

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Μαρία Σακελλαρίου

Μαρία Σάββα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	14
1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.3 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ	22
2.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ	22
2.2 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ (Τι σημαίνει για τον ασθενή)	24
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ (Σε γενικές γραμμές).....	
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ (Στην πράξη)	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	28
3.1 ΤΑ ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ	28
3.2 ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	33
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	33

4.2 ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ, ΤΡΟΠΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ	35
4.3 ΕΡΓΑΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ	38
4.4 ΑΝΑΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΑΓΩΝ	39
4.5 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	39
4.6. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	42
4.7 ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	43
4.8 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	47
4.9 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΡΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΕΣ	51
5.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	51
5.2 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ ΓΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	52
5.3 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ	54
5.4 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	58
5.5 ΕΓΓΡΑΦΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	59
5.6 ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	60
5.7 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΡΗΣΗ ΑΡΧΕΙΟΥ	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ – ΑΛΛΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	63
6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ	63

6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	66
6.3 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ	70
7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	70
7.2 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	72
7.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΑΣΥ	73
7.4 ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	78
7.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΣΩΜΑ	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	80
8.1 Ο ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ...	80
8.2 ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣΗΣ	81
8.3 ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	82

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	83
--------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
--------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	90
------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	91
-------------------	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί όταν μιλούν για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται.

¹Τι μπορεί να είναι ένα σύστημα υγείας?

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει.

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας, θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

Τι μπορεί να προσφέρει ένα σύστημα υγείας?

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές, για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.

1. http://www.moh.gov.cy/moh/moh_nsf/insurance_gr/insurance_gr?OpenDocument&pr... 08/07/2005

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μόνο μια ή δυο φορές τον χρόνο.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους:

Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν.

Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών.

δαπάνες υγείας και

Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Στις 4 Μαΐου του 2001 έχει δημοσιευτεί στην επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας ο νόμος που προνοεί την εισαγωγή του Γενικού Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο. τότε είχε γίνει το πρώτο βήμα. Η πορεία των προτάσεων για αλλαγή του συστήματος υγείας διάρκεσε μια δεκαετία. Ευτυχώς η Κυπριακή κοινωνία φάνηκε αρκετά ώριμη και συναίνεσε στην προδιαγραφή της αλλαγής.

Σήμερα βρισκόμαστε σε μια προδιαγραμμένη τροχιά όσον αφορά το μέλλον της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Όραμα και στόχοι της πορείας αυτής είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον Κυπριακό λαό αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διαθέσιμους οικονομικούς

πόρους και προσφέροντας στον συμπολίτη μας την καλύτερη δυνατή ιατροφαρμακευτική φροντίδα που να αντανακλά τις σύγχρονες αντιλήψεις και πραγματικότητες.

Με την επεξήγηση τι είναι Ασφαλιστικό Σύστημα, στην εργασία μου αυτή που γίνεται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας σας παρουσιάζω το θέμα μου που είναι : «Το Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο».

Με τα παραπάνω γίνεται προσπάθεια παρουσίασης, επεξήγησης και ανάλυσης στοιχείων που αφορούν το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας στην Κύπρο που εισάγεται τώρα στο νησί.

Η εργασία αποτελείται από 8 κεφάλαια, που αναφέρονται στα εξής:

Το 1^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει και παρουσιάζει το πώς λειτουργεί η Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο.

Το 2^ο κεφάλαιο αναφέρεται στις αρχές και τους στόχους του συστήματος υγείας στην Κύπρο.

Το 3^ο κεφάλαιο κάνει λόγο για τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το 4^ο κεφάλαιο αναλύει την οργάνωση και χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Το 5^ο κεφάλαιο ενημερώνει για την ειδικευμένη φροντίδα και την οργάνωση της.

Το 6^ο κεφάλαιο δίνει στοιχεία για τις λοιπές υπηρεσίες.

Το 7^ο κεφάλαιο αναλύει τα θέματα που αφορούν το ταμείο του εθνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας.

Το 8^ο κεφάλαιο αναφέρεται στο ρόλο του Υπουργείου Υγείας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το σύστημα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο έχει ρίζες από τις ημέρες του βρετανικού αποικιακού κανόνα, ο οποίος τελείωσε το 1959 και η Κύπρος έγινε ανεξάρτητο κράτος. Από τότε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αναπτυχθεί με τον δικό του τρόπο. Έως το 1974 εξουσιάστηκε από ένα ισχυρό ιδιωτικό τομέα που προσφέρει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο συνολικό πληθυσμό, που υπόκειται στη δυνατότητα του ασθενή να πλήρωση μόνος του. Ο δημόσιος τομέας παραμένει μη δημοφιλής στην πλειοψηφία του πληθυσμού και πρόσφερε υγειονομική περίθαλψη στους δημόσιους υπάλληλους και στους φτωχούς της χώρας. Μετά την Τούρκικη εισβολή το 1974 αφού το 1/3 του συνολικού πληθυσμού μετακινήθηκε βίαια από τα σπίτια και τις ιδιοκτησίες τους προς τον νότο, ο δημόσιος τομέας ανταποκρίθηκε στην αυξανόμενη απαίτηση της υγειονομικής περίθαλψης, στους 200.000 πρόσφυγες και τον άλλο πληθυσμό, που χρειάστηκαν την ιατρική φροντίδα. Τα επόμενα έτη βεβαιώσαμε μια μετατόπιση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα και μια σταθερά αυξανόμενη ζήτηση για την υγειονομική περίθαλψη. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που επεκτάθηκαν, οι νέοι γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης διορίστηκαν στο δημόσιο τομέα. Αυτή η επέκταση των υπηρεσιών επιτεύχθηκε χωρίς τον προγραμματισμό και συντονισμό.

Η αρχική υγειονομική περίθαλψη έχει κατασταλεί από την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη επειδή οι επιστρέφοντας φιλόδοξοι γιατροί επαγγελματίες προσανατολίστηκαν προς την θεραπεία της ασθένειας αντί για την πρόληψη. Επίσης πολύ λίγοι πόροι διατέθηκαν για την προώθηση και πρόληψη της υγείας. Εκτός από αυτό διάφοροι παράγοντες θα επηρεάσουν σύντομα την υγειονομική περίθαλψη μαζί και ο θεσμοποιημένος πληθωρισμός των υγειονομικών υπηρεσιών . Οι διάφοροι παράγοντες που επηρέασαν περιλαμβάνουν: την γρήγορα αναπτυσσόμενη τεχνολογία, νέα φαρμακευτικά είδη και αυξανόμενες προσδοκίες του πληθυσμού, γήρανση του πληθυσμού και υπερβολική παροχή των παθολόγων. Η έλλειψη ειδικευμένων διευθυντών και άλλων επαγγελματιών για να τρέξει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης οδηγείται στην θεσμοποίηση των αυστηρών ανεπαρκειών στο σύστημα όπως φαίνεται στο πλαίσιο 1.

ΠΛΑΙΣΙΟ 1**1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.**

Αυξανόμενη απαίτηση για την υγειονομική περίθαλψη λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης του εισοδήματος και της ανάπτυξης του εισοδήματος και της ανάπτυξης της φαρμακευτικής και ιατρικής τεχνολογίας.

Η πλευρά ανεφοδιασμού του συστήματος δεν είναι καλά δομημένη για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του πληθυσμού.

Το σύστημα είναι τεμαχισμένο με την απουσία της συνοχής της περίθαλψης.

Απουσία περιεκτικού συστήματος PHC και απουσία προληπτικής και προωθητικής μεθοδολογίας. Λίγοι πόροι διατίθενται στην πρόληψη ασθενειών.

Υπάρχει αδικία στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Υπάρχει διπλασιασμός των υπηρεσιών και της υποεκμετάλλευσης των πόρων.

Δεν υπάρχει κανένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης. Η έλλειψη στοιχείων σχετικών με τις δραστηριότητες και ο έλεγχος έκβασης υγείας.

Δεν υπάρχει κανένα σύστημα της κλινικής εξασφάλισης λογιστικού ελέγχου και ποιότητας.

Υπάρχει απουσία προτύπων και εγκαταστάσεων κανονισμού.

Τον Νοέμβριο του 1991 έγινε μια πρώτη έκθεση (επισκόπηση του Συστήματος Υγείας), που περιέχει μια εκτίμηση των πλεονεκτημάτων και αδυναμιών της υφιστάμενης κατάστασης στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας και καταλήγει στο συμπέρασμα πως αν η εισαγωγή του ΕΑΣΥ δεν συνοδεύεται από μεταρρυθμίσεις στο θέμα της παροχής υπηρεσιών, τα υφιστάμενα προβλήματα θα αυξάνοντα και θα οδηγήσουν σε μια κλιμακωτή αύξηση του κόστους.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που έχουν παρατηρηθεί είναι τα πιο κάτω:

Η ζήτηση φροντίδας υγείας αυξάνεται, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, τα εισοδήματα αυξάνονται και γίνεται εισαγωγή μιας ραγδαία αναπτυσσόμενης τεχνολογίας.

