

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Η Ποιοτική Φροντίδα Υγείας στην Προοπτική
Εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας**

Αλέξανδρος Παυλάκης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δρ. Μαριάννα Χαραλάμους

ΜΑΙΟΣ, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	i
Ελληνική περίληψη	ii
Αγγλική περίληψη (Abstract)	iii
1. Εισαγωγή.....	1
2. Υγεία και Συστήματα Υγείας.....	2
2.1 Έννοια του όρου ‘Υγεία’.....	2
2.2 Έννοια του όρου Σύστημα Υγείας.....	3
3. Περιγραφή των 4 βασικών τύπων Συστημάτων Υγείας.....	5
3.1 Σύστημα Beveridge.....	5
3.2 Σύστημα Bismarck.....	8
3.3. Σύστημα National Health Insurance.....	11
3.4 Σύστημα Out-of-Pocket.....	12
4. Περιγραφή του αμερικάνικου ΣΥ.....	14
4.1 Εισαγωγή.....	14
4.2 Περιγραφή του Συστήματος.....	15
4.3 Θετικά χαρακτηριστικά.....	18
4.4 Αρνητικά χαρακτηριστικά.....	19
5. Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) Κύπρου.....	21
5.1 Βασικές αρχές.....	21
5.2 Παρεχόμενες Υπηρεσίες, Τρόπος λειτουργίας και χρηματοδότησης..	24
5.2.1 Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	24
5.2.2 Τρόπος λειτουργίας του ΓεΣΥ.....	25
5.2.3 Τρόπος χρηματοδότησης του ΓεΣΥ.....	28
6. Ποιότητα στην υγεία.....	31
6.1 Εισαγωγή.....	31

6.2 Δείκτες.....	31
6.3 Διασφάλιση Ποιότητας.....	35
6.4 Έλεγχος Ποιότητας.....	36
7. Ανάλυση των διατάξεων της περί ΓεΣΥ νομοθεσίας που αφορούν στην ποιότητα.....	38
7.1 Εισαγωγή.....	38
7.2 Νομοθεσία και πραγματικότητα.....	38
8. Εισηγήσεις για μέτρα βελτίωσης της ποιότητας.....	46
9. Συμπεράσματα.....	49
Βιβλιογραφία.....	52

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου προς την καθηγήτρια μου Δρ. Μαριάννα Χαραλάμπους για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση της για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διατριβής μου.

Ελληνική Περίληψη

Η εργασία αυτή στοχεύει πρώτα να εντάξει τον αναγνώστη στις βασικές έννοιες που αφορούν στην Υγεία καθώς και στα Συστήματα Υγείας (ΣΥ) και σε δεύτερο στάδιο να βοηθήσει τον αναγνώστη να αντιληφθεί μέσα από την περιγραφή που γίνεται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων μοντέλων ΣΥ. Αυτό κρίνεται αναγκαίο για να μπορέσει να γίνει μια ουσιαστική και έγκυρη σύγκριση με τα χαρακτηριστικά και πρόνοιες του ΓεΣΥ. Απώτερος όμως σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο ένα τόσης σημασίας και μεγέθους μεταρρυθμιστικό έργο εμπεριέχει εκείνες τις ασφαλιστικές δικλίδες που διασφαλίζουν την αναμενόμενη απαιτούμενη ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν κυρίως βιβλιογραφική αναφορά και ανασκόπηση σε ότι αφορά τις έννοιες Υγείας, των Συστημάτων Υγείας, καθώς και των επιπέδων ποιότητας, αξιολόγησης και ελέγχου τους.

Από την μελέτη προκύπτει ότι αν και οι βασικές διατάξεις της νομοθεσίας περιέχουν στοιχεία που αναφέρονται στην ποιότητα αυτά είναι σε γενική μορφή. Συνεπώς είναι απαραίτητο όπως μέσω Κανονισμών περιγραφούν σε λεπτομέρεια συγκεκριμένα ποιοτικά κριτήρια (π.χ. δείκτες ποιότητας) καθώς και συγκεκριμένοι τρόποι αξιολόγησης και ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα της ποιότητας του συστήματος.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

This study aims firstly to introduce the reader to the basic definitions regarding Healthcare and Healthcare systems and to help the reader realize the various advantages and disadvantages of the 4 main models of healthcare systems. This is of utmost importance in order to conduct a thorough and valid analysis of the characteristics and provisions of the “General Health Care Scheme Law of 2001”. The ultimate aim of this study is to ascertain whether a reformative project of this importance and magnitude includes and safeguards the appropriate measures to ensure the necessary quality in healthcare.

A literature review is the main methodological tool used to conduct this study regarding the definitions of Healthcare, Healthcare Systems, as well as the Quality levels of Healthcare, their evaluation and monitoring.

The study concludes that even though the Law includes some elements regarding the assurance of quality, these elements are general in character and unspecific. Therefore, it is paramount to introduce such provisions in the law to safeguard quality in detail through Regulations and to include specific quality criteria (e.g. quality indicators) as well as specific means to evaluate and monitor the provided healthcare services to ensure the effectiveness of quality in the system.

1. Εισαγωγή

Η προοπτική εφαρμογής του ΓεΣΥ (Γενικό Σύστημα Υγείας) στην Κύπρο όπως αυτή ορίζεται στη νομοθεσία, όπως και η ποιοτική φροντίδα υγείας που πρέπει να παρέχεται στους δικαιούχους πολίτες αποτελεί το κύριο θέμα της διατριβής.

Αρχικά παρουσιάζεται μια σύντομη θεωρητική ανάπτυξη της έννοιας των όρων **Υγεία και Συστήματα Υγείας (ΣΥ)** όπως και οι βασικοί στόχοι τους. Ακολουθεί μια εκτενέστερη θεωρητική περιγραφή των 4 βασικών Συστημάτων Υγείας (Beveridge, Bismarck, National Health Insurance και Out-of-Pocket). Στη συνέχεια αναλύεται λεπτομερώς το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας που είναι ένας περίπλοκος συνδυασμός και των 4 βασικών ΣΥ και παρουσιάζονται μεταξύ άλλων τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του.

Στο επόμενο κεφάλαιο περιγράφεται το **ΓεΣΥ** όπως αυτό θα εφαρμοστεί με βάση τον υφιστάμενο Νόμο, και γίνεται αναφορά στις βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία του, τη χρηματοδότηση του, όπως και στις πρόνοιες που αφορούν στο απαιτούμενο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που θα παρέχονται.

Ακολουθεί κεφάλαιο στο οποίο γίνεται αναφορά στην **ποιότητα στην υγεία και δείκτες ποιότητας** όπου αναπτύσσεται, θεωρητικά, η έννοια της ποιότητας στην υγεία και πως η επιλογή και χρήση των κατάλληλων δεικτών μπορούν να οδηγήσουν στην καλύτερη αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας καθώς και σε τρόπους βελτίωσης της.

Στη συνέχεια, μελετώντας την υφιστάμενη νομοθεσία (ΟΙ ΠΕΡΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΙ Ν.89(Ι)/2001 ΜΕΧΡΙ Ν.62(Ι)/2005) γίνεται αναφορά σε διαδικασίες, θεσμούς και μεθόδους/εργαλεία που σχετίζονται με την διασφάλιση και τον έλεγχο της ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας καθώς και βιβλιογραφική ανασκόπηση εγχώριας και διεθνής βιβλιογραφίας με απώτερο στόχο την **ανάλυση των προνοιών ποιότητας στο ΓεΣΥ**.

Τέλος, γίνεται αναφορά στις σχετικές διατάξεις που περιλαμβάνει η νομοθεσία. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες **παραλήψεις της σχετικής νομοθεσίας του ΓεΣΥ σε ότι αφορά** στην ποιότητα **υπηρεσιών** φροντίδας υγείας σε συνδυασμό με την **υποβολή σχετικών εισηγήσεων για βελτίωση**. Αυτό αναμένεται να βοηθήσει στη λήψη διορθωτικών μέτρων και να συμβάλει στην περαιτέρω εμπέδωση της έννοιας και σημασίας της ποιότητας στην Υγεία, όπου, **απώτερος στόχος** πρέπει να είναι η αύξηση της γενικής ικανοποίησης του ασθενούς από την φροντίδα Υγείας που λαμβάνει και η βελτίωση της Υγείας του πληθυσμού στο σύνολο του.

2. Υγεία και Συστήματα Υγείας

2.1 Έννοια του όρου Υγεία

Είναι σκόπιμο πρώτα να γίνει αναφορά στον όρο "υγεία". Είναι γενικά αποδεκτό ότι, η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό το οποίο πρέπει να απολαμβάνουν οι άνθρωποι, ως μέλη μιας ορθά οργανωμένης κοινωνίας. Η σημασία ενός ψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού ενός κράτους είναι τεράστια τόσο για κοινωνικούς και ηθικούς λόγους αλλά επίσης και για οικονομικούς λόγους.

Η Υγεία είναι μια από τις σημαντικότερες πτυχές κάθε οργανωμένης κοινωνίας και αποτελεί συχνά το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ όλων των ανεπτυγμένων χωρών του Δυτικού κόσμου. Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού μιας χώρας όπως επίσης και άλλοι οικονομικοί πόροι απασχολούνται άμεσα στον τομέα της Υγείας και, συνεπώς, η σημασία της Υγείας από κοινωνικής και οικονομικής προοπτικής αποκτά πρώτη σημασία (Λιαρόπουλος, 2007).

Ο τομέας της Υγείας αντιμετωπίζεται σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης ως ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο συμβάλλει στην κοινωνική ευημερία του πληθυσμού ενός κράτους. Αυτή η κοινωνική ευημερία του πληθυσμού συμβάλλει και στην οικονομία του κράτους αφού ένας υγιής πληθυσμός είναι αναμφίβολα, πιο παραγωγικός.

Η άποψη ότι το αγαθό της υγείας είναι κοινωνικό αγαθό βασίζεται στο ότι οι δυνάμεις της αγοράς αδυνατούν να προσφέρουν αποτελεσματική και κοινωνικά δίκαιη κατανομή του αγαθού της υγείας (Υφαντόπουλος, 2006). Για παράδειγμα, το σύστημα υγείας των ΗΠΑ στο οποίο το αγαθό της υγείας αντιμετωπίζεται κατά κύριο λόγο ως ιδιωτικό αγαθό (για εμπορική εκμετάλλευση), παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση της ζήτησης του, αφού ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω του υψηλού κόστους ασφάλισης.

Η θεώρηση του ως κοινωνικό αγαθό, βασίζεται στο ότι η πρόσβαση στο αγαθό της υγείας δεν πρέπει να εξαρτάται από την αγοραστική δύναμη του καταναλωτή αλλά να βασίζεται στις πραγματικές του ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι το απόλυτα αναγκαίο αγαθό της υγείας παρέχεται σε όλους όσους το έχουν ανάγκη και όχι μόνο σε όσους έχουν την οικονομική ευχέρεια να το αποκτήσουν. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του αγαθού αυτού είναι ότι η ζήτηση του, σε μεγάλο βαθμό, δεν αποτελεί επιθυμία κατανάλωσης αλλά απόλυτη ανάγκη.

Επιπρόσθετα, η υγεία είναι ένα σχετικά ανελαστικό αγαθό, δηλαδή μια αύξηση της τιμής του αγαθού δεν θα επηρεάσει τη ζήτηση. Το αντίθετο ισχύει όμως και στην περίπτωση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού με την έννοια ότι η ζήτηση είναι απεριόριστη και συνεπώς πάλι προκύπτει ανισοζύγιο με αποτέλεσμα τη σπατάλη πόρων.

Συμπερασματικά, η υγεία ως δημόσιο αγαθό συνεπάγεται την ίση διάθεση σε όλους τους πολίτες χωρίς την καταβολή οποιασδήποτε άμεσης αποζημίωσης, σε αντίθεση με την περίπτωση ιδιωτικού αγαθού όπου η διάθεση του αγαθού της υγείας γίνεται μόνο σε εκείνους που μπορούν να καταβάλουν το αντίτιμο (Rice, 2006).

2.2 Έννοια του όρου Σύστημα Υγείας

Ο όρος "Σύστημα Υγείας" (ΣΥ) αναφέρεται στις σκόπιμες ενέργειες που σχεδιάζονται και εφαρμόζονται συνειδητά από μια κοινωνία/κράτος σχετικά με τον τρόπο που οι διάφοροι θεσμοί, άνθρωποι και άλλοι παραγωγικοί πόροι οργανώνονται και πως αυτοί συνδυάζονται και λειτουργούν για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ενός κράτους.

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ΣΥ, ορίζεται ως ένα λειτουργικό Σύστημα, που εξισορροπεί τις ανάγκες του πληθυσμού με τις προσδοκίες του για Υγεία-

- i. βελτιώνοντας την υγεία των ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων,
- ii. προστατεύοντας τον πληθυσμό από απειλές κατά της υγείας του,
- iii. υπερασπίζοντας τους πολίτες από τις τεράστιες οικονομικές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν για την εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας που χρειάζονται,
- iv. παρέχοντας δίκαιη πρόσβαση σε ανθρωποκεντρική και ποιοτική φροντίδα υγείας και
- v. επιτρέποντας τη συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία και στα ΣΥ (WHO, 2007).

Κατά τον Roemer (1991), το ΣΥ ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διαχείρισης που σκοπό έχει την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό μιας χώρας.

Είναι φανερό ότι το άμεσο αποτέλεσμα ενός συστήματος υγείας βασίζεται στην υλοποίηση μιας παραγωγικής διαδικασίας που στόχο έχει την παραγωγή του αγαθού της υγείας μέσω του ορθού συνδυασμού των ανθρώπινων και υλικών πόρων που απαιτούνται. Για να καταστεί αυτό δυνατό είναι απαραίτητο όπως σχεδιαστεί ένα ορθολογικό οργανωτικό πλαίσιο που να επιτρέπει τον συνδυασμό τους.

Ιστορικά, βασικός στόχος του τομέα της Υγείας ήταν η προσφορά υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε εκείνους που τη συγκεκριμένη στιγμή τις είχαν ανάγκη. Στη συνέχεια όμως, έγινε αντιληπτό ότι το θέμα της Υγείας είναι πολύ πιο σύνθετο από την απλή φροντίδα του ασθενούς αφού αυτή εμπεριέχει θέματα δημόσιας υγείας, θέματα υγιεινούς διαβίωσης, θέματα πρόληψης, υγειονομικής διαφώτισης, οικογενειακού προγραμματισμού, διατροφής, στέγης, ύδρευσης, αποχέτευσης, υγιεινής της κατοικίας και της εργασίας και συνεπώς άρχισε η πορεία προς τον σχεδιασμό και εφαρμογή ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα Συστήματα Υγείας εφαρμόζονται για να εξυπηρετήσουν τρεις βασικούς σκοπούς:

- i. Τη διατήρηση καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- ii. Την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους ασθενείς και πληγωμένους και
- iii. Τη συγκράτηση του κόστους παροχής ακριβών υπηρεσιών υγείας που οδηγούν σε οικονομική καταστροφή των ασθενών.

Ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές ιδεολογίες που επικρατούν, αλλά και ανάλογα με το πως αντικρίζει το κάθε κράτος το αγαθό της υγείας, τα διάφορα κράτη επιλέγουν και εφαρμόζουν τα δικά τους ιδιαίτερα Συστήματα Υγείας. Φυσικά, στόχος πρέπει να είναι η όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα αλλά και αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας, συνδυάζοντάς ταυτόχρονα, την επίτευξη του στόχου αυτού με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Συνακόλουθα, η επίτευξη του εν λόγω στόχου θα διασφαλίσει ψηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από ένα σύστημα υγείας, που είναι και ο απώτερος σκοπός.

Όμως, όλα τα ΣΥ βασίζονται και διέπονται από τις αρχές των τεσσάρων πιο κάτω βασικών Συστημάτων/ μοντέλων Υγείας που περιγράφονται στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

3. Περιγραφή των 4 βασικών τύπων Συστημάτων Υγείας

3.1 Σύστημα Beveridge

Το Beveridge model αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge (Beveridge Report), το 1947 και εφαρμόστηκε το 1948 και απετέλεσε και αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες.

