτού υπήρξε αναβάθμιση των υπηρεσιών Τηλεϊατρικής σε όλη την επικράτεια της Σουηδίας. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτήρια με στόχο τη βελτίωση της μεταξύ τους επικοινωνία για ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών. Με το πρόγραμμα αυτό υποστηρίζονται πολίτες που βρίσκονται σε απομακρυσμένα σημεία από τα μεγάλα αστικά κέντρα [74].



Εικόνα 19. Δομή Sjunet [76]

⁴⁹ Δίκτυο με την συμμετοχή της Σουηδίας, της Δανίας, της Νορβηγίας, της Εσθονίας και της Λιθουανίας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2005. Το πρόγραμμα αυτό έχει ως στόχο την ανταλλαγή δεδομένων, πληροφοριών και τεχνογνωσίας μεταξύ των συμμετεχόντων [74]

5.4. Ελλάδα

5.4.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η Ελλάδα είναι ένα κράτος που βρίσκεται στη Βαλκανική χερσόνησο και έχει υπό την κυριαρχία της πέραν των 2.000 νησιών εκ των οποίων τα 227 είναι κατοικημένα (Εικόνα 20). Η Ελλάδα είναι πλήρες μέλος της Ε.Ε. και από το 1981 υπήρξε μέλος της Ε.Ο.Κ. Το 2000 εντάχθηκε στο Σύμφωνο του Σένγκεν και από το 2001 ανήκει στην Ευρωζώνη. Έχει ως νόμισμα το ευρώ [77].



Εικόνα 20. Ο χάρτης της Ελλάδας [77]

Ο πληθυσμός της Ελλάδας ήταν 10.858.018 κατά το 2015, αριθμός ο οποίος, σύμφωνα με την Eurostat⁵⁰, αναμένεται να μειωθεί τα επόμενα χρόνια. Το 51% του πληθυσμού είναι γυναίκες [77], [78]. Το προσδόκιμο ζωής για τους άντρες είναι τα 77,8 χρόνια και για τις γυναίκες 83,2 χρόνια [79]. Η Ελλάδα δέχεται σήμερα μεγάλο αριθμό μεταναστών, οι οποίοι προέρχονται κυρίως από χώρες της Μέσης Ανατολής [80].

Η οικονομία της χώρας εξαρτάται από το εμπόριο, τις μεταφορές, τις υπηρεσίες στέγασης και την άμυνα. Η ελληνική ναυτιλία είναι από τις ισχυρότερες στον κόσμο [77]. Τα τελευταία χρόνια, η χώρα ταλανίζεται από οικονομική κρίση η οποία εκτόξευσε την ανεργία σταθερά άνω του 20% τα τελευταία χρόνια⁵¹ και περιόρισε τους οικονομικούς δείκτες σε πολύ χαμηλά επίπεδα [80].

Το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα των κατοίκων της Ελλάδας ήταν 16.181 ευρώ το 2015, το οποίο παρουσιάζει συνεχή πτώση λόγω της οικονομικής κρίσης. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι από το 2008 ως το 2015, το ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα της χώρας παρουσίασε μείωση της τάξης του 27,4% [81]. Το 2015,

⁵⁰ Eurostat: Η στατιστική υπηρεσία της Ε.Ε [134].

⁵¹ Κατά τον Φεβρουάριο του 2017, η ανεργία ήταν στο 23,2% [83].

η Ελλάδα ξόδεψε σε θέματα υγείας μόλις το 5% του Α.Ε.Π., το οποίο είναι μειωμένο σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια (Πίνακας 15) [82].

Πίνακας 11. Α.Ε.Π. Ελλάδα 2003-2015 [83]



5.4.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Ο νόμος 1397/83 οδήγησε στην εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983. Το Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται ως μεικτό⁵² και καθιστά την κοινωνική ασφάλιση υποχρεωτική για το σύνολο του πληθυσμού. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία του συστήματος στην Ελλάδα. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα είναι σημαντικός για τη λειτουργία του συστήματος [2].

Στόχοι της εφαρμογής του Ε.Σ.Υ. ήταν:

- ❖ Η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Η κάλυψη να αφορά το σύνολο του πληθυσμού.
- ❖ Η ανάπτυξη των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας.
- ❖ Η αποκέντρωση και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών Υγείας [2].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους, με τους υπαλλήλους τους να λαμβάνουν σταθερό μισθό. Στην περίπτωση των ασφαλιστικών φορέων, η

⁵² Μεικτό είναι το Σύστημα του οποίου η χρηματοδότηση του προέρχεται τόσο από τη φορολογία όσο και από τις ασφαλιστικές εισφορές [2].

χρηματοδότηση προέρχεται από τα ίδια τα ταμεία. Οι ιδιωτικοί γιατροί πληρώνονται ανά ιατρική πράξη. Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα δίνεται από τα νοσοκομεία [2].

Παρά την πρόθεση για αποκέντρωση, ο ρόλος των τοπικών αυτοδιοικήσεων στην υγεία είναι περιορισμένος και αρκείται κυρίως σε οργανωτικά θέματα και στη λειτουργία Μ.Κ.Ο. που παρέχουν φροντίδα σε χρόνιους ασθενείς και ευάλωτους ασθενείς (π.χ. Κ.Α.Π.Η.⁵³) [84].

Η Ελλάδα από την δεκαετία του 1980 προσπαθεί να εντάξει τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας στις υπηρεσίες της με ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία Η.Φ.Α.. Σήμερα, το σύνολο των μεγάλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας έχουν Ο.Π.Σ.Ν. [85], [86], ενώ στη χώρα υποστηρίζονται και αρκετά συστήματα ηλεκτρονικής υγείας [84].

Το 2013 τέθηκε σε εφαρμογή το Ελληνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, στο οποίο εντάχθηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία της χώρας. Η νομοθεσία που αφορά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υποχρεώνει τα φαρμακεία και τους ιατρούς που συνεργάζονται με τα ταμεία αυτά, να διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό για την υποστήριξη του συστήματος [87], [88].

Στα θέματα Διασυνοριακής Περίθαλψης, η Ελλάδα ως μέλος της Ε.Ε. υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ. Έτσι, οι ασφαλισμένοι Έλληνες πολίτες μπορούν να έχουν υγειονομική περίθαλψη στο σύνολο των κρατών της Ε.Ε.. Παράλληλα, συμμετέχουν στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα eSOS [89].

5.5. Εσθονία

5.5.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η Εσθονία⁵⁴ είναι η πιο μικρή χώρα της Βαλτικής Θάλασσας (Εικόνα 21) [90]. Κηρύχθηκε ανεξάρτητη για πρώτη φορά το 1920 και μετά το 1940 καταλήφθηκε από την Σοβιετική Ένωση, στην οποία ανήκε μέχρι την επαναφορά της ανεξαρτησίας της το 1991 [91]. Το 2004 εντάχθηκε στην Ε.Ε. και από το 2007 εντάχθηκε στο Σύμφωνο Σένγκεν. Από το 2011 ανήκει στην Ευρωζώνη και έχει ως νόμισμα το ευρώ [90].

Ο πληθυσμός της Εσθονίας ήταν 1.313.271 άτομα κατά το 2015, με το 54% να είναι γυναίκες [90], [91]. Το προσδόκιμο ζωής κατά το 2011 ήταν για τους άντρες τα 71,3 χρόνια και για τις γυναίκες τα 81,4 χρόνια, που είναι λιγότερα από τον μέσο όρο των κρατών της Ε.Ε. [91].

⁵³ Κ.Α.Π.Η.: Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

⁵⁴ Eesti



Εικόνα 21. Ο χάρτης της Εσθονίας [90]

Οι βασικοί τομείς της εσθονικής οικονομίας είναι το εμπόριο, οι υπηρεσίες στέγασης, οι μεταφορές και η βιομηχανία. Οι εξαγωγές γίνονται κυρίως με τις υπόλοιπες χώρες της Βαλτικής και τα κράτη της Σκανδιναβικής Χερσονήσου. Η Εσθονία συνεργάζεται με τα κράτη αυτά και σε άλλους τομείς όπως η υγεία. Η ανεργία στην Εσθονία ήταν στο 12,5% το 2011 [90].

Το μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα των Εσθονών ήταν τα 9.100 ευρώ για το 2011, το οποίο είναι από τα χαμηλότερα της Ε.Ε.. Οι μισθοί στην Εσθονία παρουσιάζουν ανοδική τάση μετά την μείωσή τους λόγω της κρίσης του 2008. Το 2014 η Εσθονία ξόδεψε για θέματα υγείας το 6,3% του Α.Ε.Π. της, αριθμός ο οποίος είναι κατά πολύ μικρότερος του μέσου όρου της Ε.Ε. (μ.ο. Ε.Ε. 9,6%) [91], [92].

5.5.2. Εσθονικό Σύστημα Υγείας

Το εσθονικό σύστημα υγείας είναι τύπου Bismarck, χρηματοδοτείται από τις υποχρεωτικές εισφορές κοινωνικών ασφαλίσεων και καλύπτει το 95% του πληθυσμού⁵⁵ [91], [93]. Σκοπός του είναι να έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα [94]. Υπεύθυνο για την καλή λειτουργία του συστήματος είναι το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων⁵⁶. Η πλειοψηφία του πληθυσμού καλύπτεται από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (EHIC)⁵⁷. Στην παρούσα φάση, βρίσκεται σε εξέλιξη το Εθνικό Σχέδιο Υγείας 2009-2020 μέσω του οποίου έχουν τεθεί στόχοι για βελτίωση αρκετών δεικτών υγείας [93].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τους ανεξάρτητους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι εργάζονται είτε ατομικά είτε σε ομάδες. Ανάλογα με την κατάσταση των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς στους ειδικούς ιατρούς για την Δευτεροβάθμια Φροντίδα. Κάποιες ειδικότητες

⁵⁵ Οι υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας.[88]

⁵⁶ Sotsiaalministeerium

⁵⁷ Eesti Haigekassa

ιατρών μπορούν να είναι άμεσα προσβάσιμες από τους ασθενείς (πχ παιδίατροι, γυναικολόγοι) [91]. Οι Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας παρέχονται από τα νοσοκομεία και από εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία ανήκουν είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα [92].

Η Εσθονία από το 2004 έκανε σημαντικά βήματα προόδου σε θέματα που αφορούν την ηλεκτρονική υγεία. Θεωρείται από τις αποτελεσματικότερες χώρες σε θέματα ηλεκτρονικής υγείας.[89] Σήμερα είναι σε εφαρμογή το Εσθονικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Μητρώων Υγείας, το οποίο περιλαμβάνει τέσσερα βασικά στοιχεία:

1. Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
2. Κεντρικό Λογισμικό για Ψηφιακές Εικόνες
3. Ψηφιακή Υπηρεσία για καθορισμό ραντεβού
4. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση [95].

Το σύστημα παρέχει στο σύνολο των κατοίκων της Εσθονίας την ελεύθερη πρόσβαση στα δεδομένα υγείας του μέσω διαδικτύου με τη χρήση ενός ατομικού αριθμού και κωδικού. Το σύστημα μπορεί, επίσης, να δώσει πρόσβαση ή να αποκλείσει οποιονδήποτε γιατρό ή επαγγελματία υγείας επιθυμεί. Το δικαίωμά του αυτό προστατεύεται αυστηρά από την νομοθεσία. Τα ατομικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο ως ανώνυμα για στατιστικούς και επιδημιολογικούς σκοπούς. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καλύπτει το 100% των φαρμακευτικών συνταγών που εκδίδονται στη χώρα [95].