Πολύ λίγοι πόροι διατίθενται για την πρόληψη των ασθενειών και δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού που δικαιούται δωρεάν ιατρικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα, επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής και των άλλων ποιοτικών ελλείψεων που συνεπάγεται η χρήση του δημοσίου τομέα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα κάποιο βαθμό ανισότητας, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχει μια σχεδόν παντελής έλλειψη καθορισμένων επιπέδων και κανονισμών των υφιστάμενων υπηρεσιών. Δεν υπάρχει σύστημα κλινικού ελέγχου ή διασφάλισης της ποιότητας.

Ο τομέας των προμηθευτών του συστήματος φροντίδας υγείας δεν είναι αρκετά καλά οργανωμένος για να

ανταποκριθεί στην προβλεπόμενη αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

¹.Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σχολή της Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο του LEEDS που αφορά τη διεθνή πείρα διαφόρων Εθνικών Ασφαλιστικών Συστημάτων Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένα τέτοιο σύστημα πρέπει να περιλαμβάνει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

Υποχρεωτική καθολική κάλυψη των πολιτών, ώστε να αποφευχθεί δυσμενής επιλογή και για να προωθηθεί η συλλογική αντιμετώπιση των κινδύνων.

Η συνεισφορά των πολιτών να είναι ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα.

Έλεγχός στο συναγωνισμό μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών, ώστε να προάγεται η αποδοτικότητα.

Έμφαση στον έλεγχο τόσο στον τομέα της προσφοράς όσο και στον τομέα της ζήτησης σαν μέσο περιορισμού του κόστους.

Σχετικά με τον περιορισμό του κόστους, η διεθνής πείρα διδάσκει ότι ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση ενός «σφαιρικού προϋπολογισμού», μιας μόνο πηγής χρηματοδότησης, την προώθηση ελεγχόμενου συναγωνισμού, τη χρήση «κλειστού» συστήματος αναμενόμενων πληρωμών, την έμφαση στο μισθό και στην κατά κεφαλή πληρωμή αντί στην πληρωμή κατά υπηρεσία, καθώς και στον έλεγχο των τιμών και του όγκου των προσφερόμενων υπηρεσιών.

¹ Έκθεση Σχολής Δημόσιας Υγείας Πανεπιστημίου LEEDS σελ. 16

Οι εμπειρογνώμονες ανασκόπησαν και εξέτασαν τις βασικές αρχές που εισηγήθηκε η κυβέρνηση. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορούσαν τότε να ανταποκριθούν πλήρως σ' αυτά τα προβλήματα και να προσφέρουν ένα αποτελεσματικό σύστημα ιατρικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

¹ «Η πραγματική Υγεία μιας χώρας μετράται όχι με τον αριθμό των Νοσοκομείων που κτίζει αλλά με τον αριθμό των Νοσοκομείων που δεν χρειάζεται».

1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Έννοια πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η παρέμβαση γίνεται πριν εμφανιστεί το πρόβλημα και περιλαμβάνει κυρίως ενημέρωση, προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός για την πιθανότητα εμφάνισης προβλήματος υγείας που σχετίζονται με παράγοντες του περιβάλλοντος καθώς και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού του.

Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο.

Φορείς πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Κύπρο είναι:

Αγροτικά και κοινοτικά κέντρα

Κέντρα για μεσήλικες

Εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Ιδιωτικός τομέας

1. Βλ. ΠΑΝ. Ν. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 1992, σελ. 16

Αγροτικά και Κοινοτικά Κέντρα Υγείας

Είναι κέντρα υγείας τα οποία διακρίνονται σε αστικού τύπου και μη αστικού. Τα αγροτικά που είναι στην υπαίθρο και τα κοινοτικά που βρίσκονται στις κωμοπόλεις – κοινότητες.

Τα κέντρα υγείας της υπαίθρου τα λεγόμενα αγροτικά κέντρα, δημιουργούνται με απόφαση των κατοίκων της υπαίθρου ή της κοινότητας και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας. Είναι μικρά νοσοκομεία που μπορούν να αντεπεξέλθουν σε λιγότερο σοβαρά περιστατικά από ότι στα μεγάλα αστικά νοσοκομεία που θα αναφερθούν αναλυτικά πιο κάτω. Τα σχετικά κέντρα δεν είναι πολλά για τον λόγο ότι η Κύπρος λόγω μικρών αποστάσεων μπορεί ο κάτοικος ασθενής να μεταβεί με ευκολία στο κοντινότερο αστικό νοσοκομείο. Το πιο φημισμένο αγροτικό κέντρο βρίσκεται στην περιοχή της Κυπερούντας στην επαρχία Λευκωσίας. Φημισμένο είναι γιατί στο συγκεκριμένο κέντρο στέλνουνε ασθενείς με φυματίωση διότι υπάρχει το κατάλληλο κλίμα με πρώτη χώρα να το χρησιμοποιεί την Γερμανία.

Το συγκεκριμένο έχει καταστεί επαρκέστερο και ικανότερο για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Λειτουργεί με έναν Γενικό Γιατρό, δυο νοσηλεύτριες και μια μαία. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν πέντε μέρες την βδομάδα με καθορισμένο ωράριο, οκτώ ωρών. Αυτό δεν σημαίνει ότι μετά το συγκεκριμένο ωράριο δεν μπορείς να χρησιμοποιήσεις τις υπηρεσίες, υπάρχει η υπηρεσία on call δηλαδή μέσω τηλεφώνου στην οποία εργάζεται

μια νοσηλεύτρια που αυτό καθορίζεται από τους ίδιους τους εργαζομένους με βάρδιες. Η υπηρεσία αυτή ενεργοποιείται με ένα

τηλέφωνο και αμέσως ο Γενικός Γιατρός και μια νοσηλεύτρια βρίσκονται εκεί. Επίσης υπάρχει άμεση διασύνδεση με Νοσοκομείο της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας.

Η διασύνδεση αυτή είναι,

επιστημονική
Εκπαιδευτική
Λειτουργική
Νοσηλευτική

Αντίθετα με τα κοινοτικά η υπηρεσία "on call" δεν είναι απαραίτητη για τον λόγο που ανέφερα και πιο πάνω, της απόστασης. Τα κοινοτικά δεν βρίσκονται τόσο μακριά, που μπορούν οι κάτοικοι να μεταβούν χωρίς καμία δυσκολία στο κοντινότερο αστικό νοσοκομείο.

Στα κοινοτικά ευρίσκονται ένας Γενικός Γιατρός, μία Ανώτερη Νοσηλευτική Λειτουργός, δυο νοσηλεύτριες, και κάθε μια μέρα της βδομάδας παρέχουν υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων όπως γυναικολόγου, παιδιάτρου κ.α.

Κοινοτικά υπάρχουν σχεδόν σε κάθε κοινότητα – κωμόπολη, αναφέρω το σχεδόν γιατί ένα κοινοτικό κέντρο υγείας μπορεί να καλύπτει δυο και τρεις περιοχές πάλι λόγω απόστασης, βρίσκονται δηλαδή οι περιοχές πάρα πολύ κοντά.

Στο κοινοτικό κέντρο υγείας της Αγλαντζιάς λειτουργεί τμήμα πρόληψης καρκίνου του μαστού και TEST ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, αυτό γίνεται και στα άλλα κοινοτικά, στο συγκεκριμένο όμως λειτουργεί σαν καμπάνια, δηλαδή εκστρατεία.

Και τα αγροτικά και τα κοινοτικά κέντρα παροχής υγείας αποσκοπούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση τόσο των Κέντρων Υγείας όσο και των εργαζομένων.

Κέντρα για μεσήλικες

Είναι κέντρα τα οποία εξυπηρετούν άτομα άνω των 70 ετών στα οποία παρέχεται φροντίδα για κάποια μικροπροβλήματα που τους παρουσιάζονται, ή ακόμη για φυσιοθεραπεία / γυμναστική.

Αυτά τα κέντρα είναι επίσης απόφαση των κατοίκων και χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας.

Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Τα εξωτερικά ιατρεία είναι μονάδες που υπάρχουν σε όλα τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία Έχουν γιατρούς με συγκεκριμένες ειδικότητες όπως γυναικολόγοι παθολόγοι χειρουργοί κ.α. Στα Κοινοτικά και Αγροτικά Κέντρα Υγείας οι ειδικότητες είναι πιο λίγες δεν είναι τόσες όσες στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων. Και συγκεκριμένα λειτουργούν πέντε ημέρες την βδομάδα με καθορισμένο ωράριο οκτώ ωρών. Τις υπόλοιπες ώρες και ημέρες καλύπτονται με εφημερίες αλλά αυτό ισχύει μόνο στα μεγάλα αστικά Νοσοκομεία.

Ιδιωτικός Τομέας

Ο Ιδιωτικός Τομέας υγείας δύναται να παρέχει υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων. Έτσι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο παρέχεται και από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, γιατροί οι οποίοι στις μεγάλες πόλεις, κατά κανόνα, είναι ειδικευμένοι. Στις μικρές πόλεις και τα χωριά ισχύει το αντίθετο. Η πλειονότητα των γιατρών αυτών είναι ανειδίκευτη εξίσου και ονομάζονται Γενικοί Γιατροί. Γνωρίζουν λίγο απ' όλα.