Οι βασικές αρχές που διέπουν το σύστημα Beveridge είναι:

- i. η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας
- ii. η κοινωνική ισότητα,

- iii. η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και
- iv. η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2002).

Η Αγγλία, η Ιρλανδία και οι Σκανδιναβικές χώρες αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου. Η πιο γνήσια μορφή του συστήματος Beveridge εφαρμόζεται στην Κούβα όπου το όλο σύστημα της υγείας λειτουργεί και ελέγχεται ολοκληρωτικά από το κράτος.

Σε ότι αφορά στις δαπάνες υγείας φαίνεται ότι κάτω από το σύστημα Beveridge αυτές παρουσιάζονται να είναι κάπως χαμηλότερες ή γύρω από τον μέσο όρο. Η κατάταξη τους στην αξιολόγηση του Π.Ο.Υ. είναι σχετικά θετική.

Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 1) παρουσιάζονται οι δαπάνες και η κατάταξη αξιολόγησης τους σε σύγκριση με χώρες που εφαρμόζουν άλλα συστήματα.

Πίνακας 1

Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ			
Χώρα	1995	2014	Κατάταξη Π.Ο.Υ
Κύπρος	4,7	7,4	24
Η.Β	6,7	9,1	18
Ιρλανδία	6,4	7,8	19
ΗΠΑ	13,1	17,1	37
Νέα Ζηλανδία	6,9	11,0	41
Καναδάς	8,9	10,4	30
Κούβα	5,2	11,1	39
Σουηδία	8,0	11,9	23
Φιλανδία	7,8	9,7	31
Νορβηγία	7,7	9,7	11

Πηγή: World Bank, 2016 και WHO, 2000.

Η χρηματοδότηση του συστήματος Beveridge στο Ηνωμένο Βασίλειο όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα προέρχεται κατά 80% περίπου από την γενική φορολογία και το υπόλοιπο 20% κυρίως από κοινωνική ασφάλιση και κατά δεύτερο λόγο από ιδιωτική πληρωμή. Εντελώς πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης ανέρχεται σε ποσοστό 21,5% (HMRC, 2011).

Το ποσοστό αυτό προέρχεται από εισφορές του εργοδοτούμενου και του εργοδότη και λειτουργεί στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής ασφάλισης (National Insurance Contributions - NIC). Εισφορές επίσης καταβάλλουν σταθερή εβδομαδιαία ή μηνιαία εισφορά και οι αυτοεργοδοτούμενοι. Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης χρησιμοποιούνται για παροχή συγκεκριμένων ωφελημάτων μέσα από τα διάφορα εξειδικευμένα ταμεία ωφελημάτων στα οποία κατατίθενται οι εισφορές.

Τέτοια ωφελήματα καταβάλλονται σε περίπτωση θανάτου, αφυπηρέτησης, ανεργίας, εγκυμοσύνης και ανικανότητας. Όμως το ποσοστό που χρησιμοποιείται για αυτά τα ωφελήματα μειώνεται και αντίθετα αυξάνεται το ποσοστό που μεταφέρεται για θέματα υγείας.

Η κοινωνικοποιημένη φροντίδα υγείας που χαρακτηρίζει το μοντέλο Beveridge και υιοθετήθηκε από πολλές καπιταλιστικές χώρες και από την Κούβα παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα αλλά, όπως είναι φυσικό, και πολλά μειονεκτήματα στην εφαρμογή του.

Αντίθετα από τη κοινή γνώμη που αντιλαμβάνεται ότι ένα σύστημα υγείας το οποίο προσφέρει καθολική φροντίδα σε όλους τους πολίτες είναι τρομερά απαγορευτικό από οικονομική άποψη, πολλές χώρες που το υιοθέτησαν δαπανούν λιγότερα από το ΑΕΠ της χώρας τους στην υγεία σε σχέση με άλλες χώρες. (The World Bank, 2016). Αυτό συμβαίνει επειδή το κράτος, το οποίο ελέγχει τις δαπάνες για την υγεία, έχει το κίνητρο να κρατήσει το κόστος χαμηλό. Επιπρόσθετα, γίνονται μεγάλες επενδύσεις στην προληπτική ιατρική και στη δημιουργία ενός μεγάλου τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Αυτή η έμφαση στην ΠΦΥ, (όπου 70% των ιατρών απασχολούνται στην ΠΦΥ έναντι του 30% στις ΗΠΑ) παρέχει μεγάλα κοινωνικά οφέλη αφού η ΠΦΥ παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα και λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία, υποστηρίζει την προληπτική ιατρική με αποτρεπτικές δράσεις από τους προσωπικούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, έχει χαμηλότερο κόστος και λιγότερες επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Σε συστήματα όπου η ΠΦΥ παρουσιάζεται αναπτυγμένη φαίνεται να προκύπτει ότι μακροχρόνια προσφέρεται καλύτερη φροντίδα υγείας στους ασθενείς.

Ωστόσο, πολλά από τα ΣΥ που ακολουθούν το μοντέλο Beveridge, παρουσιάζουν επίσης προβλήματα στην εφαρμογή τους. Συγκεκριμένα, η έμφαση στην αποδοτικότητα σημαίνει μειωμένη επιλογή θεραπείας στους ασθενείς, μακρές λίστες αναμονής σε εξειδικευμένα εξεταστικά κέντρα και κυρίως στα χειρουργεία. Οι ασθενείς χρειάζονται να περιμένουν για χρόνια για μια εγχείρηση που δεν κρίνεται ως άμεσα κρίσιμη ή θανατηφόρα, ωστόσο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, οι περισσότεροι ιατροί αμείβονται σημαντικά χαμηλότερα από τους αντίστοιχους συνάδελφούς τους στην Αμερική για παράδειγμα, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα.

Επιπρόσθετα, αυτή η έμφαση στην εξοικονόμηση επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και καινοτομίας, αφού η υιοθέτηση τους είναι αποτρεπτική. Συνεπώς, η ποιότητα, ειδικά σε εξειδικευμένες περιπτώσεις, υστερεί σημαντικά από τα ΣΥ που ακολουθούν το μοντέλο "ίδιες πληρωμές" (Out-of-Pocket).

Τέλος, ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα του που ήταν η συγκράτηση των δαπανών υγείας, φαίνεται να αδυνατίζει, αν κρίνουμε από το πρόσφατο ιστορικό παρελθόν. Ως παράδειγμα αναφέρεται ότι, το ΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου παρουσιάζει σημαντική αύξηση δαπανών ενώ ταυτόχρονα προκύπτει και μείωση στο επίπεδο ποιότητας στις προσφερόμενες υπηρεσίες.

3.2 Σύστημα *Bismarck*

Το σύστημα πήρε το όνομα του από το καγκελάριο Otto von Bismarck ο οποίος διανοήθηκε το κράτος πρόνοιας ως τον θεμελιώδη πυλώνα της ενοποίησης της τότε Γερμανίας τον 19ο αιώνα. Το κύριο στοιχείο του συστήματος είναι η διασφάλιση από το κράτος καθολικής βασικής κάλυψης υγείας για κάθε πολίτη ή νόμιμο κάτοικο της χώρας. Αυτό ανεξάρτητα από το οικονομικό καθεστώς του ατόμου.

Επίσης, ένα άλλο χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι το ότι η ασφάλιση παρέχεται από μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών οργανισμών (ταμεία) οι οποίοι όμως είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι οποίοι υποχρεούνται να παρέχουν κάλυψη σε όλους, χωρίς να έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να ασφαλίσουν οποιονδήποτε με βάση την κατάσταση υγείας του.

Όπως και το σύστημα Beveridge, το σύστημα Bismarck επίσης χαρακτηρίζεται από την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, δηλαδή το άτομο πληρώνει ανάλογα με τις δυνατότητες του αλλά απολαμβάνει υπηρεσίες ανάλογα με τις πραγματικές του ανάγκες. Οι πλούσιοι και υγιείς επιχορηγούν τους φτωχούς και αρρώστους. Το εν λόγω σύστημα λειτουργεί στη Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο, Ολλανδία Ελβετία και Ιαπωνία.

Στο σύστημα Bismarck τα νοσηλευτήρια και οι γιατροί είναι κατά κανόνα ιδιωτικοί οργανισμοί/ιδιώτες και οι πολίτες είναι ελεύθεροι να επιλέξουν να τύχουν περίθαλψης από όπου θέλουν, αφού προηγουμένως επιλέξουν τον γενικό γιατρό τους. Ακολούθως, το οικείο ασφαλιστικό ταμείο καλύπτει το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας.

Σε πολλές χώρες που εφαρμόζεται το σύστημα αυτό, ο ασθενής καλείται να καλύψει και ένα μικρό μέρος του κόστους ως συν-πληρωμή (co-payment). Σκοπός της συν-πληρωμής συνήθως είναι η αποτροπή της κατάχρησης του συστήματος αφού αν αφεθεί εντελώς ελεύθερος ο ασφαλισμένος θα προβεί σε υπερκατανάλωση. Είναι παραδεχτό ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι ατέρμονη.

Το όλο σύστημα χρηματοδοτείται από υποχρεωτικές εισφορές από τον εργοδοτούμενο και τον εργοδότη, συνήθως ισόποσα, ως ποσοστό του μηνιαίου εισοδήματος τους (P.A.Y.E - pay as you earn).

Το κράτος έχει κυρίαρχο λόγο σε ότι αφορά στην ρύθμιση και έλεγχο όλων των στοιχείων που συνθέτουν την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος. Ο βαθμός και η έκταση του ελέγχου όμως, διαφοροποιείται ελαφρώς από κράτος σε κράτος.

Όπως και στο σύστημα Beveridge έτσι και το σύστημα Bismarck παρουσιάζει τα πιο κάτω θετικά στοιχεία σε ότι αφορά στη γενική φιλοσοφική έννοια του συστήματος:

- i. Ίση και καθολική κάλυψη
- ii. Ελεύθερη πρόσβαση
- iii. Κοινωνική αλληλεγγύη

- iv. Θεώρηση της έννοιας της υγείας ως δημόσιου αγαθού (σε κάποιες περιπτώσεις και ως δικαίωμα) και όχι ως ιδιωτικού αγαθού προς εμπορική εκμετάλλευση
- v. Κρατικός έλεγχος και ρύθμιση του συστήματος

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω το σύστημα Bismarck εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, πολλές από τις οποίες, συγκαταλέγονται στις χώρες με τα καλύτερα συστήματα υγείας όπως φαίνεται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 2).

Επανειλημμένα η Γαλλία παρουσιάζεται ως η χώρα με το καλύτερο σύστημα υγείας παγκοσμίως στον πίνακα κατάταξης του Π.Ο.Υ. (190 χώρες) (WHO, 2000).

Πίνακας 2

Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ			
Χώρα	1995	2014	Κατάταξη Π.Ο.Υ
Κύπρος	4,7	7,4	24
Η.Β	6,7	9,1	18
Γαλλία	10,1	11,5	1
ΗΠΑ	13,1	17,1	37
Γερμανία	9,4	11,3	25
Καναδάς	8,9	10,4	30
Ιαπωνία	6,6	10,2	10
Ολλανδία	7,4	10,9	17
Βέλγιο	7,6	10,6	21

Πηγή: *World Bank, 2016 και WHO, 2000.*

Παρατηρώντας τα πρακτικά αποτελέσματα από χώρες που υιοθετούν το σύστημα Bismarck προκύπτει ότι αρκετά από αυτά παρουσιάζονται να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας χωρίς να παρουσιάζουν πολύ υψηλές δαπάνες σε σύγκριση με άλλες χώρες που εφαρμόζουν άλλα συστήματα. Επίσης δεν παρουσιάζουν μακρές λίστες αναμονής και είναι σχετικά απλά σε ότι αφορά στη λειτουργία τους. Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι τα συστήματα αυτά παρουσιάζουν ψηλότερες δαπάνες και χαμηλότερη αποδοτικότητα.

Ωστόσο, από τα στοιχεία που παρουσιάζονται πιο πάνω, οι δαπάνες των συστημάτων αυτών δεν παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση από χώρες που εφαρμόζουν το σύστημα Beveridge ή το National Health Insurance. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν σωστά οι έννοιες της αποδοτικότητας αφού τα στοιχεία και οι δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι αμφιλεγόμενα.

3.3. Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (National Health Insurance System - NHIS)

Το NHIS ως σύστημα εμπεριέχει στοιχεία και έννοιες που παρατηρούνται τόσο στο σύστημα Beveridge όσο και στο σύστημα Bismarck. Ουσιαστικά, τα νοσοκομεία, οι ιατροί και γενικά οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας κυρίως είναι ιδιωτικοί/ιδιώτες ή μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί λειτουργούν όπως και στο μοντέλο Bismarck όμως σε ότι αφορά στη χρηματοδότηση του συστήματος, το σύστημα λειτουργεί με βάση το μοντέλο Beveridge. Πιο συγκεκριμένα, οι πολίτες καλούνται να καταβάλλουν συνδρομές/φορολογία σε κρατικό ασφαλιστικό οργανισμό που είναι και ο μοναδικός. Στη συνέχεια ο ασφαλιστικός οργανισμός καταβάλλει την αποζημίωση στους διάφορους πάροχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Χώρες που λειτουργούν με βάση το μοντέλο αυτό είναι ο Καναδάς, η Κολομβία, η Ταϊβάν κλπ.

Πίνακας 3

Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ			
Χώρα	1995	2014	Κατάταξη Π.Ο.Υ
Κύπρος	4,7	7,4	24
Η.Β	6,7	9,1	18
Κολομβία	6,8	7,2	22
ΗΠΑ	13,1	17,1	37
Καναδάς	8,9	10,4	30

Πηγή: World Bank, 2016 και WHO, 2000.

Όπως φαίνεται στον πιο πάνω πίνακα (Πίνακας 3) οι χώρες που εφαρμόζουν το σύστημα αυτό, συγκρίνονται θετικά με χώρες που χρησιμοποιούν τα συστήματα βασισμένα στα μοντέλα του Beveridge και Bismarck και πολύ πιο θετικά σε ότι αφορά τις δαπάνες συγκρινόμενο με αυτό των ΗΠΑ.

Κατά κανόνα όλα τα πιο πάνω 3 μοντέλα στα οποία έχει γίνει αναφορά είναι λιγότερο δαπανηρά από αυτό των ΗΠΑ. Το κύριο μειονέκτημα που προβάλλεται συνήθως για το σύστημα NHIS είναι ο περιορισμός των ιατρικών υπηρεσιών που ο ασφαλιστικός οργανισμός αποδέχεται για πληρωμή και το γεγονός ότι προκύπτουν καθυστερήσεις στην παροχή υπηρεσιών με μακρές λίστες αναμονής.

Τα πρώτα τρία μοντέλα που περιγράφονται πιο πάνω παρουσιάζουν κοινά βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι ότι το κράτος διασφαλίζει **βασική καθολική ασφάλιση υγείας** σε όλους τους πολίτες του ανεξάρτητα με το εργασιακό καθεστώς του ή την οικονομική του κατάσταση. Το δεύτερο και εξίσου σημαντικό στοιχείο που συνυπάρχει στα πιο πάνω συστήματα είναι αυτό της **κοινωνικής αλληλεγγύης**. Το τρίτο είναι ότι οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό **μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί**, τουλάχιστον σε ότι αφορά στη βασική ασφαλιστική κάλυψη. Τέταρτο κοινό στοιχείο είναι ο **ψηλός βαθμός ρύθμισης και ελέγχου** του συστήματος υγείας από το κράτος.

3.4 Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας (Out-of-Pocket)

Το σύστημα αυτό είναι το μόνο που διαφέρει θεωρητικά από τα τρία προηγούμενα συστήματα που έχουν περιγραφεί. Το κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι ότι αντικρίζει το αγαθό της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό προς εμπορική εκμετάλλευση. Δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας ρυθμίζονται βασικά από τον μηχανισμό της αγοράς (ζήτηση και προσφορά). Ο κάθε πάροχος μπορεί να λειτουργεί με τον τρόπο που επιθυμεί και να τιμολογεί ανάλογα. Το κράτος ούτε ρυθμίζει ούτε παρεμβαίνει στην όλη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει ελεύθερα τον πάροχο υγείας που επιθυμεί.