Η Εσθονία ως μέλος της Ε.Ε. υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ για θέματα Διασυνοριακής Περίθαλψης. Έτσι, οι Εσθονοί πολίτες που καλύπτονται από το Εσθονικό Σύστημα Υγείας έχουν αντίστοιχη κάλυψη και στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.. Αυτό ισχύει και για τους πολίτες της Ε.Ε. που επισκέπτονται την Εσθονία. Η Εσθονία συμμετέχει επίσης στο δίκτυο Baltic Health Network (B.H.N.) [74].

5.6. Μάλτα

5.6.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η Μάλτα⁵⁸ είναι ένα νησιωτικό κράτος στο κέντρο της Μεσογείου Θάλασσας (Εικόνα 22). Είναι πλήρες μέλος της Ε.Ε. από το 2004 και εντάχθηκε στο Σύμφωνο Σένγκεν το 2007. Από το 2008 ανήκει στην Ευρωζώνη και έχει ως νόμισμα το ευρώ [96]. Η Μάλτα έλαβε την ανεξαρτησία της από το Ηνωμένο Βασίλειο το 1964 [97].

⁵⁸ Malta



Εικόνα 22. Ο χάρτης της Μάλτας [96]

Το 2015, ο πληθυσμός της χώρας ήταν 429.344 κατοίκων εκ των οποίων το 50,3% του πληθυσμού ήταν γυναίκες. Το 2014 το προσδόκιμο ζωής για τους άντρες τα 80 χρόνια και τα 84,4 χρόνια για τις γυναίκες [96], [97].

Οι βασικότεροι τομείς της οικονομίας της χώρας είναι το εμπόριο, οι μεταφορές, οι υπηρεσίες στέγασης και η δημόσια διοίκηση [96]. Το μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα της χώρας για το 2016 ήταν 20.183 ευρώ, με το ποσό να έχει ανοδική τάση [98]. Η Μάλτα ξόδεψε το 8,7% του Α.Ε.Π. της σε θέματα υγείας το 2012, ποσό που βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο των κρατών της Ε.Ε. [97].

5.6.1. Σύστημα Υγείας Μάλτας

Το σύστημα υγείας της Μάλτας είναι τύπου Beveridge και το Υπουργείο Υγείας⁵⁹ είναι αρμόδιο για την ομαλή λειτουργία του. Ρόλο στη λειτουργία του διαδραματίζει και το Υπουργείο Οικογένειας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης⁶⁰. Οι υγειονομικές υπηρεσίες καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού της Μάλτας, με εξαίρεση κάποιες κατηγορίες υπηρεσιών (οδοντιατρικές, οπτικές, φαρμακευτικές κ.λπ.), για τις οποίες υπάρχουν εισοδηματικά κριτήρια [97].

Βασικοί στόχοι του συστήματος είναι:

- Η ανταπόκρισή του στις αυξημένες ανάγκες των υπηρεσιών υγείας.
- Η αντιμετώπιση των δημογραφικών αλλαγών και των νέων επιδημιολογικών δεδομένων που οφείλονται στη μετανάστευση και τη γήρανση του πληθυσμού.
- Η υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού.
- Η διασφάλιση της ισότητας στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος [97].

⁵⁹ Ministeru għas-Saħħa

⁶⁰ Ministeru għall-Familja u Solidarjetà Soċjali

Ο μεγαλύτερος όγκος των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών παρέχεται από τον δημόσιο τομέα, ενώ ο Ιδιωτικός Τομέας περιορίζεται σε συμπληρωματικό ρόλο. Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα αναλαμβάνεται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία. Η εκκλησία, οι τοπικοί φορείς και οι Μ.Κ.Ο. αναλαμβάνουν την υποστήριξη των χρόνιων και μακροχρόνιων περιστατικών. Μεγάλος όγκος πολύ εξειδικευμένων περιστατικών παραπέμπεται στο εξωτερικό, διότι αποτελεί οικονομικότερη και πιο αποτελεσματική λύση [97].

Η Μάλτα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα θέματα ηλεκτρονικής υγείας με αποτέλεσμα τον σχεδιασμό και τη λειτουργία του Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (Π.Σ.Υ.)⁶¹ της χώρας. Μέσω του myHealth Portal, ο κάθε πολίτης της χώρας μπορεί να έχει πρόσβαση στον ατομικό Η.Φ.Α. του με απλή χρήση του διαδικτύου. Με την είσοδό του στον Η.Φ.Α. αποκτά πρόσβαση στα αποτελέσματα των εξετάσεών του και, επιπλέον, μπορεί να διευθετήσει τα επόμενα ραντεβού με τον γιατρό του. Η είσοδος γίνεται εφικτή με την εισαγωγή του αριθμού της ατομικής ηλεκτρονικής του ταυτότητας (e-ID) και ενός κωδικού (password) που του έχει δοθεί (Εικόνα 23) [99].

https://myhealth.gov.mt

myhealth

myHealth: the Government of Malta's portal for online access to health records

To access myHealth, you need an e-ID account and password. This is issued by the Identity Malta, whose offices are located at Gattard House, Blata l-Bajda. This office issues both the national e-ID card and e-ID passwords.

Patients and the doctors they choose can access health data through this site. The following data becomes accessible from the morning after first log-in:

- 1) Mater Dei Hospital (MDH) Case Summaries (inpatient discharge letters from 2008 onwards),
- 2) Current Pharmacy of your Choice medicines entitlement

myHealth Login

e-ID Number

Password **Login**

[Register for your e-ID](#)
[Forgot your password?](#)

Εικόνα 23. myHealth Portal [99]

Η Μάλτα ασχολείται σε σημαντικό βαθμό και με θέματα Διασυνοριακής Περίθαλψης, καθώς, όπως προαναφέρθηκε, στέλνει αρκετά εξειδικευμένα περιστατικά της στο εξωτερικό [99]. Επιπλέον, ως κράτος μέλος της Ε.Ε., έχει υιοθετήσει την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ η οποία παρέχει καθολική υγειονομική κάλυψη στην επικράτεια της Ε.Ε. [25]. Η Μάλτα, πέραν από τους Ευρωπαίους πολίτες, καλύπτει και όλους τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην επικράτειά της [99].

⁶¹ myHealth Portal

5.7. Ευρωπαϊκά Προγράμματα Διασυννοριακής Περιθάλψης

Στην Ε.Ε. γίνονται προσπάθειες για συνεργασία των κρατών μελών της σε όλους τους τομείς. Στην υγεία αναπτύσσονται διάφορα προγράμματα που έχουν ως στόχο την αναβάθμιση της συνεργασίας των κρατών μελών. Το βασικότερο πρόγραμμα που εφαρμόστηκε είναι το eρSOS.

5.7.1. Πρόγραμμα eρSOS

Το πρόγραμμα eρSOS είναι το πρώτο πρόγραμμα Διασυννοριακής Περιθάλψης που εφαρμόστηκε στην Ευρώπη και συνδέει μεγάλο αριθμό πολιτών και κρατών. Τέθηκε σε λειτουργία τον Ιούλιο του 2008 και έχει ως βασικό του χρηματοδότη την Ε.Ε. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν τα Υπουργεία Υγείας και τα Εθνικά Κέντρα Τεχνογνωσίας από 12 κράτη (Πίνακας 16). Στο πρόγραμμα συμμετέχουν και αρκετοί επιχειρηματικοί οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας [100].

Κυριότερος στόχος του προγράμματος eρSOS είναι η ανάπτυξη ενός πρακτικού πλαισίου ηλεκτρονικής υγείας και η δημιουργία των κατάλληλων υποδομών που θα επιτρέπουν την ασφαλή πρόσβαση των διάφορων ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση υγείας των ασθενών. Στην παρούσα φάση, το έργο βρίσκεται σε πιλοτική μορφή, με την οποία γίνεται αξιολόγηση και βελτιστοποίηση του συστήματος [100].

Πίνακας 12.Τα Κράτη που συμμετέχουν στο eρSOS [100]

Χώρες στο πρόγραμμα eρSOS
* Αυστρία
* Γαλλία
* Γερμανία
* Δανία
* Τσεχία
* Ελλάδα
* Ηνωμένο Βασίλειο
* Ισπανία
* Ιταλία
* Ολλανδία
* Σλοβακία
* Σουηδία

Το πρόγραμμα eρSOS βρίσκει εφαρμογή κυρίως στους Η.Φ.Α. και στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Τα συστήματα αυτά, με τη χρήση των κατάλληλων κωδικοποιήσεων και προτύπων, είναι διαθέσιμα σε όλες τις τοπικές γλώσσες. Με αυτό τον τρόπο, γίνεται κατορθωτή η αυτόματη μετάφραση των δεδομένων από μια

χώρα σε άλλη. Στόχος είναι στο άμεσο μέλλον να ενταχθούν στο πρόγραμμα οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (112) και η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας (EHIC)⁶² και να υπάρχει η δυνατότητα της απομακρυσμένης πρόσβασης στους Η.Φ.Α. από τους ίδιους τους ασθενείς [100].

⁶² European Health Insurance Card

Κεφάλαιο 6

Συγκριτικά Αποτελέσματα Μελέτης

6.1. Συγκριτική Ανάλυση Τύπων Συστημάτων

Οι τύποι των συστημάτων υγείας χαρακτηρίζονται σύμφωνα με τον τρόπο χρηματοδότησης τους. Από τα τρία βασικά συστήματα, μόνο στο Φιλελεύθερο υπάρχει περιορισμένη κρατική παρέμβαση [2]. Κατά τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, οι έρευνες έδειχναν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας κόστιζε λιγότερο, αλλά ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ήταν μεγαλύτερος στα Συστήματα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι τα δεδομένα έχουν αλλάξει, καθώς το κόστος είναι ανάλογο με τις υπηρεσίες που επιλέγονται και όχι με τη δομή του συστήματος. Επίσης, φαίνεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών μεταβάλλεται ανάλογα με την περίοδο στην οποία πραγματοποιείται η έρευνα [3].

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismarck) με τη δομή που έχει, έχει το πλεονέκτημα να εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας προς όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες. Ταυτόχρονα, μπορεί να διατηρεί την ισότητα και τη δικαιοσύνη όσο αφορά την πρόσβαση προς τις υπηρεσίες υγείας [2].

Παρ' όλ' αυτά, μπορεί να υπάρξει ανισότητα στις υπηρεσίες που μπορεί να λάβει κάποιο άτομο, καθώς αυτές δίνονται ανάλογα με το αμείο που τον υποστηρίζει, ανεξαρτήτως του ύψους της εισφοράς που προσφέρει [2].

Η ασφάλιση στα Εθνικά Συστήματα Υγείας (τύπου Beveridge) είναι δίκαιη και οι παρεχόμενες υπηρεσίες δίνονται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πολίτη. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν την κατάλληλη φροντίδα οποιανδήποτε στιγμή την χρειαστούν. Η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών διασφαλίζεται από τις δημόσιες υπηρεσίες, οι οποίες και αποτελούν τον βασικό προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας [2]. Επιπρόσθετα, ο δημόσιος χαρακτήρας του Συστήματος Beveridge περιορίζει πιθανά φαινόμενα αισχροκέρδειας και αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υγείας, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των κέντρων προς όφελος των ασθενών [5]. Στα οικονομικά πλεονεκτήματα που προκύπτουν είναι ο καλύτερος έλεγχος των δαπανών. Με τον τρόπο αυτό, τα κονδύλια κατανέμονται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες αποτρέποντας άσκοπες σπατάλες [2].

