

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Διοίκηση Επιχειρήσεων (MBA)***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Ανάλυση υπηρεσιών που παρέχει το Γενικό σύστημα Υγείας στην Κύπρο και η συσχέτισή του με το Γενικό σύστημα Υγείας της Αγγλίας**

**Παναγιώτα Μιχαήλ**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Χρήστος Αλεξάκης**

**Μήνας Έτος**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Επιχειρήσεων**

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Ανάλυση υπηρεσιών που παρέχει το Γενικό σύστημα Υγείας στην Κύπρο και η συσχέτισή του με το Γενικό σύστημα Υγείας της Αγγλίας**

**Όριο Λέξεων: 12595**

**Παναγιώτα Μιχαήλ**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Χρήστος Αλεξάκης**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών  
Στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκησης Επιχειρήσεων  
από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης  
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Μάιος 2022**

ΛΕΥΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

## Περίληψη

Το θέμα της εφαρμογής ενός Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο, απασχόλησε την Κυπριακή Δημοκρατία από το 1980 και ήταν στην επικαιρότητα σχεδόν από την ίδρυση της πολιτείας. Για την ολοκλήρωση της επιλογής, του σχεδιασμού και εισαγωγής ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας έγιναν σχεδόν από όλες τις Κυβερνήσεις, μετακλήσεις εμπειρογνομόνων, ζητήθηκε η βοήθεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O). Το 2001 έγινε η ψήφιση της σχετικής νομοθεσίας «ο περί του Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 (89(I)/2001)» όπου προέβλεπε την ίδρυση και την σύσταση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), καθώς και τον διορισμό του Διοικητικού Συμβουλίου, με την τελευταία τροποποίηση του νόμου να γίνεται το 2017 και την εφαρμογή του το καλοκαίρι του 2019. Από την άλλη το National Health System του Ηνωμένου Βασιλείου, είναι ένα ζηλευτό σύστημα υγείας τόσο ως προς την εφαρμογή του όσο και ως προς τις κατευθυντήριες γραμμές και πρότυπα που εκδίδει. Το 2013 έχουν τύχει κάποιες σημαντικές μεταρρυθμίσεις που στόχο είχαν τον ακόμη πιο αυστηρό έλεγχο. Αδιαμφισβήτητα, η πανδημία COVID-19 έχει επιφέρει αναγκαστικά πολλές αλλαγές στα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Παρόλα αυτά, για την Κύπρο, χωρίς το ΓεΣΥ σίγουρα ο έλεγχος της κατάστασης θα ήταν πολύ δύσκολος.

Στην πιο κάτω έρευνα, μέσω της συστηματικής μεθοδολογίας θα αναλυθεί και θα συγκριθεί το σύστημα υγείας της Κύπρου με την Αγγλία, θα συζητηθούν οι τρόποι με τους οποίους η πανδημία επηρέασε το ΓεΣΥ και τέλος θα αναπτυχθούν τρόποι βελτίωσης του συστήματος υγείας στην Κύπρο. Επί της ουσίας, το ΓεΣΥ πρέπει να αναπτύξει αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές και πρότυπα καθώς και σχέδια δράσης για έκτακτες ανάγκες όπως κάνει και το NHS. Επίσης, εξάγεται το συμπέρασμα ότι πρέπει να συνταχθούν ομάδες ελέγχου έτσι ώστε να γίνονται συστηματικά έλεγχοι με απώτερο σκοπό να προάγεται η ποιότητα της Υγείας. Τέλος, μέσα από την ενιαία πλατφόρμα του ΓεΣΥ μπορούν να αντληθούν σημαντικές πληροφορίες για διάφορες χρόνιες ασθένειες και να βοηθήσουν στην διαχείριση αυτών αλλά και στην ουσιώδη ενημέρωση του ασθενή. Η έρευνα αυτή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση και για περαιτέρω μελέτες έτσι ώστε να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν διάφορα σχέδια δράσης για ένα πιο παραγωγικό ΓεΣΥ.

## Summary

The issue of the implementation of a General Health System in Cyprus, has occupied the Republic of Cyprus since 1980 and has been in the news almost since the establishment of the state. To complete the selection, design and implementation of a General Health Plan, expert studies were made to almost all Governments, with the assistance of the World Health Organization (W.H.O). In 2001, the relevant legislation "The Law on the General Health System 2001 (89 (I) / 2001)" was passed, which provided for the establishment and establishment of the Health Insurance Organization (OAY), as well as the appointment of the Board of Directors, with the latest amendment to the law in 2017 and its implementation in the summer of 2019. On the other hand, the National Health System of the United Kingdom is a well-structured health system both in terms of its implementation and in terms of guidelines and standards which issues. In 2013, there have been some important reforms aimed at even tighter control. Undoubtedly, the COVID-19 pandemic has inevitably brought about many changes in health systems worldwide. Nevertheless, for Cyprus, without the GESY (Cypriot National Health System), it would certainly be very difficult to control the situation.

In the following research, through the systematic methodology, the health system of Cyprus and England will be analyzed and compared, the ways in which the pandemic affected the GESY will be discussed and finally ways of improving the health system in Cyprus will be developed. In essence, the GIS needs to develop strict guidelines and standards as well as contingency plans as the NHS does. It is also concluded that control groups should be set up so that systematic inspections are carried out with the ultimate goal of promoting the quality of Health. Finally, through the unified platform of GESY, important information can be obtained about various chronic diseases and help in their management but also in the essential information of the patient. This research can be used as the begging for further studies in order to design and implement various action plans for a more productive GESY.

## **Ευχαριστίες**

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, κυρίως τους γονείς μου, Εφραίμ και Μαρία, τον σύζυγό μου Κυριάκο για την στήριξη και την κατανόηση τους όλο αυτό το διάστημα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον επόπτη μου, κύριο Χρήστο Αλεξάκη για την άμεση ανταπόκριση στα ερωτήματά μου και την καθοδήγησή του. Τέλος, αυτή την διατριβή την αφιερώνω στον γιο μου, Χρίστο, για όλο τον χρόνο που κάναμε «θυσία» το παιχνίδι για το διάβασμα της μαμάς.

## Contents

1. Εισαγωγή.....	2
2. Βιβλιογραφική επισκόπηση.....	5
2.1 Ιστορικά γεγονότα .....	5
2.2 Το χρονικό των μεταρρυθμίσεων στο Κυπριακό σύστημα υγείας .....	6
2.3 Φάσεις υλοποίησης ΓεΣΥ .....	6
2.4 Εθνικό Σύστημα υγείας- Αγγλία (National Health System-NHS).....	7
2.5 Ποιότητα υπηρεσιών .....	9
Διάγραμμα 1: Παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών .....	9
2.6 Διασφάλιση ποιότητας (QA) ή συνεχής βελτίωση ποιότητας (CQI).....	10
2.7 Σκοποί και Στόχοι της παρούσας μελέτης.....	11
3. Εισαγωγή .....	14
3.1 Φιλοσοφία της Έρευνας.....	14
3.2 Στόχοι Έρευνας.....	15
3.3 Ερευνητική Μέθοδος .....	15
3.4 Ανάπτυξη στρατηγικής αναζήτησης .....	16
3.4.1 Αναζήτηση Ερευνών: Αξιολόγηση και επιλογή μελετών.....	16
3.4.2 Grey literature- Πληροφορίες Εκτός Επίσημης Βιβλιογραφίας .....	17
3.4.3 Κριτήρια επιλεξιμότητας: Καθορισμός των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού .....	18
Πίνακας 1: Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού .....	19
Πίνακας 2: Χρονοδιάγραμμα μελέτης και παρουσίασης αποτελεσμάτων .....	20
3.5 Σχεδιασμός μελέτης.....	21
3.6 Συλλογή Δεδομένων .....	22
3.7 Σύνθεση δεδομένων .....	23
3.8 Ηθική και δεοντολογία.....	24
4. Παρουσίαση αποτελεσμάτων .....	27
4.1 Χαρακτηριστικά μελέτης (PRISMA).....	27
Πίνακας 3: Ανάλυση PRISMA.....	28
4.2 Ποιοτική ανάλυση των μελετών.....	32
4.3 Παρουσίαση και ανάλυση δεδομένων .....	32
4.5 Παρουσίαση δεδομένων .....	33
4.5.1 Ερώτημα 1: Σύγκριση τρόπου λειτουργίας ΓεΣΥ Κύπρου με NHS.....	33
4.5.2 Ερώτημα 2: Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ.....	36

4.5.3 Ερώτημα 3: Τρόποι περεταίρω αξιοποίησης/ βελτίωσης ΓεΣΥ .....	37
5. Ανάλυση .....	39
5.1 Θέμα 1: Δομή και λειτουργία ΓεΣΥ και NHS Ηνωμένου Βασιλείου .....	39
Πίνακας 4: Φάσεις υλοποίησης ΓεΣΥ .....	39
Διάγραμμα 2: Λειτουργία ΓεΣΥ .....	41
Διάγραμμα 3: Δομή NHS Αγγλίας.....	45
5.2 Ερώτημα 2: Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ.....	49
5.3 Θέμα 3ο: Εισηγήσεις για ΓεΣΥ:.....	49
5.4 Εισηγήσεις βελτίωσης.....	51
5.5 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της τρέχουσας έρευνας.....	52
5.6 Επιπρόσθετη μελέτη .....	53
6. Συμπεράσματα .....	55
7. Βιβλιογραφία.....	58
8. Παραρτήματα.....	64
Παράρτημα 1: CASP tool.....	64
Παράρτημα 2: GRADE assessment.....	67
Παράρτημα 3: Αρμοδιότητες ΟΑΥ.....	69
Παράρτημα 4 : Αρμοδιότητες Επιτρόπου Εποπτείας ΓεΣΥ.....	70



ΛΕΥΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

# Κεφάλαιο 1

## Εισαγωγή

## 1. Εισαγωγή

«Γνωρίζουμε ότι τους πρώτους μήνες της εφαρμογής του ΓεΣΥ θα προκύψουν διάφορα προβλήματα, όπως εξάλλου συμβαίνει σε όλες τις μεταρρυθμίσεις αυτού του μεγέθους. Οι δυσκολίες είναι αναμενόμενες και εν μέρει θεμιτές, αφού μέσα από αυτές, θα μπορέσουμε να βελτιώσουμε και να αναβαθμίσουμε το σύστημα προς όφελος των ασθενών μας. Ωστόσο, θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω πως με αποφασιστικότητα, καλή θέληση, υπομονή και επιμονή είμαστε έτοιμοι να επιλύσουμε τα όποια εμπόδια εμφανιστούν, ώστε η υλοποίηση των αλλαγών να προχωρήσει ομαλά και σύμφωνα με τους σχεδιασμούς με γνώμονα το συμφέρον και την καλή υγεία των Κύπριων πολιτών»

Κωνσταντίνος Ιωάννου, τέως ΥΥ, 2019

Η υγεία αποτελεί ένα κυρίαρχο διαχρονικό ζητούμενο για τον άνθρωπο και τις κοινωνίες. Αδιαμφισβήτητα, το Γενικό Σύστημα Υγείας, ήρθε και άλλαξε πολλά στην καθημερινότητά μας. Η Κυπριακή Δημοκρατία ήταν το μοναδικό κράτος στην Ευρωπαϊκή Ένωση το οποίο δεν είχε Γενικό Σύστημα Υγείας. Μετά το «μνημόνιο συναντίληψης» το οποίο υπεγράφη το 2013 εξαιτίας την οικονομικής κρίσης, η Τρόικα επέβαλε την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Στόχος του ΓεΣΥ ήταν και θα είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη μεταχείριση όλων των δικαιούχων, η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η ελεύθερη επιλογή παρόχου υπηρεσιών φροντίδας από τον δικαιούχο και η κοινωνική αλληλεγγύη. Για την επίτευξη των πιο πάνω στόχων οι εμπλεκόμενοι οργανισμοί πρέπει να εφαρμόζουν συστηματικό σχεδιασμό και προγραμματισμό και να προσηλώνονται στην τήρησή του.

Η 16<sup>η</sup> Ιουνίου 2017 ήταν μία ιστορική ημέρα για το ΓεΣΥ αφού είχε ψηφιστεί η σχετική νομοθεσία και τον Ιούλιο του 2019 ξεκίνησε η εφαρμογή του ΓεΣΥ, όπου ακολούθησαν δύο φάσεις, η Φάση Α και η Φάση Β. Κατά την πρώτη φάση υλοποιήθηκε η παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας από προσωπικούς και ειδικούς ιατρούς και η δεύτερη φάση η παροχή ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας. Το πώς διαμορφώθηκαν τελικά οι δύο φάσεις καθώς και η σύσταση του ΓεΣΥ αναλύονται στα επόμενα Κεφάλαια.

Το ΓεΣΥ είχε σχεδιαστεί, μελετηθεί από διάφορους εμπειρογνώμονες, κυρίως του εξωτερικού. Έχουν ξοδευτεί υψηλά χρηματικά ποσά για τις μελέτες προτού συσταθεί το ΓεΣΥ. Σε ένα από τους οργανισμούς που έχει βασιστεί η σχεδιάσή του ήταν το National Health System (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου. Η λειτουργία του NHS χωρίζεται σε τέσσερις περιοχές: το NHS Αγγλίας, το NHS Σκωτίας, το NHS Ουαλίας και το NHS Βορείων Νήσων (Northern Island).

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει «στήσει» ένα δυνατό σύστημα υγείας. Δεν είναι τυχαίο που είναι το κέντρο προσοχής τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ιδρυτής του NHS ήταν ο Ανευρίν Μπέβαν,

πρώην μέλος του Κοινοβουλίου του Ηνωμένου Βασιλείου και Υπουργός Υγείας την τότε εποχή. Η υψηλή θέση που κατείχε στα μάτια του κόσμου το NHS (κάτι που ισχύει μέχρι και σήμερα), αποτέλεσε τον βασικό λόγο της επιτυχίας του. Το NHS είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός με την απορρόφηση του περισσότερου εργατικού δυναμικού στην Αγγλία.

Δυστυχώς, η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει παγκόσμια όλα τα συστήματα υγείας. Για την Κύπρο, όμως, με το ΓεΣΥ αποτράπηκε το χάος, αφού ο θεσμός του Προσωπικού Ιατρού βοήθησε στο να υπάρχει μία τάξη. Σίγουρα, πολλά κράτη βγήκαν εκτός του προγραμματισμένου προϋπολογισμού (αν όχι και όλα) αφού οι αυξημένες νοσηλείες, επέφεραν και υψηλά κόστη. Στην παρακάτω έρευνα, θα αναπτυχθεί το πώς το ΓεΣΥ έχει βοηθήσει στην αντιμετώπιση της πανδημίας καθώς και το πώς η πανδημία έχει επηρεάσει την λειτουργία του συστήματος.

Ένα σύστημα υγείας για να είναι πετυχημένο και να έχει λειτουργικότητα πρέπει να τυγχάνει ελέγχους και μεταρρυθμίσεις όταν κρίνεται απαραίτητο. Είναι γεγονός ότι το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου έχει αρκετές επιτροπές και συστήματα ελέγχου, πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές, τα οποία τηρούνται όλα αυστηρά. Αντίστοιχα, στην Κύπρο, όπως φαίνεται και σε περαιτέρω ανάλυση, καλό είναι να αναπτυχθούν κι άλλες επιτροπές ελέγχου, να αναπτυχθούν κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες όμως πρέπει να τηρούνται αυστηρά.

Στα επόμενα Κεφάλαια, θα συζητηθεί η μεθοδολογία της έρευνας, καθώς και τα ερωτήματα που αναπτύσσονται από τον ερευνητή. Τα ερωτήματα αφορούν την δομή και την λειτουργία του ΓεΣΥ και του NHS, τον τρόπο με τον οποίο επηρέασε η πανδημία το νεοσύστατο σύστημα υγείας της Κύπρου, και τέλος θα συζητηθούν οι τρόποι βελτίωσης του ΓεΣΥ.

# **Κεφάλαιο 2**

## **Βιβλιογραφική Επισκόπηση**

## 2. Βιβλιογραφική επισκόπηση

Η Κύπρος, απολαμβάνει ένα υψηλό επίπεδο υγείας σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Στοιχεία όπως ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας, ο οποίος είναι χαμηλότερος σε σχέση με τον μέσο όρο των 28 χωρών μελών της ΕΕ καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης να είναι υψηλότερο αποδεικνύουν την ποιότητα ζωής στην Κύπρο στο τομέα της υγείας (Κωνσταντίου, Υφαντόπουλος & Υφαντόπουλος, 2020).

### 2.1 Ιστορικά γεγονότα

Η οικονομική κρίση του 2007 επέφερε ένα οικονομικό «shock» το οποίο με τη σειρά του οδήγησε και σε ένα υγειονομικό «shock», αφού υπήρξαν περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, στην αύξηση της ανεργίας, στην μείωση πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας και στην ταυτόχρονη αύξηση της ζήτησης λόγω των αυξημένων υγειονομικών αναγκών (World Health Organization, 2015). Η Κύπρος, για αποφυγή χρεοκοπίας αποτάθηκε στην Τρόικα τον Μάρτιο 2013 υπογράφοντας στο «μνημόνιο συναντίληψης» το οποίο είχε τριετή διάρκεια (2013-2016). Το μνημόνιο αυτό αναφερόταν σε πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής έτσι ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, να υπάρχει ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας και να μειωθούν οι δημόσιες υγειονομικές δαπάνες (Ministry of Finance, 2013). Μεταξύ των άμεσων μεταρρυθμίσεων που είχαν καθοριστεί από την Τρόικα ήταν και η εφαρμογή ενός Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) και η αυτονόμηση των κρατικών υπηρεσιών υγείας. Η Κύπρος συμπλήρωσε με επιτυχία το μακροοικονομικό πρόγραμμα προσαρμογής και εξήλθε από το μνημόνιο τον Μάρτιο 2016.

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ θεωρήθηκε αναγκαία αφού οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας δημιούργησαν ανισότητες στην χρηματοδότηση και στην πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει ανισότητα και καθολική κάλυψης. Συγκεκριμένα, η Κύπρος σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ παρουσιάζει τις χαμηλότερες δαπάνες υγείας που ανέρχονται στο 6,7% ως ποσοστό ΑΕΠ, και τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες (3,83% του ΑΕΠ) (Eurostat, 2020).

Επιπρόσθετα, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, δημιουργούν ένα σημαντικό παράγοντα καθολικότητας της ασφάλισης υγείας και της πρόσβασης των πολιτών προς το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, η ανεκπλήρωτη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη διπλασιάστηκε στην Κύπρο και αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης από 2,8% το 2008 στο 4,7% το 2014. Δυστυχώς, παρατηρείται ότι σε αρκετούς τομείς της δημόσιας υγείας ο κυπριακός πληθυσμός παρουσιάζει αδυναμία, όπως ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής (υψηλά ποσοστά καπνίσματος, τροχαία ατυχήματα, χρήση αλκοόλ, παιδική παχυσαρκία κ.α). Για τον κυπριακό πληθυσμό, τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος και ο καρκίνος είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου.

## 2.2 Το χρονικό των μεταρρυθμίσεων στο Κυπριακό σύστημα υγείας

Πριν από την οικονομική κρίση, υπήρχε το δημόσιο και το ιδιωτικό σύστημα υγείας, τα οποία ήταν ανεξάρτητα. Από τα συστήματα αυτά απουσίαζαν η καθολικότητα, οι αποτελεσματικοί μηχανισμοί αποζημίωσης, παρακολούθησης ελέγχου με αποτέλεσμα να υπάρχουν ανισότητες και αναποτελεσματικότητα στην κατανομή των πόρων υγείας. Ως εκ τούτου, υπήρχε απουσία συνεχόμενης ιατρικής φροντίδας, παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και σπατάλη πόρων (Cylous et al. 2013). Η δημόσια υγεία, τα τελευταία χρόνια παρουσίαζε προβλήματα οργάνωσης και λειτουργικότητας με τις λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις και διαγνωστικές εξετάσεις να αυξάνονται διαρκώς. Επίσης, η απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής στα περισσότερα κρατικά νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας, προκάλεσε αδυναμία συλλογής δεδομένων και πολλές φορές, οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών χάνονταν. Από την άλλη, στον ιδιωτικό τομέα υπήρχε μία υπερπροσφορά των υπηρεσιών, γεγονός που προκάλεσε τη δημιουργία προκλητής ζήτησης και κατ' επέκταση την αύξηση των δαπανών υγείας (Cylous et al. 2013). Δυστυχώς οι μεταρρυθμίσεις που γίνονταν πριν από την οικονομική κρίση ήταν άκαρπες. Παρά την οργάνωση ενεργειών και προγραμμάτων εκσυγχρονισμού, δεν υπήρχαν τα κατάλληλα κίνητρα για την εφαρμογή τους. Η σημαντικότερη προσπάθεια για την μεταρρύθμιση ήταν η ψήφιση του νόμου για την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

## 2.3 Φάσεις υλοποίησης ΓεΣΥ

Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) αποτελεί μία θεμελιώδη μεταρρύθμιση, έχοντας στο επίκεντρο τον ασθενή και την καλύτερη παροχή φροντίδας σε αυτόν. Στόχος του είναι η ποιοτική εξυπηρέτηση του πολίτη, με όσο το δυνατό μεγαλύτερο εύρος παροχών σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και τους διάφορους επαγγελματίες υγείας. Είναι ένα σύστημα υγείας που καλύπτει όλο τον πληθυσμό, ανεξαρτήτως εισοδήματος και κατάστασης υγείας. Προσφέρει ισότιμη πρόσβαση στους δικαιούχους μαζί με την ελεύθερη επιλογή παρόχου.