Κάτω από το σύστημα αυτό κυρίαρχο στοιχείο είναι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και συνεπώς η ασφάλιση αποτελεί προσωπική επιλογή του καθενός. Φυσικά, κάποιιοι πολίτες, είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας είτε για προσωπικούς λόγους επιλέγουν

να μην ασφαλιστούν, αναλαμβάνοντας το ρίσκο οι ίδιοι κάτι που έχει ως συνέπεια την καταβολή του κόστους των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους.

Συνεπώς, το σύστημα λόγω του φιλελεύθερου χαρακτήρα του, πλεονεκτεί για τους οικονομικά εύπορους πολίτες και αντίθετα, μειονεκτεί για τους οικονομικά αδύνατους. Συγκεκριμένα, το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος είναι η ελεύθερη επιλογή που θεωρητικά υπάρχει για τον ασθενή να επιλέξει νοσηλευτήριο ή ιατρό. Το πλεονέκτημα αυτό είναι σχετικό γιατί περιορίζεται σε όσους μπορούν να καταβάλουν το τίμημα για τις υπηρεσίες που χρειάζονται.

Το κύριο μειονέκτημα του είναι οι ανεξέλεγκτες δαπάνες, η ανισότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η πλήρης απουσία κοινωνικής αλληλεγγύης. Επίσης, διευκολύνει την αύξηση της προκλητής ζήτησης και ταυτόχρονα αφήνει σε δεύτερη μοίρα ή εντελώς εκτός το θέμα της πρόληψης. Ουσιαστικά, το μεγαλύτερο μειονέκτημα είναι ότι επιτρέπει την εμπορική εκμετάλλευση του αγαθού της υγείας το οποίο παρέχεται με βασικό χαρακτηριστικό το κέρδος που κατά γενική ομολογία είναι κοινωνικά άδικο.

Το συγκεκριμένο σύστημα αυτό εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες. Ο λόγος που υιοθετείται στις περισσότερες χώρες είναι ότι οι χώρες που το υιοθετούν είναι πολύ φτωχές και περιορισμένης κρατικής οργανωτικής δομής, για αυτό παρατηρείται σε πάρα πολλές χώρες τις Αφρικής και της Ασίας, όπου εκατοντάδες εκατομμύρια άτομα διαβιούν χωρίς να επισκεφτούνε ιατρό έστω και μια φορά. Από την άλλη, κάποιος μπορεί να ισχυριστεί ότι αποτελεί παραδοξότητα ότι το σύστημα αυτό εφαρμόζεται από την πιο πλούσια χώρα του κόσμου, δηλαδή τις ΗΠΑ. Όμως όπως φαίνεται και στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 4) το τίμημα της λειτουργίας του φιλελεύθερου αυτού συστήματος στις ΗΠΑ είναι οι σημαντικότερα υψηλότερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, με βάση τα στοιχεία της Διεθνούς Τράπεζας για το 2014, είναι οι ψηλότερες. Ενδεικτικό επίσης είναι ότι με βάση τα στοιχεία της Διεθνούς Τράπεζας, η κατά κεφαλή δαπάνες είναι για τις ΗΠΑ \$9403 ενώ ο μέσος όρος των χωρών του OECD είναι μόνο \$4735 και για τις χώρες της Ευρώπης είναι \$4135.

Πίνακας 4

Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ			
Χώρα	1995	2014	Κατάταξη Π.Ο.Υ
Κύπρος	4,7	7,4	24
Η.Β	6,7	9,1	18
Γαλλία	10,1	11,5	1
ΗΠΑ	13,1	17,1	37
Καναδάς	8,9	10,4	30
Γερμανία	9,4	11,3	25
Νορβηγία	7,7	9,7	11

Πηγή: *World Bank, 2016 και WHO, 2000.*

Από την περιγραφή που έγινε πιο πάνω προκύπτει ότι λειτουργούν δύο κατηγορίες συστημάτων. Η μια έχει ως φιλοσοφικά χαρακτηριστικά την κοινωνική αλληλεγγύη, την καθολική πρόσβαση και την κρατική παρέμβαση και την αντιμετώπιση της υγείας ως δημόσιου αγαθού, στο οποίο πρέπει να έχει δικαίωμα όλος ο πληθυσμός. Η άλλη κατηγορία έχει ως φιλοσοφικό χαρακτηριστικό την καθόλα φιλελεύθερη αντιμετώπιση του αγαθού της υγείας και την ελεύθερη πρόσβαση σε αυτό από όσους έχουν την δυνατότητα να το αποκτήσουν με συγκεκριμένη καταβολή αποζημίωσης.

4. Περιγραφή του αμερικάνικου ΣΥ

4.1 Εισαγωγή

Η ειδικότερη αναφορά στο ΣΥ των ΗΠΑ αποφασίστηκε επειδή είναι μοναδικό μεταξύ συστημάτων του ανεπτυγμένου κόσμου. Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας έχει κοινά στοιχεία με τα υπόλοιπα ΣΥ άλλων χωρών αφού εμπεριέχει χαρακτηριστικά από όλα τα πιο πάνω μοντέλα συστημάτων υγείας. Το κύριο όμως μοντέλο στο οποίο το Αμερικάνικο ΣΥ βασίζεται, είναι εμφανώς η "ίδια πληρωμή" (Out-of-Pocket), όπου η προσφορά και η ζήτηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ελέγχεται/ρυθμίζεται από τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

Ο ασθενής είναι ελεύθερος να αγοράσει υπηρεσίες φροντίδας υγείας από τους πάροχους οι οποίοι, με τη σειρά τους, ορίζουν το κόστος με σκοπό το κέρδος. Μια μεγάλη μερίδα ευκατάστατων πολιτών χρησιμοποιεί διάφορα σχέδια ασφάλισης υγείας όπου πληρώνουν ασφάλιστρα και καλύπτονται μερικώς έως πλήρως, ενώ πολλοί άλλοι συμπολίτες τους, οι οποίοι αδυνατούν οικονομικά, παραμένουν εντελώς ανασφάλιστοι.

Το κράτος, σε μια προσπάθεια να αντισταθμίσει αυτό το μεγάλο κενό μεταξύ αυτών των ομάδων πολιτών, δημιούργησε διάφορα συστήματα και σχέδια κάλυψης για τους οικονομικά αδύνατους. Τα εν λόγω σχέδια όπως το Medicaid και Medicare, το Patient Protection and Affordable Care Act (γνωστό και ως Obamacare) όπως και πολλά άλλα ειδικότερα σχέδια, εφαρμόστηκαν τις τελευταίες δεκαετίες για να βελτιωθεί η γενική υγεία του Αμερικάνικου πληθυσμού.

Στη συνέχεια θα αναλυθεί το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας ως έχει σήμερα και θα συζητηθούν τα σχέδια αυτά σε σχέση με την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την ισότητα που καλούνται να αποφέρουν.

4.2 Περιγραφή του Συστήματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ΗΠΑ παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα με κάποια νοσοκομεία/κλινικές που αποτελούν εξαιρέσεις και λειτουργούν και διοικούνται από την κυβέρνηση. Ως αποτέλεσμα, το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ιδιωτικό τομέα και εργοδοτείται σε νοσοκομεία που σε μεγάλη τους πλειοψηφία είναι μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί (non-profit) και χρηματοδοτούνται από τις ασφάλειες των ασθενών που φροντίζουν. Οι τομείς ιατρικής έρευνας και τεχνολογίας, όπως της φαρμακευτικής έρευνας και παρασκευής, χρηματοδοτούνται επίσης από κυρίως ιδιωτικά κεφάλαια και αποσκοπούν σχεδόν αποκλειστικά στο κέρδος.

Μέχρι πρόσφατα ένα μεγάλο ποσοστό των πολιτών των ΗΠΑ, της τάξεως του 15%, είναι εντελώς ανασφάλιστοι και καλούνται να πληρώσουν προσωπικά το ψηλό κόστος της φροντίδας υγείας αν και όταν χρειαστούν. Αυτό βέβαια είναι οικονομικά αδύνατο για τους περισσότερους αφού αποτελούν την οικονομικά δυσμενέστερη μερίδα του πληθυσμού (φτωχοί, άνεργοι, ανήμποροι). Ένα άλλο 60% του

πληθυσμού καλύπτεται ικανοποιητικά από τον εργοδότη του, ο οποίος παρέχει μαζικά ασφαλιστικά σχέδια που καλύπτουν κυρίως ιατρικές επισκέψεις, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή.

Ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός στις ΗΠΑ είναι η ασφαλιστική ομοσπονδία Blue Cross Blue Shield Association (BCBS, 2017) η οποία δημιουργήθηκε το 1982 από την ένωση της Blue Cross (1929) και της Blue Shield (1948). Η BCBSA προσφέρει ιατροφαρμακευτική ασφάλιση σε περισσότερο από 106 εκατομμύρια Αμερικάνους πολίτες (περίπου στο ένα τρίτο του πληθυσμού) και εξελίχτηκε μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο αφού πολλές εταιρείες που δεν μπορούσαν να προσφέρουν ψηλούς μισθούς καλούνταν να προσφέρουν άλλα κίνητρα στους εργαζόμενους τους.

Ωστόσο, οι άνεργοι, οι φτωχοί και οι υπερήλικες έμεναν πάντα χωρίς ασφάλιση υγείας αφού καμία ασφαλιστική εταιρεία δεν ήθελε να επωμιστεί το ρίσκο αυτών των ευπαθών ομάδων. Συνεπώς, αφού πολλοί πολίτες βρίσκονταν σε αυτή τη δυσμενή θέση, ο 36ος Πρόεδρος των ΗΠΑ Lyndon B. Johnson, κάτω από το σχέδιο Great Society που αποσκοπούσε στην εξουδετέρωση κοινωνικών και φυλετικών διακρίσεων, δημιούργησε το Medicare (1965) και Medicaid (1966).

Το **Medicare** είναι ένα σύστημα ασφάλισης χρηματοδοτούμενο από την κυβέρνηση (single-payer system) και καλύπτει στην πλειονότητα του υπερήλικες που ενόσω εργαζόνταν πρόσφεραν στο ταμείο του. Επίσης προσφέρει κάλυψη υγείας και σε μερικά άτομα νεαρότερης ηλικίας που πάσχουν από κάποια σωματική ή πνευματική ικανότητα (όπως αυτή ορίζεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων) όπως και σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση (Medicare, 2017)

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Medicare (2016), ο οργανισμός παρείχε ασφάλεια υγείας σε 46 εκατομμύρια άτομα άνω των 65 χρονών και σε 9 εκατομμύρια άτομα νεαρότερης ηλικίας.

Το εν λόγω σύστημα χωρίζεται σε 4 κατηγορίες ασφάλισης. Η πρώτη κατηγορία (Part A) αφορά στη Νοσοκομειακή ασφάλιση, η δεύτερη (Part B) στην ιατρική

ασφάλιση, η τρίτη (Part C) στην ασφάλιση Πλεονεκτικών Σχεδίων (Medicare Advantage plans) και η τέταρτη (Part D) στη φαρμακευτική ασφάλιση. Σε γενικές γραμμές το Medicare προσφέρει σε όλους τους δικαιούχους υπηρεσίες από τις πρώτες 2 κατηγορίες (Part A και B) ενώ οι άλλες δύο εξαρτώνται από επιπλέον προϋποθέσεις και πληρωμές στο ταμείο. Η κάλυψη του Medicare αγγίζει το 50% του κόστους φροντίδας υγείας του ασθενή ενώ το υπόλοιπο καλείται να το καλύψει προσωπικά είτε out-of-pocket όταν χρειαστεί είτε με συμπληρωματικές ασφάλειες που είναι σε εφαρμογή σε ομοσπονδιακό επίπεδο ή ανά πολιτεία. Τα ποσά βεβαίως που καλούνται να πληρώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς ακόμα και με επιπλέον ασφάλιση με deductibles, premiums (μηνιαία δόση) ή/και συν-πληρωμή (co-payment) δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητα και για πολλούς είναι δυσβάστακτα.

Το πρόγραμμα **Medicaid**, από την άλλη, είναι ένα σύστημα ασφάλισης που λειτουργεί και ελέγχεται από την κάθε πολιτεία που το εφαρμόζει, σύμφωνα όμως με κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες από την κυβέρνηση. Ο κύριος σκοπός του είναι η παροχή ασφάλισης υγείας σε πολίτες που είναι σε εξαιρετικά δυσχερή θέση σύμφωνα με το όριο φτώχειας όπως αυτό ορίζεται από το Federal Poverty Line (FPL). Το Medicaid πρέπει να καλύπτει τους πολίτες αυτούς που είναι κάτω από το όριο της φτώχειας (εξαιρουμένων άγαμων πολιτών), παιδιά κάτω των 6 χρονών που είναι μέχρι το 133% του FPL και παιδιά μεταξύ 6-18 που βρίσκονται στο 100% του FPL και κάτω. Γυναίκες σε εγκυμοσύνη που βρίσκονται κάτω από το 133% του FPL, γονείς που βρίσκονται στα επίπεδα παροχής πρόνοιας του 1996, και τέλος σε ηλικιωμένους και πολίτες με κάποια ανικανότητα που τους εμποδίζει από το να εργαστούν και που είναι ταυτόχρονα λήπτες συμπληρωματικού βοηθήματος (Supplemental Security Income, SSI).

Το κυριότερο πρόβλημα του προγράμματος αυτού είναι ότι πολλοί άγαμοι πολίτες και οικογένειες που βρίσκονται σε εξαντλητικά επίπεδα φτώχειας δεν συγκαταλέγονται στα επίπεδα παροχής πρόνοιας του 1996 (ειδικά αν αναλογιστεί κανείς τον πληθωρισμό -τη μείωση της αγοραστικής δύναμης του δολαρίου- και γενικότερα την αύξηση του κόστους ζωής μέσα σε δύο δεκαετίες) και έτσι παραμένουν ανασφάλιστοι.

Το Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, 2017), πρόγραμμα της κυβέρνησης Obama, δημιουργήθηκε για να διαμορφώσει το Αμερικάνικο ΣΥ και

συγκεκριμένα, μεταξύ άλλων, για να συμπεριλάβει όλους τους φτωχούς πολίτες των ΗΠΑ στο πρόγραμμα του Medicaid.

Δυστυχώς, το Ανώτατο Δικαστήριο δεν το επέβαλε υποχρεωτικά και έδωσε το δικαίωμα στην κάθε πολιτεία να αποφασίσει εάν θέλει να το υιοθετήσει ή όχι (*National Federation of Independent Business v. Sebelius*, U.S. Supreme Court (June 28, 2012)). Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του PPACA είναι ενθαρρυντικά στις πολιτείες που εφαρμόστηκε αφού το ποσοστό των ανασφάλιστων μειώθηκε από 16% το 2010 σε 8.9% το 2016 (CDC.gov, 2017).

Κάποια άλλα θετικά χαρακτηριστικά του PPACA είναι ο έλεγχος στις διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες όπου τις αποτρέπει από το να μην ασφαλίζουν ηλικιωμένους ή ασθενείς με υπάρχουσα χρόνια ασθένεια. Επιπρόσθετα μέτρα θα παρθούν για τον έλεγχο των ανεξέλεγκτων ασφάλιστρων, τη μείωση του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής, ειδικά για τους ηλικιωμένους, και θα δοθεί έμφαση στην πρόληψη με την κάλυψη περισσότερων προληπτικών εξετάσεων (PUBLIC LAW 111-148—MAR. 23, 2010).