Το βασικό μειονέκτημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε Εθνικά Συστήματα Υγείας είναι η γραφειοκρατία η οποία πέραν της οικονομικής επιβάρυνσης, προκαλεί και αργοπορία στην εκτέλεση των εργασιών [5]. Από την πλευρά τους οι ασθενείς που υποστηρίζονται από συστήματα

τύπου Beveridge συναντούν χρονοβόρες λίστες αναμονής για την εξυπηρέτησή τους, με σημαντικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας τους [2]. Στα Εθνικά Συστήματα Υγείας το καθεστώς με το οποίο εργάζονται οι γιατροί, εκτός από τα πλεονεκτήματα, έχει ως μειονέκτημα τον σταθερό μισθό που προσφέρεται στους γιατρούς. Ο σταθερός μισθός προσφέρει μειωμένα κίνητρα και μπορεί να προκαλέσει τον εφησυχασμό και τη χαλαρότητα του προσωπικού [5].

Το κυριότερο πλεονέκτημα του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι η περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτρέπει την πρόκληση δημοσιονομικών ελλειμμάτων από τον τομέα της υγείας. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη ανταγωνισμού οδηγεί τους προμηθευτές υγείας στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών τους, με τους πολίτες να καρπώνονται την αναβάθμιση αυτή [5].

Το πιο σημαντικό πρόβλημα που παρουσιάζει το Φιλελεύθερο Σύστημα είναι η ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς εξαρτάται κατά από τις οικονομικές δυνατότητες του κάθε ατόμου. Σε αυτό προστίθεται και το ότι αρκετοί πολίτες παραμένουν ανασφάλιστοι, παρά τη συμβολή του κράτους προς τα άτομα που αδυνατούν να πληρώσουν για την υγεία τους [2]. Επιπρόσθετα, ο περιορισμένος ρόλος του κράτους δεν βοηθά στη λήψη μέτρων που να αφορούν την πρόληψη⁶³. Έτσι, δίνεται περισσότερη σημασία στη θεραπεία. Το Φιλελεύθερο Σύστημα μεταφέρει, επίσης, κάποια δεδομένα της ελεύθερης αγοράς και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας με αρνητικό αντίκτυπο προς τους πολίτες. Ο ανταγωνισμός οδηγεί στην πρόκληση νέων αναγκών από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίες μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, αλλά να αποσκοπούν αποκλειστικά στην ύπαρξη κέρδους [5].

6.2. Δημογραφικές Αλλαγές

Τα τελευταία χρόνια τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζουν σημαντικές δημογραφικές αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές είναι προϊόν της συνεχιζόμενης γήρανσης του πληθυσμού που προκύπτει από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την ταυτόχρονη μείωση της γεννητικότητας. Επιπλέον, οι δημογραφικές αλλαγές είναι προϊόν του μεγάλου όγκου μεταναστών που δέχεται η Ευρωπαϊκή Ένωση τα τελευταία χρόνια. Σε όλα τα κράτη μέλη η υγειονομική περίθαλψη των αλλοδαπών είναι η ίδια με τον γηγενή πληθυσμό, αντίθετα με τους ηλικιωμένους που χρειάζονται ειδική μεταχείριση [101].

Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και δυσχεραίνει οικονομικά το σύστημα υγείας. Αυτό οφείλεται κυρίως στα αυξημένα ιατρικά θέματα των ηλικιωμένων που καλύπτονται από τις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, τα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν περιορισμένη οικονομική συμβολή στο σύστημα υγείας, καθώς

⁶³ Ο ρόλος της πρόληψης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ βασικός. Κράτη που δίνουν σημασία στην πρόληψη βλέπουν τους δείκτες υγείας τους να βελτιώνονται [135].

δεν εργάζονται και οι εισφορές τους προς το σύστημα υγείας είναι περιορισμένες [102].

Για την υποστήριξη των ηλικιωμένων λαμβάνονται διάφορα μέτρα από όλα τα κράτη της Ε.Ε., τα οποία παρέχονται από τις τοπικές κοινωνίες χωρίς οικονομική επιβάρυνση [102]. Πιο συγκεκριμένα τα ισχύοντα δεδομένα έχουν ως ακολούθως:

- Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους που τις χρειάζονται εγκρίνονται και χρηματοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια [103].
- Στην Μάλτα η υποστήριξη των ηλικιωμένων δίδεται από την εκκλησία και την τοπική αυτοδιοίκηση [96].
- Στη Σουηδία την υποστήριξη των ηλικιωμένων αναλαμβάνουν τα δημαρχεία των πόλεων [104].
- Στην Εσθονία η τοπική αυτοδιοίκηση είναι αυτή που αξιολογεί και εγκρίνει τις ανάγκες των ηλικιωμένων [105].
- Στην Γερμανία επιλέχθηκε η αναβάθμιση της κατ' οίκον φροντίδας για μείωση του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας [106].
- Στην Ελλάδα η φροντίδα στα άτομα τρίτης ηλικίας παρέχεται από την εκκλησία και από μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) [107].
- Στην Κύπρο η φροντίδα των ηλικιωμένων παρέχεται κυρίως σε ιδιωτικά και δημόσια γηροκομεία (τα δημόσια ανήκουν κυρίως στην τοπική αυτοδιοίκηση) τα οποία χρηματοδοτούνται στο μεγαλύτερο μέρος τους από τους ίδιους τους ηλικιωμένους [108].

Από τα πιο πάνω γίνεται κατανοητό πως στην Κύπρο θα πρέπει να υπάρξει μείωση των ατομικών δαπανών για θέματα φροντίδας των ηλικιωμένων [108].

6.3. Διοικητικά και Οργανωτικά Θέματα

Η μη εξέλιξη και ο μη εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας στην Κύπρο⁶⁴ παρουσιάζει σημαντικά διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να επιλυθούν με την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, η οποία θα περιορίσει σημαντικά την εξάρτησή τους από το Υπουργείο Υγείας [1], [34].

Η υπαγωγή των νοσοκομείων στο Υπουργείο Υγείας, δίνει στις νυν διευθύνσεις των νοσοκομείων περιορισμένο ρόλο στα κέντρα αποφάσεων με αποτέλεσμα τα ξεχωριστά προβλήματα κάθε νοσοκομείου να μην λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή. Με την αυτονόμηση το κάθε νοσοκομείο θα φτιάχνει τον δικό του προϋπολογισμό, σύμφωνα με τις δικές του πραγματικές ανάγκες [1]. Αυτό έχει αποδειχθεί στην πράξη στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στη Γερμανία η αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων προκάλεσε τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ τους, ο οποίος πρόσφερε

⁶⁴ Το μοντέλο διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου είναι περίπου το ίδιο με αυτό που ίσχυε από τα πρώτα μεταποικιακά χρόνια [34].

την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών τους [67]. Αντίθετα, το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου το οποίο, παρά την αυτονόμηση των νοσοκομείων, εξακολουθεί να εξαρτάται από τα κονδύλια που δίνονται από το κράτος. Όμως η αυτονόμηση περιόρισε σημαντικά το πρόβλημα [59].

Ο περιορισμός του ρόλου των διευθυντών των νοσοκομείων στις λήψεις αποφάσεων έχει ως αποτέλεσμα και τη μειωμένη διάθεση πρωτοβουλίας. Παράλληλα, ο υπερβολικά μεγάλος φόρτος γραφειοκρατικής εργασίας που παρατηρείται στην Κύπρο απαιτεί αρκετό χρόνο τον οποίο στερούνται περιστατικά που πραγματικά τον χρειάζονται [1]. Η αυτονόμηση των νοσοκομείων μπορεί να επιλύσει και αυτό το πρόβλημα, όπως αποδείχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία. Οι δύο αυτές χώρες διατηρούν συστήματα τύπου Beveridge, όπως είναι και το επερχόμενο ΓΕΣΥ [59], [72].

Μια άλλη αιτία που προκαλεί διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα στον τομέα της υγείας στην Κύπρο είναι η εξάρτησή της από τις πολιτικές αποφάσεις οι οποίες, στις πλείστες περιπτώσεις, λαμβάνονται από άτομα που δεν είναι σχετικά με το αντικείμενο της υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γιατροί του δημοσίου τομέα να αναγκάζονται να εργάζονται σε ένα αμιγώς δημοσιοϋπαλληλικό περιβάλλον, το οποίο εφαρμόζεται σε άλλου είδους υπηρεσίες [37]. Αυτό προκαλεί αρκετές φορές την πλημμελή εκτέλεση των καθηκόντων των γιατρών χωρίς, στην ουσία, να είναι αποκλειστικά δική τους η ευθύνη, καθώς όλες οι ενέργειες που κάνουν καθορίζονται από τους γραφειοκράτες του Υπουργείου Υγείας [109]. Και αυτό το πρόβλημα μπορεί να το επιλύσει η αυτονόμηση των νοσοκομείων, όπως έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία [59], [72]. Αντίθετα, στην Ελλάδα συνεχίζεται ο κρατικός παρεμβατισμός και, κατ' επέκταση, τα διοικητικά και τα οργανωτικά προβλήματα στη λειτουργία του συστήματος [84].

Ένα ακόμη πρόβλημα οργάνωσης που αντιμετωπίζει η κυπριακή υγεία είναι η απουσία επαρκούς αριθμού κανονισμών και ελέγχων που να διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη μεγάλου αριθμού εξοπλισμού και εγκαταστάσεων, που δεν μπορούν να αξιοποιηθούν στον μέγιστο αριθμό της απόδοσής τους [37]. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού απαιτείται καθορισμός των πραγματικών αναγκών και ύπαρξη αυστηρής νομοθεσίας. Αυτό εφαρμόστηκε στη Γερμανία η οποία, με αυτό τον τρόπο, διασφάλισε την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών [64].

Επίσης, η δομή του συστήματος υγείας της Κύπρου σήμερα, δεν επιτρέπει την κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των ιατρικών κέντρων, είτε αφορούν τον δημόσιο είτε τον ιδιωτικό τομέα. Το παράδειγμα της Μάλτας έδειξε ότι η εγκατάσταση ενός Ο.Π.Σ.Υ., που να συνδέει το σύνολο των ιατρικών κέντρων της Κύπρου, μπορεί να περιορίσει σημαντικά το πρόβλημα [97], [110].

Παράλληλα, παρά το γεγονός ότι στόχος του Υπουργείου είναι η γεωγραφική κατανομή των δημόσιων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε όλη την επικράτεια, σε πολλές περιπτώσεις οι πολίτες καλούνται να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις, για να έχουν πρόσβαση σε αυτές. Αυτό πολύ συχνά, αναγκάζει τους ασθενείς να επισκεφτούν τον ιδιωτικό τομέα με τη σχετική οικονομική επιβάρυνση [24]. Κύρια αιτία του προβλήματος είναι η υποστελέχωση που παρουσιάζεται σε κάποια -αγροτικά κυρίως- ιατρικά κέντρα [111]. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να περιοριστεί με τη χρήση τεχνολογιών Τηλεϊατρικής στα απομακρυσμένα κέντρα όπως έγινε στην Σουηδία, την Ελλάδα και την Εσθονία [75].