Η πρώτη φάση υλοποίησης του ΓεΣΥ προνοεί την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Σε αυτή την φάση συμπεριλαμβάνονται οι προσωπικοί ιατροί, οι φαρμακοποιοί και τα κλινικά εργαστήρια. Προσωπικός ιατρός νοούνται οι γιατροί με ειδικότητα στην γενική ιατρική ή παθολογία για δικαιούχους που έχουν συμπληρώσει το 15<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ή ιατροί με ειδικότητα στη γηριατρική για δικαιούχους που έχουν συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, ιατροί με ειδικότητα στην παιδιατρική για δικαιούχους μέχρι την συμπλήρωση του 18<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους.

Η δεύτερη και τελική φάση εφαρμογής του ΓεΣΥ περιλαμβάνει την ενδονοσοκομειακή φροντίδα η οποία έχει εφαρμοστεί από τον Ιούνιο 2020. Σε αυτή την φάση συμπεριλαμβάνονται οι κλινικοί διαιτολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι λογοπαθολόγοι, οι φυσιοθεραπευτές και οι κλινικοί ψυχολόγοι, οι

νοσηλευτές και μαίες, τα Τμήματα Ατυχημάτων & Επειγόντων Περιστατικών, οι υπηρεσίες ασθενοφόρων, οι οδοντίατροι, η ανακουφιστική φροντίδα υγείας και ιατρική αποκατάσταση (ΓεΣΥ, 2018). Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας υγείας στα πλαίσια του ΓεΣΥ παρέχονται από τους ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κλινικούς ψυχολόγους, νοσηλεύτρια και κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας. Τέλος, όσο αφορά τις επισκέψεις κατ' οίκον φροντίδας παρέχονται μόνο από συμβεβλημένους με τον ΟΑΥ νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές.

Σήμερα, στο ΓεΣΥ είναι συμβεβλημένοι 553 προσωπικοί ιατροί ενηλίκων, 196 προσωπικοί ιατροί παιδιών, 1785 ειδικοί ιατροί, 1161 άλλοι επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές και οδοντίατροι, 534 φαρμακεία, 54 νοσηλεύτρια, 147 εργαστήρια, 7 τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) (ΓεΣΥ, 2022).

Για την διαχείριση του ΓεΣΥ έχει συσταθεί ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) με σκοπό την εφαρμογή, την παρακολούθηση και την διαχείριση του Συστήματος ούτως ώστε να προάγεται η κοινωνική αλληλεγγύη, η ισότιμη πρόσβαση και η αποδοτική χρήση των πόρων. Επιπρόσθετος ρόλος του οργανισμού είναι να διαχειρίζεται το Ταμείο. Το συμβούλιο του ΟΑΥ απαρτίζεται από τον πρόεδρο και τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Οικονομικών, δέκα διοριζόμενα μέλη από τα οποία δύο αντιπροσωπεύουν την Κυβέρνηση, τρία αντιπροσωπεύουν τις εργοδοτικές οργανώσεις, ένα τους ασθενείς και ένα τους αυτοτελώς εργαζομένους (ΟΙ ΠΕΡΟΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2001) .

## 2.4 Εθνικό Σύστημα υγείας- Αγγλία (National Health System-NHS)

Το NHS (National Health System) ιδρύθηκε στις 5 Ιουνίου 1948. Από τότε μέχρι σήμερα έχει γίνει το επίκεντρο προσοχής τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού το ενδιαφέρον εστιάζεται εμφανώς στον πολιτικό χαρακτήρα του αγγλικού συστήματος υγείας. Ενώ σε άλλα συστήματα η εμπλοκή των πολιτικών στα θέματα υγείας αποτελούσε ένα μακροχρόνιο ζήτημα, στην Μεγάλη Βρετανία ανέλαβαν τους μοχλούς ηγεσίας ολόκληρου του συστήματος (Webster, 2002). Αυτό όμως ήταν που τους έδινε μία εξαιρετική υπευθυνότητα.

Σύμφωνα με έρευνα που αφορούσε στατιστικά στοιχεία του Ιουλίου 2021, το NHS σήμερα εργοδοτεί 1,346,198 άτομα. Στον αριθμό αυτό συμπεριλαμβάνεται όλο το προσωπικό (ιατροί, επαγγελματίες υγείας, βοηθοί, γραμματειακό προσωπικό, καθαρίστριες, τμήματα μάρκετινγκ) (NHS Digital, 2021).

Αναλυτικότερα, το 2019 καταγράφηκαν τα ακόλουθα στοιχεία για το εργοδοτούμενο προσωπικό του NHS



- 118,281 ιατροί (προσωπικοί ιατροί ενηλίκων)
- 57,394 παιδίατροι ή ιατροί που έχουν ειδικευση σε παιδιατρικά θέματα
- 298,071 νοσηλευτικό προσωπικό
- 22,141 μαιευτικό προσωπικό
- 16,7070 προσωπικό ασθενοφόρων
- 147,729 επιστημονικό, θεραπευτικό και τεχνικό προσωπικό

Βοηθοί των πιο πάνω κατηγοριών:

- 260,029 βοηθοί ιατρών, νοσηλευτών και μαιών
- 22,540 βοηθοί ασθενοφόρων
- 62,679 βοηθοί επιστημονικού, θεραπευτικού και τεχνικού προσωπικού
- 208,651 προσωπικό υποδομής (μάνατζερ, γραμματειακό προσωπικό κ.α)

Όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τα πιο πάνω μόνο λίγο πιο πάνω από το 50% των εργοδοτούμενων αφορά το ιατρικό προσωπικό και τους επαγγελματίες υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότεροι από 187,000 άνθρωποι παρέχουν υπηρεσίες στο NHS αλλά δεν είναι άμεσα εργοδοτούμενοι υπό την αιγίδα αυτού (TheKing'sFund, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας (Allied Health Professions- AHPs) στην Αγγλία αποτελούν το τρίτο μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό του NHS. Το Network Constract DES Additional Roles Reimbursement Scheme παρέχει επιχορήγηση στα προγράμματα πτυχίων των επαγγελματιών υγείας, αφού έχει στόχο να αυξήσει το εργατικό δυναμικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας με επιπρόσθετους 26000 επαγγελματίες υγείας μέχρι 2023/24. Τα πτυχιακά προγράμματα που στοχεύει για επιχορήγηση είναι οι Φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι ποδίατροι, οι διαιτολόγοι και οι παραϊατροί (NHS, 2020). Οι 14 επαγγελματίες υγείας αφορούν: θεραπευτές τέχνης, θεραπευτές μουσικής, θεραπευτές θεάτρου, ποδίατρος, διαιτολόγους, εργοθεραπευτές, οπτικούς, οστεοπαθητικούς, παραϊατρούς, φυσιοθεραπευτές, άτομα για προσθετικά μέλη, ακτινολόγους, λογοθεραπευτές και βοηθούς χειρουργείων. Τα πρώτα τρία συμβάλλουν στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών.

Τέλος, αν και το δυναμικό εργατικό ενισχύεται στο NHS, δεν κατέχει ένα σχετικά ικανοποιημένο ρυθμό έτσι ώστε το NHS να ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις των ασθενών. Για να επιλυθεί αυτό το ζήτημα, απαιτείται συνεχής και συντονισμένη δράση τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο για την καθοδήγηση διαφόρων ζητημάτων όπως είναι ο σχεδιασμός του εργατικού δυναμικού, οι πληρωμές, την εκπαίδευση και την ευεξία του προσωπικού. Σύμφωνα με το Conservative Party Manifest κάποιοι στόχοι έχουν ήδη τεθεί. Μερικοί από αυτοί αποτελούν την εργοδότηση ακόμη 50000

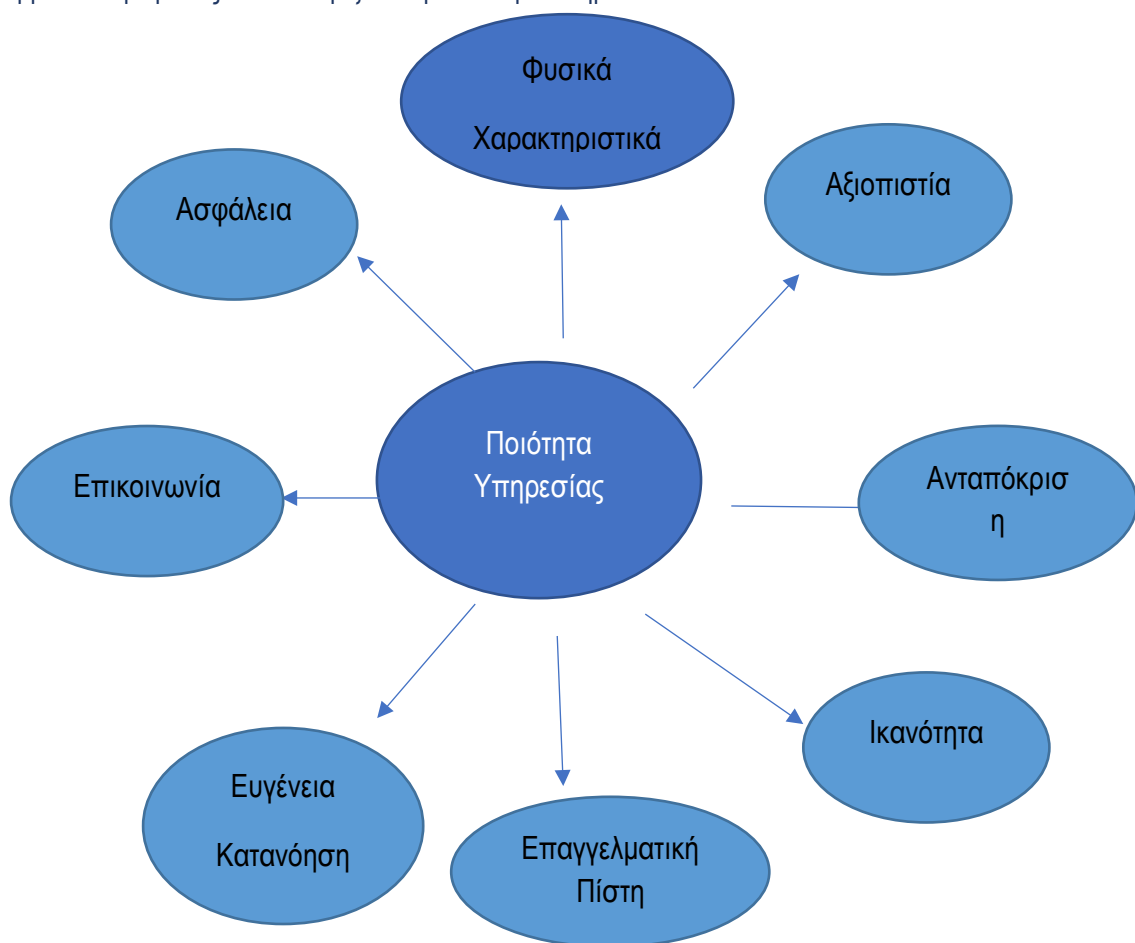
νοσηλευτών μέχρι το 2024/25, την επιχορήγηση διδασκτρων στους φοιτητές νοσηλευτικής, την επιτάχυνση έκδοση βίζας για ξένους ιατρούς, νοσοκόμους και επαγγελματίες υγείας και την επιχορήγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (The Conservative and Unionist Party Manifesto, 2019).

## 2.5 Ποιότητα υπηρεσιών

Το κόστος της κακής ποιότητας στις υπηρεσίες είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ότι στα υλικά προϊόντα, με αποτέλεσμα να γίνονται πιο σημαντική η εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την βελτίωσή τους.

Στο πιο κάτω διάγραμμα φαίνονται οι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των υπηρεσιών:

Διάγραμμα 1: Παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών



Οι Zeithaml et al. (1990) κατέληξαν στο υπόδειγμα SERVQUAL, το οποίο προτείνει τις πιο κάτω 5 διαστάσεις ως βασικούς παράγοντες για την ποιότητα των υπηρεσιών: φυσικό περιβάλλον (tangibility), αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), διασφάλιση (assurance), κατανόηση (empathy).

Τα βασικά στοιχεία τα οποία είναι αντιπροσωπευτικά της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας είναι τα εξής (Παπανικολάου, 2007):

A) εστίαση στον πελάτη, στην περίπτωση της μελέτης, τον ασθενή αφού στόχος είναι η ικανοποίηση του στα αποτελέσματα υγείας ως μέτρα απόδοσης

B) έμφαση στην ανάλυση ολόκληρου του συστήματος

Γ) ανάλυση της λειτουργίας του συστήματος καθοδηγούμενη από δεδομένα

Δ) προσδιορισμός των πολλαπλών αιτιών

Ε) προσδιορισμός ενός συνόλου λύσεων που θα ενισχύουν την επίδοση του συστήματος

Στ) βελτιστοποίηση διαδικασιών ούτως ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των πελατών

Ζ) συνεχής βελτίωση ακόμη και όταν υπάρχει μια ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα

Η) μάθηση του οργανισμού και ως εκ τούτου ενίσχυση της δυναμικότητας του οργανισμού στο να παράγει βελτίωση των διαδικασιών και να καλλιεργεί προσωπική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ΠΟΥ, η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως «το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για την βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού» (Evans et al., 2001)

Οι κύριοι συμμετέχοντες οι οποίοι έχουν το δικαίωμα να αξιολογούν την «ποιότητα» είναι οι χρήστες, οι προμηθευτές φροντίδας, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι πολιτικοί και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

## 2.6 Διασφάλιση ποιότητας (QA) ή συνεχής βελτίωση ποιότητας (CQI)

Αν και μερικές φορές οι πιο πάνω έννοιες συμπίπτουν, η συνεχής βελτίωση ποιότητας στην υγείας δεν ταυτίζεται με την διασφάλιση ποιότητας (Παπανικολάου, 2007).

Όταν αναφερόμαστε στην διασφάλιση ποιότητας (QA)περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την εξάλειψη των ελαττωμάτων. Στην φροντίδα υγείας, αυτά τα ελαττώματα αναφέρονται στους εκτελεστές οι οποίοι διεκπεραιώνουν ένα έργο ή μία υπηρεσία. Ως ελαττώματα μπορούν να συμπεριληφθούν τα ατυχήματα κατά τη λήψη φροντίδας, ιατρικά λάθη και ιατρογενείς ασθένειες (παρενέργειες που προέρχονται από αποδεκτές θεραπείες).

Από την άλλη πλευρά, η συνεχής βελτίωση ποιότητας (CQI), συμπεριλαμβάνει τη σύνδεση με τα βασικά στοιχεία του στρατηγικού σχεδιασμού, ένα συμβούλιο ποιότητας το οποίο αποτελείται από την κορυφαία ηγεσία του ιδρύματος, εκπαίδευση προσωπικού, τους μηχανισμούς για την επιλογή ευκαιριών βελτίωσης καθώς και την δημιουργία ομάδων βελτίωσης διαδικασιών, υποστήριξη του προσωπικού για τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών, και τέλος την παρακίνηση του προσωπικού που κινητοποιούν και υποστηρίζουν την συμμετοχή του προσωπικού στην βελτίωση των διαδικασιών (Evans et al., 2001).

Για να επιτευχθεί η βέλτιστη επίδοση, οι αξίες του οργανισμού με τις αξίες των εργαζομένων στον οργανισμό θα πρέπει να είναι συμπληρωματικές και να ευθυγραμμίζονται έτσι ώστε να ενισχύουν ένα κοινό στόχο ως προς την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη.

Κύριες αξίες, σημαντικές για την καθιέρωση της ποιότητας είναι η ομαδική εργασία, η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός, η έγκαιρη πρόσβαση σε πληροφορίες, η συστηματική προσέγγιση ως προς την επίλυση των διαφόρων προβλημάτων, η οργανωτική και προσωπική δια βίου μάθηση, η εστίαση στον ασθενή και στα αποτελέσματα.

Αναμφίβολα τόσο τα νοσοκομεία όσο και οι εξωτερικοί ιατροί που είναι μέρος ενός συστήματος υγείας, είναι σημαντικοί φορείς αφού παρέχουν φροντίδα έκτακτης ανάγκης, σύνθετη θεραπευτική φροντίδα, η οποία αναλογεί με το δυναμικό ενός οργανισμού και λειτουργεί ως θεραπευτική φροντίδα πρώτης, δεύτερης ή τελευταίας παραπομπής.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στα νοσοκομεία αντιστοιχεί το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών εξόδων υγείας, δηλαδή το 50%-70% των εξόδων φροντίδας υγείας σε όλη την Ευρώπη. Είναι σημαντική η ανάπτυξη στενών δεσμών με συμμάχους την έρευνα των υπηρεσιών υγείας, τη νομοθεσία και τα μέσα ενημέρωσης ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των νοσοκομείων. Τέλος, τα μέσα ενημέρωσης δεν έχουν μικρότερη σημασία, αφού είναι το μέσο με το οποίο λαμβάνει αποφάσεις το κοινό (WHO, 2000).

## 2.7 Σκοποί και Στόχοι της παρούσας μελέτης

Το Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο ενώ είναι σε ισχύ εδώ και τρία χρόνια, έχουν παρουσιαστεί αρκετά προβλήματα, όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής στους ασθενείς, η κατάχρηση τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους γιατρούς, καθώς και η έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην ολιστική αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων.

Το ερευνητικό ζητούμενο αναφέρεται στην σύγκριση του ΓεΣΥ της Κύπρου με το NHS στην Αγγλία, καθώς και το πως έχει επηρεάσει η πανδημία τη λειτουργία του. Αναλυτικά, μέσα από μία **συστηματική έρευνα** θα αναλυθούν τα δεδομένα που υπάρχουν για τα δύο κρατικά συστήματα Υγείας, καθώς και θα συζητηθούν τρόποι επιπρόσθετης αξιοποίησης του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Δηλαδή, θα αναπτυχθούν-αναλυθούν οι πιο κάτω άξονες:

1. Σύγκριση τρόπου λειτουργίας ΓεΣΥ Κύπρου με NHS
2. Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ
3. Τρόποι περεταίρω αξιοποίησης/βελτίωσης του ΓεΣΥ

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα προσφέρουν αυξημένη κατανόηση ως προς την λειτουργία του ΓεΣΥ σε σύγκριση με το NHS με στόχο να αναπτυχθούν εισηγήσεις βελτίωσης της λειτουργίας του έτσι ώστε ο ασθενής να έχει μια πιο ποιοτική και άμεση περίθαλψη.

# **Κεφάλαιο 3**

**Ερευνητική Μεθοδολογία**

### 3. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Sapdford (Suchamolsso, n.d) η μεθοδολογία είναι «μία φιλοσοφική στάση κοσμοθεωρίας που βασίζεται σε ένα συλ έρευνας με σκοπό να εξάγει πληροφορίες». Αδιαμφισβήτητα είναι ένα κομβικό σημείο μίας έρευνας καθώς σε αυτό το κεφάλαιο μέσω της κριτικής σκέψης αναγνωρίζονται και αναλύονται στοιχεία τα οποία θα υλοποιήσουν τους στόχους της μελέτης. Θα ακολουθήσει περιγραφή της μεθοδολογίας που έχει επιλεγεί για την συγκεκριμένη έρευνα και ο λόγος για τον οποίο έχει επιλεγεί η μέθοδος αυτή. Επίσης, θα αναλυθούν και οι στόχοι της έρευνας καθώς και τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Τέλος, θα συζητηθούν η ηθική και δεοντολογία, καθώς και τα θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας.