4.3 Θετικά χαρακτηριστικά

Είναι φανερό ότι πολλά χαρακτηριστικά του Αμερικάνικου ΣΥ είναι αρνητικά αλλά αυτό συνοδεύεται και από αρκετά θετικά στοιχεία που το χαρακτηρίζουν. Το τεράστιο κόστος του ΣΥ των ΗΠΑ αντικατοπτρίζεται στην απaráμιλλη ποιότητα του τομέα της φροντίδας υγείας, νοουμένου ότι το κόστος δεν είναι παράγοντας για αυτούς που την απολαμβάνουν.

Ένα τεράστιο κονδύλι από το κόστος της Αμερικάνικης φροντίδας υγείας κατανέμεται στην προηγμένη ιατρική τεχνολογία και έρευνα, η οποία είναι από τις πιο ανεπτυγμένες ανά το παγκόσμιο. Ο φιλελεύθερος χαρακτήρας του Αμερικάνικου ΣΥ ελκύει πολλές εταιρείες, που με σκοπό το κέρδος, επενδύουν μεγάλα ποσά στην ιατρική τεχνολογία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καινοτομία και την συνεχή βελτίωση των ιατρικών πρωτόκολλων και διαδικασιών με κλινικές μελέτες, κάτι που, αφού πρώτα δοκιμαστεί με επιτυχία στις ΗΠΑ, το επωφελούνται και άλλες χώρες που το υιοθετούν. Το ίδιο συμβαίνει φυσικά και στην

φαρμακευτική τεχνολογία όπου πολλά νέα φάρμακα που παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα αντικαθιστούν τα παλαιότερα.

Οι τεράστιες αμοιβές των ιατρών των ΗΠΑ (κάτι που μερικώς δικαιολογείται από το μεγάλο κόστος της εκπαίδευσης που επικρατεί στις ΗΠΑ) έχει ως αποτέλεσμα την προσέλκυση στις ΗΠΑ των καλύτερων ιατρών και χειρουργών του κόσμου. Συνεπώς, οι ασθενείς απολαμβάνουν την καλύτερη δυνατή διάγνωση και ποιοτική φροντίδα για την ασθένειά τους.

Παράλληλα, σύμφωνα με τους O'Neill και O'Neill (2007) οι ΗΠΑ παρουσιάζουν ψηλότερα ποσοστά προληπτικού ελέγχου σε διάφορες μορφές καρκίνου από τον Καναδά, όπως και καλύτερη διαχείριση φροντίδας χρόνιων ασθενειών.

Τέλος, ένα άλλο θετικό χαρακτηριστικό του Αμερικάνικου ΣΥ είναι η υπεροχή του σε απεικονιστικά μηχανήματα και πιο συγκεκριμένα, MRI και CT scanners ανά εκατομμύριο πληθυσμού που ήταν 34,3 και 10,335 αντίστοιχα για το 2007 (CDC.gov, 2011).

4.4 Αρνητικά χαρακτηριστικά

Είναι φανερό πως το κύριο αρνητικό χαρακτηριστικό του Αμερικάνικου Συστήματος Υγείας είναι το κόστος, με ότι αυτό προϋποθέτει. Η φιλελεύθερη φύση του συστήματος επιτρέπει τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που αυξάνει συνεχώς την τιμή του αγαθού της υγείας αφού αναγνωρίζεται ως ιδιωτικό αγαθό και όχι ως μια βασική ανάγκη για όλους τους πολίτες. Όπως έχει προαναφερθεί, η καινοτομία και η προηγμένη ιατρική τεχνολογία στοιχίζουν υπέρογκα ποσά και αυτό αντικατοπτρίζεται στην τιμή των ιατρικών υπηρεσιών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες, που λειτουργούν επίσης με σκοπό το κέρδος, αυξάνουν με τη σειρά τους τα ασφάλιστρα για να καλύψουν το συνεχώς αυξανόμενο κόστος του αγαθού της υγείας. Συνεπώς, αυτό το παραφουσκωμένο κόστος της ιατροφαρμακευτικής αγωγής και φροντίδας το αναλαμβάνει ο ίδιος ο ασθενής.

Όπως παρουσιάζονται στους πιο πάνω πίνακες (1-4), το ποσοστό του ΑΕΠ των ΗΠΑ που αναλογεί στον τομέα της υγείας είναι σε πολλές περιπτώσεις διπλάσιο από άλλες ανεπτυγμένες χώρες με πολύ πιο ψηλούς δείκτες υγείας. Οι ΗΠΑ καταλαμβάνουν συχνά χαμηλή βαθμολογία για το ΣΥ που εφαρμόζουν αφού είναι το ακριβότερο ενώ, ταυτόχρονα, δεν είναι προσβάσιμο για όλο τον πληθυσμό.

Εκατομμύρια πολίτες παραμένουν εντελώς ανασφάλιστοι, οι ασφαλιστικές εταιρείες αρνούνται να αναλάβουν τον κίνδυνο ασφάλισης ευπαθών ομάδων ενώ ταυτόχρονα οι ΗΠΑ συγκαταλέγονται στις χώρες με τα ψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών.

Σύμφωνα με τον Ken Thorpe, διευθυντή της Συμμαχίας για Καταπολέμηση Χρόνιων Ασθενειών (Partnership for Fighting Chronic Disease, 2008), ποσοστό 75% του κόστους της υγείας γενικά, κατανέμεται στις χρόνιες παθήσεις, ενώ το κόστος σε δημόσια προγράμματα είναι πολύ ψηλότερο (96% στο Medicare και 83% στο Medicaid). Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα το μειωμένο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών για τις Υπηρεσίες Υγείας που λαμβάνουν, που, φυσικά αντικατοπτρίζεται στη γενικότερη εικόνα της ποιότητας του Αμερικάνικου ΣΥ.

Αναφορικά με έρευνα της Gallup (Blizzard, 2003) που διεξήγαγε ανάμεσα στις ΗΠΑ, Καναδά και Ηνωμένο Βασίλειο, οι Αμερικάνοι πολίτες είναι φανερά δυσαρεστημένοι με το ΣΥ τους όσον αφορά στην πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές Υπηρεσίες Υγείας και ικανοποίηση από αυτές. Ποσοστό **44%** των ερωτηθέντων απάντησαν πως είναι **πολύ δυσαρεστημένοι από την πρόσβαση σε οικονομικά ανεκτές Υπηρεσίες Υγείας** ενώ ποσοστό **28%** δήλωσαν **κάπως δυσαρεστημένοι**. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και στο θέμα της **ποιότητας** αφού το **50%** των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι **κάπως ως πολύ δυσαρεστημένοι**.

Από τα πιο πάνω ευρήματα είναι φανερό ότι οι αυξημένες δαπάνες (ως ποσοστό του ΑΕΠ) δεν σημαίνουν κατ' ανάγκη και ένα αποτελεσματικό σύστημα αφού στη συγκεκριμένη περίπτωση ένα υπολογίσιμο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και γενικά οι ΗΠΑ υπολείπονται άλλων ανεπτυγμένων χωρών σε συγκριτικούς πίνακες δεικτών υγείας.

Φυσικά, πρέπει να αναγνωριστεί ότι για εκείνους τους πολίτες των ΗΠΑ που μπορούν να απολαύουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, το επίπεδο τους είναι ίσως το υψηλότερο στον κόσμο. Όμως, το ΣΥ των ΗΠΑ γενικά υστερεί ποιοτικά από τα συστήματα άλλων ανεπτυγμένων χωρών όταν στον όρο ποιότητα περιληφθεί το πολύ σημαντικό στοιχείο της πρόσβασης.

Όλα τα ΣΥ έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους και εν τέλει κανένα δεν αποτελεί μοντέλο προς καθολική εφαρμογή από όλα τα κράτη αφού κανένα από αυτά δεν είναι τέλειο. Όμως αν κάποιος συμφωνεί με την άποψη ότι το αγαθό της υγείας είναι δημόσιο αγαθό και ως τέτοιο σε αυτό έχει δικαίωμα ο κάθε πολίτης ενός κράτους, τότε είναι αναντίλεκτο ότι ΣΥ όπως του ΗΒ, της Γαλλίας, του Καναδά υπερτερούν αυτού των ΗΠΑ (WHO, 2000).

5. Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) Κύπρου

5.1 Βασικές αρχές / χαρακτηριστικά

Οι πρώτες μελέτες για την εισαγωγή του ΓεΣΥ ξεκίνησαν το 1991 και η ψήφιση του βασικού του νόμου έγινε το 2001.

Το ΓεΣΥ χαρακτηρίζεται από πέντε βασικές αρχές που είναι ίδιες με τις βασικές παραμέτρους που χαρακτηρίζουν τα περισσότερα συστήματα υγείας (NHIS) σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτά είναι-

- i. η Αρχή της Αλληλεγγύης
- ii. η Ίση Πρόσβαση και ο Συντονισμός,
- iii. η Υψηλή Ποιότητα και Αποτελεσματικότητα,
- iv. η Οικονομική Βιωσιμότητα, και
- v. ο Αποτελεσματικός Έλεγχος.

Η **Αρχή της Αλληλεγγύης** είναι ίσως το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του ΓεΣΥ αφού σε αυτό βασίζεται η όλη του φιλοσοφία. Με βάση τους κύριους πυλώνες του συστήματος το κάθε άτομο που έχει εισόδημα θα καταβάλλει συνδρομή υποχρεωτικά, η οποία θα βασίζεται και θα είναι ποσοστό επί του εισοδήματος του.

Κατά συνέπεια, υπεισέρχεται το στοιχείο της αλληλεγγύης στο σύστημα αφού όσο ψηλότερο είναι το εισόδημα κάποιου τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσό που θα καταβάλλει. Εξάλλου κάποιος θα πληρώνει ανεξάρτητα με το αν χρειάζεται τις υπηρεσίες. Δηλαδή, γενικά μπορεί να αναφερθεί ότι ο πιο πλούσιος πληρώνει για τον φτωχό και ο υγιής για τον ασθενή και συνεπώς κάποιος θα πληρώνει όταν είναι νέος και υγιής με σχετικά ψηλά εισοδήματα και θα απολαμβάνει τις υπηρεσίες όταν τόσο τα εισοδήματα του μειωθούν όσο και η υγεία του χειροτερέψει.

Όσο αφορά στην **Ίση Πρόσβαση** αυτή περιλαμβάνει την πλήρη κάλυψη όλων των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας (συμπεριλαμβανομένων και άλλων δικαιούχων) και προϋποθέτει την ίση πρόσβαση στους δημόσιους αλλά και στους ιδιωτικούς παροχείς φροντίδας υγείας.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ο Συντονισμός μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ώστε να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον συνεργασίας μεταξύ τους, όπου απώτερος σκοπός είναι η παροχή φροντίδας υγείας σε όλους. Για την επίτευξη των πιο πάνω, κύριο ρόλο παίρνει ο Προσωπικός Ιατρός, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τους ασθενείς που θα είναι υπό την φροντίδα του. Οι Προσωπικοί Ιατροί θα λειτουργούν ως κεντρικοί κόμβοι όπου οι ασθενείς θα τυγχάνουν φροντίδας από αυτούς ή θα παραπέμπονται σε ειδικούς ιατρούς.

Όσο αφορά στην **Υψηλή Ποιότητα** και στην **Αποτελεσματικότητα**, θα επιτυγχάνονται μέσω ενός συστήματος ανταγωνισμού ανάμεσα στους παροχείς φροντίδας υγείας. Εκεί θα ορίζονται και οι ελάχιστες απαιτήσεις (minimum requirements) που πρέπει να χαρακτηρίζουν τον παροχέα που επιθυμεί να είναι μέρος του συστήματος. Επίσης, στο σύστημα θα εισαχθούν και ποιοτικά κίνητρα στους παροχείς φροντίδας υγείας όπου, μέσω της αποζημίωσης των συστημάτων των DRGs (Diagnosis-Related Group), του Capitation και του Point System, θα επέλθει η επιθυμητή ποιότητα και η αποτελεσματικότητα.

Σημείωση:

Το σύστημα των DRGs είναι ένα σύστημα που βασίζεται στον μέσο όρο κόστους παροχής μιας ιατρικής διεργασίας για να καθορίσει το επίπεδο αποζημίωσης το οποίο είναι και σταθερό και

ανεξάρτητο από τις πραγματικές δαπάνες που ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο έχει για την παροχή της συγκεκριμένης διεργασίας.

*Το **Capitation** αναφέρεται στον τρόπο που θα αποζημιώνονται οι γενικοί ιατροί και που συνίσταται σε συγκεκριμένη κατά κεφαλή αποζημίωση που θα καταβάλλεται στον κάθε ένα από αυτούς με βάση των αριθμό των ασθενών που ο κάθε ένας θα εγγράψει στον κατάλογο του.*

*Το **Point System** αναφέρεται στην αναπροσαρμογή της τιμής μονάδος για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία με βάση τα πραγματικά στοιχεία της προηγούμενης χρονικής περιόδου ώστε να υπάρχει υπόλοιπο προϋπολογισμού μέχρι το τέλος του κάθε έτους.*

Η Οικονομική Βιωσιμότητα του ΓεΣΥ είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα που το χαρακτηρίζουν αφού η ζήτηση για φροντίδα υγείας είναι ατέρμονη ενώ οι πόροι κάθε χώρας είναι περιορισμένοι. Περιγραμματακά, σύμφωνα με την πρόταση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ, 2012), η οικονομική βιωσιμότητα του ΓεΣΥ, θα επέλθει με-

- i. σταθερή και ευρεία βάση εισφορών, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες αλλά και η Κυβέρνηση να καταβάλουν εισφορές που τους αναλογούν,
- ii. προ-συμφωνημένους προϋπολογισμούς μεταξύ των κύριων ομάδων παροχέων φροντίδας υγείας,
- iii. σφαιρικό προϋπολογισμό, ο οποίος θα διασφαλίζει ότι οι δαπάνες για κάθε παροχή υγείας δεν μπορούν να υπερβαίνουν το προσυμφωνημένο ποσό για το έκαστο οικονομικό έτος
- iv. επιμερισμό κόστους μέσω συν-πληρωμών, και
- v. με διάφορες μεθόδους αποζημίωσης παροχέων (DRGs, Capitation και Point System) αλλά και φαρμάκων (όπου θα λαμβάνεται υπόψη η δραστική ουσία και η θεραπευτική κατηγορία του φαρμάκου).

Όσον αφορά στον **Αποτελεσματικό Έλεγχο**, αυτός θα επιτευχθεί με ένα προηγμένης τεχνολογίας σύστημα πληροφορικής και επιχειρησιακών διαδικασιών. Το σύστημα θα διευκολύνει τον έλεγχο δαπανών (π.χ. καταγραφή και παρακολούθηση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, ανάλυση στοιχείων, αποφυγή σπατάλης και απάτης), θα παρέχει υποστήριξη στους παροχείς υγείας (π.χ. ηλεκτρονικοί φάκελοι και συνταγογράφηση), και τέλος θα προωθεί τη διαφάνεια του συστήματος, αφού με την ανάλυση στοιχείων και εξαγωγή δεικτών

αποτελεσματικότητας και ποιότητας θα δίνει μια καθαρή εικόνα και θα εντοπίζονται τα σημεία μειωμένης παραγωγικότητας.

5.2 Παρεχόμενες Υπηρεσίες, Τρόπος λειτουργίας και χρηματοδότησης

5.2.1 Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 28) για το γενικό σύστημα υγείας οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

«(1) Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει:

(α) Περίθαλψη από προσωπικούς ιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής και από ιατρούς ειδικοτήτων για παροχή ιατρικής φροντίδας ειδικοτήτων τόσο σε εξωτερικούς ασθενείς όσο και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλεύτριά:

(β) τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις·

(γ) χορήγηση των αναγκαίων φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών με βάση συνταγή που εκδίδει ιατρός συμβεβλημένος με τον Οργανισμό, τα οποία περιλαμβάνονται σε εγκεκριμένο από τον Οργανισμό κατάλογο·

(δ) περίθαλψη από ασκούντα επάγγελμα που αναγνωρίζεται από το νομό ως συναφές προς το ιατρικό επάγγελμα υπό την εποπτεία ιατρού ή άλλου προσοντούχου επαγγελματία·

(ε) νοσηλεία σε νοσηλεύτήριο συμβεβλημένο με τον Οργανισμό·

(στ) προληπτική οδοντιατρική περίθαλψη για δικαιούχους ηλικίας μέχρι δεκαπέντε ετών, όπως ορίζεται με Κανονισμούς που εκδίδει ο Οργανισμός·

(ζ) ιατρική αποκατάσταση, περιλαμβανομένων της προμήθειας, της συντήρησης και της ανανέωσης προσθετικών και ορθοπεδικών ειδών, όπως ορίζεται με Κανονισμούς που εκδίδει ο Οργανισμός·

(η) κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις από τους προσωπικούς ιατρούς, όπως ορίζεται με Κανονισμούς από τον Οργανισμό·

(θ) μεταφορά του ασθενούς σε περίπτωση που το επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του.