Βάσει της νομοθεσίας, το κράτος θα προχωρήσει στην αυτονόμηση των νοσοκομείων. Παρ' όλ' αυτά, σε κανένα σημείο δεν διευκρινίζεται η συνεννόηση και η συνεργασία που θα υπάρξει μεταξύ των αυτόνομων νοσοκομείων. Έτσι, αν δεν υπάρξει μεταξύ τους συνεννόηση, υπάρχει ο κίνδυνος να υπάρξει έλλειψη σε συγκεκριμένες μονάδες θεραπείας και υπερπροσφορά σε άλλες με αρνητικό αντίκτυπο στο σύνολο του συστήματος. Έτσι, απαιτείται ο συντονισμός μεταξύ όλων των φορέων, για να ξεκαθαρίζεται τι υπηρεσίες θα προσφέρει το κάθε κέντρο. Αυτή η πολιτική είχε θετικά αποτελέσματα στη Μάλτα, αν και πρόκειται για κράτος το οποίο διαθέτει λιγότερες νοσοκομειακές μονάδες από την Κύπρο [1], [54], [97].

6.4. Οικονομικά Δεδομένα

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιούνται κατά διαστήματα, το υφιστάμενο σύστημα υγείας στην Κύπρο χαρακτηρίζεται ως οικονομικά μη βιώσιμο, καθώς τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες του είναι συνεχώς μεγαλύτερες από τα έσοδά⁶⁵ του, με αποτέλεσμα οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις να καλούνται να πληρώνουν δυσανάλογα υψηλά ποσά για την υγεία τους. Σε αυτό συμβάλλει και η απόφαση του κράτους για μείωση των δαπανών του σε θέματα υγείας λόγω της οικονομικής ύφεσης των τελευταίων ετών [28], η οποία, ανάμεσα σε άλλα, προκάλεσε σημαντικές ελλείψεις σε αναλώσιμα και φάρμακα στα δημόσια νοσηλευτήρια. Η μείωση των δαπανών προκαλεί ελλείψεις και στον αριθμό του προσωπικού [112]. Παρόμοια προβλήματα εμφανίζονται στο βρετανικό NHS, του οποίου τα έξοδα ξεπερνούν κατά πολύ των έσοδά του [113], και στο ελληνικό Ε.Σ.Υ., το οποίο έχει περιορίσει τις δαπάνες του λόγω της οικονομικής κρίσης [114]. Επίσης, οικονομικά προβλήματα αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας της Σουηδίας και της Γερμανίας, τα οποία χαρακτηρίζονται ως ακριβά και, έτσι, τα έσοδά τους δεν είναι αρκετά, για να καλύψουν τις ανάγκες τους [60], [72]. Συνεπώς, για την οικονομική βιωσιμότητα απαιτείται η ύπαρξη μηχανισμού που να διασφαλίζει ότι τα έξοδα του συστήματος δεν θα υπερβαίνουν τα έσοδα [28].

⁶⁵ Η συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών υγείας που παρουσιάζεται οφείλεται κυρίως στην αναβάθμιση της τεχνολογίας [19].

Επιπρόσθετα, οι στατιστικές μελέτες που εκδίδει κατά διαστήματα η Ευρωπαϊκή Ένωση δείχνουν ότι στην Κύπρο η συνεισφορά του πολίτη σε σχέση με το κράτος είναι κατά πολύ μεγαλύτερη, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της κοινότητας [34]. Επίσης, η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο είναι 2,5 φορές υψηλότερη από τον μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης [28]. Η περίπτωση της Εσθονίας αποδεικνύει πως η καλή αξιοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να κάνει το σύστημα υγείας χαμηλού κόστους [92].

Ακόμη, στην Κύπρο υπάρχει μη ικανοποιητική καταγραφή των στοιχείων της κοστολόγησης και των οικονομικών δεδομένων των κέντρων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Βασική αιτία της ελλιπούς αρχειοθέτησης και αξιοποίησης των οικονομικών στοιχείων είναι η απουσία ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.)⁶⁶ [1]. Η κακή αρχειοθέτηση των δεδομένων προκαλεί την κακή κατανομή των οικονομικών πόρων, δημιουργώντας προβλήματα στα τμήματα που υποχρηματοδοτούνται [37]. Η κακοδιαχείριση των πόρων προκαλεί τη διόγκωση των οικονομικών προβλημάτων του συστήματος και στην Ελλάδα [114]. Όπως έχει αποδειχθεί, η αυτονόμηση των νοσοκομείων στα κράτη που λειτουργούν στη βάση του Συστήματος Beveridge μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων [3].

Τέλος, η οικονομική κρίση που ταλανίζει το νησί τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε μειώσεις μισθών και στην αύξηση του ποσοστού της ανεργίας, διογκώνοντας, έτσι, το οικονομικό πρόβλημα του συστήματος υγείας του νησιού. Αυτό είναι αποτέλεσμα της σημαντικής αύξησης του αριθμού των δικαιούχων για δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσηλευτήρια και της ταυτόχρονης μείωσης των ατόμων που συνεισφέρουν οικονομικά στην υποστήριξη του συστήματος. Συνεπώς, οι εισπράξεις του κράτους από τις φορολογίες μειώνονται και οι δαπάνες του για θέματα υγείας αυξάνονται. Το πρόβλημα των μειωμένων εσόδων μπορεί να επιτευχθεί αν μειωθεί το κόστος των υπηρεσιών με τους τρόπους που αναλύθηκαν πιο πάνω [115].

6.5. Ηλεκτρονική Υγεία

Η Κύπρος σήμερα υστερεί πολύ στα θέματα ηλεκτρονικής υγείας. Η απουσία Ο.Π.Σ.Υ. που να συνδέει το σύνολο των νοσηλευτηρίων στην Κύπρο είναι η βασική αιτία των προβλημάτων που παρατηρούνται [100]. Με την εφαρμογή του Ο.Π.Σ.Υ. προκύπτουν τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- ✓ Παροχή φροντίδας υψηλού επιπέδου προς τους ασθενείς.
- ✓ Μείωση της άσκοπης διενέργειας ιατρικών πράξεων.
- ✓ Περιορισμός του χρόνου διάγνωσης, φροντίδας και νοσηλείας.
- ✓ Αύξηση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας του προσωπικού.
- ✓ Βελτίωση των συνθηκών εργασίας.
- ✓ Μείωση του χρόνου που απαιτείται για την γραφειοκρατία.

⁶⁶ Βλέπε κεφάλαιο 3.5.3.

- ✓ Περιορισμός του χρόνου ανάκτησης των δεδομένων.
- ✓ Περιορισμός των λαθών που οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα.
- ✓ Διατήρηση δεδομένων στη βάση προτύπων.
- ✓ Αναβάθμιση της διοικητικής αποτελεσματικότητας.
- ✓ Μείωση του κόστους λειτουργίας.
- ✓ Διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου.
- ✓ Ικανότητα για επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ανεξαρτήτως του σημείου στο οποίο βρίσκονται.
- ✓ Αυτοματοποίηση των διαδικασιών που ακολουθούνται.
- ✓ Παροχή λεπτομερών στατιστικών στοιχείων για το σύνολο των πράξεων που γίνονται μέσω του συστήματος [10].

Αρχικά, το πρόβλημα εντοπίζεται στην απουσία Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς (Η.Φ.Α.) που να καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού και να υποστηρίζεται από το σύνολο των νοσηλευτικών κέντρων στην Κύπρο [38]. Η εφαρμογή Η.Φ.Α. αναβαθμίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς (Πίνακας 17), όπως έχει αποδειχθεί στα κράτη που προχώρησαν σε εφαρμογή του [116]. Η ύπαρξη ενοποιημένου Η.Φ.Α. επιτρέπει στα κράτη να συμμετέχουν σε προγράμματα Διασυννοριακής Περίθαλψης [100].

Πίνακας 17. Πλεονεκτήματα Η.Φ.Α. [14]

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
*Εφαρμογή σε πολλούς τομείς (ιατρική, λογιστήριο κ.λπ.)
*Αύξηση της ταχύτητας εξυπηρέτησης του κοινού
*Μείωση της πιθανότητας ανθρώπινου λογιστικού λάθους
*Λιγότερος χρόνος εκπαίδευσης του προσωπικού
*Μείωση του κόστους των υπηρεσιών
*Καθορισμός των διαδικασιών με τη χρήση πρωτοκόλλων και προτύπων
*Δυνατότητα αποθήκευσης τεράστιου όγκου δεδομένων
*Ευκολία ενημέρωσης και χρήσης των δεδομένων

Η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων στην Κύπρο έχει προχωρήσει στην εγκατάσταση πληροφοριακών συστημάτων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους. Όμως, ο σχεδιασμός και η εγκατάσταση των Συστημάτων έγινε χωρίς προηγουμένως να έχει ελεγχθεί η δυνατότητα διαλειτουργικότητας τους με το Ο.Π.Σ.Υ. που σχεδιάζεται να εγκατασταθεί από το Υπουργείο Υγείας και θα αφορά ολόκληρο το νησί. Επίσης, τα συστήματα αυτά δεν έχουν τη δυνατότητα διαλειτουργικότητας με τα συστήματα άλλων προμηθευτών του ιδιωτικού τομέα [109]. Η ενοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων όλων των κέντρων θα αναβαθμίσει την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως συνέβη στην Εσθονία και στη Μάλτα [91], [97].

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η απουσία Ο.Π.Σ.Υ. στο σύνολο των υγειονομικών μονάδων στην Κύπρο επιτρέπει την ύπαρξη λαθών τα οποία επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα. Αυτό συμβαίνει, γιατί το Ο.Π.Σ.Υ. μπορεί να αποτρέψει τις άσκοπες δαπάνες από την αχρεία επανάληψη εξετάσεων και την περιττή χρήση και αγορά αναλώσιμων υλικών. Σύμφωνα με τον τέως Υπουργό Υγείας, η μη μηχανογράφηση των εξετάσεων που γίνονται στην Κύπρο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια του 25% των αποτελεσμάτων. Επίσης, στα νοσοκομεία όπου έχει εφαρμοστεί Ο.Π.Σ.Ν. παρουσιάστηκε μείωση στη χρήση φιλμ για απεικονιστικές εξετάσεις κατά 85% μειώνοντας, έτσι, σημαντικά το κόστος λειτουργίας των σχετικών τμημάτων [109].