#### 3.1 Φιλοσοφία της Έρευνας

Για ένα ερευνητικό πρόγραμμα, το να επιτευχθούν οι στόχοι και να εξαχθούν χρήσιμα αποτελέσματα είναι απαραίτητο να τεθεί το κατάλληλο φιλοσοφικό πλαίσιο. Χωρίς αμφιβολία, αυτό είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα αφού στην πραγματικότητα υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της έρευνας, όπως είναι η μεθοδολογία και η φιλοσοφική τριάδα. Την τελευταία απαρτίζουν η οντολογία, η επιστημολογία, και η μεθοδολογία. Σύμφωνα με τους Saunders et al (2012) είναι κρίσιμο για τον ερευνητή να θέσει τη σωστή φιλοσοφία, αφού διαφορετικές φιλοσοφίες περιλαμβάνουν πολλαπλές μεθόδους σε ότι αφορά την συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων. Για αυτό το λόγο η σωστή γνώση στο σημείο αυτό είναι σημαντική. Τα διαφορετικά θεωρητικά υπόβαθρα της μελέτης αναλύονται πιο κάτω έτσι ώστε να είναι ξεκάθαρες και κατανοητές οι στρατηγικές της συγκεκριμένης μελέτης.

Η παραδειγματική τοποθέτηση του ερευνητή σχετίζεται με την επιστημολογική του στάση (γνώση περί του θέματος) καθώς και την οντολογική του άποψη (την κατανόηση της πραγματικότητας) (Rubin & Rubin, 2005). Υπάρχουν δύο τύποι παραδειγματισμών: το θετικιστικό παράδειγμα το οποίο θεμελιώνεται από την ποσοτική έρευνα και το ερμηνευτικό όπου θεμελιώνεται από την ποιοτική έρευνα (Τσιώλης, 2020). Γενικά, η έννοια «παράδειγμα» αναπτύχθηκε από τον Kuhn με ένα ιδιαίτερο τρόπο και αναφέρεται στο εννοιολογικό πλαίσιο που μοιράζεται μια κοινότητα επιστημόνων, παρέχοντάς τους ένα μοντέλο για την εξέταση προβλημάτων και ανεύρεση λύσεων (Ισάρη & Πουρκός, 2015). Με άλλα λόγια, χωρίς «παράδειγμα» η επιστήμη στερείται κριτηρίων επιλογής και προσανατολισμού. Έτσι, σύμφωνα με τον Kuhn, τα παραδείγματα προσφέρουν χάρτες στους επιστήμονες αλλά και τις ουσιαστικές οδηγίες για την τεχνική της κατασκευής των χαρτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι μια μεθοδολογία συνδέεται πάντα με συγκεκριμένα επιστημολογικά παραδείγματα, αν και υπάρχει και η δυνατότητα να προσαρμοστεί για να λειτουργήσει και σε άλλα. Η μέθοδος προωθεί έναν ευρύτερο γνωσιολογικό και οντολογικό προβληματισμό που έχει να κάνει με την προσέγγιση της

πραγματικότητας μιας και δεν αποτελεί μια ουδέτερη τεχνική αποδεσμευμένη από την ιδεολογία (Ισάρη & Πουρκός, 2015).

Η συστηματική έρευνα που έχει επιλεχθεί για την συγκεκριμένη μελέτη έχει ως στόχο να συνδυάσει διάφορα δεδομένα έτσι ώστε να ενισχύσει τις πληροφορίες που υπάρχουν για το ΓεΣΥ και να προταθούν διάφοροι τρόποι εξέλιξης τους.

### 3.2 Στόχοι Έρευνας

Ο κύριος στόχος της έρευνας όπως έχει προαναφερθεί και στο προηγούμενο Κεφάλαιο είναι να συγκριθεί το ΓεΣΥ με το NHS. Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να απαντηθούν δύο υπό-ερωτήματα:

**Υπό-ερώτημα 1:** Ο τρόπος με τον οποίο έχει συνταχθεί το ΓεΣΥ. Σε ποιους πυλώνες έχει βασιστεί η ίδρυση του και η σύγκρισή του με το NHS Αγγλίας

**Υπό-ερώτημα 2:** Πώς βοήθησε το ΓεΣΥ στην αντιμετώπιση της πανδημίας

**Υπο-ερώτημα 3:** Τρόποι βελτίωσης του Γενικού Συστήματος Υγείας

**Κύριος Στόχος:** να προωθηθεί η πλήρης κατανόηση ως προς τον τρόπο λειτουργίας του ΓεΣΥ και αν αυτό είναι αποτελεσματικό/ λειτουργικό, ακόμη και στις μέρες της πανδημίας. Επίσης, να προταθούν τρόποι με τους οποίους μπορεί να αξιοποιηθεί το ΓεΣΥ με σκοπό την βελτίωση στην ποιότητα της Υγείας του Κύπριου πολίτη.

### 3.3 Ερευνητική Μέθοδος

Οι μέθοδοι για διεξαγωγή ερευνών βασισμένες σε αξιολογήσεις έχουν αναπτυχθεί από το 1970, σε μια προσπάθεια να συνθέσουν αποτελέσματα και ευρήματα με στόχο να γενικεύσουν τα δεδομένα ενός φαινομένου στον τομέα της υγείας (Jackson, 1980). Σύμφωνα με τον Doolen (2016), την τελευταία δεκαετία έχει αναπτυχθεί αρκετά ο τομέας της έρευνας πάνω στις μελέτες που αφορούν την μετά-ανάλυση και την συστηματική αξιολόγηση. Μάλιστα, η ερευνητική μεθοδολογία δεν είναι απλά θέμα στρατηγικής συλλογής δεδομένων, αλλά κατευθύνει τις φιλοσοφικές πεποιθήσεις που καθορίζουν τη φύση του ερευνητικού σχεδιασμού (Bunniss& Kelly,2010). Το Κέντρο Κριτικών και Διάδοσης (Centre for Reviews and Dissemination) (2006), υποστηρίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παίρνουν τις αποφάσεις τους σύμφωνα με τα καλύτερα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία που υπάρχουν. Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα των ποσοτικών και των ποιοτικών ερευνών μπορούν να συνδυαστούν μέσω της προσέγγισης της κριτικής αξιολόγησης και να δώσουν πολύ χρήσιμα αποτελέσματα. Μέσω της συστηματικής μεθοδολογίας που έχει επιλεχθεί, θα αναπτυχθούν ενσώματες ιδιότητες του συστήματος καθώς και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που απουσιάζουν στα στοιχεία ξεχωριστά. Η συστηματική ενσωματική κριτική μέθοδος στοχεύει στο να ανακαλύψει, να αξιολογήσει και να



συνθέσει όλες τις σχετικές μελέτες έτσι ώστε να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα (Petticrew & Roberts, 2006).

Όπως έχει αναφέρει και ο Broome et al. (1993) η συστηματική μεθοδολογία «ανακατεύει» την περασμένη εμπειρική ή θεωρητική βιβλιογραφία έτσι ώστε να παρέχει μια πιο περιεκτική κατανόηση ενός φαινομένου ή ενός προβλήματος που έχει να κάνει με υγειονομική περίθαλψη. Μάλιστα, συμβάλλει στην ανάπτυξη του θεωρητικού υπόβαθρου έχοντας άμεση εφαρμογή στην πράξη. Επιπρόσθετα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Broom (2000), μεθοδολογία είναι σαν να και συνθέτει όλους τους αξιόλογους επιλόγους των ερευνών. Μπορεί να εντοπίσει κενά στις έρευνες, να γεφυρώσει και να ενώσει συγγενικές «περιοχές» στη δουλειά, καθώς και να γενικεύσει το ερευνητικό ερώτημα έτσι ώστε να μελετηθούν μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία (Cooper, 1998). Για αυτό το λόγο η συστηματική μεθοδολογία έχει το πλεονέκτημα της ερευνητικής, πρακτικής και πολιτικής ενημέρωσης.

Παρόλα αυτά η συστηματική μεθοδολογία κρύβει και κάποιες αδυναμίες. Υπάρχει έλλειψη αυστηρότητας, ανακρίβεια και μεροληψία καθώς χρησιμοποιούνται πολλές διαφορετικές μελέτες για την παραγωγή της (O' Mathona, 2000). Σε αυτό το στάδιο, αξίζει να σημειωθεί ότι ο ερευνητής προσπάθησε να αποφύγει μεμονωμένες μελέτες όπου συνδυάζουν δείγματα και διάφορους μεθόδους διευκόλυνσης.

### 3.4 Ανάπτυξη στρατηγικής αναζήτησης

Για την παρούσα μελέτη έχει σχεδιαστεί μία ολοκληρωμένη στρατηγική αναζήτησης με σκοπό να αξιολογηθούν και να ερμηνευτούν όλα τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία που σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Μια συστηματική μελέτη περιέχει έναν αριθμό βημάτων όπως η διατύπωση ερωτήσεων, εύρεση μελετών, αξιολόγηση και επιλογή μελετών, περίληψη και σύνθεση σχετικών ερευνών καθώς και τον προσδιορισμό της δυνατότητας εφαρμογής των αποτελεσμάτων.

#### 3.4.1 Αναζήτηση Ερευνών: Αξιολόγηση και επιλογή μελετών

Όταν γίνεται η επιλογή των κατάλληλων ερευνών που πρέπει να αξιολογηθούν, πρέπει να περάσουν από κριτική αξιολόγηση έτσι ώστε να εντοπιστούν οι σχετικές μελέτες που θα χρησιμοποιηθούν.

Παρόλα αυτά υπάρχει η πιθανότητα επιλογής μελετών που είναι προκατειλημμένες, από υποκειμενικά συμπεράσματα. Ως εκ τούτου, για να αποφευχθεί αυτό, η χρήση της συστηματικής προσέγγισης στην αξιολόγηση είναι απαραίτητη για να μειωθούν τα σφάλματα.

Ο ερευνητής για να αποκτήσει ευρήματα, είχε επικοινωνήσει με το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, όπου στάλθηκαν πρόσφατες μελέτες και αξιολογήσεις που αφορούσαν την λειτουργία του ΓεΣΥ καθώς και το νομοσχέδιο. Επίσης, άντλησε πληροφορίες από την επίσημη ιστοσελίδα του ΟΑΥ. Μάλιστα, για την

απόκτηση πληροφοριών του NHS έχει γίνει αναζήτηση σε διάφορες επίσημες ιστοσελίδες του NHS όπου παρατίθενται πιο κάτω:

- The King's Fund
- White paper
- The Griffiths report
- Health and Care Bill 2021
- Explanatory notes to the Bill

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ο ερευνητής έχει επικοινωνήσει με αρμόδιο του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας έτσι ώστε να υπάρξει σωστή καθοδήγηση για την χρήση κατάλληλων πηγών. Επίσης, έχει γίνει αναζήτηση και σε διάφορα άρθρα όπως είναι το Pubmed, Cochrane Library, Cinahl έτσι ώστε ο ερευνητής να αντλήσει πληροφορίες για την λειτουργία του NHS. Συνοπτικά, για τον σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας, έχει γίνει έλεγχος σε ποιοτικές, ποσοτικές έρευνες και επίσημους οδηγούς (guidelines).

### 3.4.2 Grey literature- Πληροφορίες Εκτός Επίσημης Βιβλιογραφίας

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πολλές πληροφορίες, ειδικά για το NHS, στην βιβλιογραφία.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν πέραν των 22 000 άρθρων που να αφορούν βιοϊατρικά θέματα (Glasziou, 2001) καθώς και πέραν των 3,000,000 και 1,300,000 σύνδεσμοι που να αναφέρονται στο NHS και το ΓεΣΥ αντίστοιχα. «Κοσκινίζοντας» λοιπόν, όλη αυτή την μάζα των δημοσιευμένων πληροφοριών και άρθρων, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν αρκετές μελέτες που είναι εκτός της επίσημης βιβλιογραφίας. Η βιβλιογραφία που είναι ανεπίσημη περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό εγγράφων που δεν ελέγχονται από επίσημους εκδοτικούς οργανισμούς (Adams et al, 2016). Με βάση το πιο πάνω, οι πληροφορίες που είναι εκτός της επίσημης βιβλιογραφίας ορίζονται ως δεδομένα βασισμένα σε ιστότοπους και δεδομένα που δημιουργούνται από τους χρήστες (όπως για παράδειγμα το Twitter, Facebook κλπ) (Banks, 2010). Συνήθως, αποτελούνται από ανεπίσημες δημοσιεύσεις όπως είναι οι σημειώσεις από μία συνάντηση, ηλεκτρονικά ταχυδρομεία και προσωπικές εμπειρίες. Σύμφωνα με τους Turner, Liddy, Bradley & Wheatly (2005) και Franks, Hardiker, McGrath, McQuarrie (2012) είναι δύσκολο να αναγνωριστούν τέτοιου είδους πληροφορίες. Για το σκοπό της παρούσας μελέτης ο ερευνητής «υιοθέτησε» κάποιες προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν αναζήτηση δεδομένων εκτός επίσημης βιβλιογραφίας έχοντας χρησιμοποιήσει μια μεγάλη ποικιλία μεθόδων για αναζήτηση πληροφοριών. Πιο κάτω αναφέρονται μερικοί ιστότοποι που αφορούν τα πιο πάνω:

- [www.google.com](http://www.google.com)
- [www.scholar.co.uk](http://www.scholar.co.uk) Google Scholar

### 3.4.3 Κριτήρια επιλεξιμότητας: Καθορισμός των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η σύνταξη μιας καλά διατυπωμένης δομημένης ερευνητικής ερώτησης είναι πολύ σημαντική για μια συστηματική έρευνα αφού καθορίζει το εύρος της μελέτης. Με βάση το πιο πάνω, έχει χρησιμοποιηθεί ένα θεμελιώδες στοιχείο για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση έτσι ώστε να τεθούν στο ερευνητικό ερώτημα. Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης έχει χρησιμοποιηθεί το εργαλείο PICOTS (population, intervention, comparator, outcome, timing, setting and study design). Για να γίνει ακόμη πιο δυνατό το πιο πάνω εργαλείο αλλά και αξιόπιστο, πρέπει να τεθούν και κάποια όρια καταλληλότητας (κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού). Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται τα συγκεκριμένα κριτήρια:

Πίνακας 1: Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

PICOTS	Κριτήρια Ένταξης	Κριτήρια Αποκλεισμού
Πληθυσμός (Population)	Πληροφορίες που αφορούν:  (α) Την ίδρυση και λειτουργία ΓεΣΥ  (β) Την λειτουργία του NHS  (γ) Πανδημία COVID 19 και πως επηρέασε τη λειτουργία ΓεΣΥ	Κριτήρια που αφορούν άλλα εθνικά συστήματα υγείας
Παρέμβαση (Intervention)	Λειτουργία NHS και ΓεΣΥ	Άλλα συστήματα υγείας, άλλες παρεμβάσεις
Σύγκριση (Comparator)	Είναι πετυχημένη η λειτουργία του ΓεΣΥ;  Εξυπηρετεί τον αρχικό της σκοπό;	Άλλες συγκρίσεις
Αποτέλεσμα (Outcome)	Ανάλυση όλων των διαθέσιμων εγγράφων	Ανάλυση άλλων εγγράφων
Ρύθμιση και σχεδιασμός μελέτης (Setting & Study design)	Εθνικοί οδηγοί, Νομοσχέδια, Μελέτες	Ανεπίσημες δηλώσεις, Κοινωνικά δίκτυα

Επίσης πιο κάτω παρουσιάζεται και το χρονοδιάγραμμα μελέτης και παρουσίασης αποτελεσμάτων που έχει ακολουθηθεί.

Πίνακας 2: Χρονοδιάγραμμα μελέτης και παρουσίασης αποτελεσμάτων

	Δομή και συλλογή πιλοτικών δεδομένων	Μελέτη βιβλιογραφίας	Εκτίμηση δεδομένων που συλλέχθηκαν	Ανάλυση	Συγγραφή μεθοδολογίας, ανάλυσης και αποτελεσμάτων	Οριστικοποίηση συγγραφής και υποβολή διατριβής
Ιανουάριος 2021						
Φεβρουάριος 2021						
Μάρτιος 2021						
Απρίλιος 2021						
Μάιος 2021						
Ιούνιος 2021						
Ιούλιος 2021						
Αύγουστος 2021						
Σεπτέμβριος 2021						
Οκτώβριος 2021						
Νοέμβριος 2021						
Δεκέμβριος 2021						
Ιανουάριος 2022						
Φεβρουάριος 2022						
Μάρτιος 2022						



έρευνας (Hicks, 2009). Αντίστοιχα, η τυχαία συλλογή μελετών μειώνει τις μεροληψίες και αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για να υπάρξουν υψηλής ποιότητας αποτελέσματα.

Το εργαλείο CONSORT στοχεύει στο να καθοδηγεί τους ερευνητές έτσι ώστε να υπάρχει μια βελτιωμένη αναφορά στα δοκίμιά τους. Μάλιστα, βοηθά στην κριτική αξιολόγηση των μελετών. Για την συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο CONSORT για την αξιολόγηση των στοιχείων που είχε ο ερευνητής.

Η εξωτερική εγκυρότητα εξαρτάται από την εσωτερική εγκυρότητα και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, είτε αυτά είναι προηγούμενες μελέτες είτε είναι συμμετέχοντες που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Juni, Altman & Egger, 2001).

Συνοπτικά, τόσο στις ποιοτικές όσο και στις ποσοτικές μελέτες, ο αναγνώστης πρέπει να κρίνει βάση κάποιων παραμέτρων. Στην ποιοτική έρευνα γίνεται έλεγχος για αξιοπιστία, δυνατότητα μεταφοράς και επιβεβαίωσης, ενώ στις ποσοτικές έρευνες γίνεται έλεγχος για εσωτερική εγκυρότητα (σωστές παραμέτρους), εξωτερική εγκυρότητα (γενίκευση/ εφαρμοσιμότητα) και αντικειμενικότητα (ουδετερότητα) (Carol, Booth & Lloyd-Jones, 2012). Τέλος, η ποιότητα των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στις συστηματικές μελέτες, και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων ορίζουν και την εγκυρότητα της μελέτης.

### 3.6 Συλλογή Δεδομένων

Οι έρευνες που χρησιμοποιούνται στις συστηματικές μελέτες θεωρούνται αντιστοίχως όπως τα άτομα που λαμβάνουν μέρος σε κλινικές μελέτες: πρέπει να γίνει προσεκτική αναζήτηση, επιλογή, ανάλυση και παρακολούθησή τους. Σύμφωνα με τους Dana et al (2014) εάν ο ερευνητής αποτύχει να πραγματοποιήσει μια ολοκληρωμένη αναζήτηση σωστά, τότε η ακεραιότητα και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης μπορεί να πληγούν. Αδιαμφισβήτητα, πρέπει να γίνεται χρήση δημοσιευμένων πρωτότυπων ερευνητικών άρθρων έτσι ώστε να αναπτυχθεί μια έγκυρη ανασκόπηση (Winchester & Salji, 2016). Σημαντικό, επίσης, είναι ο ερευνητής να έχει μία ισορροπία στην χρήση παλαιότερων άρθρων με νέων και να στηρίζει πιστά την ιδέα ή τα ερευνητικά του ευρήματα.

Ο ερευνητής σε πρώτο στάδιο, πρέπει να αναγνωρίσει λέξεις-κλειδιά που είναι συναφή με το επιστημονικό του ερώτημα. Η εύρεση αυτών των λέξεων κλειδιών, απαιτούν προσεκτική εξέταση, αφού θα χρησιμοποιηθούν για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Μάλιστα, έχουν σημαντικό ρόλο στο υλικό που θα αποκτήσει ο ερευνητής για να μελετήσει. Μέσω από ένα καταιγισμό ιδεών έχει γίνει ο εντοπισμός βασικών όρων, συνώνυμων καθώς και τρόπος που μπορούν να συνδυαστούν. Οι αρχικές

λέξεις κλειδιά ήταν «λειτουργία ΓεΣΥ», «Γενικό Σύστημα Υγείας Κύπρος», «ΓεΣΥ και πανδημία Covid19», «Structure of NHS». Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν και φράσεις έτσι ώστε να συνδεθούν οι πιο πάνω όροι και να γίνει πιο ευρύ το φάσμα σύνθεσης των αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα η φράση «ΓεΣΥ και πανδημία Covid19» είναι ένας δείκτης στην αναζήτηση ολοκληρωμένων κειμένων σχετικά με την λειτουργία του συστήματος κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Οι Morse και Field (2002) επισημάνουν την σημαντικότητα της βιβλιογραφίας καθώς επιτρέπει την πρόσβαση σε περαιτέρω σχετικά άρθρα ή υλικό. Για την συγκεκριμένη μελέτη έχει τηρηθεί αρχείο των αναζητήσεων έτσι ώστε να βοηθήσει τον ερευνητή να αξιολογήσει τις βάσεις δεδομένων ή τους όρους αναζήτησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά στη μελέτη. Τέλος, η πιο πάνω μεθοδολογία βοηθά τον ερευνητή να επικεντρωθεί πιο στοχευμένα στο θέμα της ερώτησης.