Το κόστος της ιατρικής περίθαλψης διαμορφώνεται βάσει των προσόντων του γιατρού και δεν υπόκειται σε καμία διατίμηση. Η επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου κοστίζει στον άρρωστο, κατά κανόνα, περισσότερο έναντι της επίσκεψής σε ιατρείο γιατρού ειδικευμένου, ίδιας ειδικότητας, αλλά χωρίς πανεπιστημιακό τίτλο. Περαιτέρω, η οικονομική δαπάνη σε ιατρείο ανειδίκευτου γιατρού είναι μικρότερη συγκριτικά μ' εκείνη σε ιατρείο ειδικευμένου γιατρού.

Ο γιατρός του Ιδιωτικού φορέα δύναται να συνάψει συμφωνία – σύμβαση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και έτσι να παρέχει τις υπηρεσίες τους στα μέλη του ασφαλιστικού οργανισμού δωρεάν. Η αμοιβή του γιατρού καταβάλλεται από τον ασφαλιστικό φορέα είτε ως μηνιαίος μισθός, είτε ανά εξεταζόμενο. Η σχέση αυτή εργασίας εξαρτάται από το σύστημα του ασφαλιστικού φορέα.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από σχεδόν όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας οι οποίοι είναι πολυάριθμοι.

Η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών ποικίλει και έχει σχέση με την οικονομική ευρωστία κάθε οργανισμού.

Στον δημόσιο Τομέα υπάρχει η κάρτα νοσηλείας που με τον νόμο ΚΔΠ.225/2000 και ΚΔΠ 660/2002 καταργούνται όλοι οι υπόλοιποι νόμοι που ίσχυαν μέχρι τώρα, που σ' αυτόν το νόμο περιγράφεται πως θα πληρώνει κάποιος που δεν θα του παρέχεται καμία κοινωνική ασφάλιση και θα χρησιμοποιεί τον Δημόσιο Τομέα και γι' αυτούς που θα ασφαρίζονται με κοινωνική ασφάλιση, και όλα αυτά με την εισαγωγή του ΕΑΣΥ στην Κύπρο.

Στην Κύπρο ο Ιδιωτικός Τομέας μονοπωλεί του Δημόσιου Τομέα. Ο Δημόσιος Τομέας παρουσιάζεται αρκετά υποβαθμισμένος.

Τα $\frac{3}{4}$ του πληθυσμού στην Κύπρο είναι ασφαλισμένοι σε Ιδιωτικούς φορείς από τις εργασίες τους. Δηλαδή στον τομέα που εργάζονται καλύπτονται και από ιδιωτική ασφάλιση.

Τον Δημόσιο Τομέα τον χρησιμοποιούν μόνο οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι οικονομικά άποροι και με το άνοιγμα των κατεχόμενων περιοχών οι Τουρκοκύπριοι. Ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να προσφέρει, αλλά οι δημόσιοι υπάλληλοι παρέχουν λιγότερες υπηρεσίες ανάλογα με τον μισθό που παίρνουν. Με λίγα λόγια παίρνουν πολλά και προσφέρουν λίγα. Για να σε εξυπηρετήσουν καλοπροαίρετα πρέπει να έχεις κάποιο γνωστό που και οι ίδιοι γνωρίζουν για κανείς σωστά την δουλεία σου. Έτσι ο Κύπριος πολίτης με όλα αυτά προτιμά να πληρώνει περισσότερα και να είναι ευχαριστημένος παρά να πληρώνει λιγότερα και να είναι δυσαρεστημένος. Το φαινόμενο αυτό της κακής συμπεριφοράς παρατηρείται μόνο στην πρωτεύουσα και

συγκεκριμένα σε μια μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου, όπου καταγγέλθηκαν απανωτά περιστατικά ωσότου να επιβληθεί η τάξη. Γι' αυτό με την εισαγωγή του ΕΑΣΥ κάποιοι το κρίνουν αρνητικά γιατί θα υπάρχει αυστηρός έλεγχος και θα σταματήσουν τα Δημόσια Νοσοκομεία να είναι «εμπάτες σκύλοι αλέστε»

Με αποτέλεσμα όλων αυτών ο Ιδιωτικός Τομέας στην Κύπρο να ανθοφορεί. Και στην Κύπρο προτιμάται ο Ιδιωτικός τομέας χωρίς αναστολές.

2.1 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Είναι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αφορούν στην επόμενη βαθμίδα μετά την Πρωτοβάθμια, την Δευτεροβάθμια, είναι τα μεγάλα αστικά Νοσοκομεία. Λειτουργούν σε κάθε πόλη Στην πρωτεύουσα της Κύπρου την Λευκωσία λειτουργεί το μεγαλύτερο Γενικό νοσοκομείο σε καινούργιες εγκαταστάσεις όλων των επαρχιών. Καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού χωρίς όμως να περιορίζεται μόνο σε αυτόν. Οποιοσδήποτε πολίτης από οποιαδήποτε περιοχή του νησιού έχει την δυνατότητα να ζητήσει και να του παρασχεθούν οι υπηρεσίες του χωρίς καμία διάκριση.

Δεν απαιτείται διαβιβαστικό σημείωμα από άλλο φορέα ή γιατρό. Προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου και μετά από γνωμάτευση εισάγεται στο Νοσοκομείο, εάν κριθεί ότι ο ασθενής έχει ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης για την διάγνωση και θεραπευτική του αγωγή. Τα Νοσοκομεία αυτά παρέχουν και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από τα εξωτερικά τους ιατρεία.

1.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Τριτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη παρέχεται συνήθως από τα μεγάλα αστικά Νοσοκομεία. Είναι μεγαλύτερα και έχουν περισσότερο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό και αρτιότερο τεχνολογικό εξοπλισμό.

Κανονικά ο ασθενής προσέρχεται στο Νοσοκομείο όπου εδώ να διευκρινίσω ότι στην Κύπρο δεν υπάρχουν ξεχωριστά Νοσοκομεία για Τριτοβάθμια Περίθαλψη άλλα στεγάζονται στην ίδια κτιριακή υποδομή. Επίσης όλα τα μεγάλα αστικά Νοσοκομεία παρέχουν και τις τρεις βαθμίδες υγείας.

Οπότε προσέρχεται ο ασθενής στην πρώτη βαθμίδα υγείας εάν η νόσος του δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθεί και ν' αντιμετωπισθεί στο χώρο αυτό παραπέμπεται στην δεύτερη βαθμίδα του Νοσοκομείου. Εάν και αυτή η βαθμίδα αδυνατεί να περιθάλψει τον ασθενή τότε παραπέμπεται στην εξειδικευμένη μονάδα την τριτοβάθμια περίθαλψη.

Οι υπηρεσίες της Τριτοβάθμιας Περίθαλψης είναι επίσης προσιτή για όλους. Ο ασθενής δυνατόν να παραπεμφθεί από την Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια Περίθαλψη ή να προσέλθει μόνος του στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να τον εξετάσει. Εάν κριθεί ότι χρήζει εισαγωγής στο Νοσοκομείο θα εισαχθεί. Και τα Νοσοκομεία, είτε είναι Γενικά είτε είναι Ιδιωτικά όλα παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

2.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Οι στόχοι του ΕΑΣΥ είναι:

Ισότητα στη χρηματοδότηση και προσφορά περιεκτικής ιατρικής περίθαλψης για όλους τους Κύπριους.

Επάρκεια στην παροχή υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη σε λογικό κόστος.

Περιορισμό στον πληθωρισμό των δαπανών που δημιουργείται από δημογραφικούς παράγοντες, την τεχνολογική πρόοδο και παράλογα κίνητρα.

Το σύστημα μ' αυτό τον τρόπο προσφέρει δίκαιη κάλυψη για μια περιεκτική ιατρική φροντίδα, στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ιατρική, για ολόκληρο τον πληθυσμό της Κύπρου.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες, είναι σε μεγάλο βαθμό δωρεάν στο σημείο παροχής.

Όλοι οι γιατροί του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, οι κλινικές, τα νοσοκομεία ή και άλλοι προμηθευτές, έχουν το δικαίωμα συμμετοχής στο ΕΑΣΥ υπό την προϋπόθεση ότι αυτοί ικανοποιούν τα αποδεκτά επίπεδα ποιότητας και κόστους. Εξαίρεση αποτελεί η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, η εισδοχή στην οποία είναι περιορισμένη.

Μέσω του ελεγχόμενου ανταγωνισμού των προμηθευτών ιατρικής φροντίδας, εξασφαλίζονται ψηλά επίπεδα ποιότητας σε λογικά κόστη.

Η πρώτη προϋπόθεση για τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό είναι ότι όλοι οι προμηθευτές που συμβλήθηκαν στο ΕΑΣΥ τηρούν λογαριασμούς και κλινικά στοιχεία, τα οποία είναι ομοιόμορφα και τυγχάνουν έλεγχο από το σύστημα. Μ' αυτό τον τρόπο παρέχει στο σύστημα πληροφορίες αναφορικά με τις δομές των κοστών μεταξύ των αντίζηλων ιδιωτικών και κυβερνητικών προμηθευτών, έτσι ώστε να δημιουργεί ένα μεγαλύτερο βαθμό ευθύνης.