(2) Ο Οργανισμός δεν καλύπτει χρόνια ψυχιατρική ιδρυματική ή υποχρεωτική φροντίδα η οποία παρέχεται δυνάμει υφισταμένης νομοθεσίας.

(3) Παρά τις διατάξεις του παρόντος Νομού, το Συμβούλιο δύναται κατόπιν γνωμάτευσης του Ιατροσυμβουλίου να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών, αν η επιτυχία τους είναι αμφίβολη ή η δαπάνη είναι πολύ ψηλή, με πιθανότητα να θέτει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του γενικού συστήματος υγείας.».

5.2.2 Τρόπος λειτουργίας του ΓεΣΥ

Περιγραμματακά, το ΓεΣΥ προνοεί την εγγραφή του πληθυσμού στο σχετικό αρχείο. Ταυτόχρονα θα λειτουργεί 'ταμείο' στο οποίο θα κατατίθενται όλες οι εισφορές από τους πολίτες όπως προνοείται στη σχετική νομοθεσία και από το οποίο θα αποζημιώνονται όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας που θα είναι εγγεγραμμένοι στο σύστημα.

Πιο συγκεκριμένα, ο κάθε πολίτης είναι δικαιούχος αλλά για να δικαιούται των σχετικών υπηρεσιών υγείας από το σύστημα πρέπει να εγγραφεί στο ΓεΣΥ. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για το γενικό σύστημα υγείας (άρθρο 16) στον όρο «δικαιούχος» περιλαμβάνεται:

«(α) Κάθε πολίτης της Δημοκρατίας ο οποίος έχει τη μόνιμη διαμονή του στην Κύπρο.

(β) Κάθε εξαρτώμενο πρόσωπο δικαιούχου δυνάμει της παραγράφου (α).

(γ) Κάθε πρόσωπο το οποίο είναι εισφορέας και έχει τη μόνιμη διαμονή του στην Κύπρο ή είναι εισφορέας που απασχολείται νόμιμα στην Κύπρο.

(δ) Οι εξαρτώμενοι των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο (γ), νοούμενου ότι είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου για ορισμένη χρονική περίοδο, η οποία καθορίζεται με κανονισμούς.

(2) Για τους σκοπούς του πιο πάνω εδαφίου (1) «εξαρτώμενο πρόσωπο» σημαίνει—

(α) Το σύζυγο·

(β) (i) άγαμο τέκνο ηλικίας κάτω των δεκαοκτώ χρόνων·

(ii) θήλυ άγαμο τέκνο κάτω των είκοσι τριών χρόνων ή άρρεν άγαμο τέκνο κάτω των είκοσι πέντε χρόνων, εφόσον φοιτά σε εκπαιδευτικό ίδρυμα πάνω σε πλήρη βάση·

(iii) τέκνο που έχει σωματική ή πνευματική αναπηρία η οποία το καθιστά ανίκανο να συντηρεί τον εαυτό του, εξαρτώμενο από τους γονείς του ή από τον έναν από αυτούς.

(iv) τέκνο το οποίο υπηρετεί τη θητεία του δυνάμει των περί Εθνικής Φρουράς Νόμων.».

Ταυτόχρονα, όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας που ενδιαφέρονται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο λειτουργίας του ΓεΣΥ θα πρέπει να συμβληθούν με τον ΟΑΥ, νοούμενου ότι πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις που θέτει ο ΟΑΥ.

Πρωτοβάθμια φροντίδα: Εφόσον τηρούνται τα πιο πάνω, οι δικαιούχοι είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν σε κατάλογο του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) ή προσωπικού παιδίατρο που έχουν δικαίωμα να επιλέξουν. Ο

ΠΙ θα είναι το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα, στο οποίο οι ασθενείς έχουν δικαίωμα απευθείας πρόσβασης όποτε αυτοί κρίνουν αναγκαίο. Αφού ο ΠΙ εξετάσει τον ασθενή είτε θα του προσφέρει την κατάλληλη αγωγή είτε, αν κρίνει σκόπιμο, θα τον παραπέμψει για θεραπεία από ειδικό ιατρό.

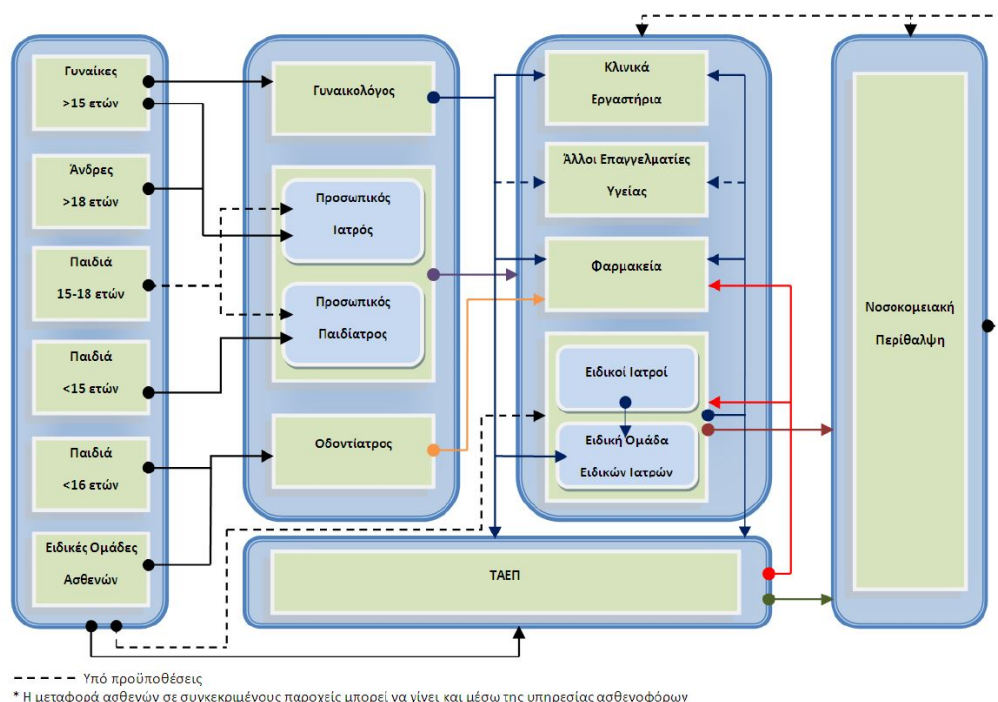
Δευτεροβάθμια φροντίδα: Κατά κανόνα η πρόσβαση στον Ειδικό Ιατρό (ΕΙ) γίνεται μόνο κατόπιν παραπομπής (παραπεμπτικό από ΠΙ) εκτός συγκεκριμένων περιπτώσεων που ο ασθενής δικαιούται άμεσης πρόσβασης (π.χ. ειδικές ομάδες ασθενών).

Πρόσβαση σε φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια, και σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες καθώς και χρήση υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας θα γίνεται μόνο κατόπιν παραπομπής.

Πρόσβαση σε υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης πραγματοποιείται μόνο μέσω παραπομπής. Εξαιρούνται φυσικά οι περιπτώσεις που ο ασθενής εισάγεται σε νοσηλευτήριο μέσω ΤΑΕΠ (Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών). Από το νοσηλευτήριο μπορεί να παραπεμφθεί για επιπρόσθετες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία κλπ.

Πίνακας 5.

Ροή ασθενών στο ΓεΣΥ



Πηγή: ΟΑΥ, 2012

Σε ότι αφορά στους πάροχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αυτοί θα κληθούν να συμβληθούν με τον ΟΑΥ με συγκεκριμένα συμβόλαια και μόνο εφόσον πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια και προϋποθέσεις που θα θέσει ο ΟΑΥ.

5.2.3 Τρόπος χρηματοδότησης του ΓεΣΥ

Με βάση την σχετική νομοθεσία δημιουργείται ταμείο στο οποίο θα κατατίθενται όλες οι εισφορές, οι όποιες συν-πληρωμές και όποια άλλα έσοδα που μπορεί να έχει ο ΟΑΥ όπως προβλέπεται στη σχετική νομοθεσία.

Πιο συγκεκριμένα οι πόροι του ταμείου είναι:

- «(α) Οι εισφορές που αναφέρονται στο άρθρο 19·
- (β) δωρεές και κληροδοτήματα·
- (γ) πρόσδοι από περιουσιακά στοιχεία του Οργανισμού·
- (δ) κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τις δραστηριότητες του Οργανισμού».

Το βασικότερο στοιχείο χρηματοδότησης του ΓεΣΥ θα προέρχεται από εισφορές όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, στον οποίο παρουσιάζεται αναλυτικά η υποχρέωση που έχουν οι διάφορες κατηγορίες εισφορέων ως ποσοστό επί των εισοδημάτων τους.

Πίνακας 6.

Υποχρεωτική εισφορά διαφόρων κατηγοριών εισφορέων ως ποσοστό επί των εισοδημάτων τους.

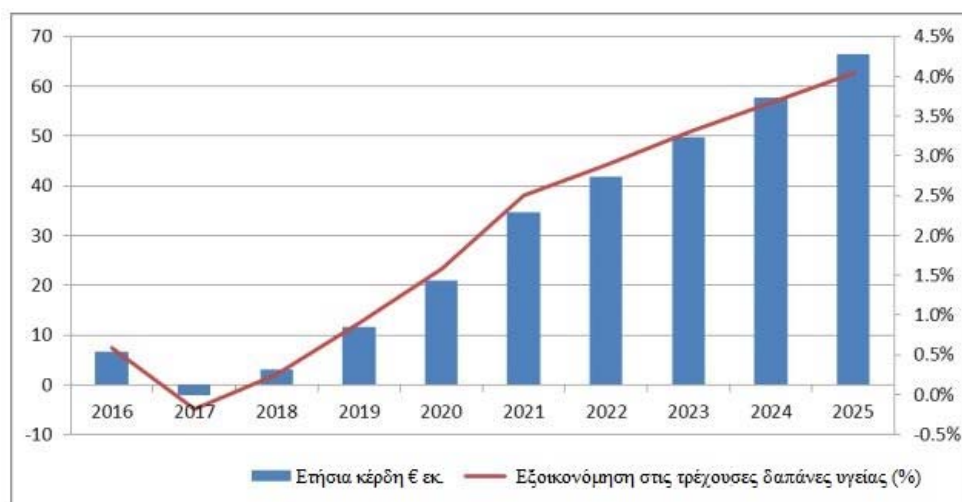
	Προσωπική εισφορά	Εισφορά εργοδότη	Εισφορά κράτους	Σύνολο
Εργοδοτούμενος / Μισθωτός	2,00%	2,55%	4,55%	9,10%
Αυτοεργοδοτούμενος	3,55%	0	4,55%	8,10%
Συνταξιούχος	2,00%	0	4,55%	6,55%
Εισοδηματίες (άλλοι πόροι π.χ. ενοίκια, τόκοι κλπ.)	2,00%	0	0	2,00%

Πηγή: ΟΑΥ (2012)

Επιπρόσθετα, η συμβουλευτική εταιρεία Mercer (Mercer Report, 2013), εκπόνησε μελέτη για την επικαιροποίηση του υπολογισμού των εθνικών δαπανών υγείας, των δαπανών στα πλαίσια του ΓεΣΥ και των ποσοστών εισφοράς που απαιτούνται για τη χρηματοδότηση του για την περίοδο 2016-2025 (Mercer, 2013).

Η εν λόγω αναλογιστική μελέτη, έλαβε υπόψη την πραγματική ανάπτυξη του ΑΕΠ (real GDP growth), τον πληθωρισμό ΔΤΚ (Δείκτης Τιμών Καταναλωτή – CPI inflation), τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ (GDP deflator), το ποσοστό ανεργίας και τον πραγματικό μισθολογικό πληθωρισμό (real wage inflation), καθώς επίσης και τη δημογραφική εξέλιξη στην Κύπρο. Στη συνέχεια κατέληξε ότι θα προκύψουν αυξανόμενα κέρδη στην περίοδο που εξέτασε, και συγκεκριμένα, μετά το 2017 θα υπάρξει μια συνεχόμενη

αύξηση στα κέρδη από το ΓεΣΥ, όπου μέχρι το 2025 θα φτάσει το 4% (βλ. Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Πιθανά κέρδη των δημόσιων υγειονομικών δαπανών με το ΓεΣΥ έναντι των δαπανών χωρίς το ΓεΣΥ (σε εκατομμύρια €)

Πηγή: Mercer Report, 2016

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ δηλαδή είναι συμφέρουσα για την κυπριακή οικονομία αφού η συνολική εξοικονόμηση για την οικονομία της Κύπρου θα είναι 292 εκατομμύρια ευρώ, (για την περίοδο 2016-2025) φαίνεται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 7) από την μελέτη Mercer.

Πίνακας 7.

Συνεπαγόμενες εξοικονομήσεις με την εφαρμογή του ΓεΣΥ για την χρονική περίοδο 2016-2025

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Εξοικονομήσεις με την εφαρμογή του ΓεΣΥ (€εκ.)	7	(2)	3	12	21	35	42	50	58	66

Πηγή: Mercer, 2013

6. Ποιότητα στην υγεία

6.1 Εισαγωγή

Η έννοια του όρου της ποιότητας στην φροντίδα υγείας ορίζεται και βρίσκεται σε απόλυτη σχέση με το τελικό αποτέλεσμα, δηλαδή στο κατά πόσο ο ασθενής και το ιατρικό πρόβλημα του, έχει αντιμετωπιστεί και σε πιο βαθμό, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη την εκάστοτε ιατρική γνώση και τεχνολογία. Αυτό φυσικά επεκτείνεται και στο γενικότερο επίπεδο της δημόσιας υγείας σε ότι αφορά πρόληψη νοσημάτων και κινδύνων για την υγεία, ακόμη και από παράγοντες όπως το περιβάλλον.

Η μεγάλη σημασία της ποιότητας σε ότι αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι δεδομένη ενόψει της φύσης και του χαρακτήρα της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Τις τελευταίες δεκαετίες το θέμα αυτό έχει προσλάβει μεγάλες διαστάσεις αφού, ιστορικά, τα ΣΥ παρουσιάζουν συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες με ότι αυτό συνεπάγεται. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες υγείας απορροφούν αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες που εφαρμόζουν ΣΥ. Αυτό δημιουργεί πιέσεις και αντιδράσεις οι οποίες οδηγούν στην ανάγκη απτών αποτελεσμάτων σε ότι αφορά στην προσφερόμενη ποιότητα των υπηρεσιών, καθώς και συγκεκριμένους τρόπους μέτρησης και καταγραφής της (π.χ. δείκτες ποιότητας), αφού τα προσδοκώμενα οφέλη από ένα σύγχρονο σύστημα υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά.

Ταυτόχρονα και κυρίως ενόψει της μεγάλης αύξησης στον όγκο και στην ευκολία προσβασιμότητας σε σχετική πληροφόρηση που έχει ο μέσος πολίτης, οι απαιτήσεις για βελτίωση της ποιότητας, καθώς και συμμετοχής του ασθενή στις αποφάσεις που τον αφορούν, έχουν αυξηθεί σημαντικά (Λιαρόπουλος, 2007).