### 3.7 Σύνθεση δεδομένων

Σύμφωνα με τον Eden (2008) ο κύριος στόχος του ερευνητή σε μια συστηματική έρευνα είναι να υποστηρίξει και να συλλέξει τα άριστα δεδομένα και στοιχεία που να οδηγούν σε ολοκληρωμένες και σωστές πληροφορίες που έχουν να κάνουν με τον τομέα της υγείας. Η δύναμη αυτών των πληροφοριών στηρίζεται στον τρόπο σύνθεσής τους και στο τελικό αποτέλεσμα της συστηματικής ανασκόπησης. Γι' αυτό το λόγο η αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για το τελικό αποτέλεσμα. Σε αυτή την υπο-ενότητα του κεφαλαίου, θα συζητηθεί η κατανόηση του όρου «ποιότητας» καθώς και η εφαρμογή των μελετών που έχουν επιλεγθεί οδηγώντας στην σύνθεση των αποτελεσμάτων. Στο στάδιο αυτό, θα αναπτυχθούν οι κύριοι μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ισχύος των αποτελεσμάτων κάθε επιλεγμένης μελέτης ξεχωριστά, καθώς και η ποιότητά τους. Η μέθοδος GRADE έχει επιλεγθεί ως το μοντέλο αξιολόγησης των πιο πάνω.

Στη συνέχεια, μέσα από τον προσδιορισμό της ισχύος των αποδεικτικών στοιχείων, έχει διευκολυνθεί η σύνθεση των ερευνητικών ευρημάτων. Ο πίνακας των αποδεικτικών στοιχείων διεξάγεται με ανεπίσημο τρόπο έτσι ώστε να συλλέγει και να οργανώνει σημαντικές και σχετικές πληροφορίες που εξάγονται από ερευνητικές μελέτες. Έτσι, εξάγεται ο πίνακας PRISMA. επίσης, ο συγκεκριμένος πίνακας (γνωστός και ως εργαλείο εξαγωγής) χρησιμεύει ως το θεμέλιο των αποδεικτικών στοιχείων για μια συστηματική ανασκόπηση. Ένα σημαντικό -πρώτο- βήμα για την ανάπτυξη ενός πίνακα αποδεικτικών στοιχείων είναι να δοθεί προτεραιότητα στους τύπους δεδομένων που απαιτούνται για κάθε ερώτηση που διερευνάται. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, προκειμένου να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική προσέγγιση λειτουργίας, έχουν αναπτυχθεί ξεχωριστά πρότυπα πινάκων αποδεικτικών στοιχείων για κάθε στόχο.



Ο έλεγχος της ποιότητας της κάθε μελέτης παρατίθεται πιο κάτω. Η μέθοδος GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation), είναι καλά αποδεκτό εργαλείο που έχει βασικές αρχές για την αξιολόγηση των στοιχείων (Centre of Reviews and Dissemination, 2009). Επιπλέον το Agency for Healthcare Research and Quality Evidence βασίζεται στα Practice Centers (AHRQ EPC) που έχει προσαρμόσει τη μέθοδο GRADE προκειμένου να καθορίσει την ισχύ των στοιχείων (Elamin et al., 2009; Tramer, Reynolds, Moore & McQuay, 1997). Η μέθοδος GRADE ορίζει τέσσερις κατηγορίες ως υψηλή, μέτρια, χαμηλή και πολύ χαμηλή και η μέθοδος AHRQ EPC τις περιγράφει ως υψηλή, μέτρια, χαμηλή και ανεπαρκή. Ο ερευνητής χρησιμοποίησε την GRADE για να καθορίσει την ισχύ των αποδεικτικών στοιχείων κάθε μελέτης (Παράρτημα 2).

Σε αυτό το στάδιο, ο ερευνητής πρέπει να συνοψίσει τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έτσι ώστε να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα. Αυτό επιτρέπει στον ερευνητή να εξετάσει γιατί μια μελέτη έχει διαφορετικό σύνολο αποτελεσμάτων από άλλες και πως τα αποτελέσματα κάθε μελέτης διαμορφώθηκαν από τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων. Οι διαφορές και οι ομοιότητες των μελετών θα πρέπει να συζητηθούν (Aveyard, 2010).

Ο Finfgeld (2003, σ.894) υποστηρίζει ότι ο στόχος είναι να «παράγεται μια νέα και ολοκληρωμένη ερμηνεία των ευρημάτων που να είναι πιο ουσιαστική από εκείνες που προκύπτουν από μία μεμονωμένη έρευνα». Στόχος είναι η σύνθεση διαφορετικών μελετών και πληροφοριών και η παραγωγή ενός νέου αποτελέσματος από την «μείξη» αυτών των μελετών. Ένας κοινός όρος για αυτή τη διαδικασία είναι η «μετα-σύνθεση». Οι Light και Pillemer (1984) περιγράφουν αυτή την διαδικασία ως την επιστήμη της «σύννοψης». Τέλος, μετά τη περιληπτική έκθεση του περιεχομένου των μελετών, ο ερευνητής πρέπει να συγκρίνει και να αντιπαραβάλει τα ευρήματα, προκειμένου να αναπτύξει τα διάφορα θέματα (Aveyard, 2010). Με αυτή την ανάπτυξη των θεμάτων, διεκπεραιώνονται ο κύριος στόχος αλλά και τα υπό-ερωτήματα της μελέτης.

### 3.8 Ηθική και δεοντολογία

Οι Weingarten, Paul και Leibanía (2004) ισχυρίστηκαν ότι μέσα στις συστηματικές ανασκοπήσεις υπάρχουν πολλές αντι-δεοντολογικές μελέτες και ως αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένα μειονεκτήματα και προκαταλήψεις στη μελέτη. (Vegnes et al., 2010). Ως εκ τούτου, μπορεί να προκύψει ανήθικη ερευνητική συμπεριφορά.

Αν και έχει δημιουργηθεί ένα πρωτόκολλο από τους Weingarten et al. (2004), το οποίο αξιολογεί την ηθική των κλινικών δοκιμών που περιλαμβάνονται σε συστηματικές ανασκοπήσεις, δεν έχει χρησιμοποιηθεί ποτέ στην βιοϊατρική κοινότητα. Το πρωτόκολλο αυτό έχει βασιστεί στους

συλλογισμούς των ερευνητικών στόχων, το ηθικό καθήκον των ερευνητών, τα δικαιώματα ου συμμετέχοντος στην έρευνα και τη συνολική ηθική της έρευνας από την επιτροπή δεοντολογίας.

Η εισαγωγή που αφορούσε την ηθική και δεοντολογία έγινε στον Κώδικα της Νυρεμβέργης (1947) (National Institutes of Health, 1949) και στην Διακήρυξη του Ελσίνκι 1964 (World Medical Association of Helsinki, 2014). Ως, αποτέλεσμα, οι ηθικοί προβληματισμοί των μελετών βασίζονται σε αυτές. Για την παρούσα μελέτη, δεν απαιτείται ανθρώπινη συμμετοχή, επομένως δεν χρειάζεται ηθική έγκριση. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Polit και Beck (2006), οι συμμετέχοντες πρέπει να γίνονται σεβαστοί όταν ασκούν κριτική σε ένα άρθρο.

Συμπερασματικά, η ηθική αξιολόγηση θα πρέπει να βασίζεται στα αποτελέσματα των πειραματικών μελετών, στην συναίνεση μιας ανεξάρτητης επιτροπής για την προστασία των ανθρώπων, στην ενημερωμένη συγκατάθεση κάθε συμμετέχοντος, στα προσόντα των ερευνητών και στην αξιολόγηση κινδύνου (World Medical Association of Helsinki, 2014)

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, λόγω του ότι το υλικό που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεί εθνικά έγγραφα, οδηγούς και επίσημες έρευνες που διέταξε το κράτος να γίνουν, νοείται ότι από πλευράς ηθικής και δεοντολογίας πληρούν τα κριτήρια. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι, ιστορικά, η λίστα ελέγχου PRISMA έχει χρησιμοποιηθεί για τις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις, και η λίστα ελέγχου MOOSE έχει χρησιμοποιηθεί για μετα-αναλύσεις των μελετών παρατήρησης (Observation studies) (Vegnes et al. 2010).

# **Κεφάλαιο 4**

## **Παρουσίαση και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας**

#### 4. Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Ακολουθώντας την ερευνητική στρατηγική που έχει αναλυθεί στο Κεφάλαιο 3, πραγματοποιήθηκε η διαδικασία επιλογής σχετικών δεδομένων από διάφορες δημοσιεύσεις. Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μείωση δεδομένων για τον προσδιορισμό του συνολικού συστήματος ταξινόμησης για την διαχείριση της συλλογής δεδομένων. Επιπλέον, στο κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν οι τεχνικές εξαγωγής και κωδικοποίησης των δεδομένων. Η ενότητα αυτή θα παρέχει μία λεπτομερή κριτική της ποιότητας της έρευνας που εξετάζεται, και στο τέλος θα αναπτυχθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

##### 4.1 Χαρακτηριστικά μελέτης (PRISMA)

Προκειμένου να παρθεί η σωστή απόφαση σχετικά με την επιλογή της μελέτης, έχει εκπονηθεί πίνακας με τα χαρακτηριστικά των μελετών (Πίνακας 3). Οι μελέτες που έχουν επιλεγεί διευρύνουν τις πληροφορίες που υπάρχουν για τη λειτουργία του ΓεΣΥ και του NHS. Οι μελέτες που έχουν επιλεγεί για ανάλυση αφορούσαν κατευθυντήριες γραμμές και συστηματικής ανασκόπησης.

Πίνακας 3: Ανάλυση PRISMA

**INTERVENTION AND COMPARISON**

**OUTCOMES**

Author/Year of Publication	Study design	Instruments	Specimen Type	Sample collection	Participant characteristics	Setting	Results
Κωνσταντίνου, Υφαντόπουλος & Υφαντόπουλος, 2020	Συστηματική ανασκόπηση	Εξέταση των μεταρρυθμίσεων που έχουν γίνει στη δημόσια υγεία μετά την εφαρμογή του Μνημονίου	Ο τομέας της υγείας πριν και μετά το ΓεΣΥ	Δεδομένα που αφορούν την δημόσια υγεία στην Κύπρο	-	Χρονική περίοδος: 2020	Με αφορμή την οικονομική κρίση (Μάρτος 2013), για πρώτη φορά το σύστημα Υγείας της Κύπρου έχει δεχθεί ριζικές μεταρρυθμίσεις. Παρόλα αυτά η λειτουργία του ΓεΣΥ παρουσίασε αρκετά προβλήματα τα οποία φαίνονται να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.
Καϊσής (2021)	Συστηματική ανασκόπηση	Έρευνα για τη λειτουργία των ενταγμένων στο ΓεΣΥ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων	Ελλείψεις και συνέπειες που αφορούν τα συμβεβλημένα	Συμβεβλημένα νοσηλευτήρια	-	Χρονική περίοδος: 2020-2021	Διαφοροποιήσεις και ελλείψεις από τον αρχικό σχεδιασμό και προγραμματισμό. Σύσταση για να

			νοσηλευτήρια του ΓεΣΥ				ακολουθηθεί ο οδικός χάρτης που έχει αρχικά υποδειχθεί
Μιχαηλίδης & Κυριάκου (2022)	Συστηματική Ανασκόπηση	Διαχειριστικός Έλεγχος Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας	Εξακρίβωση του βαθμού συμμόρφωσης του ΟΑΥ με τον περί ΓεΣΥ Νόμο και αξιολόγηση κατά πόσο οι πόροι του ΓεΣΥ χρησιμοποιούνται με οικονομικό και αποτελεσματικό τρόπο	Επισκόπηση εγγράφων, εκθέσεων και αρχείων αλληλογραφίας του ΟΑΥ	Άτομα που απαρτίζουν το ΟΑΥ-συναντήσεις	Ιούνιος 2019- Δεκέμβριος 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παραβίαση προνοιών του Νόμου περί ισοσκελισμένου και σφαιρικού προϋπολογισμού από πλευράς ΟΑΥ</li> <li>- Οι συμφωνίες που έχει συνάψει ο ΟΑΥ με τους παρόχους, επιτρέπει στους τελευταίους να έχουν υπερκέρδη</li> <li>- Η βιωσιμότητα του ΟΑΥ είναι διασφαλισμένη όσο το κράτος (έστω και παράνομα) καλύπτει τα ελλείματά του.</li> <li>- Υπάρχει αδιαφάνεια ως προς τις συμφωνίες μεταξύ του ΟΑΥ και των</li> </ul>

							ιδιωτικών νοσηλευτηρίων
Powell, 2016	Κατευθυντήρια γραμμή	Χρηματοδότηση του NHS	Η στρατηγική χρηματοδότησης του NHS England, NHS Northern Island, NHS Scotland και NHS Wales		-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Θα δαπανηθούν 8 δισεκατομμύρια στερλίνες τα επόμενα πέντε χρόνια για την ενίσχυση του NHS</li> <li>- Στόχος είναι τα άτομα άνω των 75 ετών να λαμβάνουν αυθημερόν ραντεβού με τον προσωπικό τους ιατρό.</li> </ul>
Department of Health, 2010	Συστηματική ανασκόπηση	Βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προτάσεις για αλλαγές στην νομοθεσία</li> <li>- Συμμετοχή εξωτερικών οργανισμών για την επίτευξη των στόχων</li> </ul>	Ανάθεση στόχων για τα επόμενα πέντε χρόνια / χρονοδιάγραμμα πλάνου	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κρίσιμα τα επόμενα 3 χρόνια αφού θα είναι χρόνια μετάβασης. Πρέπει να προωθηθεί συνεργασία με εξωτερικούς οργανισμούς, αναζητώντας τη βοήθειά τους και την εμπειρογνωμοσύνη στην ανάπτυξη προτάσεων</li> </ul>

							που λειτουργούν στην πράξη
Powell et al. 2021	Συστηματική ανασκόπηση	Να θεσπιστούν πολιτικές που ορίζονται στις συστάσεις του NHS για νομοθετική μεταρρύθμιση	Αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο οι τοπικές αρχές παρέχουν τις λειτουργίες κοινωνικής φροντίδας ενηλίκων	-	-	Ανασκόπηση εγγράφων: NHS Long Term Plan (January 2019), and the White Paper, Integration and Innovation: working together to improve health and social care for all (February 2021).	- Διατάξεις που αφορούν: την κοινωνική μέριμνα ενηλίκων, περιορισμός διαφημίσεων σε με υγιή φαγητά, αναδιαμορφώσεις των υπηρεσιών υγείας.



#### 4.2 Ποιοτική ανάλυση των μελετών

Σύμφωνα με τον Cooper (1998), σε τέτοιες μελέτες (μετα-ανάλυση και συστηματικές ανασκοπήσεις), η εξαγωγή συγκεκριμένων μεθοδολογικών χαρακτηριστικών θεωρείται ότι διαμορφώνουν την συνολική ποιότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχει το λεγόμενο “gold standard” για τον υπολογισμό της ποιότητας. Οι Conn και Rantz (2003), υποστήριξαν ότι οι έννοιες και η διαδικασία της ποιότητας είναι περίπλοκες και επομένως δεν υπάρχει συγκεκριμένη κατευθυντήρια γραμμή για τον υπολογισμό των βαθμολογιών ποιότητας. Κάθε τύπος σχεδιασμού έρευνας έχει διαφορετικά κριτήρια αξιολόγησης για την ποιότητα και για το λόγο αυτό είναι πιο ευνοϊκή για ανασκοπήσεις στις οποίες το πλαίσιο δειγματοληψίας είναι μικρό (Whittemore & Knalf, 2005). Η αξιολόγηση της ποιότητας σε μια μέθοδο ολοκληρωμένης ανασκόπησης αυξάνει την πολυπλοκότητα. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ο ερευνητής έπρεπε να αξιολογήσει εμπειρικές και θεωρητικές πηγές και ως αποτέλεσμα έχουν αναπτυχθεί δύο εργαλεία ποιοτικών κριτηρίων για κάθε τύπο πηγής και οι βαθμολογίες έχουν χρησιμοποιηθεί ως κριτήρια για ένταξη ή αποκλεισμό ή ως μεταβλητή στο στάδιο ανάλυσης δεδομένων. Με αυτό τον τρόπο, σε κάθε μελέτη, σημειώθηκαν τα δυνατά και αδύνατα σημεία της βιβλιογραφίας και αν θα συμπεριληφθεί ή όχι στη μελέτη. Οι συνέπειες αυτής της συγκεκριμένης αξιολόγησης στη συνολική ανασκόπηση συζητούνται λεπτομερώς στο επόμενο Κεφάλαιο.

Επιπλέον, αναγνωρίζεται ότι πολλοί ερευνητές απέκλεισαν την παράγραφο περιγραφής κατά την προετοιμασία της δημοσίευσης. Ως εκ τούτου, αυτό δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες κατά την προσπάθεια για αξιολόγηση της ποιότητας. Κατά συνέπεια, υπήρξαν πολλές μελέτες που απουσίαζαν μεθοδολογικής ποιότητας καθώς δεν αναφέρεται το σκεπτικό του θεωρητικού πλαισίου και της ερευνητικής διαδικασίας με σαφήνεια. Επιπλέον, οι πιο πάνω μελέτες δεν περιλαμβάνουν κάποιο δείγμα με αποτέλεσμα να μειώνουν την εγκυρότητα της μελέτης. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι όλες οι μελέτες διεξήχθησαν από δύο και περισσότερους συγγραφείς, αύξησε την αξιοπιστία της μελέτης.

#### 4.3 Παρουσίαση και ανάλυση δεδομένων

Η πρώτη φάση της παρουσίασης δεδομένων περιλαμβάνει τον καθορισμό ενός συνολικού συστήματος ταξινόμησης προκειμένου να διαχωριστούν τα δεδομένα από διαφορετικές μεθοδολογίες (Whittemore and Knalf, 2005). Οι θεματικές ενότητες που πραγματοποιήθηκαν προέρχονται από τις πρωτογενείς πηγές. Για την τρέχουσα μελέτη, ο ερευνητής προσδιόρισε τα ακόλουθα επιμέρους θέματα:

Ερώτημα 1: . Σύγκριση τρόπου λειτουργίας ΓεΣΥ Κύπρου με NHS

Ερώτημα 2: Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ

Ερώτημα 3: Τρόποι περαιτέρω αξιοποίησης/ βελτίωσης ΓεΣΥ

## 4.5 Παρουσίαση δεδομένων

### 4.5.1 Ερώτημα 1: Σύγκριση τρόπου λειτουργίας ΓεΣΥ Κύπρου με NHS

Είναι γεγονός ότι η δημιουργία του ΓεΣΥ ήταν ένα θέμα που απασχολούσε για πολλά χρόνια την Κυπριακή Δημοκρατία. Ήταν ένα σημαντικό σύστημα που απουσίαζε, ενώ η εφαρμογή του ήταν αδιαμφισβήτητη απαραίτητη. Από την άλλη το NHS ήταν και είναι ένα σύστημα Υγείας που μέσα από τις γερές βάσεις που είχε για την ίδρυσή του καθώς και τις συνεχείς αξιολογήσεις και μεταρρυθμίσεις που δέχεται, φαίνεται ότι λειτουργά αποτελεσματικά. Όπως θα αναλυθεί και πιο κάτω, το ΓεΣΥ στηρίχθηκε πάνω στις επιστημονικές εκδόσεις βρετανικών οργανισμών, για παράδειγμα NICE Ηνωμένου Βασιλείου και προσαρμόστηκαν στα δεδομένα της Κύπρου. Επίσης, μέσα από την σύγκριση των δύο, θα εξαχθούν τρόποι αξιολόγησης για το ΓεΣΥ καθώς και μέθοδοι βελτίωσής του.