Αυτές οι δομές κόστους είναι αποτέλεσμα των επιπέδων παροχής, όπως καθορίζεται η Αρχή και της ικανότητας των προσφερόντων τις υπηρεσίες να διευθύνουν τις υφιστάμενες πηγές.

Η αρχή αποζημιώνει την περίθαλψη από αναγνωρισμένους προμηθευτές με βάση συμφωνημένες τιμές για τη θεραπεία επεισοδίων. Οι τιμές αυτές, είναι αποτέλεσμα προσφορών που ζητά η Αρχή, καθώς και από τη γνώση των διευθυντών για το μέσο όρο του κόστους που βασίζεται στους οικονομικούς ελέγχους και τις υφιστάμενες τιμές στον ιδιωτικό τομέα.

Οι τιμές του «μέσου όρου κόστους» αποτελεί ένα ανταγωνιστικό ερέθισμα για τους προσφέροντας περίθαλψη. Για να αυξάνουν τη διαφορά μεταξύ της τιμής της Αρχής και της Κατά Κεφαλής Αξίας, οι διευθυντές προσπαθούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα, περιορίζοντας την υποβάθμιση της ποιότητας, που μπορεί να

επιτευχθεί με αυστηρό έλεγχο από την Αρχή. Οι προμηθευτές υπηρεσιών, των οποίων τα κόστη υπερβαίνουν την τιμή της Αρχής έχουν ζημιές και αναγκάζονται να βελτιώσουν την υπηρεσία τους με αναδιοργάνωση και πιο αποδοτική διαχείριση, αν δεν πετύχει αυτό, υποχρεωτικά εγκαταλείπουν το επάγγελμα. Οι μονάδες εκείνες που τα κόστη τους είναι λιγότερα από τις τιμές, τιμές που καθόρισε η Αρχή, έχουν πλεόνασμα. Τέτοια πλεονάσματα πιθανόν να ενθαρρύνουν νέες εισδοχές στο επάγγελμα όσο και πιο αποτελεσματική διεύθυνση μέσα σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Νέοι αιτητές που θέλουν να προμηθεύσουν υπάρχουσες ή νέες τεχνολογίες, πρέπει πρώτα να τύχουν της έγκρισης της Αρχής, αν θέλουν να αποζημιώνονται από το ΕΑΣΥ. Η Αρχή, εκτός από το ότι θέτει κατώτατα επίπεδα φροντίδας για όλους τους νέους αιτητές, θα πρέπει επίσης να αξιολογεί την αποτελεσματική οικονομία της νέας τεχνολογίας για να τους δεχτεί και να τους αποζημιώνει.

2.2 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ (τι σημαίνει για τον ασθενή)

Ασφαλιστική Κάλυψη (σε γενικές γραμμές)

Όλοι οι πολίτες της Κύπρου καλύπτονται από το ΕΑΣΥ, δηλαδή οι πλήρως απασχολούμενοι εργάτες και εξαρτώμενοι τους, οι μερικώς απασχολούμενοι και αυτοαπασχολούμενοι και εξαρτώμενοι τους, οι γεωργοί, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι ανάπηροι και οι άποροι. Το σύστημα χρηματοδοτείται από επιβαρύνσεις στους μισθούς και ημερομίσθια.

Πριν γίνει η Κύπρος μέλος της Ε.Ε., οι τουρίστες δεν καλύπτονταν από το σύστημα, το ίδιο και οι ξένοι φοιτητές, που όμως δεν έμειναν έτσι, ζητήματα κάλυψης βρίσκονται σε εφαρμογή.

Προσφέρει περιεκτική ιατρική φροντίδα για τον πληθυσμό της Κύπρου στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, και τριτοβάθμιο επίπεδο.

Καλύπτει όσο το δυνατό πιο πολλούς τομείς αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας για τους πιο κάτω λόγους:

Αύξηση της επιρροής του πάνω σε όσο το δυνατό πιο πολλούς τομείς της ιατρικής, βελτιώνοντας τα επίπεδα, περιορίζοντας τα κόστη και βελτιώνοντας την ισότητα παροχής σε μια μεγαλύτερη έκταση υπηρεσιών.

Παρεμπόδιση της υπερβολικής εξαίρεσης τομέων της ιατρικής από την κάλυψη, σε αντίθεση με τον κανονικό περιορισμό του σαν μέσο για την παραμονή εντός του προϋπολογισμού.

Ασφαλιστική Κάλυψη (στην πράξη)

Κάθε πολίτης που επιθυμεί να έχει ιατρική φροντίδα μέσω του συστήματος εγγράφεται σε ιδιωτικό οικογενειακό γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας της δικής του επιλογής. Ο γιατρός αυτός πρέπει να είναι εξουσιοδοτημένος ή εγκεκριμένος από το σύστημα, πράγμα που εξασφαλίζει υψηλά επίπεδα ικανότητας και

διευκολύνσεων και κάθε πολίτης μπορεί οποτεδήποτε να έχει μόνο ένα οικογενειακό γιατρό.

Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί μέλος μιας ομάδας γιατρών πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας που μπορεί να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών στον ασθενή, περιλαμβανομένης και της έκδοσης συνταγών φαρμάκων.

Στην περίπτωση που ο οικογενειακός γιατρός αποφασίζει ότι για τον ασθενή απαιτείται εξειδικευμένη ιατρική έρευνα και περίθαλψη, προσφέρει στον ασθενή μια επιλογή από εγκεκριμένους ειδικούς, όπου παραπέμπεται η περίπτωση. Όταν απαιτείται εσωτερική θεραπεία του προσφέρεται η επιλογή εγκεκριμένων νοσοκομείων ή και κλινικών. Αν απαιτείται τριτοβάθμια ειδική θεραπεία, πιθανό να μην είναι δυνατή η προσφορά επιλογής.

Αν ένας πολίτης εμπλακεί σε ατύχημα, ή του τύχει επείγον περιστατικό, άμεση περίθαλψη προσφέρεται σε Κέντρα Ατυχημάτων και Πρώτων Βοηθειών, που βρίσκονται στα κύρια πληθυσμιακά κέντρα.

Ο ασθενής συμμορφώνεται με αυτό το σύστημα, έτσι δεν χρεώνεται για επισκέψεις, διαγνωστικές επεμβάσεις, θεραπεία ή για φάρμακα, για τα οποία εκδίδεται συνταγή. Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι περιεκτικές και περιλαμβάνουν:

Πρωτοβάθμια φροντίδα, περιλαμβανομένης της έκδοσης συνταγής φαρμάκων.

Κοινωνική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία και αποκατάσταση, βοήθεια στο σπίτι από νοσοκόμες,

υγειονομικές επισκέπτριες και άλλες υπηρεσίες φροντίδας, μακρόχρονη βοήθεια για τους σωματικά και

διανοητικά ανάπηρους και βοήθεια για τους ψυχασθενείς.

Διαγνωστικές διευκολύνσεις, εργαστηριακές αναλύσεις, καρδιογραφήματα, ακτινογραφίες και εξετάσεις με υπερήχους.

Νοσοκομειακή φροντίδα, τόσο δευτεροβάθμια όσο και τριτοβάθμια. Αυτό περιλαμβάνει τη φροντίδα και θεραπεία επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών και τελικά φροντίδα για τους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

Οδοντιατρική φροντίδα για μερικές ομάδες, π.χ παιδιά.

Λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα της προσφοράς και την ικανότητα διαχείρισης, προσδιορίζει τους ρυθμούς και τις προτεραιότητες, με τις οποίες η κάλυψη του ΕΑΣΥ επεκτείνεται για κάθε υπηρεσία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.1 ΤΑ ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ

¹Έχεις ευρέως αποδειχθεί από την πείρα αρκετών χωρών ότι η επί εμπορικής βάσεως ασφάλιση της υγείας, ούτε επαρκής είναι, αλλά ούτε και δίκαιος τρόπος χρηματοδότησης, μιας ουσιαστικής και περιεκτικής φροντίδας υγείας. Οι ιδιώτες ασφαλιστές προτιμούν τους πιο λίγους κινδύνους, ενώ άλλοι, όπως είναι τα γηρατειά και εκείνοι με τις χρόνιες παθήσεις, δεν προσφέρονται στην αγορά των ασφαλειών υγείας. Τα κόστη της ιατρικής φροντίδας αυξάνονται όταν υπάρχει λίγος ή καθόλου έλεγχος, καταλήγοντας σε ψηλότερα ασφάλιστρα και η κάλυψη είναι συνήθως περιορισμένη, γιατί οι ιδιώτες έχουν γενικά αποτύχει να χρησιμοποιήσουν την αγοραστική τους δύναμη για να προστατεύσουν τα συμφέροντα των προμηθευτών. Το αποτέλεσμα αυτού του συστήματος ιατρικής φροντίδας το καθιστά κατακερματισμένο, άνισο και δαπανηρό.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα ασφαλιστικά σχέδια υγείας που λειτουργούν μεταξύ συντεχνιών και εργοδοτών, τα οποία είναι σε θέση να παρέχουν ικανοποιητική κάλυψη μόνο στους εξ επαγγέλματος ψηλά αμειβόμενους και ειδικευμένους εργάτες, οι οποίοι μπορούν να καταλάβουν υψηλότερες εισφορές και οι οποίοι συνήθως έχουν μικρότερες ανάγκες ιατρικής φροντίδας. Τα

1. Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας 2002,σελ. 48

συστήματα αυτά σπάνια παρέχουν επαρκή κάλυψη και όπως και οι εμπορικοί ασφαλιστές, επιφέρουν επαύξηση του κόστους, ασκούν χαμηλού επιπέδου έλεγχο πάνω στην ποιότητα και αποκλείουν τα φτωχότερα μέλη της κοινωνίας.