6.2 Δείκτες ποιότητας

Για τη μέτρηση της ποιότητας πολλές χώρες έχουν αναπτύξει συγκεκριμένους δείκτες που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα και στην ασφάλεια του συστήματος. Οι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται, μπορούν να χωριστούν σε τρεις βασικές κατηγορίες όπως οι δείκτες δομών, οι δείκτες διαδικασιών και οι δείκτες αποτελεσμάτων.

Οι δείκτες δομών αναφέρονται στα χαρακτηριστικά των υλικών πόρων (δηλαδή εγκαταστάσεις, εξοπλισμός και κεφάλαιο), των ανθρώπινων πόρων (αριθμοί και επίπεδο μόρφωσης) καθώς και του τρόπου που ένας οργανισμός είναι δομημένος. Για παράδειγμα, τετραγωνικά μέτρα ανά ασθενή ή ασθενείς ανά νοσηλευτή.

Οι δείκτες διαδικασιών αναφέρονται στην πραγματική εικόνα του τι συμβαίνει κατά την παροχή και λήψη φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται στις δραστηριότητες του ασθενούς κατά την αναζήτηση και λήψη της υπηρεσίας που χρειάζεται και από την άλλη στις δραστηριότητες του παρόχου της φροντίδας υγείας που στοχεύουν στη διάγνωση και εφαρμογή συγκεκριμένης θεραπείας.

Οι δείκτες αποτελεσμάτων αναφέρονται στις συνέπειες που έχουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην υγεία του πληθυσμού και των ασθενών όπως π.χ. τα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, θανάτων (Λιαρόπουλος, 2007).

Πιο κάτω παρατίθενται μερικοί από τους σημαντικότερους δείκτες που χρησιμοποιούνται διεθνώς ως εργαλεία για την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τον προγραμματισμό συστημάτων υγείας/νοσοκομειακών μονάδων όσον αφορά στην ποιότητα που προσφέρει στους ασθενείς:

A. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)

Η ΜΔΝ είναι ένας δείκτης που δύναται να αναδείξει προβλήματα στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών αφού ένας ψηλός δείκτης σημαίνει ότι αφαιρεί από την ικανότητά του συστήματος να προφέρει υπηρεσίες και συνεπώς υποβάλλει το σύστημα σε δημιουργία αχρειαστής χωρητικότητας.

Ο δείκτης αυτός είναι χρήσιμος για το σύστημα υγείας γιατί με αυτό μπορεί να συσχετιστούν οι πραγματικές ανάγκες με την χωρητικότητα του συστήματος. Αυτό είναι σημαντικό ώστε να προκύπτει μια καλύτερη αξιοποίηση της επένδυσης (value for money).

Στον όρο ποιότητα πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνεται και το θέμα της αποδοτικότητας της επένδυσης.

Σε επίπεδο νοσηλευτικών μονάδων, η ΜΔΝ είναι ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας αφού π.χ. μια χαμηλή τιμή μπορεί να σημαίνει ανεπαρκή νοσηλεία με αποτέλεσμα είτε την ανάγκη επιστροφής του ασθενή είτε την ταλαιπωρία του στο σπίτι του κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του. Επίσης ο δείκτης αυτός βοηθά τη νοσηλευτική μονάδα να καταλήξει σε συμπεράσματα που αφορούν στην αποδοτικότητα και την απόδοση κέρδους του σε σύγκριση πάντα με άλλες ανταγωνιστικές μονάδες.

Επιπρόσθετα, η παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο ασκεί πίεση στους ανθρώπινους αλλά και στους οικονομικούς πόρους της μονάδας, μειώνοντας την ποιότητα γενικά αλλά και αυξάνοντας τον κίνδυνο για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

β. Ποσοστό Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων (Healthcare-Associated Infections (HAIs))

Το ποσοστό Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων είναι ένας άλλος δείκτης που αξιολογεί κυρίως την ποιότητα φροντίδας υγείας και χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με τον δείκτη ΜΔΝ. Ένας ψηλός αριθμός λοιμώξεων σημαίνει μειωμένη ποιότητα στον τρόπο λειτουργίας μιας νοσοκομειακής μονάδας αφού οι ασθενείς μολύνονται περαιτέρω κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο είτε μετεγχειρητικά είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Τα ψηλά ποσοστά του συγκεκριμένου δείκτη αυξάνουν ραγδαία το κόστος της νοσηλείας όσο αυξάνονται και οι επιπλέον μέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, στην Αγγλία το κόστος φροντίδας υγείας των ασθενών με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι 2.9 φορές μεγαλύτερο από αυτό των ασθενών που δεν παρουσίασαν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (Plowman et al, 2001).

Σε επίπεδο συστήματος υγείας ψηλό ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων δημιουργεί αχρείαστη πίεση στις δυνατότητες προσφοράς υπηρεσιών του συστήματος αφού λόγω των επιπλοκών εξυπηρετεί λιγότερους ασθενείς σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

γ. Ιατρικό Προσωπικό ανά κλίνη

Ο δείκτης αυτός καταδεικνύει κατά πόσο το ιατρικό προσωπικό είτε σε επίπεδο συστήματος είτε σε επίπεδο νοσηλευτηρίου επαρκεί για να εξυπηρετήσει ένα δεδομένο πληθυσμό. Είναι προφανές πως ένας χαμηλός τέτοιος δείκτης επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ασθενή. Αντίθετα ένας ψηλός τέτοιος δείκτης σημαίνει σπατάλη πόρων και συνεπώς ψηλότερο του αναγκαίου κόστους παροχής της υπηρεσίας.

δ. Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά κλίνη

Ο δείκτης του Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά κλίνη αξιολογεί την επάρκεια αλλά κυρίως την ποιότητα φροντίδας υγείας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Ένας χαμηλός δείκτης προφανώς καταδεικνύει την ανεπάρκεια του συγκεκριμένου πόρου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες. Αντίθετα ένας ψηλός συγκριτικά δείκτης καταδεικνύει σπατάλη πόρων και συνεπώς χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος χωρίς αναγκαστικά να σημαίνει και καλύτερη ποιότητα.

Συνεπώς, είναι σημαντικό ότι ο δείκτης αυτός πρέπει να βρίσκεται σε σημείο που ο αριθμός των νοσηλευτών είναι επαρκής και οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα με μειωμένες πιθανότητες λάθους στην παρακολούθηση από τη μια, και από την άλλη δημιουργείται ένα αυξημένο αίσθημα φροντίδας και ποιότητας που λαμβάνουν οι ασθενείς.

ε. Αριθμός κλινών του συστήματος υγείας σε σχέση με τον πληθυσμό

Ο δείκτης αυτός φανερώνει την επάρκεια ενός συστήματος υγείας, να προσφέρει τη χρονική στιγμή που πρέπει τη συγκεκριμένη υπηρεσία. Ο χρόνος στον οποίο προσφέρεται η αναγκαία υπηρεσία είναι σημαντικό στοιχείο της ποιότητας. Είναι προφανές ότι εάν η υπηρεσία προσφέρεται με μεγάλη αργοπορία λόγω έλλειψης κλινών το σύστημα δεν μπορεί να χαρακτηρίζεται ποιοτικό.

στ'. Αριθμός εξειδικευμένου εξοπλισμού σε σχέση με τον πληθυσμό

Αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποιότητας ενός συστήματος υγείας να υπάρχει ο ενδεικνυόμενος αναγκαίος εξειδικευμένος εξοπλισμός π.χ. αξονικοί τομογράφοι, μαγνητικοί τομογράφοι, γ-κάμερα σε σχέση με τον πληθυσμό. Σε αντίθετη περίπτωση επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της προσφερόμενης υπηρεσίας.

6.3 Διασφάλιση Ποιότητας

Σε ένα σύστημα υγείας επιβάλλεται να υπάρχει και να λειτουργεί ένα συγκεκριμένο σύστημα/μηχανισμός ο οποίος να διασφαλίζει το συγκεκριμένο επίπεδο ποιότητας που το σύστημα θα προσφέρει. Αυτό μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη διαδικασιών μέτρησης του επιπέδου ποιότητας καθώς και τις διαδικασίες που λειτουργούν για να επιφέρουν τις αναγκαίες αλλαγές αν και όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Ταυτόχρονα ή και εναλλακτικά, το σύστημα αυτό πρέπει να διασφαλίζει τη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων του συστήματος από τους παροχείς υπηρεσιών, με τρόπο ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Σημαντικό στοιχείο σε ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας είναι αυτό να έχει ως επίκεντρο τον ασθενή.

Υπάρχουν δύο έννοιες σε σχέση με την ποιότητα οι οποίες αν και σχετίζονται είναι διαχωρισμένες. Η πρώτη έννοια είναι αυτή της διασφάλισης της ποιότητας η οποία αναφέρεται στις διαδικασίες/στο μηχανισμό της μέτρησης του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η δεύτερη έννοια αναφέρεται στις ενέργειες που λαμβάνονται για τη μεταρρύθμιση τους όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Συνεπώς, αμφότερες οι έννοιες περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα μέτρα που υιοθετούνται για την προστασία, την εδραίωση και τη βελτίωση της ποιότητας. (Donabedian, 1988). Σε αντίθεση, η αξιολόγηση της ποιότητας αναφέρεται στον **καθορισμό** του βαθμού της ποιότητας σε ότι αφορά στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Για τη διασφάλιση της ποιότητας υγείας ενεργοποιούνται όλες οι υπηρεσίες υγείας και αποτελούν μια ολοκληρωμένη δέσμη δραστηριοτήτων που αντικειμενικό σκοπό έχουν τη βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας που είναι και ο αντικειμενικός στόχος. Σχετίζεται πάντοτε με τις αναμενόμενες απαιτήσεις των ασθενών και στο κατά πόσο οι δραστηριότητες αυτές συνάδουν και αντιστοιχούν με τις προδιαγραφές που καθορίζονται (Λιαρόπουλος, 2007).

6.4 Έλεγχος Ποιότητας

Ο έλεγχος της ποιότητας είναι ο ουσιαστικός πυλώνας και προκύπτει ως επιτακτική ανάγκη στο πλαίσιο σχεδιασμού και εφαρμογής μιας στρατηγικής που στόχο έχει τη διασφάλιση και διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από ένα σύστημα υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Οι συντελεστές που αφορούν στην οργάνωση και τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας πρέπει να παρακολουθούνται και να αναλύονται συστηματικά ώστε να μπορεί να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του συστήματος. Αυτό θα κρίνει και την ανάγκη ή όχι λήψης διορθωτικών μέτρων. Βασικές διαδικασίες για την επίτευξη των πιο πάνω μπορεί να αποτελούν:

α. Εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων

Αυτά αποτελούν βασικά εργαλεία υποστήριξης των παροχών υπηρεσιών υγείας ώστε να διασφαλίζεται ομοιομορφία και να διευκολύνεται ο έλεγχος. Αυτά συνήθως αφορούν συνήθεις ασθένειες και προβλήματα καθώς και στις ακολουθούμενες βέλτιστες πρακτικές.

β. Καθορισμός και εισαγωγή προτύπων ποιότητας

Τα πρότυπα αυτά θα πρέπει να συγκρίνονται με τους συγκεκριμένους δείκτες μέτρησης της ποιότητας και μπορούν να αφορούν τομείς σε σχέση με πρόληψη και προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών κλπ.

γ. Καθορισμός και εισαγωγή προτύπων επαγγελματικής κατάρτισης

Αυτά μπορούν να αφορούν τα ελάχιστα κριτήρια για αποδοχή του επαγγελματία παροχέα στο σύστημα, τις ανάγκες συνεχούς εκπαίδευσης/μετεκπαίδευσης και ανάπτυξης του κλπ.

δ. Καθορισμός και εισαγωγή προτύπων δομής, εγκαταστάσεων και ανθρωπίνων πόρων

Είναι αναγκαίο να καθορίζονται και να εφαρμόζονται πρότυπα σε σχέση με τη δομή των νοσοκομειακών οργανισμών καθώς και των εγκαταστάσεων τους τα οποία να τους επιτρέπουν να λειτουργούν εντός του συστήματος ώστε να διασφαλίζεται η ελάχιστη ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών. Το ίδιο θα πρέπει να εφαρμόζεται και σε σχέση με τους ελάχιστους ανθρώπινους πόρους που πρέπει να υπηρετούν σε ένα τέτοιο οργανισμό. Όλα αυτά πάντοτε σε σχέση με το μέγεθος των εγκαταστάσεων.

ε. Εγκαθίδρυση μηχανισμού και διαδικασιών επιθεώρησης και ελέγχου εγκαταστάσεων και προσωπικού σε σχέση με τα καθορισμένα πρότυπα

Επιβάλλεται να υπάρχει η αναγκαία δομή και προσωπικό που να παρακολουθεί και να αξιολογεί την τήρηση των καθορισμένων προτύπων.

στ. Λειτουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος πληροφορικής

Απαραίτητη προϋπόθεση για σχεδόν όλα τα πιο πάνω είναι η ύπαρξη ενός συστήματος πληροφορικής στο οποίο θα συλλέγονται και θα αποθηκεύονται όλα εκείνα τα στοιχεία που αφορούν όλους τους συντελεστές λειτουργίας ενός συστήματος υγείας. Χωρίς αυτό καμιά αξιολόγηση του συστήματος και των παραμέτρων του δεν μπορεί να υπάρξει.

ζ. Διαπίστευση

Για να μπορούν οι συντελεστές ενός συστήματος υγείας να αξιολογηθούν αντικειμενικά θα πρέπει να υπάρχει ένα δεδομένο πρότυπο έναντι του οποίου να συγκρίνονται. Η διαπίστευση αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία ένας συγκεκριμένος οργανισμός παραγωγής υπηρεσιών ελέγχεται από ένα άλλο εξειδικευμένο και ανεξάρτητο οργανισμό ο οποίος στο τέλος του ελέγχου διαπιστεύει ή όχι τον ελεγχόμενο οργανισμό. Η διαπίστευση παροχών υπηρεσιών υγείας είναι ένα σημαντικό και αποτελεσματικό εργαλείο που θα βοηθά στη διασφάλιση ενός καθορισμένου ελάχιστου επιπέδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

7. Ανάλυση των διατάξεων της περί ΓεΣΥ νομοθεσίας που αφορούν στην ποιότητα

7.1 Εισαγωγή

Είναι σκόπιμο αρχικά να αναφερθεί ότι οι σχετικές διατάξεις που αφορούν στην ποιότητα και αναφέρονται στην περί ΓεΣΥ νομοθεσία (Ν.89(Ι)/2001 μέχρι Ν.62(Ι)/2005) είναι γενικού χαρακτήρα αφού, λογικά, θα ακολουθήσει η ετοιμασία, υποβολή και ψήφιση Κανονισμών από τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Αυτοί θα αφορούν σε λεπτομέρεια των τρόπου εφαρμογής και λειτουργίας όλων των σχετικών διατάξεων που σχετίζονται με τη διασφάλιση της ποιότητας καθώς και τον έλεγχο της.

Συνεπώς, η όποια κριτική περί ελλείψεων καθώς και όποιες εισηγήσεις γίνονται στο κείμενο αυτό, πρέπει να λαμβάνονται υπό το φως των πιο πάνω.

7.2 Νομοθεσία και πραγματικότητα

Πιο κάτω παρουσιάζονται όλες οι σχετικές διατάξεις του περί ΓεΣΥ νόμου (Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος) που αφορά στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών:

Συμβάσεις για παροχή υπηρεσιών γενικής ιατρικής

Το Άρθρο 23 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω για τις συμβάσεις παροχής υπηρεσιών γενικής ιατρικής.

(1) Για τους σκοπούς παροχής υπηρεσιών γενικής ιατρικής ο Οργανισμός συμβάλλεται μόνο—

(α) Με ιδιώτες ιατρούς που—

(i) Έχουν ειδική εκπαίδευση στη γενική ιατρική, και

(ii) έχουν εγγράψει τον καθορισμένο αριθμό δικαιούχων στον κατάλογο τους,

(3) Η απόφαση του Οργανισμού να συμβληθεί με ιατρό για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου βασίζεται, μεταξύ άλλων, και στα πιο κάτω κριτήρια:

(α) Επάρκεια και ικανοποιητική κατάσταση των δωματίων αναμονής και εξέτασης ασθενών, των χώρων για σκοπούς διοίκησης, αποθήκευσης και καταχώρισης και ανεύρεσης πληροφοριών,

(β) επάρκεια και ικανοποιητική κατάσταση του απαραίτητου εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων.