### Χρηματοδότηση ΓεΣΥ και NHS

«Στην περίπτωση της Κύπρου το ΓεΣΥ, μετά από μελέτες όπως τις αναφέραμε ήδη στην ιστορική αναδρομή, σχεδιάστηκε στα πρότυπα του μονοασφαλιστικού συστήματος υγείας. Δηλαδή βάσει της κοινωνικής ασφάλισης υγείας όπου εργαζόμενοι, εργοδότες αλλά και κυβέρνηση θα συνεισφέρουν στο Ταμείο Υγείας, το οποίο θα διαχειρίζεται ο ΟΑΥ και το οποίο θα προσφέρει κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω δημοσίων και ιδιωτικών παροχών υπηρεσιών υγείας» (Καϊσής, 2021)

«Στα πλαίσια της εφαρμογής του Μνημονίου Συναντίληψης με την Τρόικα αλλά και της προετοιμασίας εισαγωγής του ΓεΣΥ, το Υπουργείο Υγείας (Υ.Υ) σε συνεργασία με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας συνέστησαν ομάδες ετοιμασίας, εφαρμογής και παρακολούθησης Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών (ΚΚΟ-clinical guidelines)/ Κλινικών Διαδρομών (ΚΔ-clinical pathways) και εργαστηριακών αλγορίθμων (πρωτοκόλλων). Οι ΚΚΟ/ΚΔ και οι εργαστηριακοί αλγόριθμοι που είχαν αναπτυχθεί στηρίζονταν σε ενδεδειγμένες επιστημονικές εκδόσεις αξιόπιστων οργανισμών (π.χ NICE Ηνωμένου Βασιλείου) και έχουν συνταχθεί μετά από επιστημονική αξιολόγηση και προσαρμογή τους στα δεδομένα της Κύπρου» (Καϊσής, 2021).

«Υποχρέωση καταβολής εισφορών. 19.-

(1) Υποχρέωση για καταβολή εισφορών δυνάμει του Νόμου αυτού έχει-

(α) Κάθε μισθωτός σε ποσοστό 2,65% επί των αποδοχών του·

(β) κάθε εργοδότης σε ποσοστό 2,90% επί των αποδοχών κάθε μισθωτού του·

(γ) κάθε αυτοτελώς εργαζόμενος σε ποσοστό 4,00% επί των αποδοχών του·

(δ) κάθε συνταξιούχος σε ποσοστό 2,65% επί του ποσού της σύνταξής του·

(ε) κάθε πρόσωπο που κατέχει ή ασκεί οποιοδήποτε αξίωμα σε ποσοστό 2,65% επί των αποδοχών του·

(στ) η Δημοκρατία ή κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για την καταβολή σε αξιωματούχο των προβλεπόμενων από το διορισμό ή την εκλογή του αποδοχών, καταβάλλει εισφορά σε ποσοστό 2,90% επί των αποδοχών του·

(ζ) κάθε εισοδηματίας σε ποσοστό 2,65% επί του εισοδήματός του·

(η) το Πάγιο Ταμείο της Δημοκρατίας σε ποσοστό 4,70% επί των αποδοχών και των συντάξεων των προσώπων που αναφέρονται στις παραγράφους (α), (γ), (δ) και (ε).» (Περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος, 2017)

« Για τους πολίτες, σύμφωνα με το τελικό κείμενο του σχετικού νομοσχεδίου, η πρώτη αλλαγή μετά την ψήφιση των νομοσχεδίων θα γινόταν την 1<sup>η</sup> Μαρτίου του 2019, οπότε θα άρχιζε η καταβολή μέρους των εισφορών στο Ταμείο του ΓεΣΥ, ενώ από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 2019 όλοι οι δικαιούχοι του Συστήματος θα μπορούσαν να απολαμβάνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (επίσκεψη σε γιατρό, προμήθεια φαρμάκων εργαστηριακές και άλλες εξετάσεις)» (Καϊσής, 2021)

Κατηγορία	Ποσοστό καταβολής
Εργαζόμενοι	2,65% του μισθού τους
Εργοδότες	2,9% των αποδοχών κάθε μισθωτού
Αυτοεργοδοτούμενοι	4% των αποδοχών τους
Συνταξιούχοι, εισοδηματίες και αξιωματούχοι	2,65% των αποδοχών τους
Κράτος	4,7%

(Καϊσής, 2021)

«Funding for health services comes from the total budget for the Department of Health (DH)» (Η χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες της Υγείας προέρχονται από τον συνολικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας) (Powell, 2016)

«The NHS is largely funded from general taxation, with a small amount being contributed by National Insurance payments and from fees levied in accordance with recent changes in the Immigration Act 2014» (Το NHS χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από τη γενική φορολογία, με ένα μικρό ποσό να συνεισφέρεται από τις πληρωμές της Εθνικής Ασφάλισης και από τα τέλη που επιβάλλονται σύμφωνα με τις πρόσφατες αλλαγές στον Νόμο περί Μετανάστευσης του 2014) (King'sFund, 2022)

### Δομή ΓεΣΥ και NHS

«Οι δικαιούχοι μπορούν να χρησιμοποιούν το σύστημα μετά από εγγραφή τους σε παθολόγους ιατρούς (ΠΙ), οι οποίοι αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασφαλισμένων με το σύστημα υγείας(...) Ακολουθως, ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου οι ασθενείς παραπέμπονται στους ειδικευμένους ιατρούς (ΕΙ), ή σε άλλους επαγγελματίες υγείας, διαγνωστικά εργαστήρια κ.α όταν κριθεί αναγκαίο. Οι δικαιούχοι έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής παρόχου από τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα» (Κωνσταντίνου, Υφαντόπουλος & Υφαντόπουλος, 2020)

«Several organisations have produced their own guides and diagrams explaining the structure of the NHS in England including the Department of Health, NHS England, the King's Fund, the National Audit Office, the BBC, and the All Party Health Group» (Υπήρξαν αρκετοί οργανισμοί οι οποίοι δημοσιοποίησαν διάφορους οδηγούς και σχεδιαγράμματα εξηγώντας την δομή του NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μερικοί από αυτούς είναι το Department of Health, NHS England, το King's Fund, το National Audit Office, το BBC και το All Party Health Group» (Powell, 2016)

«NICE has also published around 180 Quality Standards, covering the main conditions and diseases, to provide a definition of what high quality health and social care should look like. These standards play a key role in the development of the Commissioning Outcomes Framework, which measures the health outcomes and quality of care achieved by CCGs» (Το Ινστιτούτο NICE έχει επίσης δημοσιεύσει περίπου 180 Πρότυπα Ποιότητας, καλύπτοντας τις κύριες ασθένειες, για να δοθεί ένας ορισμός για το πώς θα πρέπει να είναι η υψηλής ποιότητας υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη. Αυτά τα πρότυπα έχουν βασικό ρόλο στην ανάπτυξη των αποτελεσμάτων στο Commissioning Outcomes Framework, το οποίο μετρά τα αποτελέσματα υγείας και την ποιότητα της περίθαλψης) (Powell, 2016)

«We will strengthen the collective voice of patients, and we will bring forward provisions in the forthcoming Health Bill to create HealthWatch England, a new independent consumer champion within the Care Quality Commission» (Θα ενισχύσουμε με τη συλλογική φωνή των ασθενών και θα προωθήσουμε διατάξεις στο επερχόμενο νομοσχέδιο για την υγεία και για την δημιουργία του HealthWatch England, ενός νέου ανεξάρτητου παροχέα στο πλαίσιο της Επιτροπής Φροντίδας (Department of Health, 2010)

«Η Υπηρεσία κατά της Απάτης του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS Counter Fraud Authority) είναι ένας οργανισμός, ανεξάρτητος από το NHS και υπαγόμενος στο Τμήμα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (Department of Health and Social Care) και είναι επιφορτισμένη με τον εντοπισμό, διερεύνηση και παρεμπόδιση κρουσμάτων απάτης και άλλων εγκλημάτων λευκού κολάρου στον τομέα της υγείας γενικότερα» (Μιχαηλίδης & Κυριάκου, 2022)

#### 4.5.2 Ερώτημα 2: Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ

« Παρά τις πιο πάνω ρητές αναφορές του Νόμου, ο ΟΑΥ άρχισε την παροχή των πιο πάνω υπηρεσιών φροντίδας υγείας με μεγάλη καθυστέρηση. Πιο συγκεκριμένα, ο ΟΑΥ άρχισε τον Δεκέμβριο του 2020 να καλύπτει υπηρεσίες φροντίδας υγείας από νοσηλευτές και μαίες και υπηρεσίες φροντίδας υγείας από Άλλους Επαγγελματίες Υγείας (Φυσιοθεραπευτές, Κλινικοί Ψυχολόγοι, Κλινικοί Διαιτολόγοι, Λογοπαθολόγοι, Εργοθεραπευτές). Ο ΟΑΥ μας ενημέρωσε ότι τούτο έγινε λόγω της πανδημίας COVID-19, στη διαχείριση της οποίας συμμετείχε ενεργά ο ΟΑΥ» (Μιχαηλίδης & Κυριάκου, 2022)

Επιπρόσθετα, ο θεσμός του Προσωπικού Ιατρού αλλά και η διαδικτυακή πύλη έχει βοηθήσει στο να μην δημιουργηθεί χάος στην περίοδο πανδημίας. Ο δικαιούχος μπορούσε να προγραμματίσει το ραντεβού εμβολιασμού του αλλά και άλλων προσώπων τα οποία δεν ήταν εξοικειωμένα με την πλατφόρμα (ΓεΣΥ, 2022).

### 4.5.3 Ερώτημα 3: Τρόποι περεταίρω αξιοποίησης/ βελτίωσης ΓεΣΥ

«Ο ΟΑΥ να προβεί, χωρίς καθυστέρηση, στην υιοθέτηση των υπό αναφορά αρχών δημόσιας διακυβέρνησης, καθώς και επεξήγηση των περιπτώσεων που σχετικές διατάξεις του κώδικα δεν έχουν υιοθετηθεί αυτούσιες, αλλά κατέστη αναγκαίο να προσαρμοστούν από τον ΟΑΥ, πάντοτε όμως με σεβασμό στην υποχρέωση για συμμόρφωση με τις αρχές του κώδικα. Επιπλέον, να εξεταστεί η επάρκεια της νομοθεσίας που διέπει τη σύσταση και λειτουργία του ΟΑΥ σε θέματα διακυβέρνησης» (Μιχαηλίδης & Κυριάκου, 2022)

«Πέραν των όσων αναφέραμε πιο πάνω έχω την εντύπωση, ότι δεν μπορώ να εισηγηθώ τίποτε περισσότερο στον ΟΑΥ, από το να μην αποκλίνει από τον Σχεδιασμό που έγινε και για τον οποίο ξοδεύτηκαν τόσα χρήματα και έγινε τόση προετοιμασία, για την οποία οι ίδιοι αισθάνονταν περήφανοι και παρουσίαζαν την ετοιμότητα τους σε οδικούς χάρτες, με σαφή χρονοδιαγράμματα και να είναι όλες οι ενέργειες του συμβατές με την ισχύουσα νομοθεσία ώστε, εφαρμόζοντας πράξεις και πρακτικές σύμφωνα με τον προγραμματισμό, να λειτουργήσει το ΓεΣΥ, όπως σχεδιάστηκε με ασφάλεια για την βιωσιμότητά του, προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες φροντίδας, στα πλαίσια ισότιμης μεταχείρισης των πολιτών, που να εξασφαλίζει την επιτυχία του συστήματος, για το καλώς νοούμενο συμφέρον των πολιτών» (Καϊσής, 2021)

### Καταχρήσεις

«Έχουμε παρατηρήσει ότι, σε σχέση με το μέγεθος του και τους εγγενείς κινδύνους, ο εσωτερικός έλεγχος στον ΟΑΥ είναι εξαιρετικά υποβαθμισμένος και υπο-στελεχωμένος (...). Μέχρι σήμερα, διενεργήθηκε περιορισμένος αριθμός ελέγχων (...). Ο ΟΑΥ να προβεί, χωρίς άλλη καθυστέρηση, στη μείωση των σφαιρικών Προϋπολογισμών των διαφόρων υπηρεσιών και ακολούθως να προσαρμόσει ανάλογα τις αμοιβές των υπηρεσιών, ώστε να εξαλειφθούν τα ελλείματα» (Μιχαηλίδης & Κυριάκου, 2022)

«Η απάτη, δωροδοκία και διαφθορά δεν είναι οι μόνοι παράγοντες απώλειας πόρων από ένα σύστημα υγείας, στο οποίο οι ιδιαιτερότητες του τομέα επηρεάζουν και συχνά προκαλούν στρέβλωση στους κανόνες ελεύθερης αγοράς. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τομέα της υγείας είναι η αβεβαιότητα, η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς και η προκλητή ζήτηση".

Σύμφωνα με τα πιο πάνω αποτελέσματα, η αναγκαιότητα περισσότερων ερευνών για την λειτουργία του ΓεΣΥ φαίνεται ότι είναι απαραίτητη. Στο επόμενο Κεφάλαιο θα αναπτυχθούν και θα συζητηθούν τα ευρήματα της έρευνας καθώς και οι περιορισμοί της μελέτης αυτής.

# **Κεφάλαιο 5**

## **Συζήτηση αποτελεσμάτων**

## 5. Ανάλυση

Στην πιο κάτω υπο ενότητα θα αναλυθούν τα δεδομένα που έχουν εξαχθεί από τις διάφορες μελέτες.

### 5.1 Θέμα 1: Δομή και λειτουργία ΓεΣΥ και NHS Ηνωμένου Βασιλείου

Υποστηρίζεται ότι από το 1995 γινόταν η εκπαίδευση των ιατρών που θα συμβάλλονταν στο σύστημα ως προσωπικοί ιατροί, γίνονταν μελέτες από διεθνούς εμπειρογνώμονες, καθώς και η ετοιμασία του οδικού χάρτη που ζητούσε η Τρόϊκα. Δυστυχώς, παρά την έντονη προετοιμασία, είχαν δημιουργηθεί πολλαπλά προβλήματα ως προς την συμμετοχή των Προσωπικών Ιατρών, Ειδικών Ιατρών, δυσκολίες στην συνταγογράφηση φαρμάκων, τεχνικά προβλήματα στο λογισμικό καθώς και άλλες καθυστερήσεις με αποτέλεσμα την μη εφαρμογή του χρονοδιαγράμματος (Ο.Α.Υ, 2021). Έπειτα, την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2020 είχε εφαρμοστεί και η Β΄ φάση η οποία ήταν και η τελική.

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ υλοποιήθηκε σε δύο φάσεις. Στον πιο κάτω πίνακα αναλύονται οι δύο φάσεις

Πίνακας 4: Φάσεις υλοποίησης ΓεΣΥ

1 <sup>η</sup> φάση- 1 <sup>η</sup> Ιουνίου 2019	2 <sup>η</sup> φάση- 1 <sup>η</sup> Ιουνίου 2020
Προσωπικοί ιατροί για ενήλικες και παιδιά. Εξετάζουν και παραπέμπουν παιδιά και ενήλικες σε ΕΙ (Ειδικούς Ιατρούς) και άλλους επαγγελματίες υγείας. Συνταγογραφούν φάρμακα και παραπέμπουν για εργαστηριακές εξετάσεις	Ενδονοσοκομειακή φροντίδα (Εισαγωγή ιδιωτικών νοσοκομείων)
Ειδικό Ιατροί (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη)- επίσκεψη σε ειδικό ιατρό, περιλαμβανομένων διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων	Άλλοι επαγγελματίες Υγείας (φυσικοθεραπευτές, κλινικοί ψυχολόγοι, νοσηλευτές, μαίες, λογοθεραπευτές)
Φάρμακα	ΤΑΕΠ και υπηρεσίες ασθενοφόρων
Κλινικά εργαστήρια	Προληπτική Οδοντιατρική- ένας οδοντιατρικός καθαρισμός κατ'έτος
	Υπηρεσίες αποκατάστασης

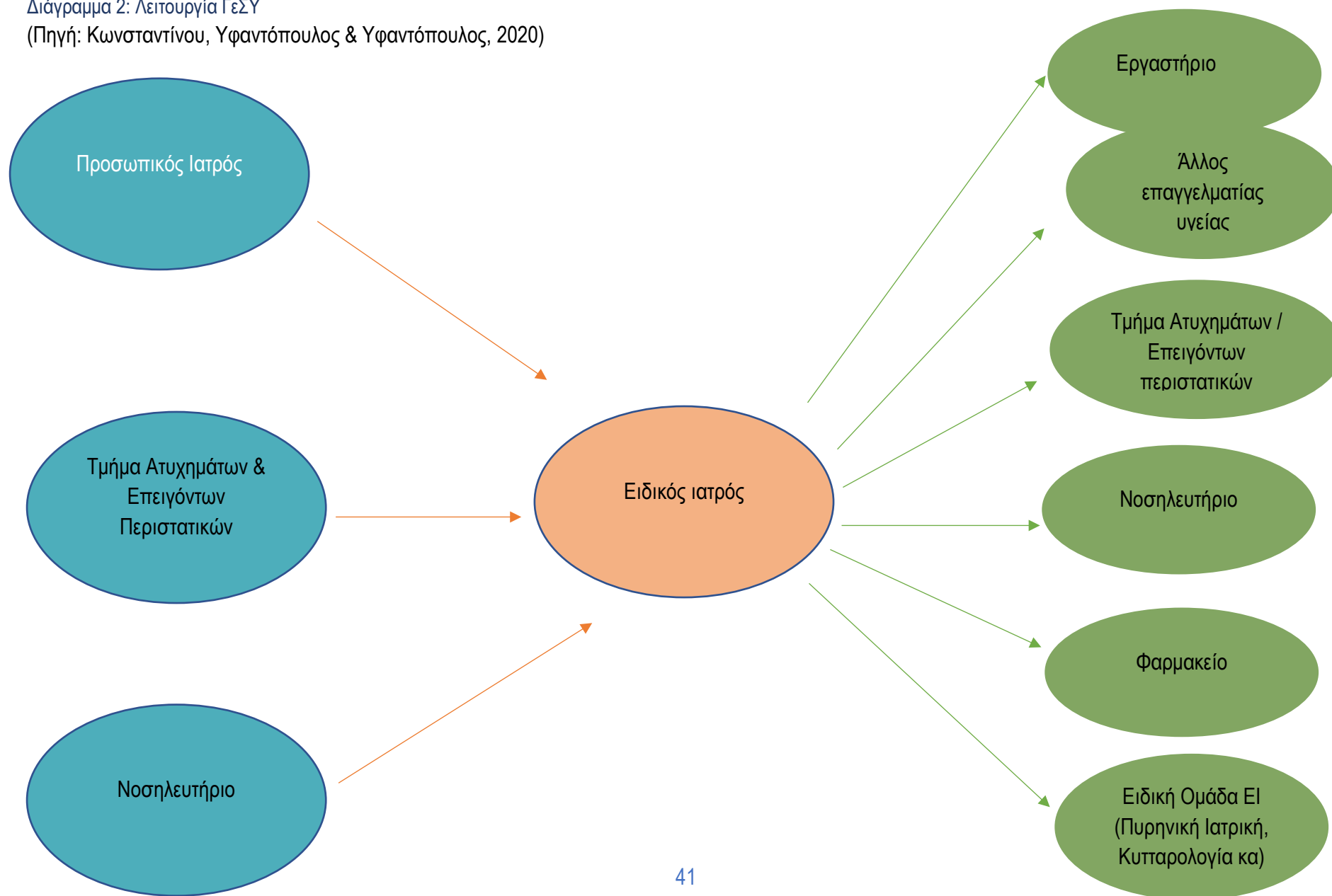
(Κωνσταντίνου, Υφαντόπουλος & Υφαντόπουλος, 2020)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τόσο η ένταξη των ΕΙ καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας, των ΤΑΕΠ και υπηρεσίες ασθενοφόρων, οι υπηρεσίες αποκατάσταση και η προληπτική οδοντιατρική υπηρεσία εντάχθηκαν με έξι μήνες καθυστέρηση αντίστοιχα στις δύο φάσεις.



Στο πιο κάτω σχεδιάγραμμα φαίνεται η λειτουργία του συστήματος έτσι όπως έχει σχεδιαστεί.