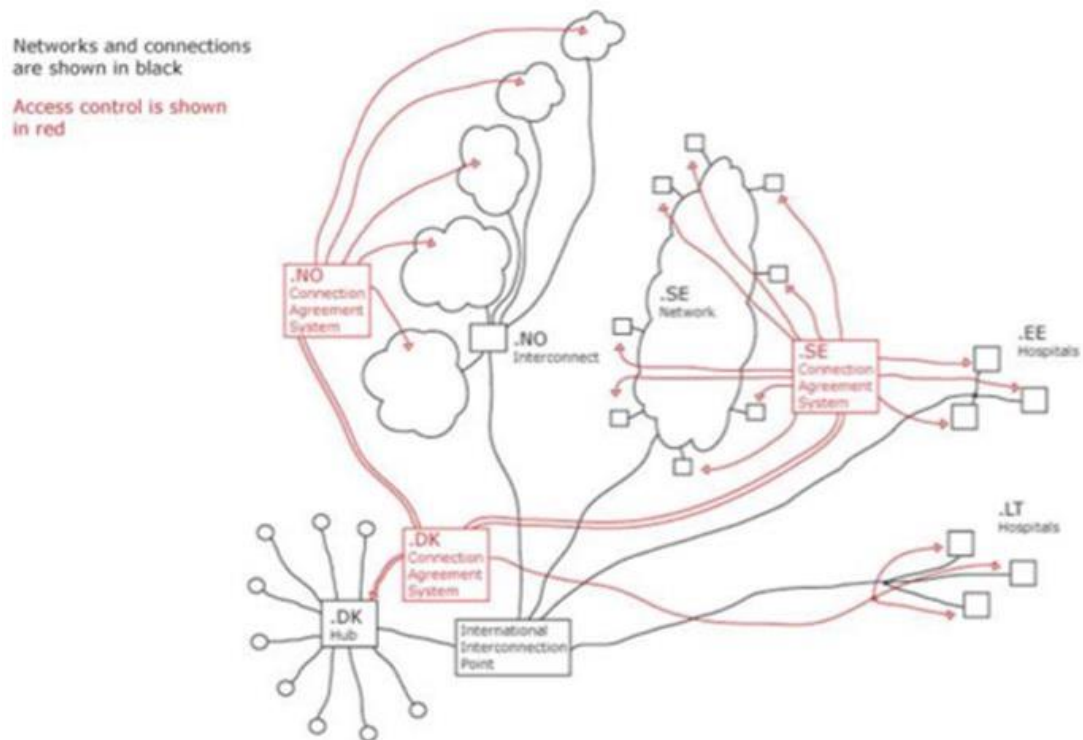
Πέραν των προβλημάτων που υπάρχουν από την απουσία συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας, η χρήση του Ο.Π.Σ.Ν. στα δύο καινούργια νοσοκομεία δεν γίνεται στον βαθμό που θα έπρεπε. Αιτία είναι η απουσία προθυμίας από τα μέλη του προσωπικού να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα, με το προσωπικό να συνεχίζει να δουλεύει χρησιμοποιώντας τις κλασικές χειρόγραφες διαδικασίες. Για την καλύτερη λειτουργία του Ο.Π.Σ.Ν. θα πρέπει να υιοθετηθεί υποχρεωτική εκπαίδευση του προσωπικού στη χρήση του Ο.Π.Σ.Ν. και, στη συνέχεια, να πειστεί το σύνολο του προσωπικού ότι τα συστήματα αυτά βελτιώνουν τις συνθήκες εργασίας του [10], [38].

Στα υπόλοιπα νοσοκομεία όπου δεν υπάρχει εφαρμογή Η.Φ.Α., έχουν παρουσιαστεί σε πολλές περιπτώσεις απώλειες χειρόγραφων ιατρικών φακέλων οι οποίες απώλειες προκάλεσαν σημαντικά προβλήματα στις διοικήσεις των νοσοκομείων [117] και στο προσωπικό τους. Το προσωπικό καλείται να αντιμετωπίσει πειθαρχικές έρευνες και η διεύθυνση του νοσοκομείου να πληρώσει αποζημιώσεις στους ασθενείς [118]. Έτσι, οι διευθύνσεις των νοσοκομείων λαμβάνουν διάφορα μέτρα για τον περιορισμό του προβλήματος αλλά όχι για την εξάλειψή του. Το πρόβλημα αυτό θα εξαλειφθεί εντελώς μόνο με την εφαρμογή Η.Φ.Α. σε όλα τα ιατρικά κέντρα της Κύπρου [117].

Με βάση τους στόχους του υπουργείου, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να έχουν συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους. Αυτό μπορεί να ενισχυθεί με τη δημιουργία Η.Φ.Α. για όλο τον πληθυσμό και, παράλληλα, με το να τους δοθεί το δικαίωμα για απομακρυσμένη και ασφαλή πρόσβαση στα δεδομένα του καθενός, όπως γίνεται στη Μάλτα, την Εσθονία και τη Σουηδία [74], [92], [110].

Παρά τις προσπάθειες για αξιοποίηση των συστημάτων Τηλεϊατρικής στην Κύπρο, ο τομέας αυτός παραμένει ακόμη περιορισμένος σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Η βασικότερη αιτία της περιορισμένης εφαρμογής προγραμμάτων Τηλεϊατρικής είναι η οικονομική κατάσταση του νησιού καθώς επίσης και η απουσία ενός Ο.Π.Σ.Υ. που να συνδέει ολόκληρο το νησί [39], [42], [44]. Όπως αποδείχθηκε από το πιλοτικό πρόγραμμα Healthware και σε συνδυασμό με την εμπειρία που υπάρχει από τη Σουηδία και την Ελλάδα, η εφαρμογή προγραμμάτων Τηλεϊατρικής συμβάλλει στην καταλληλότερη υποστήριξη ασθενών σε απομακρυσμένες και δύσβατες περιοχές και αποτρέπει τις άσκοπες μετακινήσεις τους [45], [74], [85].

Επιπλέον, η χρήση της Τηλεϊατρικής μπορεί να εντάξει τα κράτη σε προγράμματα Διασυνοριακής Περίθαλψης, όπως γίνεται με την Εσθονία και τη Σουηδία οι οποίες συμμετέχουν σε πρόγραμμα με τις υπόλοιπες χώρες που βρέχονται από την Βαλτική Θάλασσα [75].



Εικόνα 24. Δομή Baltic Health Network [75]

6.6. Λίστες Αναμονής

Το βασικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν άμεσα οι Κύπριοι ασθενείς είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής που απαιτείται μέχρι την υποστήριξή τους από συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρών. Η καθυστερημένη υποστήριξή τους σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα [24]. Οι λίστες αναμονής παρουσιάζονται και στα υπόλοιπα συστήματα τύπου Beveridge [2]. Ο χρόνος αναμονής μπορεί να περιοριστεί με την καλή αξιοποίηση των γενικών ιατρών και των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών, όπως έγινε στη Γερμανία με καλά αποτελέσματα [66], [67].

Επιπλέον, η μακροχρόνια αναμονή ωθεί σε πολλές περιπτώσεις τους Κύπριους ασθενείς στην εξεύρεση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, καταβάλλοντας και το σχετικό κόστος το οποίο δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά όλος ο πληθυσμός. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι λίστες αναμονής συμβάλλουν και στην άνθηση της παραοικονομίας καθώς αρκετοί πολίτες δίνουν παράνομα διάφορα «δώρα»⁶⁷ στο

⁶⁷ Το γνωστό «φακελάκι»

προσωπικό του νοσοκομείου, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση της θέσης τους στον κατάλογο [24]. Παρόμοιο πρόβλημα παρουσιάζεται και στο Ε.Σ.Υ. της Ελλάδας [2]. Για την αντιμετώπιση αυτών, χρειάζεται πρόσληψη νέου προσωπικού και η εφαρμογή ισχυρών νόμων που να αποτελούν αποτρεπτικό παράγοντα για την εκτέλεση παράνομων πράξεων [112].

Επίσης, το πρόβλημα των λιστών αναμονής διογκώνεται με τη μείωση της αναλογίας πολίτες προς νοσοκομειακές κλίνες καθώς και με τον περιορισμένο αριθμό ιατρών σε κάποιες ειδικότητες, ειδικά στα αγροτικά ιατρικά κέντρα [119]. Η εισαγωγή ιατρών από το εξωτερικό μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του προβλήματος όπως αποδείχθηκε στις περιπτώσεις του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας και της Σουηδίας [58], [66], [72]. Σε μείωση του φαινομένου μπορεί να οδηγήσει και η αποστολή πολύ εξειδικευμένων περιστατικών στο εξωτερικό, όπως γίνεται στη Μάλτα [97]. Εξάλλου, λύσεις μπορούν να προσφέρουν και οι τεχνολογίες της Τηλεϊατρικής [72], [75].

6.7. Ελλείψεις προμηθειών

Ο περιορισμός του ύψους των δαπανών που αφορούν θέματα υγείας σε συνδυασμό με την κακοδιαχείριση των οικονομικών πόρων στην Κύπρο προκαλούν σε αρκετές περιπτώσεις ελλείψεις προμηθειών και φαρμάκων. Όπως έχει σημειωθεί, η κακοδιαχείριση οφείλεται στην απουσία Ο.Π.Σ.Υ., το οποίο μπορεί να διατηρεί αρχείο για το σύνολο των πράξεων που σχετίζονται με τις προμήθειες του νοσοκομείου [37]. Η μείωση των δαπανών για θέματα υγείας και στην Ελλάδα προκαλεί τα ίδια προβλήματα [84]. Ελλείψεις φαρμάκων εμφανίζονται στη Μάλτα παρά το ότι εφαρμόζονται σύγχρονες τεχνολογίες ηλεκτρονικής υγείας. Οι ελλείψεις οφείλονται στο ότι η Μάλτα είναι ένα μικρό νησιωτικό κρατίδιο όπου πολλές φορές καθυστερεί η παραλαβή των εισαγόμενων φαρμακευτικών προϊόντων [97], [120]. Η λύση στο πρόβλημα αυτό είναι η καλύτερη κατανομή των οικονομικών πόρων, δηλαδή σύμφωνα με τις ανάγκες και η έγκαιρη αποστολή των παραγγελιών προς τους προμηθευτές. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή ενός Ο.Π.Σ.Υ. [50].

6.8. Διασυνοριακή Περίθαλψη

Όλα τα κράτη που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη έχουν υιοθετήσει την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2011/24/ΕΕ [36]. Πέραν από αυτό, κάποια κράτη συμμετέχουν και σε διάφορα ξεχωριστά προγράμματα όπως το eρSOS [100] καθώς και σε διάφορα προγράμματα Τηλεϊατρικής [75]. Η Κύπρος λόγω της έλλειψης ενός Ο.Π.Σ.Υ. συμμετέχει μόνο σε ορισμένα διεθνή προγράμματα Τηλεϊατρικής [45]. Η ολοκλήρωση της σύνδεσης όλων των νοσοκομείων μπορεί να επιτρέψει την συμμετοχή της Κύπρου σε περισσότερα διεθνή προγράμματα, όπως έγινε και στα κράτη που συμμετέχουν στο πρόγραμμα eρSOS [100].

6.9. Ενημέρωση του κοινού

Δεδομένης της σημασίας της πρόληψης για την υγεία του πληθυσμού, είναι αναγκαία η σωστή ενημέρωση του λαού για θέματα υγείας που τον απασχολούν. Στην Κύπρο δίνεται έμφαση στην ενημέρωση του πληθυσμού με τη συμμετοχή και άλλων οργανισμών πέραν του Υπουργείου Υγείας [24]. Γενικά, η πρόληψη εντάσσεται στους στόχους του συνόλου των συστημάτων υγείας των κρατών, με εξαίρεση τα κράτη που λειτουργούν στα πλαίσια του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας [2].

Στην Κύπρο, η δυσπιστία του κοινού διογκώνεται από το γεγονός ότι όλες οι μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με το ΓΕΣΥ, ασχολούνται καθαρά με το οικονομικό σκέλος, χωρίς να καθορίζεται το που θα κατανεμηθούν τα ποσά αυτά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες να μην γνωρίζουν τι είδους υπηρεσίες θα μπορούν να λαμβάνουν από το νέο μοντέλο [1], [47], [50], [52], [54].