(4)(α) Ο Οργανισμός σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο δύναται να ορίσει πρότυπα για τους χώρους εγκατάστασης και τον εξοπλισμό που αναφέρονται στο εδάφιο (3).

(β) Τα πρότυπα αυτά δημοσιεύονται με γνωστοποίηση στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.

(5) Για τους σκοπούς του πιο πάνω εδαφίου (1), «καθορισμένος αριθμός δικαιούχων», τον οποίο ο Οργανισμός ορίζει κατά καιρούς, είναι, τηρουμένων των διατάξεων του εδαφίου (7), ο κατώτατος αριθμός δικαιούχων που κάθε προσωπικός ιατρός πρέπει να έχει στον κατάλογο του και ο οποίος σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να είναι κάτω των τριακοσίων για τα πρώτα τρία χρόνια και άνω των πεντακοσίων μετά τα πρώτα τρία χρόνια.

(6) Ο αριθμός των δικαιούχων τους οποίους δύναται να εγγράψει στον κατάλογο του ο προσωπικός ιατρός δε δύναται να υπερβαίνει τους δύο χιλιάδες πεντακόσιους.

Οι πιο πάνω διατάξεις αφορούν κυρίως κριτήρια της εκπαιδευτικής επάρκειας και του αριθμού δικαιούχων που πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στον κάθε συμβεβλημένο ιατρό. Επίσης αφορά στα κριτήρια κτιριακών εγκαταστάσεων (χώροι εξέτασης, αναμονής κλπ) καθώς και αναγκαίου εξοπλισμού. Είναι προφανές ότι οι πιο πάνω διατάξεις διασφαλίζουν ένα ελάχιστο επίπεδο ποιότητας παροχής της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Με τον καθορισμό του ανώτατου αριθμού ασθενών διασφαλίζεται ότι θα υπάρχει ικανοποιητικός χρόνος εξυπηρέτησης των ασθενών και παροχής ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας. Ο κατώτατος αριθμός ασθενών διασφαλίζει ότι ο συγκεκριμένος ιατρός ασκεί το επάγγελμα του σε ικανοποιητικό βαθμό.

Εκπαίδευση προσωπικών ιατρών

Το Άρθρο 24 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω για την εκπαίδευση των ιατρών:

(1) Πριν από την έναρξη παροχής υπηρεσιών, το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον Οργανισμό ετοιμάζουν μεταπτυχιακά προγράμματα για εκπαίδευση στη γενική ιατρική.

(2) Οι προσωπικοί ιατροί υποχρεούνται να παρακολουθούν επιμορφωτικά σεμινάρια, τα οποία οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό.

Με τη διάταξη αυτή διασφαλίζεται η αναγκαία μετεκπαίδευση των ιατρών στη γενική ιατρική και μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων διασφαλίζεται και η συνεχής επί του θέματος επιμόρφωση τους.

Όροι σύμβασης των προμηθευτών υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Το Άρθρο 25 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με τους όρους σύμβασης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας με τον Οργανισμό:

(1) Οι όροι σύμβασης των προμηθευτών δύνανται να καθοριστούν σε γενικούς και ειδικούς τύπους σύμβασης που ετοιμάζονται από τον Οργανισμό.

(2) Οι αναφερόμενοι στο εδάφιο (1) τύποι δεν πρέπει να περιέχουν όρους που είναι αντίθετοι με τις πρόνοιες του Νόμου ή των Κανονισμών που εκδίδονται δυνάμει του Νόμου και είναι, στην έκταση που είναι αντίθετοι με το Νόμο ή τους Κανονισμούς, άκυροι.

Οι όροι σύμβασης αποτελούν ίσως το πιο σημαντικό εργαλείο διασφάλισης της ποιότητας και συνεπώς ορθά περιλαμβάνονται στη σχετική νομοθεσία. Ωστόσο, όπως παρουσιάζονται είναι εντελώς απροσδιόριστοι και επιβάλλεται να συγκεκριμενοποιηθούν και ενσωματωθούν σε σχετικούς Κανονισμούς ώστε να μπορούν να έχουν τη νομική ισχύ που επιβάλλεται για να αποτελούν και

αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου.

Χρονική υποχρέωση παροχής υπηρεσίας από γενικό ιατρό

Το Άρθρο 26 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με τους όρους παροχής υπηρεσιών υγείας από τον προσωπικό ιατρό:

Ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να εξυπηρετεί το δικαιούχο επί εικοσιτετραώρου βάσεως, όπως καθορίζεται με Κανονισμούς.

Με τη διάταξη αυτή διασφαλίζεται ότι ο ασθενής έχει πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας αν και όταν τη χρειαστεί σε οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου.

Εγγραφή ασθενών στον κατάλογο

Το Άρθρο 27 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με την εγγραφή των ασθενών στον κατάλογο ασθενών του κάθε ιατρού:

- (1) Οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα αλλαγής του ιατρού της επιλογής τους μια φορά κάθε έξι μήνες σύμφωνα με Κανονισμούς που ο Οργανισμός εκδίδει, στους οποίους δύναται να περιληφθεί διάταξη για αύξηση της προθεσμίας των έξι μηνών σε ένα έτος.*
- (2) Στις περιπτώσεις που ιατρός αρνείται να εγγράψει στον κατάλογο του δικαιούχο, ο εν λόγω δικαιούχος δύναται να υποβάλει στον Οργανισμό αίτηση για αναθεώρηση της απόφασης του ιατρού.*
- (3)(α) Σε κάθε περίπτωση που ιατρός επιθυμεί να διαγράψει από τον κατάλογο του δικαιούχο παρά τη θέληση του, ο δικαιούχος δύναται να υποβάλει ένσταση στον Οργανισμό.*
- (β) Ο Οργανισμός, μέχρις ότου διευθετηθεί η εγγραφή του δικαιούχου, αναθέτει την προσωπική ιατροφαρμακευτική φροντίδα του δικαιούχου σε άλλο ιατρό, ο οποίος υποχρεούται να εγγράψει το δικαιούχο στον κατάλογο με επιφύλαξη του ή χωρίς επιφύλαξη.*
- (γ) Στις περιπτώσεις που ο δικαιούχος εγγράφεται με επιφύλαξη, ο ιατρός*

οφείλει να υποβάλει τους λόγους στον Οργανισμό για αναθεώρηση της απόφασής του.

(4)(α) Στις περιπτώσεις που ο δικαιούχος αντιμετωπίζει προβλήματα κατά την εγγραφή του σε κατάλογο ιατρού ή ο ιατρός επιθυμεί να μετακινήσει το δικαιούχο από τον κατάλογο του, ο δικαιούχος δύναται να υποβάλει παράπονο στον Οργανισμό, ο οποίος ακολούθως ορίζει προσωπικό ιατρό ο οποίος εγγράφει, υποχρεωτικώς, τον δικαιούχο στον κατάλογο του.

(β) Ο εν λόγω προσωπικός ιατρός έχει δικαίωμα να ζητήσει αναθεώρηση της απόφασής του Οργανισμού.

Οι συγκεκριμένες διατάξεις παρέχουν την ευχέρεια στον ασθενή αλλαγής του προσωπικού ιατρού μια φορά κάθε 6 μήνες σε περίπτωση που δεν είναι ικανοποιημένος, διασφαλίζοντας έτσι, την ποιοτική παροχή εκ μέρους του ιατρού διασφαλίζοντας όμως, ταυτόχρονα τον αναγκαίο ανταγωνισμό με βάση την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Παράλληλα, οι διατάξεις αυτές παρέχουν επίσης τις αναγκαίες διευκολύνσεις στον ασθενή για να έχει την αναγκαία υπηρεσία σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο συγκεκριμένος προσωπικός ιατρός αρνείται την εγγραφή του ή αποφασίζει τη διαγραφή του από τον κατάλογο. Παρέχει επίσης τη δυνατότητα για υποβολή σχετικού παραπόνου στον ΟΑΥ.

Επίσης, οι διατάξεις του Άρθρου 28 (βλ.5.2.1) **έμμεσα** διασφαλίζουν επίπεδα ποιότητας αφού αυτές καθορίζουν συγκεκριμένες προδιαγραφές/ κριτήρια σε σχέση με το ποιος παρέχει και ποιες υπηρεσίες.

Έλεγχος απόδοσης προμηθευτών

Το Άρθρο 34 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με το έλεγχο ως προς την απόδοση των προμηθευτών:

(1) Ο Οργανισμός παρακολουθεί και ελέγχει την απόδοση και τις δραστηριότητες των προμηθευτών με οποιοδήποτε τρόπο κρίνει αναγκαίο και

αποτελεσματικό.

(2) Χωρίς επηρεασμό της γενικότητας του εδαφίου (1), ο Οργανισμός ελέγχει την απόδοση και δραστηριότητες των προμηθευτών—

(α) Με έλεγχο της έκδοσης συνταγών και παραπομπών, χρησιμοποιώντας πληροφορίες με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο·

(β) με έλεγχο του βαθμού τήρησης των κλινικών πρωτοκόλλων, τα οποία ο Οργανισμός καθορίζει σε συνεργασία με τις αρμόδιες ιατρικές εταιρείες και τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο·

(γ) με επιθεώρηση των αρχείων των ασθενών και με επιτόπιες επισκέψεις·

(δ) με παρακολούθηση και έλεγχο του μεγέθους καταλόγου και της ανταπόκρισης στις κλήσεις ασθενών μετά το κανονικό ωράριο εργασίας.

Οι διατάξεις αυτές αφορούν στους τρόπους και μεθόδους που θα χρησιμοποιούνται από τον ΟΑΥ για τον αποτελεσματικό έλεγχο της απόδοσης των προμηθευτών/παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Επίπεδα φροντίδας εσωτερικών ασθενών

Το Άρθρο 35 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με τα επίπεδα φροντίδας που θα παρέχονται στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας:

(1) Ο Οργανισμός συμβάλλεται για αγορά υπηρεσιών με κρατικά και ιδιωτικά νοσηλευτήρια, νοούμενου ότι αυτά τηρούν τα ελάχιστα κλινικά επίπεδα που καθορίζει ο Οργανισμός και το Υπουργείο Υγείας.

(2) Ο Οργανισμός δύναται να απαιτεί από όλα τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια να υποβάλλουν εκθέσεις θεραπευτικής αγωγής στον καθορισμένο από τον

Οργανισμό τύπο μαζί με τις απαιτήσεις τους για καταβολή τελών για προσφερθείσες υπηρεσίες.

Οι συγκεκριμένες πρόνοιες διασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μόνο από νοσηλευτήρια που έχουν πιστοποιηθεί από τον ΟΑΥ ότι πληρούν τα ελάχιστα απαιτούμενα κλινικά επίπεδα. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται και το προκαθορισμένο επίπεδο της απαιτούμενης ποιότητας.

Αμοιβή και εισοδήματα προσωπικών ιατρών

Το Άρθρο 36 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με τους όρους αμοιβής των προσωπικών ιατρών

Η αμοιβή των προσωπικών ιατρών υπολογίζεται ως ακολούθως:

(α) Τέλος κατά εγγεγραμμένο δικαιούχο, το οποίο ορίζεται από τον Οργανισμό ετησίως και δε θα υπολείπεται του 75% της ολικής αμοιβής του προσωπικού ιατρού·

(β) πρόσθετη αμοιβή που ορίζεται από τον Οργανισμό, λαμβάνοντας υπόψη τα έτη άσκησης της ιατρικής, τα προσόντα και την απόδοση των ιατρών και τη σύνθεση των εγγεγραμμένων δικαιούχων κατά ηλικία, καθώς και άλλες παραμέτρους τις οποίες ορίζει ο Οργανισμός.

Μέσω του διαχωρισμού της συνολικής αμοιβής του προσωπικού ιατρού σε τέλος κατά εγγεγραμμένο δικαιούχο και σε πρόσθετη αμοιβή (25%) η οποία θα λαμβάνει υπόψη της εμπειρία, προσόντα και απόδοση των ιατρών (ποσοστά παραπομπής ή και συνταγογράφησης) καθώς και της δημογραφικής σύνθεσης των εγγεγραμμένων ασθενών, παρέχονται κίνητρα για καλύτερη διαχείριση του Συστήματος και τον αποτελεσματικότερο έλεγχο.

Δικαιώματα άρνησης ΟΑΥ να συμβληθεί με προμηθευτή.

Το Άρθρο 41 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζει τα πιο κάτω σχετικά με το δικαίωμα άρνησης του ΟΑΥ να συμβληθεί με προμηθευτή υπηρεσιών υγείας

Παρά τις διατάξεις του μέρους αυτού του Νόμου, ο Οργανισμός δικαιούται να αρνηθεί να συμβληθεί με οποιοδήποτε πρόσωπο το οποίο προσφέρεται να παρέχει υπηρεσίες δυνάμει του παρόντος Νόμου, αν, κατά την κρίση του Συμβουλίου, οι προσφερόμενες από προμηθευτές υπηρεσίες δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των δικαιούχων.

Η ευχέρεια που δίνεται στον ΟΑΥ από τον νόμο να αρνείται να συμβάλλεται με συγκεκριμένους προμηθευτές που κατά την κρίση του δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των δικαιούχων αποτελεί ένα σημαντικότατο εργαλείο διασφάλισης ποιότητας αφού αποτρέπει την παροχή μη ικανοποιητικών υπηρεσιών.

Διορισμός και Αρμοδιότητες Επιτρόπου Εποπτείας

Οι διατάξεις των άρθρων 42 κι 43 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζουν τα πιο κάτω σχετικά με την αρμοδιότητα του Επιτρόπου Εποπτείας της ομαλής λειτουργίας του ΓεΣΥ:

(1) Διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο, κατόπιν σύστασης του Υπουργού Υγείας, Επίτροπος Εποπτείας για να εκτελεί τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα που αναφέρονται πιο κάτω:

(2) Ο Επίτροπος δύναται να προβαίνει στη διερεύνηση παραπόνου ή ισχυρισμού σχετικά—

(α) Με οποιαδήποτε παράλειψη σε υπηρεσία παρεχόμενη από τον Οργανισμό ή δυνάμει του παρόντος Νόμου· ή

(β) με οποιαδήποτε παράλειψη παροχής υπηρεσίας η οποία εμπίπτει στις υποχρεώσεις του Οργανισμού· ή

(γ) με οποιαδήποτε άλλη πράξη η οποία λήφθηκε από ή εκ μέρους του Οργανισμού.

Η εισαγωγή αυτού του θεσμού είναι εξαιρετικά σημαντική αφού παρέχεται η ευχέρεια αναφοράς παραπόνων από δικαιούχους σε ανεξάρτητο αξιωματούχο ο οποίος δεν σχετίζεται ούτε με τον παροχέα ούτε με τον ΟΑΥ αλλά είναι μόνο υπόλογος στο Υπουργικό Συμβούλιο. Συνεπώς ο θεσμός αυτός πέρα από τον έλεγχο

που διεξάγει, λειτουργεί και αποτρεπτικά σε ότι αφορά στην κατάχρηση του συστήματος από οποιονδήποτε εμπλέκεται στο ΓεΣΥ.

Ασφαλιστική κάλυψη των παρόχων υπηρεσιών

Οι διατάξεις των άρθρου 56 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου καθορίζουν ότι οι παρεχόμενες από τον Οργανισμό υπηρεσίες και προμήθειες πρέπει να καλύπτονται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας στην παροχή των υπηρεσιών και των προμηθειών αυτών.