Ένα εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, στο οποίο ενυπάρχει η αναδιανομή στη χρηματοδότηση βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη, όπου οι κίνδυνοι ολόκληρου του πληθυσμού επιμερίζονται. Ως εκ τούτου, οι εισφορές είναι υποχρεωτικές για εκείνους που είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι στο Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων π.χ. οι εργοδοτούμενοι και οι αυτοαπασχολούμενοι. Αν επιτραπεί στις εύπορες ομάδες να επιλέξουν να μην ενταχθούν, τότε το ύψος των εισφορών θα είναι ψηλό και το Σύστημα θα καταστεί λιγότερο αποτελεσματικό και δίκαιο. Ως εκ τούτου, όλες οι ομάδες πρέπει να ενταχθούν. Αυτό είναι ένα από τα κυριότερα επιχειρήματα για την αποφυγή δημιουργίας διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων για τους εύπορους εργοδοτούμενους.

Τα εισοδήματα προέρχονται από την επιβολή τέλους πάνω στους μισθούς με ένα σύστημα τρομερής εισφοράς. Για όλους τους εργοδοτούμενους, εισφορές καταβάλλονται από την κυβέρνηση, τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Για τους άνεργους, τους ανάπηρους και για όσους παίρνουν δημόσιο βοήθημα οι εισφορές καταβάλλονται από την κυβέρνηση. Για τους στρατιωτικούς, εκτός του μόνιμου προσωπικού, το οποίο καταβάλλει εισφορές, το κόστος της ιατρικής φροντίδας επωμίζεται η Αρχή του ΕΑΣΥ, που διαχειρίζεται το Σύστημα και αποζημιώνεται από την κυβέρνηση.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν κανονισμοί που διέπουν τα προαιρετικά μέλη. Λαμβάνεται απόφαση, επίσης, όσον αφορά το ποιοι δικαιούνται να πληρώσουν προαιρετικά, για να τυγχάνουν τα ωφελήματα. Επίσης, υπόψη λαμβάνονται, ακόμα και οικονομικές επιπτώσεις από Κυπρίους που βρίσκονται στο εξωτερικό και επιστρέφουν στην Κύπρο για να ζήσουν, αφού συνταξιοδοτηθούν ή μη Κύπριοι συνταξιούχοι που ζουν στην Κύπρο.

Το σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, έχει επιτύχει σχεδόν καθολική κάλυψη του εργοδοτούμενου πληθυσμού. Καλύπτει όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες, περιλαμβανομένων των μερικώς απασχολούμενων εργατών και όλες τις ομάδες των αυτοτελώς εργαζομένων.

Μερικοί από τους εργοδοτούμενους πιθανό να προσπαθούν να αποφύγουν την καταβολή εισφορών, μεταξύ αυτών, μπορεί να συμπεριλαμβάνονται οι μερικώς εργαζόμενοι (*part-time workers*), και μερικές αυτοεργοδοτούμενες ομάδες (π.χ γεωργοί). Το τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων έχει συγκρίνει τον εκλογικό κατάλογο με τα δικά του στοιχεία και έχει επισημάνει αριθμό ατόμων που δεν έχουν εγγραφεί. Οι περιπτώσεις αυτές διερευνούνται.

Το πρόβλημα αυτών που δηλώνουν πιο χαμηλό εισόδημα από το πραγματικό, είναι σοβαρό. Είναι οξύ στην περίπτωση των εργοδοτούμενων ως και σε πολλές ιδιωτικές επιχειρήσεις-μικρές και μεγάλες-όπου πιθανό να υπάρχει συνεννόηση μεταξύ εργοδότη και εργοδοτούμενου για να δηλωθούν εισοδήματα κατώτερα από τα πραγματικά.

Το πρόβλημα των αυτοεργοδοτούμενων έχει επισημανθεί και με επανειλημμένες εισηγήσεις του Τμήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων στη Βουλή των Αντιπροσώπων επιδιώχθηκε η λύση του. Η πιο πρόσφατη εισήγηση προνοούσε για εκχώρηση εξουσιών στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αναθεωρεί τις ασφαλιστικές αποδοχές με βάση σχετικές πληροφορίες που λαμβάνονται από το Τμήμα Εσωτερικών Προσόδων ή με δήλωση από κάθε ασφαλισμένο πρόσωπο σχετικά με το ολικό εισόδημα. Οι εισηγήσεις δεν εγκρίθηκαν. Αντί τούτου, με ανώτατο όριο ασφαλίσεων αποδοχών αυξήθηκε κατά 10,5% με απώτερο στόχο να σμικρυνθεί η διαφορά μεταξύ των πραγματικών και των τεκμαρτών ασφαλιστέων αποδοχών με την πάροδο μερικών χρόνων.

Αυτή η εκκρεμότητα αποτελεί μια σοβαρή απειλή και αδυναμία στο ΕΑΣΥ. Αντίθετα με το σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα ωφελήματα είναι ανεξάρτητα από το ύψος των εισφορών. Είναι, επομένως, σημαντικό οι εισφορές να αντανakλούν την ικανότητα πληρωμής.

Αν το πρόβλημα δεν αντιμετωπιστεί το σύστημα θα αποτύχει σε ένα από τους καθορισμένους σκοπούς του: την βελτιωμένη ισότητα σχετικά με την χρηματοδότηση της ιατρικής φροντίδας.

3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Το ταμείο του ΕΑΣΥ λειτουργεί με βάση το «διανεμητικό σύστημα» (pay as you go) με ένα μικρό απόθεμα για έκτακτες ανάγκες, ίσο προς πληρωμές 3-6 μηνών. Το ταμείο του ΕΑΣΥ λειτουργεί από την Κυβέρνηση και επομένως τα έσοδα του (εκτός εκείνο το μέρος που θα εισφέρει η κυβέρνηση) δεν θα περιλαμβάνονται στον κυβερνητικό προϋπολογισμό.

Μια ανεξάρτητη ομάδα ειδικών έχει διοριστεί για να μελετά την οικονομική ευρωστία του ΕΑΣΥ για περίοδο 10 χρόνων και η οποία εκδίδει ένα πιστοποιητικό αν το ταμείο είναι αναλογικά βιώσιμο.

Σε μερικές χώρες, το ποσοστό εισφοράς συνδέεται με τις πληθυσμιακές αλλαγές για να προσαρμόζεται το μέγεθος του ταμείου αυτόματα με τις δημογραφικές αλλαγές. Όμως αυτό περιορίζει τη δυνατότητα αντιμετώπισης αυξημένης ζήτησης κάνοντας εξοικονόμηση μέσω της αποτελεσματικότητας. Γι'αυτό, εισήγηση, οι πληροφορίες για δημογραφικές αλλαγές να μελετούνται μέσα στα πλαίσια της γενικής λήψης αποφάσεων σχετικά με το μέγεθος του προϋπολογισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η πρώτη γραμμή, μη νοσοκομειακή ιατρική φροντίδα και όταν προσφέρεται για όλη την οικογένεια αναφέρεται σαν οικογενειακή ιατρική εξέταση. Αυτή η φροντίδα προσφέρεται από οικογενειακούς γιατρούς και κοινοτικές νοσοκόμες που εργάζονται σε ομάδες. Η οικογενειακή ιατρική εξυπηρέτηση είναι το πρώτο σημείο επαφής που έχει ένας ασθενής με την ιατρική διαδικασία, εκτός βέβαια από τα ατυχήματα και τα επείγοντα περιστατικά. Όλος ο πληθυσμός πρέπει να εγγράφει σε κάποιο οικογενειακό γιατρό αν φυσικά θέλει να χρησιμοποιεί το ΕΑΣΥ.

Αυτός τους δίδει το δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στην οικογενειακή ιατρική φροντίδα.

Η καλής ποιότητας οικογενειακή ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Ατομική, προσωπική και οικογενειακή φροντίδα
- Συνεχόμενη φροντίδα
- Εξυπηρέτηση του ασθενούς όπου και όποτε αυτό είναι αναγκαίο.

Ομαδική εργασία με διευκολύνσεις υψηλής ποιότητας και με το κατάλληλο βοηθητικό προσωπικό.

Διάγνωση κοινωνικής, ψυχολογικής όσο και της σωματικής κατάστασης.