Διάγραμμα 2: Λειτουργία ΓεΣΥ  
(Πηγή: Κωνσταντίνου, Υφαντόπουλος & Υφαντόπουλος, 2020)



## Αποζημιώσεις Προσωπικών Ιατρών και Ειδικών Ιατρών

Για το 2020, η αποζημίωση των ΠΙ ανήλθε στα €84,630,601. Αναφέρεται ότι σύμφωνα με τους σχετικούς Κανονισμούς του ΟΑΥ (Κ.Δ.Π.253/2020) οι ΠΙ για ενήλικες αμείβονται με κατά κεφαλή ετήσια αμοιβή με τα ποσά των:

- €91 για την ηλικιακή ομάδα 15-18 ετών
- €83 για την ηλικιακή ομάδα 18-51 ετών
- €117 για την ηλικιακή ομάδα 51-71, και
- €145 για τις ηλικίες πέραν των 71 ετών

Οι ΠΙ για παιδιά έχουν την πιο κάτω αμοιβή (με κατά κεφαλή ετήσια αμοιβή):

- €210 για την ηλικιακή ομάδα των 0-3 ετών
- €155 για την ηλικιακή ομάδα των 3-8 ετών
- €91 ευρώ για την ηλικιακή ομάδα των 8-18 ετών
- Για κάθε τοκετό ξεχωριστά μέχρι το εξιτήριο του νεογνού: €250

Μέχρι τις 31.12.2020 υπήρχαν 998,391 δικαιούχοι στο ΓεΣΥ. Στον παρακάτω πίνακα αναγράφεται ο αριθμός των δικαιούχων ανά ΠΙ:

<u>Αριθμός δικαιούχων ανά ΠΙ</u>	<u>Αριθμός ΠΙ</u>	<u>Ποσοστό %</u>
2,500	75	9,69
2,000-2499	139	17,96
1000-1999	222	28,68
0-999	338	43,67
<b>Σύνολο</b>	<b>774</b>	<b>100</b>

(Μιχαηλίδης & Κυριάκου, 2022)

## Ένταξη ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων

Στις 3 Φεβρουαρίου 2020 υπεγράφη Μνημόνιο Συναντίληψης μεταξύ του τέως Υπουργού Υγείας κ. Κωνσταντίνου Ιωάννου, τον πρόεδρο του Παγκύπριου Συνδέσμου Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (ΠΑΣΙΝ) Δρ. Σάββα Καδή και τον πρόεδρο του ΟΑΥ κ. Θωμά Αντωνίου (Καϊσής, 2021). Το Μνημόνιο αφορούσε τους

βασικούς όρους και το πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ ΟΑΥ και ΠΑΣΙΝ. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την έκθεση του Επιτρόπου Εποπτείας του ΓεΣΥ, έχουν εντοπιστεί ορισμένοι όροι που δημιούργησαν ανησυχία και προβληματισμό σχετικά με τα ενταγμένα νοσηλευτήρια στο ΓεΣΥ. Στο σχετικό μνημόνιο αναπτύσσονται θέματα αμοιβής, το κόστος των ακριβών φαρμάκων, υλικών και εμφυτευμάτων, τις υποβολές απαιτήσεων, το δικαίωμα χρέωσης για συγκεκριμένες υπηρεσίες και με ποιους ιατρούς θα συμμετέχει το Νοσηλευτήριο.

Αξίζει να αναφερθεί ότι γύρω στο 85% των ιδιωτικών κλινών έχουν ενταχθεί στο ΓεΣΥ. Ιατροί, οι οποίοι είναι μέτοχοι των ιδιωτικών κλινικών και δεν εντάχθηκαν στο σύστημα, μπορούν να δουλεύουν με «πολυασφαλιστικό» σύστημα, στην ουσία να με το καθεστώς private (Καϊσής, 2021). Βέβαια, έχει δοθεί ένα χρονικό διάστημα ούτως ώστε οι γιατροί αυτοί να βρουν άλλη επαγγελματική στέγη. Σχεδόν δύο χρόνια μετά και δυστυχώς αυτό φαίνεται να μην έχει διευθετηθεί, με τον ΟΑΥ να μην έχει «θέληση» για την επάνοδο στα όσα είχαν σχεδιαστεί και προγραμματιστεί. Σύμφωνα με την γνωμάτευση του Γενικού Εισαγγελέα, οι ιατροί αυτοί είναι λιγότερο από 20 άτομα. Σε περαιτέρω ανάλυσή του, δηλώνει ότι στις περιπτώσεις που οι μη συμβεβλημένοι ιατροί στεγάζονται απλώς σε συμβεβλημένο νοσηλευτήριο, χωρίς να υπάρχει η ανάγκη της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, δεν φαίνεται να ρυθμίζεται ρητά από το νομοσχέδιο και ως εκ τούτου δεν υπάρχει απαγόρευσή του. Σε περίπτωση όμως που η ενδονοσοκομειακή φροντίδα που παρέχεται στον δικαιούχο σε συμβεβλημένο νοσηλευτήριο θα αμειφθεί από τον δικαιούχο, αυτό αποτελεί παραβίαση του άρθρου 31(5) του Νόμου.

### **Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) και ΓεΣΥ**

Νομικά, τα νοσηλευτήρια τα οποία έχουν συμβληθεί με τον ΟΑΥ, όπως τονίζεται χαρακτηριστικά «Δεν επιτρέπεται να αμείβονται από δικαιούχους για υπηρεσίες φροντίδας υγείας που καλύπτονται από τον Οργανισμό στο πλαίσιο του Συστήματος εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζονται στο άρθρο 20Α» (Καϊσής, 2021)

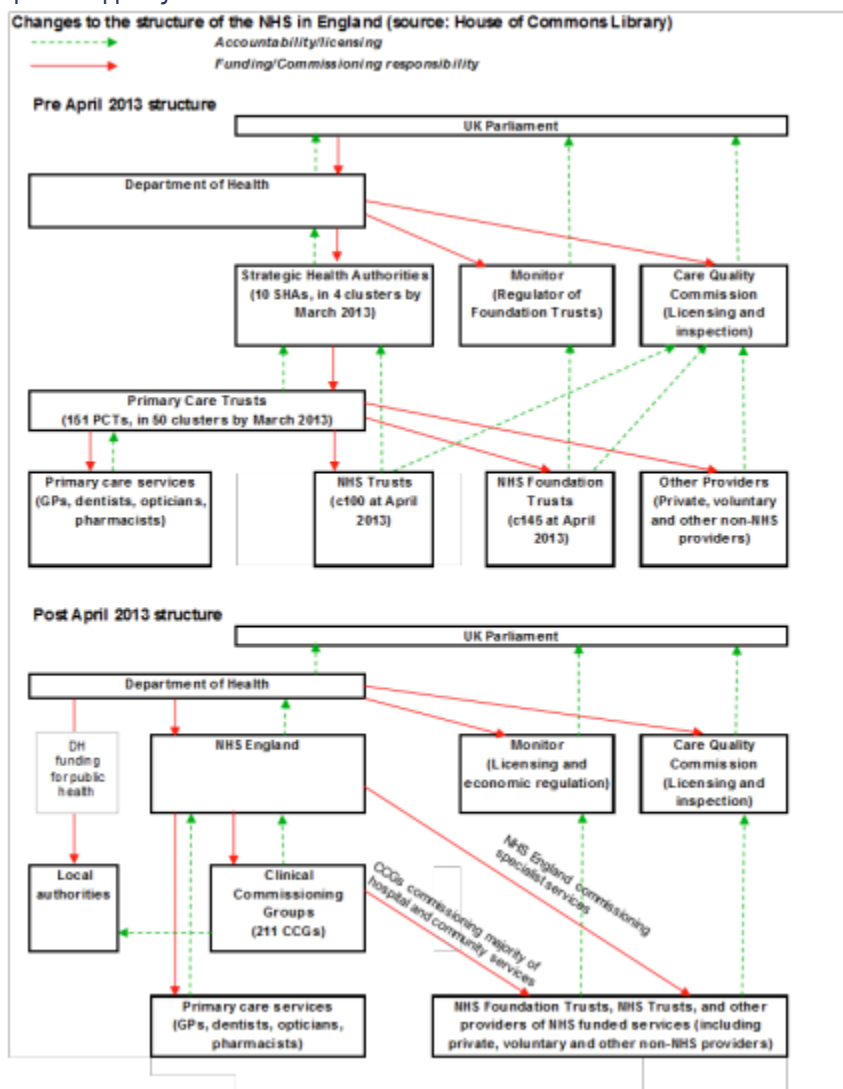
### **Σκοπός του ΟΑΥ**

Στο Παράρτημα 3 αναγράφονται οι αρμοδιότητες του ΟΑΥ έτσι όπως καθορίζονται από τον νόμο «ο Περί Γενικού Σχεδίου Υγείας Νόμος (89(Ι)2001)». Κύριο μελημά του είναι να λειτουργά το σύστημα με καθολικό τρόπο, να είναι οικονομικά βιώσιμο, να παρέχει ισότιμη μεταχείριση και να εξασφαλίζει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Καϊσής, 2021)

## **Δομή και λειτουργία NHS**

Το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο χωρίζεται σε NHS Αγγλίας, NHS Βορείων νησιών, NHS Σκωτίας και NHS Ουαλίας. Πιο κάτω παρουσιάζεται ένα συνοπτικό διάγραμμα πριν και μετά την μεταρρύθμιση που έγινε στο NHS το 2013 σχετικά με την δομή του.

Διάγραμμα 3: Δομή NHS Αγγλίας



(Powell, 2016)

Το 2010 η βρετανική κυβέρνηση παρουσίασε την πρώτη λίστα αναμονής που παρουσίαζε τους μέγιστους χρόνους αναμονής που αφορούσαν την ψυχική υγεία η οποία υλοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2015. Μάλιστα, τότε υπήρχαν σχέδια για θέσπιση προτύπων πρόσβασης και χρόνου αναμονής σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέχρι το 2020, όπως είναι γνωστό οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον ιατρό που θέλουν να αποταθούν. Αυτό το δικαίωμα παρατηρήθηκε για πρώτη φορά και στις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας και σωματικής υγείας.

## Ρύθμιση και λογοδοσία

Η αρχή «Monitor» είναι μια νέα ρυθμιστική αρχή στο NHS Αγγλίας, η οποία έχει την εξουσία να καθορίζει και να επιβάλλει ένα πλαίσιο κανόνων για τους παρόχους. Επίσης, η αρχή αυτή μπορεί να λειτουργήσει μαζί με την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission) έτσι ώστε να λάβει τα απαραίτητα μέτρα στις περιπτώσεις όπου κάποιο νοσοκομείο δεν παρέχει ποιοτική φροντίδα (Monitor, 2013). Μία άλλη υπηρεσία της αρχής αυτής είναι να καθορίζει τις τιμές των υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το NHS παράλληλα με το NHS Αγγλίας, αντιμετωπίζοντας τις μη- ανταγωνιστικές πρακτικές. Αυτό έχει ως σκοπό να διασφαλίζει τουλάχιστον ότι οι βασικές υπηρεσίες έστω και αν οι πάροχοι έχουν οικονομικές δυσκολίες θα έχουν μία ολοκληρωμένη περίθαλψη. Αρχικός και κύριος ρόλος του Monitor είναι η διασφάλιση της βιωσιμότητας του NHS.

Προχωρώντας, η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (The Care Quality Commission) είναι μια ανεξάρτητη ρυθμιστική αρχή υπεύθυνη για την ποιότητα στην υγεία και την κοινωνική περίθαλψη στην Αγγλία (συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών παρόχων) (Care Quality Commission, 2022). Καταγράφει και επιθεωρεί νοσοκομεία, γηροκομεία, ιατρεία, οδοντιατρεία και άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι βαθμολογίες δημοσιεύονται για το κάθε μέρος ξεχωριστά. Εάν κριθεί ότι οι υπηρεσίες δεν πληρούν θεμελιώδεις πρότυπα για την ποιότητα και την ασφάλεια, η πιο πάνω επιτροπή έχει την εξουσία να περιορίσει τις υπηρεσίες, να εκδώσει μια σταθερή ειδοποίηση ποινής, να αναστείλει ή να ακυρώσει εγγραφή ή δίωξη του παρόχου (Powell, 2016)

Επιπρόσθετα, ένας από τους στόχους των μεταρρυθμίσεων της κυβέρνησης στον τομέα της Υγείας το 2010 ήταν να τερματιστεί η πολιτική παρέμβαση στο NHS. Σύμφωνα με την νομοθεσία του 2012, ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας θα καθορίζει τη στρατηγική κατεύθυνση για το NHS στην Αγγλία μέσω του «Mandate to NHS England» και του «NHS Outcome Framework». Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας ορίζει επίσης τον συνολικό προϋπολογισμό για το NHS Αγγλίας καθώς και για τις επιτροπές που υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο οι οποίες αποφασίζουν για τη διασφάλιση παροχής τους σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες (Clinical Commissioning Groups). Ο Διευθύνων Σύμβουλος του NHS Αγγλίας είναι υπόλογος τόσο στο Υπουργείο Υγείας καθώς και στη Βουλή. Σε χειρίστες περιπτώσεις όπου το NHS αποτυγχάνει να εκπληρώσει τις λειτουργίες του, παρεμβαίνει και ο Υπουργός.

Η Επιτροπή Επιλογής Υγείας έχει ως στόχο να εξετάζει την πολιτική, και τις δαπάνες του Υπουργείου Υγείας και τους δημόσιους φορείς που είναι συνδεδεμένοι με αυτό. Η επιτροπή έχει ετήσια λογοδοσία με

την Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας, το σώμα «Monitor», το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο, το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Καθώς και άλλους ρυθμιστικούς φορείς στο πλαίσιο του συνεχούς ελέγχου.

Το 2010 είχε συζητηθεί η δημιουργία του HealthWatch England στο πλαίσιο της Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας (Department of Health, 2010). Μέσω του HealthWatch θα ενισχυθεί η φωνή των ασθενών και θα εισακούγονται τα παράπονά τους. Παρακάτω αναλύεται ο ρόλος του HealthWatch σε τοπικό και εθνικό επίπεδο

Σε τοπικό επίπεδο:

- Οι τοπικοί οργανισμοί του HealthWatch, διασφαλίζουν ότι οι απόψεις και τα σχόλια των ασθενών και των φροντιστών θα αποτελούν ένα αναπόσπαστο μέρος της τοπικής ανάθεσης στην ιατρική φροντίδα
- Οι τοπικές αρχές θα μπορούν να χρησιμοποιούν το τοπικό HealthWatch ή το HealthWatch Αγγλίας, παρέχοντας υπεράσπιση και υποστήριξη, βοηθώντας τους δικαιούχους στο να καταγγείλουν περιστατικά που θέλουν. Επίσης θα στηρίζουν και τα άτομα που στερούνται τα μέσα ή την ικανότητα να κάνουν επιλογές, για παράδειγμα στο να επιλέξουν σε ποιο Γενικό Ιατρό να εγγραφούν.
- Το τοπικό HealthWatch θα χρηματοδοτείται και θα λογοδοτεί στις τοπικές αρχές, και θα προτίθεται να συμμετάσχει στις νέες συνεργασίες των τοπικών αρχών. Το τοπικό health Watch θα παρέχει μία πηγή πληροφοριών για τα εθνικά συστήματα και θα μπορεί να αναφέρει ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα των παροχών

Σε εθνικό επίπεδο:

- Θα παρέχει ηγεσία, συμβουλές και υποστήριξη στους τοπικούς HealthWatch και θα μπορεί να παρέχει υπηρεσίες συνηγορίας εάν το επιθυμεί η τοπική αρχή.
- Το HealthWatch England θα παρέχει συμβουλές στο Health and Social Care σχετικά με χρήσιμες πληροφορίες που θα διευκολύνουν τους ασθενείς με τις επιλογές τους.
- Μαλίστα θα παρέχει συμβουλές στο Διοικητικό Συμβούλιο του NHS, στο «Monitor».
- Με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνονται από το τοπικό HealthWatch και άλλες πηγές, το HealthWatch England θα έχει εξουσία να προτείνει έρευνες για την ποιότητα των υπηρεσιών καθώς και αυτών των μη-ικανοποιητικών.



Κλείνοντας, ο πρωταρχικός σκοπός του NHS είναι να βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης για όλους, να παρέχει ασφαλέστερη φροντίδα, και πιο αποτελεσματική. Η πρόοδος στα αποτελέσματα θα υποστηριχθεί από πρότυπα ποιότητας. Αυτά θα αναπτυχθούν από το NICE για το NHS Commission Board, όπου θα συσταθούν έγκυρα πρότυπα που ορίζουν κάθε μέρος της διαδρομής του ασθενούς. Στόχος του NICE είναι να δημιουργήσει μία ολοκληρωμένη βιβλιοθήκη προτύπων για όλες τις κύριες οδούς φροντίδας. Οι τρεις πρώτοι αναφέρονται σε εγκεφαλικό, άνοια και η πρόληψη της φλεβικής θρομβοεμβολής. Σε δημοσίευμα του NICE το 2010 αναφέρεται ότι αναμένεται να παραχθούν ακόμη 150 πρότυπα (Department of Health, 2010). Τα πρότυπα αυτά γίνονται σε συνεργασία με το ερευνητικό Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας.

### **Μονοασφαλιστικό σύστημα Υγείας**

Ένα σύστημα υγείας μπορεί να είναι μονοασφαλιστικό ή πολυασφαλιστικό. Ο διαχωρισμός τους βασίζεται στο ποιος χρηματοδοτεί το σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι τα εθνικά συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται είτε απ' ευθείας από τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Μέσα από μελέτες που έχουν γίνει από διεθνείς οίκους κατέληξαν για διάφορους λόγους υπέρ του μονοασφαλιστικού συστήματος (Π.Ο.Υ, 2015; Mckinsey, 2006). Το μονοασφαλιστικό σύστημα υγείας, προέβλεπε τη δημιουργία ενός ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο θα γίνονται εισφορές από τους εργαζόμενους/ εργοδότες και την Κυβέρνηση. Μέσα από το ταμείο αυτό θα γίνονται οι πληρωμές για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των δικαιούχων. Το ταμείο αυτό το διαχειρίζεται ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι μονοασφαλιστικά σχέδια έχουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο καθώς και ο Καναδάς, η Νότιος Κορέα κλπ.

Βάσει της έκθεσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το μονοασφαλιστικό σύστημα υπερτερεί στο ότι έχει χαμηλό κόστος, εφαρμόζονται οι οικονομίες κλίμακας, κάτι το οποίο προτάσσεται βάση του μικρού αριθμού του κυπριακού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, είναι ένα απλό σύστημα με αποτέλεσμα να υπάρχει λιγότερη ανάγκη για δημιουργία επιπρόσθετων αρχών ελέγχου και εποπτείας. Λόγω του ότι υπάρχει μόνο μία «δεξαμενή» ασφαλιζομένων, επιτυγχάνεται καλύτερη διαχείριση κινδύνου. Επίσης, αφού όλοι οι παροχείς θα είναι συμβεβλημένοι με ένα μόνο οργανισμό, θα υπάρχει μέγιστη δυνατή επιλογή παροχών υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους του συστήματος. Μάλιστα, θα υπάρχει μεγαλύτερη αγοραστική δύναμη για την διασφάλιση καλύτερων τιμών, ειδικά όσο αφορά τις τιμές στα φάρμακα και στα

αναλώσιμα. Τέλος, υπάρχει καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των παροχών, για διαφάνεια, έλεγχο του κόστους και βελτίωση της ποιότητας καθώς και δυνατότητα εφαρμογής ενιαίων μεθόδων αμοιβής των παροχών υπηρεσιών, κάτι που επιτρέπει αποτελεσματικότερη συγκράτηση του κόστους (Καϊσής, 2021). Στον αντίποδα, το μονοασφαλιστικό σύστημα ελλοχεύει και κινδύνους. Αρχικά, δεν υπάρχει τρόπος εξόδου από το σύστημα για τους ασφαλισμένους, υπάρχει σύγκρουση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του ΟΑΥ και η δημόσια διοικητική αδράνεια ,μπορεί να μην ενθαρρύνει την ισχυρή απόδοση.

## 5.2 Ερώτημα 2: Επιπτώσεις της πανδημίας COVID 19 στο ΓεΣΥ

Στον τομέα της υγείας συναντάμε διάφορα είδη κρίσεων όπως είναι οι μολυσματικές ασθένειες, οι πανδημίες, οι περιβαλλοντικές κρίσεις, οι φυσικές καταστροφές, τα ατυχήματα και συμβάντα μεγάλης έκτασης και άλλα πολλά (Κατσαρού, 2022). Αδιαμφισβήτητα, μία υγειονομική κρίση δεν αφορά μόνο το υγειονομικό προσωπικό, αφού σε αυτή (κρίση) εμπλέκονται οι περισσότεροι μηχανισμοί του κάθε κράτους. Στις κρίσεις υγείας, όλα συνδέονται με μία λεπτή γραμμή αφού η υγειονομική απόκριση επισκιάζεται από κυβερνητικές, εθνικές ή και παγκόσμιες επιλογές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αφήσει εκτεθειμένη την υγειονομική απόκριση αφού δεν εξαρτάται απαραίτητα από το εκάστοτε σύστημα υγείας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ενημέρωση του κοινού για δυνητικά επικίνδυνα συμβάντα πραγματοποιείται μέσω μίας πληθώρας συστημάτων προειδοποίησης και ενημέρωσης και μετά από κάθε κρίση υγείας, πρωταρχικός στόχος είναι η επιστροφή στην κανονικότητα, δηλαδή την αποκατάσταση των συνθηκών όπως πριν από την εκδήλωσή της (O'Brien, 2008). Στο κομμάτι της διαχείρισης κρίσεων, η Κυπριακή Δημοκρατία δεν διαθέτει ειδική νομοθεσία ή σχετικό σχέδιο πρόληψης. Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα από διάφορα τμήματα μέσω των κανονισμών τους και μερικές φορές αποτυπώνονται και σε σχέδιο όπως για παράδειγμα τα σχέδια για τους σεισμούς (Hans, 2019).