6.10. Νομοθεσία

Στην Κύπρο σήμερα υπάρχουν νόμοι οι οποίοι προνοούν τη μετεξέλιξη του συστήματος υγείας και καθορίζουν τον τρόπο λειτουργίας του νέου ΓΕΣΥ [54]. Παράλληλα, υιοθετούνται όλοι οι ευρωπαϊκοί νόμοι και οδηγίες που αφορούν την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και τα θέματα υγείας [24]. Η ύπαρξη ισχυρής νομοθεσίας αυξάνει τον βαθμό εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα υγείας, όπως φαίνεται στην περίπτωση της Σουηδίας [72], και μπορεί να διασφαλίζει το δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν τον γιατρό της αρεσκείας τους, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου [58].

Εφόσον η νομοθεσία καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των πολιτών έναντι του συστήματος υγείας, είναι αναγκαία η σωστή ενημέρωση του κοινού γι' αυτά. Προς αυτή την κατεύθυνση κινούνται η Γερμανία, η Σουηδία και η Μάλτα [64], [72], [97]. Αντίθετα, στην Κύπρο και στο Ηνωμένο Βασίλειο η ενημέρωση του πληθυσμού για την νομοθεσία είναι ανεπαρκής [24], [58]. Συνεπώς, με τη μετάβαση της Κύπρου στο νέο ΓΕΣΥ θα πρέπει να υπάρξει και η σχετική ενημέρωση του λαού για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του [24].

Κεφάλαιο 7

Σχόλια και Προτάσεις

Με βάση τα στοιχεία που αναλύονται σε προηγούμενα κεφάλαια και με δεδομένη την ανάγκη το νέο ΓΕΣΥ να είναι αποδοτικότερο, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Η αναδιάρθρωση στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων μπορεί να επιτευχθεί με την αυτονόμηση όλων των δημόσιων νοσοκομείων.
2. Η εφαρμογή του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας σε όλη την επικράτεια του νησιού θα συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία του τομέα της υγείας στην Κύπρο.
3. Η αξιοποίηση των τεχνολογιών της ηλεκτρονικής υγείας θα αναβαθμίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.
4. Η δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για το σύνολο του πληθυσμού με το ταυτόχρονο δικαίωμα για απομακρυσμένη πρόσβαση, θα παρέχει καλύτερη υποστήριξη στο σύνολο των ασθενών.
5. Η στελέχωση των νοσοκομείων θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες, έτσι ώστε να είναι πιο λειτουργικά και πιο αποδοτικά.
6. Η αξιοποίηση των τεχνολογιών της Τηλεϊατρικής θα περιορίσει κάποια προβλήματα που παρουσιάζονται (π.χ. λίστες αναμονής).
7. Η καλύτερη οργάνωση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας θα περιορίσει το κόστος υπηρεσιών και ταυτόχρονα θα συμβάλει στην ενίσχυση της γενικής κατάστασης υγείας του πληθυσμού.
8. Η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας απαιτεί την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο εγχείρημα.
9. Θα πρέπει να γίνεται σωστή κατανομή των δαπανών για θέματα που αφορούν την υγεία και, στη συνέχεια, να ενημερώνεται σχετικά και το κοινό.
10. Ένα πολυασφαλιστικό μοντέλο, το οποίο θα επιτρέπει την επιλογή των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, θα μπορεί να περιορίσει σε μεγαλύτερο βαθμό, προβλήματα που θα κληρονομηθούν από το υφιστάμενο σύστημα υγείας.
11. Η ύπαρξη αυστηρής και ξεκάθαρης νομοθεσίας θα ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας, για την επιτυχία του νέου μοντέλου.
12. Η ενημέρωση του κοινού για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του έναντι του συστήματος είναι αυτό που θα εξασφαλίσει την υποστήριξή του και, ταυτόχρονα, θα επιφέρει και τη συμβολή του ίδιου του κοινού στην επιτυχία του συστήματος.

Τέλος, το σημαντικότερο στοιχείο που απαιτείται για την εφαρμογή και τη σωστή λειτουργία του ΓΕΣΥ, είναι η πολιτική βούληση και η τοποθέτηση του κοινού συμφέροντος πάνω από οποιαδήποτε προσωπικά συμφέροντα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι – ΟΔΗΓΙΑ 2011/24/ΕΕ

Οι στόχοι της Οδηγίας είναι:

- Η παροχή αξιόπιστων πληροφοριών στους ασθενείς για την άσκηση των δικαιωμάτων τους για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και για τις αποζημιώσεις που προβλέπονται.
- Η παροχή πληροφοριών σχετικά με την ασφάλεια και την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν.
- Η διασφάλιση της συνεργασίας των κρατών μελών για καλύτερη διασυνοριακή περίθαλψη.

Οι κύριες πρόνοιες της Οδηγίας είναι:

- Η δημιουργία ενός Εθνικού Φορέα, ο οποίος θα αναλάβει την σωστή ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.
- Ο καθορισμός των υπηρεσιών και τα κριτήρια έγκρισής τους από τους αρμόδιους φορείς.
- Έκδοση ξεκάθαρων οδηγιών για τις διοικητικές διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται ανά περίπτωση.
- Ο καθορισμός κριτηρίων για τους δικαιούχους διασυνοριακής περίθαλψης.
- Δημιουργία μηχανισμών που να επιτρέπουν τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών για την καλύτερη αντιμετώπιση σπάνιων παθήσεων.
- Δημιουργία μηχανισμών για την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και χρήσιμων επιδημιολογικών δεδομένων μεταξύ των κρατών μελών [36].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ – Action Plan 2012-2020

Για την έκδοση των στόχων της Ε.Ε. για τα επόμενα χρόνια λήφθηκε υπ' όψιν η παγκόσμια οικονομική κρίση που κτύπησε τα ευρωπαϊκά κράτη καθώς επίσης και η μεγάλη αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ανθρώπων που κατοικούν στην Ε.Ε.. Επιπλέον, έμφαση δόθηκε και στην αλλαγή των δημογραφικών δεδομένων λόγω της μετανάστευσης [121].

Στόχος της Ε.Ε. είναι η εκμετάλλευση των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας για την αξιοποίηση όλων των ανωτέρω. Με την εκμετάλλευση της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να γίνει κατορθωτή:

- ✓ Η βελτίωση της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών και πολλαπλών ταυτόχρονων ασθενειών.
- ✓ Η ανάπτυξη αποτελεσματικών πρακτικών για θέματα πρόληψης.
- ✓ Αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Η ενδυνάμωση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Η προώθηση της Διασυννοριακής Περίθαλψης.
- ✓ Η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Η βελτίωση των νόμων που αφορούν την ηλεκτρονική υγεία [121].

Η Ε.Ε. αναγνωρίζει ότι για την εκπλήρωση των στόχων απαιτείται η εφαρμογή νομοθετικού πλαισίου που να προστατεύει και να ενισχύει τα συστήματα ηλεκτρονικής υγείας [121].

Για την ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων, απαιτείται η υποστήριξη της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας με σκοπό την αξιοποίηση των καταλληλότερων εργαλείων και υπηρεσιών. Η έρευνα μπορεί να βοηθήσει στη σωστή εφαρμογή και αξιοποίησή τους [122].

Στόχος της Ε.Ε. είναι η ύπαρξη διαλειτουργικότητας η οποία είναι αναγκαία για την κατάλληλη ανταλλαγή δεδομένων και ενοποίηση των συστημάτων. Γι' αυτό, επιβάλλεται η χρήση των ίδιων προτύπων και κωδικοποιήσεων. Προς αυτή την κατεύθυνση ιδρύθηκε το Δίκτυο Ηλεκτρονικής Υγείας⁶⁸ το οποίο έχει ως αποστολή να δίνει κατευθυντήριες γραμμές για τη διασφάλιση της απρόσκοπτης λειτουργίας της Διασυννοριακής Περίθαλψης [121].

⁶⁸ eHealth Network

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ – Αντιδράσεις «Παικτών» για ΓΕΣΥ

Ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.), σύμφωνα με τις ανακοινώσεις του είναι υπέρμαχος της μετεξέλιξης του Συστήματος Υγείας και, γι' αυτό, συμμετέχει στον διάλογο για το ΓΕΣΥ. Όμως, διαφωνεί με τον υφιστάμενο σχεδιασμό που έγινε, καθώς ισχυρίζεται ότι δεν λήφθηκε καθόλου υπ' όψιν η εμπειρία και η γνώση που υπάρχει από χώρες που εφάρμοσαν ανάλογο σύστημα υγείας. Με αυτό θεωρεί πως δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν προβλήματα που προκλήθηκαν στα κράτη αυτά. Ο Π.Ι.Σ. προχώρησε σε δικές του μελέτες διορίζοντας ελεγκτικά γραφεία [123]. Θέση του Π.Ι.Σ. είναι ότι ο δημόσιος τομέας θα πρέπει να αποτελεί τον βασικό υποστηρικτή του ΓΕΣΥ και, γι' αυτό, απαιτείται η αναβάθμιση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Υποστηρίζει, έτσι, ότι αυτή η βελτίωση θα πρέπει να προηγηθεί της πλήρους εφαρμογής του συστήματος [124]. Παρ' όλ' αυτά, ο Π.Ι.Σ. χαιρέτισε την ψήφιση του Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου του 2017, αν και εξέφρασε την απορία σχετικά με το ύψος της αμοιβής των μελών του για τις υπηρεσίες που θα προσφέρουν [125].

Η Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών (ΠΑ.ΣΥ.Κ.Ι.) τάσσεται υπέρ της εφαρμογής ενός συστήματος υγείας το οποίο θα είναι βιώσιμο και θα αναβαθμίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, επιζητεί τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των μελών του. Θέση της ΠΑ.ΣΥ.Κ.Ι. είναι ότι η αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων δεν θα πρέπει να προηγηθεί της πλήρους εφαρμογής του ΓΕΣΥ και ότι τα δημόσια νοσηλευτήρια θα πρέπει να συνεχίσουν να υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας [126]. Ο νέος νόμος ικανοποίησε τα πλείστα αιτήματα των κυβερνητικών ιατρών [54].

Η Παγκύπρια Συντεχνία Νοσηλευτών (ΠΑ.ΣΥ.ΝΟ.) στηρίζει τη μετεξέλιξη του συστήματος υγείας στην Κύπρο, καθώς ισχυρίζεται ότι σήμερα οι συνθήκες που αντιμετωπίζει ο κλάδος των νοσηλευτών έχουν επιδεινωθεί. Επιθυμεί το νέο ΓΕΣΥ να κατοχυρώνει όλα τους τα δικαιώματα και να εξασφαλίζει ιδανικές συνθήκες εργασίας για τους νοσηλευτές. Παράλληλα, οι νοσηλευτές απαιτούν όπως υπάρχει εκπρόσωπός τους στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ.) καθώς και στα Διοικητικά Συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, για προώθηση των θέσεών τους. Αιτήματα τους είναι, επίσης, το ΓΕΣΥ να αναγνωρίσει τους τίτλους σπουδών τους και να τους παρέχει ωφελήματα σύμφωνα με αυτόν. Τέλος, ζητούν την ύπαρξη μηχανισμού ελέγχου της απόδοσής τους και πρόνοια για την διά βίου εκπαίδευσή τους [127].