Προαγωγή της υγείας μέσω κατάλληλων συμβούλων, προληπτικής ιατρικής και διαφώτισης σε θέματα υγείας.

Αποφάσεις για παραπομπή για περαιτέρω εξετάσεις και συμβουλές από ειδικούς.

Το βασικό χαρακτηριστικό που κάνει την προτεινόμενη οικογενειακή φροντίδα να ξεχωρίσει από τους άλλους τρόπους προσφοράς πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι ότι ο οικογενειακός γιατρός έχει ένα προ-ενεργητικό ρόλο, αφού είναι υπεύθυνος για την υγεία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού (δηλαδή όλων των εγγεγραμμένων στον κατάλογο) και όχι μόνο για εκείνους που αποφασίζουν να τον επισκεφτούν. Παράλληλα ο οικογενειακός γιατρός ενεργεί σαν ο «φύλακας» προς την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, που χρηματοδοτείται από το ΕΑΣΥ.

Η οικογενειακή ιατρική παρέχει τις πιο κάτω υπηρεσίες:

Γενική ιατρική φροντίδα για ενήλικες όλων των ηλικιών και για παιδιά.

Πρώτες βοήθειες για μικροατυχήματα και έκτακτα περιστατικά.

Προληπτική ιατρική, περιλαμβανομένης και λεπτομερούς εξέτασης.

Ανιχνευτικά προγράμματα (screening) που εγκρίνονται από το Υπουργείο Υγείας

Καθώς και προαγωγή της υγείας.

Οι οικογενειακές ιατρικές υπηρεσίες στην ύπαιθρο προσφέρουν συμβουλές για οικογενειακό προγραμματισμό και προγεννητική φροντίδα, όταν οι ασθενείς προτιμούν αυτή τη φροντίδα, διαφορετικά το Ταμείο πληρώνει για επίσκεψη σε ειδικό.

Σε μερικές γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές, οι οικογενειακοί γιατροί πιθανόν να εκτελούν και φαρμακευτικές συνταγές. Όμως αυτό δεν επιτρέπεται σε αστικές περιοχές ή σε περιοχές όπου η πυκνότητα του πληθυσμού είναι αρκετή για τη συντήρηση ανεξάρτητων φαρμακείων. Αυτό μειώνει το οικονομικό κίνητρο των Οικογενειακών Γιατρών για αυξημένη αναγραφή συνταγών και θα διατηρήσει τη σημερινή λειτουργία των φαρμακείων του ιδιωτικού τομέα. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ανεξάρτητοι γενικά παθολόγοι συμβεβλημένοι με το ΕΑΣΥ.

4.2. ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ, ΤΡΟΠΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Ο στόχος για το μέσο αριθμό των κατοίκων κατά οικογενειακό γιατρό είναι γύρω στους 1.650. Ο κατώτατος αριθμός των γιατρών που απαιτείται για να εξυπηρετεί τέτοιο αριθμό ασθενών είναι 355. Αφού λήφθηκαν υπόψη οι ανάγκες για αποτελεσματικότητα (επαρκής όγκος εργασίας κατά γιατρό) και αφού εξασφαλίστηκε ένα ικανοποιητικό εισόδημα για τους οικογενειακούς γιατρούς και τα συναφή με την ποιότητα και τους γεωγραφικούς περιορισμούς, προβλέπεται η εισδοχή μεγαλύτερου αριθμού γιατρών (ίσως 400-420) έτσι εξασφαλίζεται και συναγωνισμός για εγγραφή ασθενών. Το ανώτατο μέγεθος του καταλόγου ενός γιατρού είναι 3.000 ασθενείς και αυτό ελέγχεται από το Σύστημα για να διασφαλίζεται

ότι υπάρχει επαρκής παροχή ιατρικής φροντίδας. Αν το επίπεδο της ποιότητας μειωθεί οι ασθενείς μπορούν να μετακινηθούν σε άλλο γιατρό που προσφέρει καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Το ανώτατο όριο φυσικά αναθεωρείται από καιρού εις καιρό, γιατί λαμβάνονται υπόψη δημογραφικές αλλαγές, καθώς και αλλαγές στην πραγματικότητα των οικογενειακών γιατρών με την αναπτυσσόμενη νέα τεχνολογία και τρόπων εργασίας. Ένας ελάχιστος αριθμός ασθενών στο κατάλογο που επιτρέπεται είναι 1.000 ασθενείς και επιτρέπεται στους οικογενειακούς ιατρούς μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα (π.χ. 2 ετών) να συμπληρώνουν αυτό το μέγεθος καταλόγου. Το ΕΑΣΥ υιοθετεί μια προσέγγιση υποστήριξης για την ανάπτυξη και διατήρηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών που εργοδοτούνται μέσω του ΕΑΣΥ ελέγχονται από το ΕΑΣΥ λαμβάνονται υπόψη από τον κύκλο εργασιών των οικογενειακών γιατρών, το μέγεθος του πληθυσμού και την κατανομή του, την ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και το στόχο μέσης πυκνότητας των γιατρών. Όλο αυτό υπάρχει περίπτωση να διαφοροποιείται ύστερα από διαβουλεύσεις με τις σχετικές επαγγελματικές και καταναλωτικές ομάδες και με την εμφανή αναγνώριση των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων πάνω στους οικονομικούς πόρους του ΕΑΣΥ.

Ο περιορισμός του αριθμού των οικογενειακών γιατρων είναι σημαντικός για δυο κυρίως λόγους.

1. Οικονομικοί

Επειδή το 75% του εισοδήματος των οικογενειακών γιατρών βασίζεται στο μέγεθος του καταλόγου (με βάση την κατακεφαλή πληρωμή) (capitation based) το εισόδημα τους εξαρτάται κυρίως από την πυκνότητα των οικογενειακών γιατρών. Αν η εισδοχή των γιατρών στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα δεν είναι περιορισμένη, τότε το σύστημα δεν θα είναι ικανό να εξασφαλίσει ένα ικανοποιητικό εισόδημα για τους «καλούς» οικογενειακούς γιατρούς, χωρίς αύξηση της κατά κεφαλής πληρωμής. Η ελεύθερα εισδοχή γιατρών είτε μειώνει το μέσο εισόδημα που είναι παρόμοιο μ' εκείνο του ιδιωτικού τομέα που βρίσκεται σε ύφεση λόγω της υπερπροσφοράς, είτε αυξάνει το κόστος για το Ταμείο. Αυτό περιορίζει την ικανότητα του συστήματος να ελκύσει προσοντούχους και δημοφιλείς γιατρούς από τον ιδιωτικό τομέα και αυξάνει την πίεση πάνω στους οικογενειακούς γιατρούς να συμπληρώνουν το εισόδημα τους με εργασία που είναι εκτός του ΕΑΣΥ και γενικά οδηγεί στην πτώση του επιπέδου και του ηθικού. Το ΕΑΣΥ δεν αποβλέπει να λύσει το πρόβλημα της υπερπροσφοράς γιατρών με την απορρόφηση τους στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα.

2. ΕΠΙΠΕΔΑ

Για να διασφαλιστεί ότι η νέα ειδικότητα του οικογενειακού γιατρού είναι επιτυχής στο διπλό της ρόλο για παροχή υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και σαν φρουρός προς την ειδική ιατρική φροντίδα, οι γιατροί, οι νοσοκόμοι και παραϊατρικά επαγγέλματα που προσλαμβάνονται στην

οικογενειακή πρακτική πρέπει να έχουν τις αναγκαίες γνώσεις, ικανότητες και νοοτροπίες. Αυτό επιτυγχάνεται με την επιλογή, την εκπαίδευση, έγκριση και παρακολούθηση του προσωπικού. Τα επίπεδα για την πρωτοβάθμια φροντίδα καθορίζονται από το ΕΑΣΥ σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, καλύπτοντας τομείς όπως η πρόσβαση, επίπεδα της προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής, αναγραφή συνταγών και η πρακτική της παραπομπής ασθενών.

4.3. ΕΡΓΑΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ – ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

Ο μέσος όρος εργάσιμων ωρών ενός οικογενειακού γιατρού πρέπει να είναι περίπου 50 ώρες την βδομάδα όπως είναι οι κανόνες στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτές οι 50 ώρες δεν αποτελούν αποκλειστικά χρόνο επαφής με τον ασθενή αλλά περιλαμβάνουν και χρόνο για διεύθυνση, επισκέψεις στο σπίτι και συνεχόμενη εκπαίδευση. Για να διασφαλιστεί ότι παρέχεται ικανοποιητικός χρόνος επαφής με τον ασθενή και εξασφαλίζεται πρόσβαση του ασθενούς προς το γιατρό, μερικές από τις ώρες αυτές αφιερώνονται κατά τη διάρκεια της νύχτας και τα Σαββατοκύριακα. Κατά την άσκηση της ιατρικής προσφέρεται κάλυψη στα εγγεγραμμένα πρόσωπα για 24 ώρες περιλαμβανομένων των επισκέψεων στο σπίτι όπου τούτο είναι αναγκαίο. Οι οικογενειακοί γιατροί μπορούν, αν το επιθυμούν, να πληρώσουν για σκοπούς προσφοράς υπηρεσιών γιατρούς που θα τους αναπληρούν (οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στο Υπουργείο Υγείας) και οι οποίοι παρέχουν νυκτερινή κάλυψη ή όταν ο οικογενειακός γιατρός βρίσκεται σε διακοπές.