## 5.3 Θέμα 3ο: Εισηγήσεις για ΓεΣΥ:

Αδιαμφισβήτητα η λειτουργία του ΓεΣΥ είναι μια μεταρρύθμιση μεγάλου μεγέθους, και ως εκ τούτου κάποια προβλήματα είναι φυσικό να υπάρχουν. Ίσως να αναφερόμαστε και στην μεγαλύτερη μεταρρύθμιση από την ίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας, και αποτελεί μία πρόκληση ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν ομαλά οποιαδήποτε προβλήματα με στόχο την βιωσιμότητα του συστήματος.

Οι απάτες, καταχρήσεις και στρεβλώσεις δυστυχώς είναι εγγενείς αδυναμίες που μπορούν να παρουσιαστούν σε κάθε εθνικό σύστημα υγείας. Αδιαμφισβήτητα, σε ένα οργανισμό όπως ο ΟΑΥ, με εξαιρετικά υψηλού βαθμού εγγενείς κινδύνους για θέματα απάτης, διαφθοράς και καταχρήσεων, ένας ισχυρός εσωτερικός έλεγχος είναι εκ των ων ουκ άνευ. Στην Κύπρο, μπορεί να δημιουργηθεί μία

αντίστοιχη ομάδα όπως είναι η Υπηρεσία κατά της Απάτης του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Η ομάδα αυτή μπορεί να αποτελείται από 4-5 άτομα. Με αυτό τον τρόπο δεικνύεται η σημασία που δίνει το κράτος για την καταπολέμηση κρουσμάτων απάτης και διαφθοράς. Για παράδειγμα, η συγκεκριμένη υπηρεσία στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζει ότι κατά το έτος 2019/2020, που είχε προϋπολογισμό 150,4 δις (στερλίνες) , ήταν επιρρεπές σε απάτη, καταχρήσεις και διαφθορά το 0,76% (1,14 δις) (NHS Counter Fraud Authority, 2022). Επιπρόσθετα μέτρα που θα μπορούσαν να παρθούν για την πάταξη της διαφθοράς είναι η καλύτερη διαθεσιμότητα και διαφάνεια πληροφοριών, η αυστηρότερη διαχείριση προμηθειών και αποθεμάτων, ενίσχυση των ελέγχων για διαφθορά στις ιατρικές πρακτικές και ενίσχυση και επίστευση των δικαστικών ποινών. Έμμεσα μία τέτοια επιτροπή βοηθά και τον ελεγχόμενο φορέα (ΟΑΥ) να πετύχει τους στόχους του, αφού υπάρχει μία συστηματική, πειθαρχημένη προσέγγιση που αξιολογεί έτσι ώστε να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης κινδύνων.

Η κατάχρηση και η διαφθορά βέβαια συνδέεται και με δύο άλλους βασικούς πυλώνες: την ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς και την προκλητή ζήτηση. Το πρώτο αναφέρεται στο ότι ο ασθενής δεν μπορεί να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας του και τις εναλλακτικές επιλογές αντιμετώπισης με αποτέλεσμα ο ιατρός να μπορεί να επηρεάσει τον ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που θα του παράσχει. Η προκλητή ζήτηση περιγράφει το αποτέλεσμα της ασύμμετρης πληροφόρησης. Λόγω του ότι οι γιατροί λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών, είναι πιθανών να ορίζουν θεραπεία μεγαλύτερης ποσότητας και υψηλότερου κόστους από αυτή που θα διάλεγε ο ασθενής (εφόσον είχε την τέλεια πληροφόρηση). Δυστυχώς, ο ιατρός χωρίς λόγο μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του. Αυτά προκαλούνται λόγω του ότι ο ασθενής δεν επιβαρύνεται οικονομικά και ο ιατρός αμείβεται κατά πράξη ή παραπομπή.

Ένα άλλο φαινόμενο το οποίο παρατηρείται, αναφερόμενοι στους προσωπικούς ιατρού (ΠΙ), είναι το ότι δεν υπάρχει ηλικιακό όριο μέχρι πόσο χρονών δικαιούνται να ασκούν το επάγγελμά τους. Σημειώνεται ότι στο ΓεΣΥ 92 ΠΙ (από τους 774, ποσοστό 11,8%) είναι άνω των 70 ετών με τον μεγαλύτερο να είναι 83 ετών. Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι ο εν λόγω ιατρός έχει στο σύνολο 2,488 δικαιούχους (Σημείωση: Κάθε ΠΙ δικαιούται να έχει στο αρχείο του μέχρι και 2,500 δικαιούχους). Με κάθε σεβασμό στο ιατρικό λειτουργήμα, ο ΟΑΥ θα μπορούσε να θέσει ένα μικρότερο όριο στους δικαιούχους που μπορούν να εγγραφούν σε ιατρούς άνω των 70 ετών. Αυτό το φαινόμενο αδιαμφισβήτητα επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών αφού εκ φύσεως τα άτομα αυτά δεν μπορούν να παρέχουν πλήρη αφοσίωση και δέσμευση

για πολύωρη εργασία. Αυτό ίσως να έμεινε ως «κενό» τόσο στον Περι ΓεΣΥ νόμο αλλά και στους κανονισμούς του ΓεΣΥ αφού ήθελαν να εγγραφούν όσο περισσότεροι ΠΙ στο σύστημα. Μια τέτοιου είδους απόφαση θα λειτουργούσε ως ανασταλτικός παράγοντας με αποτέλεσμα να μην εγγραφούν αρκετοί ΠΙ.

Στις περιπτώσεις όπου ο κάθε παραπονούμενος πάροχος αποτίνεται στον Επίτροπο Εποπτείας (ΓεΣΥ) για να υποβάλει το παράπονό του σχετικά με αποζημίωση από τον ΟΑΥ, έστω και αν ο Επίτροπος Εποπτείας κάνει την έρευνά που προνοεί ο νόμος και καταλήγει ότι ο πάροχος έχει δίκαιο, το αν θα πάρει τα χρήματα του θα εξαρτηθεί από τον ΟΑΥ. Ακόμη και αν υπάρχει και επιπρόσθετη γνωμάτευση του Γενικού Εισαγγελέα υπέρ του παρόχου, αν δεν συγκατατίθεται ο ΟΑΥ, δεν υπάρχει κάποιος φορέας που να μπορεί να του επιβληθεί, καταλήγοντας έτσι ο πάροχος να πρέπει να προσφύγει στη δικαιοσύνη (Διοικητικό ή Επαρχιακό Δικαστήριο). Δυστυχώς ο νόμος προσδίδει υπερεξουσία, και έτσι η επιτροπή εποπτείας, ενώ λειτουργημά της είναι να ελέγχει τον ΟΑΥ, ο νόμος δεν δίνει δικαίωμα στον επόπτη να επιβάλλει οποιαδήποτε ποινή, αλλά του δίνει μόνο την εξουσία και την αρμοδιότητα υποβολής εκθέσεων με συστάσεις (Καϊσής, 2021). Στο Παράρτημα 4 αναγράφονται επιγραμματικά οι αρμοδιότητες του Επιτρόπου Εποπτείας του ΓεΣΥ

Εδώ, φαίνεται η άμεση ανάγκη σύστασης επιτροπής, η οποία να αναλαμβάνει την διαχείριση παραπόνων τόσο από τους παροχείς όσο και από τους δικαιούχους. Βέβαια η δράση τους πρέπει να είναι άμεση, να υπάρχει διαφάνεια και η επιτροπή αυτή να έχει την εξουσία για επιβολή ποινών έτσι ώστε να μην υπάρχει καθυστέρηση με νομικές υπηρεσίες.

#### 5.4 Εισηγήσεις βελτίωσης

Αδιαμφισβήτητα, πολλά είναι αυτά που μπορούν να γίνουν για βελτιστοποίηση του συστήματος.

Αρχικά, μπορεί να γίνει κατάστρωση μακροπρόθεσμων πλάνων μέχρι και πέντε χρόνων. Να θέτουν στόχους για προϋπολογισμό, για ενδυνάμωση ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας αλλά και ενίσχυση του συστήματος με άλλες ειδικότητες. Αναφορικά με το τελευταίο, αξίζει να σημειωθεί ότι δύο σημαντικές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι ποδολόγοι (Podiatrists) και οι ακουολόγοι δεν έχουν ενταχθεί ακόμη στο ΓεΣΥ. Αυτό συγκρούεται με τις κατευθυντήριες γραμμές του NICE (σύμφωνα με τις οποίες στήθηκε το ΓεΣΥ) αφού στο NHS οι δύο πιο πάνω ειδικότητες υπάρχουν και λειτουργούν ως μέλη των πολυθεματικών ομάδων. Δυστυχώς ο ΟΑΥ φαίνεται ότι για να «πείσει» Προσωπικούς και Ειδικούς Ιατρούς να ενταχθούν στο σύστημα έδωσε αρκετά υψηλές αμοιβές με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μία ολοκληρωμένη ένταξη άλλων επαγγελματιών υγείας.

Επιπρόσθετα, μέσω της ενιαίας πλατφόρμας ΓεΣΥ μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα δεδομένα (χωρίς να γίνει διαρροή προσωπικών δεδομένων) έτσι ώστε να αναπτυχθούν διάφορες δημογραφικές έρευνες με στόχο την βελτίωση ποιότητας ζωής του ασθενή. Για παράδειγμα, το ποσοστό των διαβητικών ασθενών ποτέ δεν υπολογίστηκε με ακρίβεια στην Κύπρο. Σεβόμενοι τα προσωπικά δεδομένα του ασθενή, μέσω της πλατφόρμας μπορεί να καταγραφεί επακριβώς ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν με Σακχαρώση Διαβήτη (ΣΔ), να εντοπισθεί η περιοχή με τα υψηλότερα ποσοστά και να ετοιμάσουν σχέδια δράσης για ενημέρωση των ατόμων αυτών. Αντίστοιχα, η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την παιδική παχυσαρκία και να ετοιμαστούν διάφορα προγράμματα από διατροφολόγους, ψυχολόγους και άλλες ειδικότητες που θα έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα για ευαισθητοποίηση του θέματος, αρχίζοντας από τις περιοχές που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά.

Μάλιστα, ο ΟΑΥ μπορεί να αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές τόσο σε τοπικό επίπεδο για κάθε επαρχία ξεχωριστά όσο και σε εθνικό επίπεδο. Σε εθνικό επίπεδο επίσης, μπορούν να αναπτυχθούν σχέδια δράσης για περιπτώσεις όπως είναι η πανδημία έτσι ώστε το κράτος να είναι πιο έτοιμο για την αντιμετώπισή τους.

### 5.5 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της τρέχουσας έρευνας

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν για την συγκεκριμένη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν ευρύτερα κριτήρια ποιότητας με αποτελέσματα να αυξάνεται η πολυπλοκότητα. Επιπλέον, μία συστηματική μελέτη μπορεί να χρησιμοποιεί εμπειρική και θεωρητική βιβλιογραφία προκειμένου να παρέχει μία πιο ολοκληρωμένη κατανόηση ενός φαινομένου, σε αυτή την περίπτωση την κατανόηση των συστημάτων υγείας Κύπρου και Αγγλίας και την σύγκριση αυτών, καθώς και τις επιπτώσεις που είχε η πρόσφατη πανδημία στο ΓεΣΥ και οι τρόποι βελτίωσης του. Επομένως, για την μελέτη αυτή, ο ερευνητής συνδύασε μελέτες από συστηματική ανασκόπηση καθώς και κατευθυντήριες γραμμές. Παρόλα αυτά, η πολυπλοκότητα που είναι εγγενής στο συνδυασμό διαφορετικών μεθοδολογιών μπορεί να οδηγήσει σε ανακρίβεια και μεροληψία (Bleck 1999; O'Mathuna 2000). Επιπρόσθετα ο ερευνητής διαπίστωσε ότι, οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες για τη δομή του ΓεΣΥ είναι πολύ λίγες, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές όπως συμβαίνει με το NHS και αυτό έκανε την αναζήτηση των δεδομένων πιο δύσκολη. Τέλος, λόγω του ότι η πανδημία καθώς και η εφαρμογή του ΓεΣΥ είναι δύο ζητήματα πολύ πρόσφατα, δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες. Δυστυχώς η λειτουργία του ΓεΣΥ δεν μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικά αφού εννέα μήνες μετά την έναρξή του (Μάρτιος 2020) η πανδημία έφτασε στη χώρα και ως εκ τούτου ο τομέας της υγείας επηρεάστηκε. Συνεπώς, οι πληροφορίες που είχε

στη διάθεση του ο ερευνητής για το NHS ήταν πολύ περισσότερες από εκείνες που αφορούσε το ΓεΣΥ, αλλά και εκείνες που αφορούσαν το ΓεΣΥ ίσως να μην ήταν και τόσο αντικειμενικές λόγω της πανδημίας.

Οι περιορισμοί που αναφέρονται παραπάνω αναγνωρίζονται από τον ερευνητή, ωστόσο θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι τα δεδομένα αυτής της μελέτης συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν και επεξηγήθηκαν από έναν μόνο ερευνητή και επομένως αυτό μπορεί να επηρέασε της αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων.

Από την άλλη, στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν και αναλύθηκαν δεδομένα από συστηματικές ανασκοπήσεις που έγιναν από αρμόδια πρόσωπα της κυβέρνησης αλλά και εθνικές κατευθυντήριες γραμμές με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ηθική εκτίμηση της μελέτης. Καταλήγοντας, αυτή η έρευνα αποκαλύπτει την ανάγκη τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους αρμόδιους φορείς την σύσταση και την ανάπτυξη προτύπων και κατευθυντήριων γραμμών από τα εθνικά σώματα. Η έλλειψη προτύπων και κατευθυντήριων γραμμών φάνηκε κυρίως στην περίοδο της πανδημίας.

## 5.6 Επιπρόσθετη μελέτη

Η τρέχουσα μελέτη είναι μια καλή αρχή για περαιτέρω έρευνα, ειδικά από επίσημους οργανισμούς, κυβερνητικούς ή μη, και ερευνητές που ενδιαφέρονται για τη διαχείριση και βελτίωση του ΓεΣΥ. Ένα επιπλέον ζήτημα που αποκαλύφθηκε από αυτή τη μελέτη ήταν ότι το ΓεΣΥ χρειάζεται περισσότερο έλεγχο, και ο ΟΑΥ λιγότερη εξουσία. Επομένως, θα πρέπει να διεξαχθούν μελέτες σε κλινικές και να παραχθούν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές. Τέλος, ένας ακόμη ενδιαφέρον τομέας έρευνας θα ήταν η ανάπτυξη προτύπων, αλλά και σχεδίων άμεσης δράσης για διαχείριση περιστατικών όπως είναι μία πανδημία. Ωστόσο, αυτό είναι δύσκολο καθώς απαιτούνται περαιτέρω μελέτες αλλά και πόροι διεξαγωγής τους.

Οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας που είναι συμβεβλημένοι με το ΓεΣΥ πρέπει να λειτουργούν πρώτα με γνώμονα την ηθική και ακολούθως τις κατευθυντήριες γραμμές. Η μείωση των καταχρήσεων είναι ένα ζήτημα στο οποίο αν δεν υπάρξουν αυστηρές ποινές δεν θα μειωθεί σε επιθυμητό επίπεδο.

# **Κεφάλαιο 6**

## **Συμπεράσματα**

## 6. Συμπεράσματα

Η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο έχει συνδεθεί με την επίλυση όλων των προβλημάτων που παρουσιάζονταν στις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδες υγείας και για τυχόν ελλείψεις. Μετά από συζητήσεις και υποσχέσεις δεκαετιών, που μόνο αποτελέσματα δεν έφερναν, οι πολίτες αμφέβαλαν για την υλοποίηση του πολυπόθητου ΓεΣΥ και αν θα εφαρμοζόταν ποτέ στην Κύπρο. Η Κύπρος ήταν το μοναδικό κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης χωρίς Γενικό Σύστημα Υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει ανισότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες φροντίδας.

Η Κυπριακή Δημοκρατία μετά από πολλές συζητήσεις και αντιπαραθέσεις, μελέτες διεθνών οίκων και εμπειρογνομόνων, αφού ξοδεύτηκαν αρκετά υψηλά ποσά, ψήφισε το σχετικό νομοσχέδιο το οποίο προωθήθηκε στη Βουλή και ψηφίστηκε σε νόμο το 2001 «ο Περί Γενικού Σχεδίου Υγείας Νόμος (89(I)2001)». Εκ τότε, μετά από αρκετές τροποποιήσεις, τον Ιούνιο 2019 εφαρμόστηκε το μονοασφαλιστικό ΓεΣΥ.

Ο ΟΑΥ συστάθηκε με βάση τον Νόμο «ο Περί Γενικού Σχεδίου Υγείας Νόμος (89(I)2001)» και αποτελεί οργανισμό Δημοσίου Δικαίου. Έχει ως καθήκον την εφαρμογή του ΓεΣΥ και στόχος του είναι το σύστημα να είναι καθολικό, οικονομικά βιώσιμο, να παρέχει ισότιμη μεταχείριση και να εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία το ΓεΣΥ μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα, το οποίο θεμελιώθηκε στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, της δικαιοσύνης και της καθολικότητας, τόσο από πλευρά συνεισφοράς αλλά και κάλυψης. Ουσιαστικά, είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που έχει ως στόχο να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του κύπριου πολίτη παρέχοντάς του ένα υψηλό επίπεδο φροντίδας εκμεταλλεύοντας τους οικονομικούς πόρους και προσφέροντάς του την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση αντανακλώντας σε σύγχρονες αντιλήψεις και πραγματικότητες.

Αδιαμφισβήτητα, εν καιρώ πανδημίας έχει συμβάλει καθοριστικά στην οργάνωση για την αντιμετώπιση αυτής. Τόσο ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, όσο και η πλατφόρμα που έχει λειτουργήσει για τον εμβολιασμό, βοήθησε στην ομαλή διεκπεραίωση των ραντεβού για εμβολιασμό.

Παρόλα αυτά έχουν παρατηρηθεί σημαντικά προβλήματα που έχουν ως αποτέλεσμα την ταλαιπωρία των πολιτών, η δημιουργία λιστών αναμονής, η μη ανεύρεση ραντεβού σε ορισμένες ειδικότητες καθώς και οι καταχρήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζουν την ποιότητα του συστήματος. Δυστυχώς έχει παρατηρηθεί ότι δεν εφαρμόζεται σύμφωνα με τον σχεδιασμό και τις Βασικές Αρχές που έχουν τεθεί από



τον ΟΑΥ, οδηγώντας σε στρεβλώσεις στην καθιέρωση του θεσμού του ΠΙ και ΕΙ, στο θέμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής στα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια. Για αυτό, πρέπει να γίνονται πιο αυστηροί έλεγχοι, να δημιουργηθούν και άλλες επιτροπές ελέγχου αλλά και να συσταθούν πρότυπα που θα βοηθούν στην ομαλή λειτουργία του συστήματος.

Αναλύοντας, την δομή και λειτουργία του NHS, ο ερευνητής κατέληξε ότι αφού χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες γραμμές του NICE για την σύσταση του ΓεΣΥ, ίσως να πρέπει να υιοθετηθούν και κάποιοι μηχανισμοί ελέγχου για την ομαλή λειτουργία του ΓεΣΥ. Αυτά μπορεί να είναι ο θεσμός «Monitor» και «HealthWatch».