Η πιο πάνω διάταξη της νομοθεσίας διασφαλίζει ότι σε περίπτωση αμέλειας του παρόχου ή και σωματική βλάβης του ασθενή αυτός τουλάχιστον δικαιούται οικονομικής αποζημίωσης. Το αυξανόμενο κόστος της ασφαλιστικής κάλυψης σε περιπτώσεις επανειλημμένης αμέλειας θα λειτουργεί αποτρεπτικά και θα υποκινεί τους πάροχους υπηρεσιών να λειτουργούν με την δέουσα προσοχή.

Επιτροπή ιατρικού ελέγχου

Οι διατάξεις των άρθρου 60 του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου εγκαθιδρύουν Επιτροπή Ελέγχου:

(1) Ιδρύεται Επιτροπή Ιατρικού Ελέγχου με σκοπό τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου ιατρικής φροντίδας και τη λήψη κατάλληλων μέτρων σχετικά με συγκεκριμένα περιστατικά μη άσκησης εύλογης επιδεξιότητας ή προσοχής από μέρος του προμηθευτή.

(2) Στην Επιτροπή Ιατρικού Ελέγχου συμμετέχουν, ανάλογα με το υπό εξέταση θέμα, και εκπρόσωποι της οικείας ιατρικής εταιρείας.

Αυτό αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο ελέγχου του αναγκαίου επιπέδου ιατρικής φροντίδας.

8. Εισηγήσεις για μέτρα βελτίωσης της ποιότητας

Είναι φανερό ότι ως έχει, η υφιστάμενη νομοθεσία δεν μπορεί να επιτρέψει την πρακτική εφαρμογή και λειτουργία του Συστήματος σε βαθμό που να διασφαλίζεται

αποτελεσματικά ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται πληρούν ένα ελάχιστο επίπεδο ποιότητας. Για να μπορεί να επιτευχθεί αυτό γίνονται οι πιο κάτω εισηγήσεις:

- I. **Κανονισμοί:** Είναι απαραίτητο όπως άμεσα ο ΟΑΥ και το Υπουργείο Υγείας ετοιμάσουν τους απαραίτητους σχετικούς Κανονισμούς που θα διασφαλίζουν τα πιο πάνω και όπως αυτοί ψηφιστούν το συντομότερο από τη Βουλή.
- II. **Ιατρικό Συμβούλιο:** Η αναφορά που γίνεται στο Ιατρικό Συμβούλιο (άρθρο 60) είναι σχετικά αόριστη και πρέπει να συγκεκριμενοποιηθεί ανάλογα. Κατά την άποψη μου θα ήταν σκόπιμο στα μέλη του ιατροσυμβουλίου να συμπεριλαμβάνεται και ένας εντελώς ανεξάρτητος και ειδικός επί του θέματος ιατρός που να μην έχει καμία εμπλοκή με το σύστημα. π.χ. να καλείται από άλλη χώρα ώστε να μην προκύπτει οποιαδήποτε υπόνοια διαπλοκής. Σε αντίθετη περίπτωση θα μπορούσε ο ρόλος αυτός να ανατεθεί σε ανεξάρτητες εξειδικευμένες επί του θέματος ιδιωτικές εταιρίες.
- III. **Κλινικά Πρωτόκολλα:** Πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα. Αυτά θα αποτελούν καθοδηγητικό εργαλείο για τους ιατρούς ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα αλλά επίσης θα αποτελούν και θα υποβοηθούν στον έλεγχο της ποιότητας. Φυσικά αυτά για να είναι χρήσιμα θα πρέπει να λάβουν και κάποιου είδους νομική υπόσταση, δηλαδή είτε να αποτελούν Κανονισμούς, είτε διατάξεις στους όρους συμβολαίων των παρόχων
- IV. **Στρατηγικός Σχεδιασμός:** Μελετώντας τις σχετικές διατάξεις της νομοθεσίας διαπιστώνεται ότι αυτές καλύπτουν ένα αρκετά ευρύ φάσμα μέτρων για την Ποιότητα παρόλο τον αποσπασματικό χαρακτήρα τους.

Παρόλα αυτά είναι έκδηλο ότι δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη πολιτική που να συγκροτεί ένα σαφή στρατηγικό σχεδιασμό με συγκεκριμένους στόχους. Αυτό κρίνεται αναγκαίο ώστε να επιτευχθεί η αποτελεσματική διασφάλιση και διαχείριση της ποιότητας.

- V. **Δείκτες ποιότητας:** Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν ένα βασικό εργαλείο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας τόσο σε επίπεδο συστήματος όσο και σε επίπεδο μονάδων υγείας. Ενόψει του γεγονότος ότι δεν γίνεται οποιαδήποτε συγκεκριμένη αναφορά σε δείκτες ποιότητας στη νομοθεσία, κρίνεται απαραίτητο όπως καθοριστούν, με σχετικές νομοθετικές διατάξεις, όλοι οι απαραίτητοι δείκτες, η χρήση των οποίων θα διευκολύνει τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος σε ότι αφορά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- VI. **Προληπτικός Κλινικός Έλεγχος:** Ενώ η νομοθεσία εμπεριέχει διατάξεις σε ότι αφορά στον εκ των υστέρων έλεγχο, απουσιάζει πλήρως οποιαδήποτε αναφορά συστηματικού προληπτικού κλινικού ελέγχου η οποία κρίνεται απαραίτητη ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αυτό πρέπει να γίνεται μέσω συστηματικών επιθεωρήσεων των παροχέων υπηρεσιών αλλά και των εγκαταστάσεων καθώς και του εξοπλισμού τους.
- VII. **Διαπίστευση:** Όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 6 (6.4, ζ) πιο πάνω, η διαπίστευση παροχέων υπηρεσιών υγείας είναι ένα σημαντικό και αποτελεσματικό εργαλείο που θα βοηθά στη διασφάλιση ενός καθορισμένου ελάχιστου επιπέδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας αφού αυτή διεξάγεται από εντελώς ανεξάρτητους οργανισμούς.
- Συνεπώς η εισαγωγή του θεσμού αυτού κρίνεται απαραίτητη και ως εκ τούτου υποβάλλεται εισήγηση όπως υιοθετηθεί γενικά, δηλαδή να αφορά τόσο τα νοσηλευτήρια όσο και όλους τους άλλους παροχείς υπηρεσιών υγείας. Αυτό θα μπορούσε να γίνει, αν όχι άμεσα, σταδιακά, όμως θα πρέπει να αποτελεί τελικό στόχο. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα επιθυμητό σε ένα νέο σύστημα υγείας ώστε να αποφευχθεί η μη-ποιοτική παροχή υπηρεσιών με ότι αυτό συνεπάγεται.
- VIII. **Σύστημα Πληροφορικής:** Παρόλο που η χρήση Πληροφορικών Συστημάτων αναφέρεται στη νομοθεσία αυτή είναι γενική και αόριστη. Ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής κρίνεται ως βασικός πυλώνας ενός συστήματος υγείας τόσο όσον αφορά στη γενική λειτουργία του αλλά και σε ότι αφορά στη δυνατότητα διασφάλισης της ποιότητας της υγείας.

Συνεπώς πρέπει να σχεδιαστεί και να λειτουργήσει ένα τέτοιο σύστημα πληροφορικής που να συνδέει όλους τους εμπλεκόμενους με τρόπο ώστε να παρέχεται η ευχέρεια παροχής υπηρεσιών σε συνεχή και συντονισμένη βάση και όχι αποσπασματικά. Π.χ. ηλεκτρονικός ενιαίος φάκελος ασθενή ο οποίος να περιέχει το ιστορικό και όποιες άλλες αναγκαίες σχετικές με τον ασθενή πληροφορίες.

9. Συμπεράσματα

Όπως προκύπτει από την ανάλυση στο κεφάλαιο 3, τα διάφορα συστήματα υγείας εξελίχθηκαν και εφαρμόστηκαν με βάση τις ιδεολογικές και κοινωνικοοικονομικές αντιλήψεις της κάθε χώρας. Αυτό εξακολουθεί να γίνεται και σήμερα.

Είναι επίσης φανερό ότι κανένα από τα 4 βασικά συστήματα που περιγράφονται δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ιδανικό σύστημα υγείας. Το κάθε ένα από αυτά παρουσιάζει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και συγκεκριμένα μειονεκτήματα και συνεπώς το κάθε κράτος που εφαρμόζει ένα σύστημα υγείας κάνει την επιλογή του με βάση τις δικές του προτεραιότητες.

Η συγκεκριμένη επιλογή λεπτομερούς περιγραφής του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, κεφάλαιο 4 έγινε με στόχο, μεταξύ άλλων, τη διερεύνηση του σχετικά παράδοξου φαινομένου ότι το πιο ακριβό σύστημα υγείας δεν θεωρείται από άποψη ποιότητας και το καλύτερο. Είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο ότι, το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, δεν είναι απλά πιο ακριβό από τον μέσο όρο άλλων αντίστοιχων ανεπτυγμένων χωρών, αλλά είναι **πολύ** πιο ακριβό.

Συγκεκριμένα ενώ ο μέσος όρος κυμαίνεται γύρω από το 10% του ΑΕΠ, αυτό των ΗΠΑ είναι στο επίπεδο του 17%. Συνεπώς η ποιότητα ενός συστήματος υγείας δεν σχετίζεται, κατά ανάγκη, άμεσα με το επίπεδο των δαπανών υγείας. Είναι άλλα χαρακτηριστικά που διασφαλίζουν κάτι τέτοιο, όπως η καθολική πρόσβαση, η αλληλεγγύη κλπ., ώστε να αποφεύγεται, μεταξύ άλλων, η οικονομική καταστροφή ασθενών, και να διασφαλίζεται ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας σε όλους.

Μέσα από τη διερεύνηση των προνοιών που χαρακτηρίζουν το ΓεΣΥ προκύπτει ότι ο σχεδιασμός του βασίζεται και διασφαλίζει συγκεκριμένες αρχές όπως η Αρχή της Αλληλεγγύης, η Ίση Πρόσβαση και ο Συντονισμός, η Υψηλή Ποιότητα και Αποτελεσματικότητα, η Οικονομική Βιωσιμότητα, και ο Αποτελεσματικός Έλεγχος.

Ταυτόχρονα διασφαλίζει και τον αναγκαίο ανταγωνισμό μεταξύ των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας με κριτήριο μάλιστα την **ποιότητα** της παρεχόμενης υπηρεσίας και όχι την **τιμή** της προσφερόμενης υπηρεσίας, αφού η αποζημίωση των παροχέων θα γίνεται μέσα από τις συνδρομές που θα καταβάλλονται στον ΟΑΥ.

Για την ορθή και αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρέχονται στο πλαίσιο ενός γενικού συστήματος είναι απαραίτητο να υιοθετούνται συγκεκριμένα πρότυπα/κριτήρια/δείκτες οι οποίοι να καταδεικνύουν κατά πόσο οι υπηρεσίες αυτές ανταποκρίνονται στις προκαθορισμένες προδιαγραφές.

Σε ότι αφορά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών με βάση τον υφιστάμενο σχεδιασμό του ΓεΣΥ καθώς και τις σχετικές διατάξεις της υφιστάμενης νομοθεσίας αυτή διασφαλίζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό αλλά μόνο, σε επίπεδο βασικών προδιαγραφών. Είναι συνεπώς απαραίτητο ο ΟΑΥ να προχωρήσει άμεσα στην συγγραφή συγκεκριμένων Κανονισμών που να διασφαλίζουν την πρακτική εφαρμογή των βασικών διατάξεων που προβλέπονται σε σχέση με τον βαθμό, τον τρόπο και τις μεθόδους που θα χρησιμοποιούνται για τη διασφάλιση τόσο της παροχής όσο και του ελέγχου του απαραίτητου επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, είτε μέσω νομοθεσίας είτε μέσω των συμβολαίων των παρόχων υπηρεσιών φροντίδας υγείας με τον ΟΑΥ, πρέπει να εισαχθούν τέτοιες μέθοδοι, εργαλεία, διαδικασίες κλπ. που να διασφαλίζουν πλήρως τα ελάχιστα επίπεδα ποιότητας καθώς και τον έλεγχο τους.

Σημείωση: Αρχική πρόθεση ήταν να γίνει αναφορά και να ληφθεί υπόψη το σχετικό τροποποιητικό νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή για ψήφιση. Όμως λόγω των ατερόνων συζητήσεων που ακολούθησαν και οι οποίες ακόμη συνεχίζονται, κρίθηκε ότι θα ήταν άσκοπο να γίνεται αναφορά σε προτεινόμενες τροποποιήσεις στις οποίες η Βουλή δεν έχει καταλήξει. Συνεπώς, η παρούσα μελέτη περιορίζεται στην ισχύουσα νομοθεσία.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

ΟΙ ΠΕΡΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΙ Ν.89(Ι)/2001 ΜΕΧΡΙ Ν.62(Ι)/2005. Υπουργείο Υγείας Κύπρου, in [http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BD9/\\$file/%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BD9/$file/%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf) (last access 12/3/2017).

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ.Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ.Ν. (2006), *Τα οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: τυπωθήτω.

ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ. (2003) «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (1) : σσ. 76-87.

ΟΑΥ (2012) *Πρόταση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ*, in http://www.hio.org.cy/docs/protasi_efarmoghs_gesy_april2012.pdf (last accessed: 5/2/17).

Ξένη βιβλιογραφία

BCBS (2017) *Blue Cross Blue Shield*. Chicago: Blue Cross Blue Shield, in <https://www.bcbs.com/> (last accessed: 2/1/17).

BLIZZARD, R. (2003) *Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada*, in <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx> (last accessed: 15/1/17).

CDC.gov (2011) *Number of magnetic resonance imaging (MRI) units and computed tomography (CT) scanners: Selected countries, selected years 1990–2009*, Paris: Economic Co-operation and Development (OECD), in <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/123.pdf> (last accessed: 11/1/17).

CDC.gov (2017) *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January–June 2016*, Baltimore: National Centre for Health Statistics, in <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201611.pdf> (last accessed, 10/1/17).

DONABEDIAN A. (1988) *The Quality of Care. How It Can be Assessed?* JAMA 260:1743-8.

HMRC (2011), *HM Revenue and Customs receipts*. London: HM Revenue and Customs, in http://www.hmrc.gov.uk/stats/tax_receipts/tax-receipts-and-taxpayers.Pdf (last access 10/10/2016).

MEDICAID (2017) *Medicaid.gov: Keeping America Healthy*, Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services, in <https://www.medicaid.gov/> (last accessed 5/1/17).

MEDICARE (2017) *Medicare.gov: The Official U.S. Government Site for Medicare*, Baltimore: U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, in <https://www.medicare.gov/> (last accessed, 4/1/17).

MERCER REPORT (2013) *ACTUARIAL STUDY OF CYPRUS NATIONAL HEALTH EXPENDITURE AND NATIONAL HEALTH SYSTEM*, in http://www.hio.org.cy/docs/mercer_report_october2013.pdf (last accessed: 5/2/17).

O'NEILL J. & D. M. O'Neill *HEALTH STATUS, HEALTH CARE AND INEQUALITY: CANADA VS. THE U.S.* in <http://www.nber.org/papers/w13429.pdf> (last accessed, 11/1/17).

Partnership for Fighting Chronic Disease (2008) *PFCD EXECUTIVE DIRECTOR KEN THORPE TESTIFIES BEFORE HEALTH REFORM LEADERS*, in <http://www.fightchronicdisease.org/latest-news/pfcd-executive-director-ken-thorpe-testifies-health-reform-leaders> (last accessed: 13/1/17).

PLOWMAN R. et al. (2001) 'The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed', *The Journal of Hospital Infection*. 47(3):198-209.

PPACA (2017) *Patient Protection and Affordable Care Act*, Baltimore: U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, in <https://www.healthcare.gov/glossary/patient-protection-and-affordable-care-act/> (last accessed 7/1/17).

ROEMER M. I. (1991) *National health systems of the world, volume 1*. New York: Oxford University Press.

THE WORLD BANK (2016) *World Health Organization Global Health Expenditure database*. Washington: The World Bank Group, in <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> (last access: 16/12/2016).

WHO (2000), *Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO Office of Publications, in http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (last accessed, 12/12/2016).

WHO (2007), *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva WHO Document Production Services, in http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1 (last access 1/2/2017).