Η Ομοσπονδία Εργοδοτών και Βιομηχάνων (Ο.Ε.Β.) στηρίζει τις προσπάθειες για νέο ΓΕΣΥ με την προοπτική να είναι βιώσιμο και λειτουργικό. Επιπλέον, θεωρεί ότι οι κινήσεις για την αυτονόμηση των νοσοκομείων είναι ανεπαρκείς, για να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Παράλληλα, η Ο.Ε.Β. υποστηρίζει ότι οι οικονομικές μελέτες που έγιναν δεν είναι ολοκληρωμένες και απαιτούν την προσθήκη νέων δεδομένων, ενώ τονίζει και την απουσία μελέτης που να δείχνει τις πιθανές

συνέπειες του νέου ΓΕΣΥ στο σύνολο της οικονομίας της χώρας. Η Ο.Ε.Β. θεωρεί ότι για την καλύτερη εφαρμογή του ΓΕΣΥ είναι αναγκαία η πλήρης αυτονόμηση των νοσοκομείων και η ένταξή τους σε πλαίσια υγιούς ανταγωνισμού και η καλή επικοινωνία/συνεργασία μεταξύ των δημοσίων και των ιδιωτών. Θέση της Ο.Ε.Β. είναι η διατήρηση του δικαιώματος για επιλογή του ασφαλιστικού ταμείου (π.χ. συντεχνιακό ή ιδιωτική ασφάλιση) από τους ίδιους τους ασθενείς. Το ίδιο δικαίωμα θα πρέπει να δίνεται και στους εργοδότες οι οποίοι θα μπορούν να προσφέρουν νοσηλευτική περίθαλψη στο προσωπικό τους. Ο Ο.Ε.Β. ζητά οι εισφορές προς τον Ο.Α.Υ. να γίνονται μετά την ολοκλήρωση της οικονομικής μελέτης που θα καθορίζει τις οικονομικές ανάγκες και την κατάλληλη διοικητική οργάνωση του συστήματος [128]. Η διοίκηση του Ο.Ε.Β. χαιρέτισε την ψήφιση του νέου Νόμου του 2017, αλλά επανέλαβε τις ανησυχίες της και τη θέση της για το χρονικό σημείο κατά το οποίο πρέπει να αρχίζουν οι εισφορές [129].

Η Παγκύπρια Ομοσπονδία Συνδέσμων Πασχόντων και Φίλων (Π.Ο.Σ.Π.Φ.) υποστηρίζει ότι είναι αναγκαία η μετάβαση στο νέο ΓΕΣΥ το συντομότερο πιέζοντας έντονα προς αυτή την κατεύθυνση. Η Π.Ο.Σ.Π.Φ. απαιτεί όπως συμμετάσχει μαζί με τις υπόλοιπες οργανώσεις στον διάλογο για τη μετεξέλιξη του συστήματος υγείας. Θεωρεί ότι πρέπει να κλείνουν οι εκκρεμότητες στα διάφορα θέματα πολύ σύντομα, διότι δεν πρέπει να συνεχίσουν οι υπάρχουσες συνθήκες στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, υποστηρίζει ότι η τελική μορφή του συστήματος έχει ολοκληρωθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό και η μετατροπή του σε πολυασφαλιστικό θα αποτελεί πισωγύρισμα, καθώς όλες οι μελέτες έγιναν στη βάση ενός μονοασφαλιστικού μοντέλου [130]. Ο νέος Νόμος ικανοποιεί πλήρως τα αιτήματα της Π.Ο.Σ.Π.Φ. [54].

Παράλληλα, την ψήφιση του νέου Νόμου χαιρέτισε και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) με επιστολή της προς τον Κύπριο Υπουργό Υγείας. Η W.H.O. θεωρεί ότι η μετεξέλιξη του συστήματος υγείας θα θέσει στερεές βάσεις για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες [129].

Τα κοινοβουλευτικά κόμματα της Κύπρου υπερψήφισαν τον νέο Νόμο που αφορά το ΓΕΣΥ, παρά τις επιφυλάξεις που εξέφρασαν κατά την διάρκεια της συνεδρία της Βουλής και τις δηλώσεις τους που ακολούθησαν το ψήφισμα [129].

Βιβλιογραφία

- [1] Κ. Κωνσταντίνου, Η Αυτονόμηση των Νοσοκομείων της Κύπρου και η Αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας, Καλαμάτα: Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, 2007.
- [2] Μ. Χλέτσος, Η Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες Τάσεις και Πολιτικές, Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, α.η.
- [3] J. van der Zee και M. Kroneman, «Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs» 26 Ιουνίου 2007. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://download.springer.com/static/pdf/91/art%253A10.1186%252F1472-6963-7-94.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-7-94&token2=exp=1497515396~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F91%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-.> [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [4] B.B.C., «B.B.C. History,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/bismarck_otto_von.shtml. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [5] Μ. Καλογεροπούλου και Π. Μουρδουκούτας, Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα, Χρηματοδότηση, Αγορά, Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007.
- [6] B.B.C., «B.B.C. History,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [7] Α. Κοντόπουλος, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο, ως επιτακτική ανάγκη επιτυχίας του ΓΕΣΥ, Λευκωσία: Frederick University, 2009.
- [8] Ά. Τσεκούρα, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας, η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων προστασίας της Υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, 2003.
- [9] Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας, Αθήνα: Ι.Κ.Α., 2011.
- [10] Δ. Ηλιοπούλου, Δ. Κουτσούρης και Σ. Σπύρου, ΠΥΣ610 e-Health: Πληροφοριακά Συστήματα & Συστήματα Υγείας, Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2014.
- [11] Σ. Κίτσιου, Πληροφοριακά Συστήματα Ηλεκτρονικού Επιχειρείν: Μοντέλο Αξιολόγησης Βαθμού Υιοθέτησης και Εξέλιξης των Πληροφοριακών Συστημάτων και των νέων Τεχνολογιών Πληροφορικής στο χώρο της Υγείας, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2010.
- [12] Ρ. Σάββα, «SlidePlayer,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://slideplayer.gr/slide/1968223/>. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [13] Χ. Σχίζας, Interviewee, Η Ηλεκτρονική Υγεία είναι μονόδρομος. [Συνέντευξη]. 22 Οκτώβριος 2012.
- [14] Τ. Μπότσης και Σ. Χαλκιώτης, Πληροφορική Υγείας: Η εφαρμογή της Πληροφορικής στο χώρο της Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Δίαυλος, 2005.

- [15] «Saprock,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.saprock.com/HMS.html>. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [16] Μ. Λεβεντοπούλου, Συστήματα της Πληροφορικής σε Θέματα Υγείας, Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών, 2012.
- [17] «DocMed,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.docmed.gr/skontafti-sto-iatriko-aporrito-o-ilektronikos-fakelos-tou-astheni/>. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [18] «Pharmatutor,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.pharmatutor.org/articles/modern-method-prescribing-drug-help-electronic-systems-prescription>. [Πρόσβαση 15 Ιουνίος 2017].
- [19] Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση για την Τηλεϊατρική, πρὸς ὄφελος των ασθενών, των συστημάτων υγείας και της κοινωνίας,» Ευρωπαϊκή Ένωση, Βρυξέλλες, 2008.
- [20] Π. Αγγελίδης, Ιατρική Πληροφορική, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σοφία, 2011.
- [21] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/cyprus_el. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [22] Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, Κύπρος: Ακόμη υπό κατοχή, ακόμη διαιρεμένη, Λευκωσία: Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, 2016.
- [23] Στατιστική Υπηρεσία, «Απογραφή Πληθυσμού 2011,» Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία, 2015.
- [24] Μ. Theodorou, C. Charalambous, C. Petrou και J. Cylus, Health Systems in Transition - Cyprus Health System Review, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.
- [25] Στατιστική Υπηρεσία, «Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας 2013,» Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία, 2016.
- [26] Στατιστική Υπηρεσία, «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2014,» Τυπογραφείο της Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, 2016.
- [27] Στατιστική Υπηρεσία, «Η Κύπρος σε αριθμούς,» Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, Λευκωσία, 2016.
- [28] Κ. Κασινίδου, «Εφημερίδα ο Φιλελεύθερος,» 13 Απρίλιος 2014. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://archive.philenews.com/el-gr/top-stories/885/194480/akrivoplironoun-kai-tin-ygeia-tous-oi-kyprioi>. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [29] «Eurostat,» 26 Απρίλιος 2017. [Ηλεκτρονικό]. Available: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_ci_ifp_fu&lang=en. [Πρόσβαση 23 Ιούνιος 2017].
- [30] Eurostat, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdec100&plugin=1>. [Πρόσβαση 15 Ιούνιος 2017].
- [31] Eurostat, «January 2017: Euro area unemployment at 9,6%,» Bruxelles, Eurostat Press Office, 2017.

- [32] Υπουργείο Υγείας, «Στρατηγικό Σχέδιο Υγείας 2016-2018,» Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, 2015.
- [33] Σύνδεσμος Ασφαλιστικών Εταιρειών Κύπρου, «Επίσημα Στατιστικά Αποτελέσματα 2016,» Σύνδεσμος Ασφαλιστικών Εταιρειών Κύπρου, Λευκωσία, 2017.
- [34] Σ. Μάτσης, «Μελέτη Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας,» Λευκωσία, 2008.
- [35] Μ. Θεοδώρου, Interviewee, *Οικονομική Κρίση και Υγεία*. [Συνέντευξη]. 19 Δεκεμβρίου 2013.
- [36] Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, Βρυξέλλες: Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2011.
- [37] Γ. Παναγιώτου, Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο, Καλαμάτα: Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, 2006.
- [38] Π. Χατζηνικολάου, Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος - Διαλειτουργικότητα, Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2014.
- [39] Φ. Πατσαλής, Interviewee, *Ηλεκτρονική Υγεία τώρα και στην Κύπρο*. [Συνέντευξη]. 25 Αύγουστος 2014.
- [40] «Practo,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://blog.practo.com/wp-content/uploads/2014/09/Electronic-Health-Record.png>. [Πρόσβαση 23 Ιούνιος 2017].
- [41] Α. Κοντόπουλος , Χ. Πατάτας και Μ. Γενακρίτης, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, Λευκωσία, 2010.
- [42] Healthware, «D9.2-6 - Healthware Final Publishable Report,» Healthware, Cannes, 2008.
- [43] «Research Gate,» [Ηλεκτρονικό]. Available: https://www.researchgate.net/figure/10804811_fig10_Telemedicine-network-Cyprus. [Πρόσβαση 23 Ιούνιος 2017].
- [44] Κλινική Εντατικής Θεραπείας Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, «ΤηλεΑποκατάσταση,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.intensivcare.com.cy/telerehabilitation/index.php/el/>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [45] Κλινική Εντατικής Θεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, «Τηλεπρομηθείας,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.intensivcare.com.cy/teleprometheus/> . [Πρόσβαση 19 Ιούνιος 2017].
- [46] Στατιστική Υπηρεσία, «Στατιστικές Τουρισμού 2015,» Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, 2017.
- [47] Κυπριακή Δημοκρατία, «Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται από τον Δημόσιο Τομέα,» *Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας*, αρ. 5728, pp. 4849-4855, 2012.