4.4. ΑΝΑΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΑΓΩΝ

Η αναγραφή φαρμάκων σε συνταγές από οικογενειακούς γιατρούς αποζημιώνεται από το ταμείο του ΕΑΣΥ και έτσι γίνεται δωρεάν προς τους ασθενείς. Για τη συγκράτηση των κόστων και για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του κόστους μόνο φάρμακα που αναγράφονται μετά από έγκριση του καταλόγου από το ΕΑΣΥ καλύπτονται ακολουθώντας την πρακτική που εφαρμόζεται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και σε άλλα μέρη του κόσμου.

4.5. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ, ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η ειδική και η νοσοκομειακή ιατρική φροντίδα καθώς και οι διαγνωστικές εξετάσεις προσφέρονται από το ΕΑΣΥ, μόνο αν ο ασθενής έχει πρώτα εξετασθεί και παραπεμφθεί από τον οικογενειακό γιατρό. Αυτό δεν αφορά τα ατυχήματα και έκτακτα περιστατικά. Δεν υπάρχουν περιορισμοί σε ασθενείς που επισκέπτονται ειδικούς γιατρούς απευθείας, χωρίς να έχουν παραπεμφθεί από τον οικογενειακό τους γιατρό, αν και τα έξοδα σ' αυτή την περίπτωση δεν καλύπτονται από το ΕΑΣΥ.

Η αναδρομική έγκριση επισκέψεων από οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίες έγιναν απ' ευθείας σε ειδικούς γιατρούς δεν επιτρέπεται από το ΕΑΣΥ. Αυτό ως και άλλες καταχρήσεις σε βάρος του ΕΑΣΥ, όπως η δημιουργία μη αναγκαίων επισκέψεων ασθενών σε ειδικούς γιατρούς ελέγχεται.

Οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι κάνουν κατάχρηση του ΕΑΣΥ, τιμωρούνται από το ΕΑΣΥ,(π.χ. επιβολή προστίμων ή τερματισμός συμβολαίου).

Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Δανία, Φιλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Νορβηγία και Ηνωμένο Βασίλειο) έχουν ένα σύστημα με το οποίο η προσπέλαση στους ειδικού γιατρούς ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας ιατρικής. Μερικοί Κύπριοι αυτό το βλέπουν σαν αυστηρό περιορισμό της ελευθερίας τους στην αναζήτηση ιατρικής συμβουλής. Πολλοί Κύπριοι έχουν ήδη γιατρούς (ειδικούς γιατρούς) τους οποίους θεωρούν οικογενειακούς γιατρούς και έτσι η αντίληψη δεν είναι άγνωστη. Αυτό το σύστημα θεωρείται ιατρικώς ανώτερο ή απευθείας προσπέλαση σε ειδικούς γιατρούς και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συγκράτησης του κόστους.

Η άμεση προσφυγή στους ειδικούς γιατρούς από πρόσωπα που θα είναι πρόθυμα να πληρώσουν έχει μειωθεί στο ελάχιστο με τη βελτίωση του κύρους και της ποιότητας της πρωτοβάθμιας ιατρικής σε βαθμό που ασθενείς βλέπουν συνεχώς λιγότερη την ανάγκη να μην προστρέχουν στους οικογενειακούς γιατρούς. Αυτό συμβαίνει γιατί η κυβέρνηση επενδύει πολύ στην εκπαίδευση και στα συστήματα για την πρωτοβάθμια ιατρική και προσέχει πολύ τη διαδικασία επιλογής

των γιατρών για οικογενειακή ιατρική. Γι' αυτό τον λόγο έχει προταθεί η δημιουργία ενός ειδικού τμήματος στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει την ευθύνη για την ανάπτυξη και παρακολούθηση της πρωτοβάθμιας ιατρικής. Όταν ο ασθενής

παραπέμπεται από τον οικογενειακό γιατρό αυτός έχει τη δυνατότητα να επιλέγει οποιονδήποτε κατάλληλο ειδικό γιατρό ή νοσοκομείο που είναι συμβεβλημένοι με το ΕΑΣΥ.

Οι αναλύσεις αίματος, ούρων, πτύων για διαγνωστικούς σκοπούς γίνονται στο επίπεδο της οικογενειακής ιατρικής εξασφαλιζομένου του ελέγχου ποιότητας και τα δείγματα παραλαμβάνονται από το σχετικό εργαστήριο παθολογίας για ανάλυση. Και το χημείο στέλνει τα αποτελέσματα πίσω στον οικογενειακό γιατρό μαζί με το τιμολόγιο από τους οικογενειακούς γιατρούς και πληρώνει κατευθείαν το χημείο.

Η αναγραφή συνταγών, η διάγνωση και συμπεριφορά των οικογενειακών γιατρών αναφορικά με τις παραπομπές σε ειδικούς, ελέγχονται και αν διαπιστωθεί οτιδήποτε αδικαιολόγητα και διαφορετικό από τα συμφωνημένα, υπάρχουν μηχανισμοί για έλεγχο αυξήσεις της δαπάνης. Ένας από τους πολλούς μηχανισμούς είναι ο προϋπολογισμός του οικογενειακού γιατρού σύμφωνα με τον οποίο για την άσκηση της οικογενειακής ιατρικής παραχωρείται από το ΕΑΣΥ ένας προαποφασισμένος προϋπολογισμός, ο οποίος καλύπτει τα κόστη της αναγραφής φαρμάκων, των εξετάσεων και κάποιου είδους ειδική φροντίδα του εγγεγραμμένου πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη εκείνα τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τα οποία επηρεάζουν τη ζήτηση για φροντίδα υγείας. Με το σύστημα αυτό, όλη η δαπάνη διενεργείται από τον προϋπολογισμό αντί να αποζημιώνεται απευθείας από το ΕΑΣΥ και έτσι υπάρχει κίνητρο για έλεγχο στην αναγραφή φαρμάκων, στις εξετάσεις και στην όλη συμπεριφορά των παραπομπών.

4.6. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όλοι οι δικαιούχοι του ΕΑΣΥ έχουν εγγραφεί σ'ένα οικογενειακό γιατρό αφού επιθυμούν να έχουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα που καλύπτει το ΕΑΣΥ. Ο κάθε ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέγει τον οικογενειακό του γιατρό.

Ο κυριότερος παράγοντας που δυνατό να περιορίσει την ελευθερία επιλογής του γιατρού είναι η ικανότητα του γιατρού να κάνει επισκέψεις στο σπίτι. Αν η απόσταση της κατοικίας των ασθενών καθιστά τις επισκέψεις αδύνατες, τότε ο γιατρός δεν δέχεται την εγγραφή των ασθενών αυτών. Έτσι η γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών επηρεάζει την πρόσβαση. Υπάρχουν ως εκ τούτου, κίνητρα για οικογενειακούς γιατρούς να εγκατασταθούν σε αγροτικές περιοχές.

Οι ασθενείς επίσης έχουν το δικαίωμα αλλαγής του οικογενειακού γιατρού τους. Γενικά αυτό εξαρτάται από την δικής τους θέληση. Εντούτοις και για σκοπούς αποτροπής μετακίνησης των ασθενών σε μεγάλο βαθμό το ΕΑΣΥ ελέγχει τις εγγραφές ασθενών επιτρέποντας τη μετακίνηση μόνο μια φορά κάθε τρεις μήνες.

Όλες οι επισκέψεις στον οικογενειακό γιατρό και οι συνταγές που αυτός αναγράφει για φάρμακα (με τους περιορισμούς που περιγράφονται) καλύπτονται από το ΕΑΣΥ και παρέχονται δωρεάν στον ασθενή. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που ζητούνται

από τον οικογενειακό γιατρό περιλαμβανομένης της διαγνωστικής ακτινογραφίας και ιστοπαθολογικών υπηρεσιών παρέχονται επίσης δωρεάν. Απευθείας παραπομπή για φυσιοθεραπεία περιλαμβάνεται επίσης στην κατηγορία αυτή.

4.7. ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Η συμπεριφορά των οικογενειακών γιατρών επηρεάζεται από τη φύση των κινήτρων. Οι οικογενειακοί γιατροί, ως μια σημαντική ομάδα ειδικών, αμείβεται αρκετά έτσι που να ελκύει και συγκρατεί υψηλής ποιότητας γιατρούς και νοσοκόμους. Το σύστημα πληρωμής προάγει τον ανταγωνισμό μεταξύ των γιατρών δημιουργώντας έτσι ένα κίνητρο παροχής μιας υψηλής υπηρεσίας.

Για το σκοπό αυτό, οι πληρωμές των οικογενειακών γιατρών αποτελούνται από τρεις συνισταμένες: ένα καθορισμένο ποσό (10% του ολικού εισοδήματος), κατά κεφαλή αμοιβή (γύρω στο 75%) και ένα επίδομα εκπαίδευσής και «καλής άσκησης» (15%).