Καταλήγοντας, θα επισημάνω τα σχόλια του τέως Υ.Υ κου Κωνσταντίνου Ιωάννου πως: «οτιδήποτε αλλάζει ή αλλοιώνει τη φιλοσοφία και την αρχιτεκτονική του ΓεΣΥ δεν είναι αποδεκτό. Υπάρχουν νόμοι, έχει ψηφιστεί ομόφωνα από τη Βουλή κι εμείς είμαστε τοποτηρητές. Οφείλουμε να εφαρμόσουμε τη νομοθεσία ως έχει. Οτιδήποτε είναι εκτός της αρχιτεκτονικής, της φιλοσοφίας ή της νομοθεσίας, όπως έχει ψηφιστεί, δεν είναι αποδεκτό από εμάς».

### **Επίλογος- Προσωπικός προβληματισμός**

Καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της μελέτης, η έρευνα δίνει την ευκαιρία να αποκτηθεί μία πλήρης κατανόηση ως προς την λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας αλλά και του NHS του Ηνωμένου Βασιλείου. Η κύρια πρόκληση ήταν οι πληροφορίες που έπρεπε να αντληθούν για τον ΓεΣΥ αφού ήταν περιορισμένες λόγω της πρόσφατης λειτουργίας του. Παρόλα αυτά, ήταν μια αξιόλογη μελέτη, η οποία έδωσε πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, το πώς βοήθησε κατά την διάρκεια της πανδημίας και στο πως μπορεί να αξιοποιηθεί στο μέλλον δίνοντας ανατροφοδότηση και για περαιτέρω μελέτες.

Εν κατακλείδι, ως ερευνητής της πιο πάνω μεταπτυχιακής μελέτης, θα ήθελα να τονίσω ότι πέρα από τις εισηγήσεις για βελτίωση που έχουν αναπτυχθεί, μεγάλο ρόλο διαδραματίζουν και οι πράξεις/ συμπεριφορές τόσο των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Εάν οι ιατροί δεν λειτουργούν με περισσότερη ενσυναίσθηση και πράττουν με σκεπτικισμό και έχουν στο επίκεντρό τους μόνο την θεραπεία για τον ασθενή, δυστυχώς οι καταχρήσεις θα συνεχίσουν να υπάρχουν. Επίσης, οι ασθενείς, δεν πρέπει να δρουν αυθαίρετα και να ζητούν εξετάσεις αλόγιστα μόνο και μόνο επειδή δεν έχουν κάποιο κόστος στις υπηρεσίες. Το Γενικό Σύστημα Υγείας εξαρτάται από όλους μας, και είναι ευθύνη όλων μας να το βελτιώσουμε και να το σώσουμε από τυχών απειλές.

# **Κεφάλαιο 7**

## **Βιβλιογραφία**

## 7. Βιβλιογραφία

Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) (2022). Διαθέσιμο: <https://www.gesy.org.cy/launchpad.html>

Ισαρή Φ., / Πουρκός Μ., (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στην Ψυχολογία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα

Καϊσής Χ. (2021) *Έρευνα για τη λειτουργία των ενταγμένων στο ΓεΣΥ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων*.  
Επίτροπος Εποπτείας Γενικού Συστήματος Υγείας

Κατσαρού ΑΜ. Η διαχείριση κρίσεων υγείας μέσα από διαφορετικά συστήματα υγείας. Διαθέσιμο:  
<http://hdl.handle.net/11728/12228>

Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Ν., Υφαντόπουλος Γ., (2020) *Η οικονομική κρίση, το μνημόνιο και οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου*. Athens Medical Society

Μιχαηλίδης Ο.Φ., Κυριάκου Κ (2022). *Διαχειριστικός Έλεγχος Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας*. Ελεγκτική Υπηρεσία της Δημοκρατίας.

[http://www.audit.gov.cy/audit/audit.nsf/All/12363A1A9139BF3EC22587DF003108A7/\\$file/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82%20OAY%202022.pdf?OpenElement](http://www.audit.gov.cy/audit/audit.nsf/All/12363A1A9139BF3EC22587DF003108A7/$file/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82%20OAY%202022.pdf?OpenElement)

ΟΙ ΠΕΡΟΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2001. Διαθέσιμο:

[file:///C:/Users/user/Downloads/2001\\_1\\_089Pperi\\_genikoy\\_Systimatos\\_Ygerias\\_Nomos.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/2001_1_089Pperi_genikoy_Systimatos_Ygerias_Nomos.pdf)

ΟΙ ΠΕΡΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ) ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2017 Διαθέσιμο:

[file:///C:/Users/user/Downloads/2017\\_1\\_074\\_Peris\\_Genikou\\_Systimatos\\_Ygeias\\_Nomos\\_2017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/2017_1_074_Peris_Genikou_Systimatos_Ygeias_Nomos_2017%20(2).pdf)

Παπανικολάου Β., (2007). *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας* Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα

Τσιωλής Φ., (2020) *Ζήτημα Σχεδιασμού της Ποιοτικής Έρευνας*

Adams, J., Hillier-Brown, F. C., Moore, H. J., Lake, A. A., Araujo-Soares, V., White, M., & Summerbell, C. (2016). Searching and synthesising 'grey literature' and 'grey information' in public health: Critical reflections on three case studies. *Systematic Reviews*, 5(1) doi:10.1186/s13643-016-0337-y

Atkins, D., Chang, S. M., Gartlehner, G., Buckley, D. I., Whitlock, E. P., Berliner, E., & Matchar, D. (2011). Assessing applicability when comparing medical interventions: AHRQ and the effective health care program. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(11), 1198-1207. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.11.021

Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (2nd;2; ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press

Banks, S. (2010). *Ethical issues in youth work* (2nd;2; ed.). London: Routledge.  
doi:10.4324/9780203849361

Beck, C. T. (1999). Facilitating the work of a meta-analyst. *Research in Nursing & Health*, 22(6), 523-530.  
doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199912)22:6<523::AID-NUR9>3.0.CO;2-9

Broome, M.E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. In B. Rogers & K. Knalf (Eds.) *Concept Development in nursing* (pp. 231-250). Philadelphia: WB Saunders.

Broome, M.E. (1993). Integrative literature reviews for the development of concepts. In B. L. Rodgers & K. A. Knalf (Eds.) *Concept Development in Nursong* (2nd ed.) (pp. 231-250). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Bunniss, S., & Kelly, D. R. (2010). Research paradigms in medical education research. *Medical Education*, 44(4), 358-366. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03611.x

Care Quality Commission (2022) Retrieved from: <https://www.cqc.org.uk/>

Carroll, C., Booth, A. and Lloyd-Jones, M. (2012) 'Should be exclude inadequately reported studies from qualitative systematic reviews? An evaluation of sensitivity analyses in two case studies'. *Qualitative Health Research*. 22(10), pp. 1425-1434

Centre for Research and Dissemination (2009) *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in healthcare*. York: University of York [online] Retrieved from:  
[http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf)

Conn, V. S., & Rantz, M. J. (2003). Focus on research methods. *research methods: Managing primary study quality in meta-analyses*. *Research in Nursing and Health*, 26(4), 322-333. doi:10.1002/nur.10092

CONSORT. (2010). *CONSORT 2010 checklist*. Retrieved from <http://www.consort-statement.org/>.

Cooper, H. M. (1998). *Synthesizing research: A guide for literature reviews* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif;London: Sage.

Cylous J., Papanicolas I., Constantinou E., Theodorou M. *Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme*. *Health Policy* 2013, 110:1–5

Department of Health (DoH) (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS*. The Stationery office limited

Dixon-Woods, M., Shaw, R. L., Agarwal, S., & Smith, J. A. (2004). The problem of appraising qualitative research. *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 223-225. doi:10.1136/qshc.2003.008714

Dana, T., Paynter, R., Relevo, R., & Hamilton, A. (2014). Conducting Searcher for Relevant Studies. In H . D. Nelson (Ed.) *Systematic Reviews to Answer Health Care Questions* (pp. 51-67). Wolters Kluwer Health: Philadelphia

Doolen, J. (2017). Meta-analysis, systematic, and integrative reviews: An overview. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(1), 28-30. doi:10.1016/j.ecns.2016.10.003

Eden J (2008) Knowing what works in health care: a roadmap for a nation | Wheatley B, McNeil B, Sox H (Eds) The National Academies Press: Washington

Elamin, M. B., Flynn, D. N., Bassler, D., Briel, M., Alonso-Coello, P., Karanicolas, P. J., Montori, V. M. (2009). Choice of data extraction tools for systematic reviews depends on resources and review complexity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(5), 506-510. doi:10.1016/j.jclinepi.2008.10.016

EUROSTAT. Last modified January 2020. Retrieved from: [https:// ec.europa.eu/ eurostat/statistics-explained/index.php/National\\_accounts\\_and\\_GDP](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National_accounts_and_GDP)

Evans D.B, Edejer T.T, Lauer J., Frenk J., Murray C.J. (2001) Measuring quality: from the system to the provider Publishes INQ International Journal Quality Health Care. 13Q(6) p. 439-446

Finfgeld, D. L. (2003). Metasynthesis: The state of the Art—So far. *Qualitative Health Research*, 13(7), 893-904. doi:10.1177/1049732303253462

Franks, H., Hardiker, N. R., McGrath, M., & McQuarrie, C. (2012). Public health interventions and behaviour change: Reviewing the grey literature. *Public Health*, 126(1), 12-17.  
doi:10.1016/j.puhe.2011.09.023

Glasziou, P. (2001). *Systematic reviews in health care: A practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hans (2019). Republic of Cyprus . Retrieved from: [https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/disastermanagement/republic-cyprus\\_en](https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/disastermanagement/republic-cyprus_en)

Hicks, C. (2009). *Research methods for clinical therapists: Applied project design and analysis* (5th;5; ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Jackson G. (1980). Methods for integrative reviews. *Review of Educational Research*. 50, 438-460

Juni, P., Altman, D.G., & Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *British Medical Journals*. 323 (1), 42-46.

King's Fund (2022). *The NHS budget and how it has changed*. Retrieved from:  
<https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/nhs-budget>

King's Fund (2020) The King's fund strategy 2020-2024. Retrieved from:  
<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2020-01/kings-fund-strategy-2020-24.pdf>

Light, R.J, & Pillemer, D.B (1984) *Summing up: The science of Reviewing Research* Harvard University Press: Cambridge

MINISTRY OF FINANCE. REPUBLIC OF CYPRUS. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. Nicosia, 2013. Retrieved from: [http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/financial\\_assistance\\_gr/financial\\_assistance\\_gr](http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/financial_assistance_gr/financial_assistance_gr)

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., CONSORT. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *International Journal of Surgery*, 10(1), 28-55. doi:10.1016/j.ijsu.2011.10.001

Monitor (2013) *About Monitor: an introduction to our role*

Morse, J. M., & Field, P. (2002). *Nursing research: The application of qualitative approaches* (2nd ed.). Cheltenham: Stanley Thornes

National Institute of Health. (1949). *Nuremberg Code. Office of Human Subjects Research. Trials or war criminal before the Nuremberg military tribunals under Control Council Law*. Retrieved from: <https://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf>

NHS Counter Fraud Authority (2022) Retrieved from: <https://cfa.nhs.uk/>

O'Brien, G. (2008). *UK Emergency Preparedness: A Holistic Response?* *Disaster Prev. Manag.* 17, 232–243.

Odgaard-Jensen, J., Vist, G. E., Timmer, A., Kunz, R., Akl, E. A., Schünemann, H., Oxman, A. D. (2011). Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), MR000012.

O'Mathúna, D. P. (2000). Evidence-Based practice and reviews of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(3), 279-285. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00279.x

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Philadelphia, Pa;London;: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit-O'Hara, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Powell T. (2016) *The structure of the NHS in England*. House of Commons Library

Powell T, Gheera M., Foster D., Balogon B., Conway L., (2021) *The Health and Care Bill [Bill 140 of 2021-22]*

Rubin, H. & Rubin, I. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (2nd ed.). London: SAGE.

Suchamolso, S. (n.d). *Fundamentals of quantitative research*. Retrieved from <http://www.culi.chula.ac.th/ejournal/bod/suphat%20sukamolson.pdf>

The Conservative and Unionist Party Manifesto (2019) Retrieved from: <https://www.conservatives.com/our-plan>

Tramer, M.R., Reynolds, D., Moore, R.A., & McQuay, H.I. (1997). Impact of covert duplicate publication on meta-analysis: a case study. *British Medical Journal*. 315 (7109), 635

Turner, A.M., Liddy, E.D., Bradley, J., & Wheatley, J.A. (2005). Modeling public health interventions for improved access to the gray literature. *Journal of Medical Library Association*. 93 (4), 487-494

Vergnes, J., Marchal-Sixou, C., Nabet, C., Maret, D., & Harnel, O. (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 771.

Walsh, D., & Downe, S. (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*, 22(2), 108-119. doi:10.1016/j.midw.2005.05.004

Weingarten, M. A., Paul, M., & Leibonia, L. (2004). Assessing ethics of trials in systematic reviews. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7446), 1013-1014. doi:10.1136/bmj.328.7446.1013

Webster C. (2002) *The National Health Service: A Political History* Oxford University Press Oxford: University Press

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Winchester, L. & Salji, M. (2016). Writing a literature review. *Journal of Clinical Urology*. 9 (5), 308-312.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, Copenhagen, 2015

World Medical Association of Helsinki. (2014) *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* Retrieved from: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Zeithaml, V.A., Parasuraman A., Berry L.L. (1990). *Delivering Quality Services*, New York: The Free Press



## 8. Παραρτήματα

### Παράρτημα 1: CASP tool

#### (A) Are the results of the review valid?

##### Screening Questions

1. Did the review address a clearly focused question?  Yes  Can't tell  No

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- The population studied
- The intervention given
- The outcome considered

---

2. Did the authors look for the right type of papers?  Yes  Can't tell  No

HINT: 'The best sort of studies' would

- Address the review's question
- Have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

#### Is It worth continuing?



##### Detailed Questions

3. Do you think all the important, relevant studies were included?  Yes  Can't tell  No

HINT: Look for

- Which bibliographic databases were used
- Follow up from reference lists
- Personal contact with experts
- Search for unpublished as well as published studies
- Search for non-English language studies

**4. Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?**

Yes

Can't tell

No

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results. ("All that glitters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

---

**5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?**

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider whether

- The results were similar from study to study
- The results of all the included studies are clearly displayed
- The results of the different studies are similar
- The reasons for any variations in results are discussed

## (B) What are the results?

**6. What are the overall results of the review?**

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- What these are (numerically if appropriate)
- How were the results expressed (NNT, odds ratio etc)

## 7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

### (C) Will the results help locally?

#### 8. Can the results be applied to the local population?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider whether

- The patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- Your local setting is likely to differ much from that of the review

#### 9. Were all important outcomes considered?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider whether

- Is there other information you would like to have seen

---

#### 10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes  Can't tell  No

HINT: Consider

- Even if this is not addressed by the review, what do you think?

Παράρτημα 2: GRADE assessment

Τίτλος	Συγγραφείς	GRADE ranking
Η οικονομική κρίση, το μνημόνιο και οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου	Κωνσταντίνου, Υφαντόπουλος, Υφαντόπουλος (2020)	Low
Έκθεση: Έρευνα για τη λειτουργία των ενταγμένων στο ΓεΣΥ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων	Επίτροπος Εποπτείας (ΓεΣΥ)	High
Effect of public health interventions during the first epidemic wave of COVID-19 in Cyprus: a modelling study	Gountas et al. (2021)	Moderate
<i>Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος</i>		High
The King's Fund – how funding flows and how providers are regulated and commissioned		High
White Paper – Equity and excellence: Liberating the NHS		High
The Griffith's report on the NHS, 1983		High
Health and Care Bill 2021		High
		High

Final GRADE ranking		
High	⊕⊕⊕⊕	We are very confident that the effect of the study reflects the actual effect
Moderate	⊕⊕⊕	We are quite confident that the effect in the study is close to the true effect, but it is also possible it is substantially different
Low	⊕⊕	The true effect may differ significantly from the estimate
Very low	⊕	The true effect is likely to be substantially different from the estimated effect

### Παράρτημα 3: Αρμοδιότητες ΟΑΥ

Στο άρθρο 4 του σχετικού νομοσχεδίου περιγράφονται οι αρμοδιότητες του Οργανισμού

- 1) Σκοπός του Οργανισμού είναι η εφαρμογή γενικού συστήματος υγείας, δυνάμει των διατάξεων του παρόντος Νόμου
- 2) Άνευ επηρεασμού της γενικότητας του εδαφίου (1), ο Οργανισμός έχει αρμοδιότητα:
  - α) να διαχειρίζεται το Ταμείο
  - β) να εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση και την παροχή στους δικαιούχους, των προβλεπόμενων από τον παρόντα Νόμο υπηρεσιών φροντίδας υγείας, χωρίς οποιεσδήποτε διακρίσεις
  - γ) να συμβάλλεται με τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου
  - δ) τηρουμένων των διατάξεων του περί Δημοσιονομικής Ευθύνης και του Δημοσιονομικού Πλαισίου Νόμου και κατόπιν σχετικής έγκρισης του Υπουργού και Υπουργού Οικονομικών, ιδρύει εταιρείες ή συμμετέχει σε εταιρείες ή επιχειρήσεις στις οποίες κατέχει άμεσα ή έμμεσα, μέσω εταιρειών των οποίων κατέχει την πλειοψηφία των μετοχών στο εκδομένο κεφάλαιό τους, για σκοπούς διεξαγωγής επιχείρησης είτε στη Δημοκρατία είτε στο εξωτερικό, σε περιπτώσεις που θεωρεί ότι αυτό εξυπηρετεί το σκοπό και την αποστολή του
  - ε) να διεξάγει ετήσιες αναλογιστικές ανασκοπήσεις της οικονομικής κατάστασης του Ταμείου σε συνάρτηση με τις υποχρεώσεις του από την εφαρμογή του παρόντος Νόμου
  - στ) να διαθέτει χρήματα του Ταμείου για σκοπούς έρευνας, διαφώτισης, επιμόρφωσης και εκπαίδευσης για την καλύτερη λειτουργία και αποδοτικότητα του συστήματος
  - ζ) να παρέχει κίνητρα και υποτροφίες για μεταπτυχιακές σπουδές σε εξειδικευμένα θέματα που ο Οργανισμός θεωρεί αναγκαία και σκόπιμα
  - η) να διαθέτει ποσοστό των χρημάτων του ετήσιου προϋπολογισμού το οποίο να μην υπερβαίνει το 5% για τη διαχείριση του ίδιου του Οργανισμού, εκτός αν με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου το ποσοστό αυτό αυξηθεί
  - θ) να τηρεί αρχεία
  - ι) να προβαίνει σε κάθε άλλη πράξη ή ενέργεια η οποία είναι συναφής με τις πιο πάνω αρμοδιότητες
  - ια) να ασκεί οποιεσδήποτε άλλες αρμοδιότητες προβλέπονται σε επιμέρους διατάξεις του παρόντος Νόμου και σε οποιεσδήποτε δυνάμει αυτού εκδιδόμενους Κανονισμούς ή εσωτερικούς κανονισμούς ή Αποφάσεις

Παράρτημα 4 : Αρμοδιότητες Επιτρόπου Εποπτείας ΓεΣΥ

- (1) Ο Επίτροπος έχει αρμοδιότητα να εξετάζει παράπονα που υποβάλλονται από οποιοδήποτε πρόσωπο που καθορίζεται στο άρθρο 45 σχετικά με-
  - (α) Οποιαδήποτε απόφαση, πράξη ή παράλειψη του Οργανισμού αναφορικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που καλύπτονται από τον Οργανισμό·
  - (β) οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο πλαίσιο εφαρμογής της σύμβασης που υπογράφουν με τον Οργανισμό·
  - (γ) οποιαδήποτε απόφαση, πράξη ή παράλειψη του Οργανισμού σε σχέση με τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- (2) Ο Επίτροπος δύναται να εξετάζει αυτεπάγγελτα οποιοδήποτε θέμα γενικότερου ενδιαφέροντος που αφορά στην αποτελεσματική εφαρμογή και λειτουργία του Συστήματος.
- (3) Ο Επίτροπος διερευνά, μετά από εντολή του Υπουργικού Συμβουλίου, οποιοδήποτε θέμα αφορά στη λειτουργία και εφαρμογή του Συστήματος.
- (4) Δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητες του Επιτρόπου και αυτός δεν δύναται να εξετάσει οποιοδήποτε παράπονο ή ενέργεια ή θέμα, αναφορικά με το οποίο εκκρεμεί οποιαδήποτε διαδικασία ενώπιον οποιοδήποτε δικαστηρίου ή ενώπιον του Οργανισμού ή ενώπιον οποιασδήποτε άλλης διοικητικής ή ανεξάρτητης αρχής που λειτουργεί δυνάμει οποιουδήποτε άλλου νόμου.

(Επίτροπος Εποπτείας ΓεΣΥ, 2019)