- [48] Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.hio.org.cy/gr/mission.html>. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [49] Χ. Ντζανή, «ΓεΣΥ: Η επόμενη μέρα,» *Πολίτης*, αρ. 6542, π. 5, 2017.
- [50] Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, «Πρόταση για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ,» Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Λευκωσία, 2012.
- [51] Παγκύπριος Δικηγορικός Σύλλογος, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2001_1_89/full.html. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [52] Mercer, «Actuarial study of Cyprus National Health Expenditure and National Health System, » Mercer, London, 2013.
- [53] Μ. Λοΐζου, «Δημοσκοπήση: ΓεΣΥ άγνοιας και απαισιοδοξίας,» *Η Σημερινή*, αρ. 14883, pp. 12-13, 2017.
- [54] Κυπριακή Βουλή, «Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2017,» Τυπογραφείο της Κυπριακής Δημοκρατίας, Λευκωσία, 2017.
- [55] M.Gabel, «Encyclopaedia Britannica,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.britannica.com/topic/European-Community-European-economic-association>. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [56] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/unitedkingdom_el. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [57] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.consilium.europa.eu/el/policies/eu-uk-after-referendum/>. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [58] J. Cylus, E. Richardson, L. Findley, M. Longley, C. O' Neill και D. Steel, *Health Systems in Transition – United Kingdom Health System Review*, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
- [59] Σ. Νιάρχου, *Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας*, Καλαμάτα: Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, 2009
- [60] Μ. Κιουρτζόγλου, *Συγκριτική Αξιολόγηση Συστημάτων Υγείας Γερμανίας και Ηνωμένου Βασιλείου*, Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2014.
- [61] NHS, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.nhshistory/net/a_guide_to_the_nhs.htm [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [62] Department of Health, *The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems*, London: National Audit Office, 2011.
- [63] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/germany_el. [Πρόσβαση 16 Ιουνίου 2017].
- [64] R. Busse και M. Blumel, *Health Systems in Transition – Germany Health System Review*, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.

- [65] G20, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.g20.org/Webs/G20/EN/G20/FAQs/faq.html>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [66] K. Obermann, P. Muller, H.-H. Muller, B. Schmidt και B. Glanziski, Understanding the German Health Care System, Mannheim: MIPH.
- [67] E. Bidgood και E. Clarke, Healthcare Systems: Germany, Civitas, 2013.
- [68] E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn και D. Sarnak, 2015: International Profiles of Health Care Systems, New York: Commonwealth Fund, 2016.
- [69] Γ. Τούντας, «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών,» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, pp. 76-87, 2002.
- [70] K. Stroetmann, J. Artmann και S. Giest, «Country Brief: Germany, eHealth Strategies,» European Commission, Brusseles, 2010.
- [71] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/sweden_el. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [72] A. Anell, A. Glengard και S. Merkur, Health Systems in Transition – Sweden Health System Review, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.
- [73] G. Dahlgren, «Why Public Health Services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden,» International Journal of Health Services, pp. 507-524, 1 Ιούλιος 2014.
- [74] Swedish e-Health Agency, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.ehalsomyndigheten.se>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [75] Sundhed, [Ηλεκτρονικό]. Available: https://www.sundhed.dk/content/cms/24/4224_it-brings-the-danish-health-sector-together.pdf. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [76] «John Gill Technology,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.johngilltech.com/cost219ter/inclusive_future/inclusive_future_ch3.htm. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [77] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/greece_el. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [78] Eurostat, «1 out of every 8 persons in the EU could be 80 or above by 2080,» Eurostat Press Office, Brussels, 2015.
- [79] C.I.A., [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [80] Ελληνική Στατιστική Αρχή, «Έρευνα Εργατικού Δυναμικού,» Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς, 2017.
- [81] «The Press Room,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.thepressroom.gr/oikonomia/elstat-kata-kefalin-aep-stin-ellada-se-eleyftheri>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [82] διαΝΕΟσις, Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016.

- [83] «ΕΛΣΤΑΤ», [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.statistics.gr/el/statistics/publications/SAM07/2011>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [84] C. Economou, Health Systems in Transition – Greece Health System Review, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- [85] Α. Κουνέλη, Οι ΤΠ&Ε στα Ελληνικά Νοσοκομεία, τα Προβλήματα της Εκπαίδευσης και οι Όροι Εφαρμογής τους σε θεωρητικό αλλά και πρακτικό επίπεδο, Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών, 2009.
- [86] Γ. Μπόλλας, Ηλεκτρονική Υγεία: Υφιστάμενη κατάσταση και μελλοντικές εξελίξεις, Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, 2009.
- [87] Η.Δι.Κ.Α., [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.idika.gr/etaireia/erga/hλεκτροnikhsyntagografhsh>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017]
- [88] Ελληνική Δημοκρατία, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘ. 3892, Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων,» Εφημερίδα της Δημοκρατίας, Αθήνα, 2010.
- [89] ΕΟΠΥΥ, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.eopyy.gov.gr/NationalContactPoint/Index?a_Language=el-GR. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [90] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: http://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/estonia_el. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [91] T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet και E. van Ginneken, Health Systems in Transition – Estonia Health System Review, London: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.
- [92] T. Ross, «Overviews of the Estonian Health Care System, » Estonian Health Insurance Fund, 2015.
- [93] T. Lai, T. Habicht και M. Jesse, «Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Estonia, » PLOS Medicine, 22 Σεπτέμβριος 2014.
- [94] Ministry of Social Affairs, «National Health Plans 2009-2020,» Estonian Government, Tallinn, 2008.
- [95] ProeHealth, «Estonian HER Care Study».
- [96] «Ευρωπαϊκή Ένωση,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/malta_el. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [97] N. Azzopardi-Muscat, S. Buttigieg, N. Calleja και S. Merkur, Health Systems in Transition – Malta Health System Review, London: European Observatory on Health System and Policies, 2017.
- [98] «Διεθνές Νομισματικό Ταμείο,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=55&pr.y=11&sy=2015&ey=2017&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=181&s=NGDPRPC&grp=0&a>. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].

- [99] «myHealth Malta,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.myhealth-ng.gov.mt/>. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [100] EpSOS, [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.epsos.eu>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [101] «Eurostat,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/el. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [102] Μ. Φιολάκης, Ο ρόλος της Κοινωνικής Προστασίας στα Πλαίσια μιας Γηράσκουσας Κοινωνίας, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, 2001.
- [103] «NHS Services,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/what-is-social-care.aspx>. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017]
- [104] «Sweden Government,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [105] G. Paat και M. Merilain, «The Long-Term Care System for the Elderly in Estonia,» European Network of Economic, 2010.
- [106] T. Liu, «Nursing Care for Elderly People in Germany and China: A Bilateral Comparison,» Nursing and Care, 29 Σεπτεμβρίου 2014.
- [107] OECD, «OECD,» 2011. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.oecd.org/greece/47877676.pdf>. [Πρόσβαση 17 Ιούνιος 2017].
- [108] Μ. Δημητρίου, Το Σύστημα Υγείας Ηλικιωμένων στην Κύπρο, Καλαμάτα, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, 2010.
- [109] Μ. Παναγή, «ο Φιλελεύθερος,» 19 Σεπτέμβριος 2015. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://archive.philenews.com/el-gr/top-stories/885/277311/fakelos-katarreei-to-systima-ygeias>. [Πρόσβαση 18 Ιουνίου 2017].
- [110] «Legal Malta,» 22 Δεκέμβριος 2015. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.legal-malta.com/health-care-in-malta>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [111] Π. Νεοφύτου, «Η Σημερινή,» 23 Φεβρουάριος 2017. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.sigmalive.com/simerini/news/407930/afantoi-giatroi-kai-nosileftes>. [Πρόσβασης 18 Ιούνιος 2017].
- [112] Φ. Πατσαλής, Interview, Υπουργός Υγείας Κύπρου: "Η κατάσταση είναι δύσκολη αλλά τη διαχειριζόμαστε υπεύθυνα". [Συνέντευξη].
- [113] «The King Fund,» 23 Απρίλιος 2015. [Ηλεκτρονικό]. Available: <https://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/nhs-enters-201516-facing-biggest-challenges-recent-history-warns-kings-fund>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [114] Ν. Πολύζος και Σ. Δρακόπουλος, «Οικονομική αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας,» Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, pp. 121-136, 2008.

- [115] Γ. Κυριόπουλος και Β. Τσιάντου, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη,» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, pp. 834-840, 2010.
- [116] Π. Βάλσαμος, Θέματα Διαλειτουργικότητας και Κωδικοποιήσεων στα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, 2005.
- [117] Sigmalive, «181 καταγγελίες για χαμένους φακέλους στα νοσοκομεία, » 30 Απρίλιος 2014. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.sigmalive.com/news/local/122176/181-kataggelies-gia-xamenous-fakelous-sta-nosokomeia>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [118] Ν. Κυπριανού, «Πρόστιμο 2000 ευρώ για απώλεια Ιατρικού Φακέλου,» 10 Σεπτέμβριος 2015. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://archive.philenews.com/el-gr/koinonia-eidiseis/160/275773/prostimo-2000-gia-apoleia-iatrikou-fakelou>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [119] Μ. Παναγή, «Φιλελεύθερος,» 15 Ιούνιος 2016. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://archive.philenews.com/el-gr/top-stories/885/318221/zitountai-giatroi-epeigontos-gia-ergodotisi-sto-dimosio>. [Πρόσβαση 19 Ιούνιος 2017].
- [120] C. Galea, «Regulating the Policies of Medicine in Small States with Special Reference to the Maltese Islands.» ISLANDS AND SMALL STATES INSTITUTE, Msida, 2017.
- [121] Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Σχέδιο Δράσης 2012-2020, για την ηλεκτρονική υγεία – καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21^ο αιώνα,» Ευρωπαϊκή Ένωση, Βρυξέλλες, 2012.
- [122] World Health Organization, «Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century,» WHO, Paris, 2012.
- [123] «Π.Ι.Σ.,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.cyma.org.cy/el/news/2016-02-17>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [124] «Καθημερινή,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.kathimerini.com.cy/gr/politiki/pis-yper-tis-efarmogis-enos-ortha-meletimenou-gesy>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [125] Σ. Γρηγορίου, «Ο κύβος ερρίφθη,» Αλήθεια, αρ. 15521, p. 3, 2017
- [126] ΚΥΠΕ, «Τv One News,» 30 Μάρτιος 2017. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://tvonenews.com.cy/staoerh-sthn-efarmogh-enos-biwsimou-gesy-paramenei-h-pasyki>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [127] ΠΑΣΥΝΟ, «Θέσεις ΠΑ.ΣΥ.ΝΟ. για την επικείμενη εφαρμογή του ΓεΣΥ και Αυτονόμηση Κρατικών Νοσηλευτηρίων,» ΠΑΣΥΝΟ, Λευκωσία, 2014.
- [128] «Ο.Ε.Β.,» 15 Μάιος 2017. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://www.oeb.org.cy/dimosiografiki-diaskepsi-gia-to-thema-tou-gesy>. [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].
- [129] Μ. Αδάμου, «Η Υγεία της Κύπρου σε νέα εποχή,» Σημερινή, αρ. 14885, p. 13, 2017.
- [130] «Π.Ο.Σ.Π.Φ.,» 7 Απρίλιος 2017. [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://cypatient.org/2017/04/07/%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF>

[%CE%BF-%CF%84%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85-542017-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%AF%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82/](#). [Πρόσβαση 18 Ιούνιος 2017].

- [131] Α. Δοξιάδης, Α. Κατσάπη και Κ. Σουλιώτης, Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2012.
- [132] Α. Μανδάλου, Η Εισαγωγή του Συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών (ΚΕΝ-DRG) στα Ελληνικά Νοσοκομεία: η Διεθνής Εφαρμογή και η Ελληνική Πραγματικότητα, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2013.
- [133] Ευρωπαϊκή Ένωση, [Ηλεκτρονικό]. Available: https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/borders-and-visas/schengen_en. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [134] Ευρωπαϊκή Ένωση, «Eurostat,» [Ηλεκτρονικό]. Available: <http://ec.europa.eu/eurostat/about/overview>. [Πρόσβαση 16 Ιούνιος 2017].
- [135] F.D. Butterfoss, R. Goodman και Α. Wandersman, «Community coalitions for prevention and health,» HEALTH EDUCATION RESEARCH, pp. 315-330, 1993.