1. Το καθορισμένο ποσό υπολογίζεται με βάση κλίμακα που αντικατοπτρίζει την πείρα του οικογενειακού γιατρού και ένα στοιχείο κινήτρου που μπορεί να εισαχθεί με σκοπό να ελκύσει τους γιατρούς σε μη δημοφιλείς περιοχές. Αυτό το καθορισμένο στοιχείο περιλαμβάνει ένα ποσό για επισκέψεις στο σπίτι.
2. Το σύστημα της κατά κεφαλήν αποκοπής περιλαμβάνει την πληρωμή, ενός καθορισμένου ποσού για κάθε ασθενή που

είναι εγγεγραμμένος στον οικογενειακό γιατρό. Αυτή η πληρωμή σταθμίζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενή, ούτως ώστε να αντισταθμίζεται η διαφορά στη χρησιμοποίηση του γιατρού (αριθμός επισκέψεων και χρόνος της κάθε επίσκεψης) και έτσι να προσδιορίζεται και αναμενόμενος όγκος εργασίας. Μια στάθμισή συγκεκριμένων ηλικιών φαίνεται στον πίνακα 4.1.

3. Το επίδομα εκπαίδευσης και καλής πρακτικής τότε μόνο καταβάλλεται αν το ιατρικό κέντρο επιτυγχάνει ορισμένα καθορισμένα επίπεδα φροντίδας, διατηρεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης και διατηρεί ένα ψηλό επίπεδο ποιότητας σ' ότι αφορά την τήρηση αρχείου ασθενών. Αυτά δημιουργούν ένα κίνητρο για τους οικογενειακούς γιατρούς να συνεχίσουν τη μόρφωση τους, να παρακολουθούν την ιατρική βιβλιογραφία και να παρέχουν από τεχνικής πλευράς καλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς τους, όπως αυτή επιμετρείται από ορισμένα συμφωνημένα κριτήρια, τα οποία έχουν καθοριστεί. Στα πρώτα χρόνια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, το επίδομα σταθμίζεται πολύ με βάση την εκπαίδευση την άσκηση καλής ιατρικής πρακτικής και γίνεται πιο σημαντικό στο διάστημα που οι γιατροί γίνονται πιο γνωστοί και τα συστήματα συλλογής και τήρησης στοιχείων και ελέγχου αναπτύσσονται.

Πίνακας 4.1.

Σταθμιστικός δείκτης για πληρωμή των οικογενειακών γιατρών με βάση τη κατά κεφαλή πληρωμή

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ	ΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ
Κάτω των 5 ετών	2
5-13 ετών	1.5
13-64 ετών	1
65-74 ετών	1.5
75 και άνω	2.5

Πηγή: National Health Insurance σελ. 43

Εκείνοι που προσελκύουν περισσότερους ασθενείς έχουν μεγαλύτερο ολικό εισόδημα. Το κατώτερο όριο του κατά κεφαλή εισοδήματος διασφαλίζει ότι οι γιατροί που αδυνατούν να προσελκύσουν αρκετούς ασθενείς αφαιρούνται από την οικογενειακή πρακτική και αντικαθιστούνται με άλλους, οι οποίοι μπορούν να συναγωνιστούν για εξεύρεση ασθενών. Στις αγροτικές περιοχές με χαμηλότερη πυκνότητα πληθυσμού, το ύψος πληρωμής κατά κεφαλή αναθεωρείται προς τα πάνω με σκοπό την παροχή αποζημίωσης λόγω των χαμηλότερων μεγεθών των καταλόγων που μπορούν να εξασφαλιστούν. Ειδικά κίνητρα ως και ανέγερση ιατρικών υποκέντρων βελτιώνει την προσπέλαση στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα σε πτωχές και απομονωμένες αγροτικές περιοχές. Το ανώτατο όριο του καταλόγου αποβλέπει

στην αποτροπή των πετυχημένων γιατρών να επεκταθούν πέραν της ικανότητας τους να προσφέρουν επαρκή επίπεδα φροντίδας για όλους τους ασθενείς τους. Επίσης εγκαθιδρύθηκε ένα σύστημα εφαρμογής κανονισμών από το Τμήμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με το ΕΑΣΥ, για κάλυψη θεμάτων όπως είναι ο χρόνος που απαιτείται μέχρι τη συμπλήρωση του καταλόγου πάνω από τον κατώτατο αριθμό, ως και ο έλεγχος εισδοχής και εξόδου από την Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα.

Το ακαθάριστο εισόδημα για έναν οικογενειακό γιατρό με κατάλογο ασθενών γύρω στους 1.650 πρέπει να μπορεί να συγκριθεί με το τρέχον αφορολόγητο εισόδημα ενός ειδικού σε κυβερνητικό νοσοκομείο και ενός γενικού του γιατρού του ιδιωτικού τομέα. Οι γιατροί είναι ανεξάρτητοι προμηθευτές, οι οποίοι εξασφαλίζουν το εισόδημα τους κυρίως από το κατά κεφαλή τέλος.

Οι οικογενειακοί γιατροί δεν επιτρέπεται να βλέπουν ασθενείς που δεν είναι καταχωρημένοι στον κατάλογο τους (ή στον κατάλογο συνεργάτη τους) ούτε και να συμπληρώνουν το εισόδημα τους χρεώνοντας ασθενείς ιδιωτικά, περιλαμβανομένων και επισκεπτών από το εξωτερικό. Αυτό διασφαλίζει τους ασθενείς που βρίσκονται στο κατάλογο να έχουν προτεραιότητα στο χρόνο του γιατρού τους. Εφόσον το κατά κεφαλή σύστημα και ο έλεγχος για είσοδο στο σύστημα της πρωτοβάθμιας ιατρικής προσφέρει κάποια ασφάλεια εισοδήματος στους οικογενειακούς γιατρούς δεν είναι ανάγκη να συμπληρώνουν το εισόδημα τους με ιδιωτική εργασία. Αν τους

επιτρεπτόταν αυτό θα είχαν κίνητρο να ξοδεύουν λιγότερο χρόνο για τους ασθενείς του καταλόγου τους και αυτό θα υπέσκαπτε την

ποιότητα του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. Έχουν γίνει διευθετήσεις που διασφαλίζουν ότι οι άνθρωποι που καλύπτονται από το ΕΑΣΥ και που χρειάζονται πρωτοβάθμια φροντίδα όταν κατοικούν προσωρινά μακριά από το σπίτι τους, μπορούν να έχουν ιατρική φροντίδα από ένα οικογενειακό γιατρό, ο οποίος πληρώνεται από το ΕΑΣΥ.

Οι οικογενειακοί γιατροί (περιλαμβανόμενων εκείνων που προηγούμενα εργάζονταν σαν ειδικοί, περιλαμβανομένων των παιδιάτρων) δεν μπορούν να εργάζονται σαν ειδικοί.

4.8. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

1. Οικογενειακοί γιατροί

Οι γνώσεις και η εξάσκηση της ιατρική από τους νέους ειδικούς γιατρούς της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας διαφέρει ουσιαδώς από τον τύπο της υφιστάμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς στον ιδιωτικό τομέα και τους γενικούς γιατρούς στο δημόσιο τομέα. Ιδιαίτερα οι οικογενειακοί έχουν ευθύνη για τη διατήρηση της υγείας και παρέχουν φροντίδες υγείας σε προκαθορισμένο πληθυσμό (σε εκείνους που είναι εγγεγραμμένοι στους καταλόγους τους). Ως εκ τούτου ενδιαφέρονται και με τους τομείς της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. Η παροχή φροντίδας είναι

συνεχής και ελέγχεται / παρακολουθείται η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

Αυτό καθιστά αναγκαία την επιλεκτική πρόσληψη και εκπαίδευση των γιατρών, για να αποκτήσουν επιπρόσθετη πείρα και διεύρυνση των γνώσεων τους, όσον αφορά την επικοινωνία γιατρού-ασθενή, τις γνώσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.

Όλοι οι γιατροί που επιθυμούσαν να γίνουν οικογενειακοί συμμετείχαν σε σειρά μεταπτυχιακών μαθημάτων στο Ινστιτούτο Μεταπτυχιακών Σπουδών. Αυτό συνδυάζεται με μια περίοδο 1-2 χρόνων εποπτευόμενης πρακτικής άσκησης σε ένα υφιστάμενο εγκεκριμένο ιατρικό κέντρο σαν ασκούμενοι (πιθανόν εργαζόμενοι ως βοηθοί).

Για να μπορέσει να κάνει όμως την εξάσκηση του σε ένα οικογενειακό ιατρικό κέντρο ο νέος γιατρός πρέπει να εργαστεί τουλάχιστον για δυο έτη σε νοσοκομείο μετά την περίοδο προεγγραφής (εξάσκησης) σε μια σειρά εγκεκριμένων ειδικοτήτων. Αυτές οι ειδικότητες ορίστηκαν από το Υπουργείο Υγείας και το Ινστιτούτο περιλαμβάνει τουλάχιστον έξι μήνες γενική χειρουργική, μαιευτική και γυναικολογία, ψυχιατρική, παιδιατρική, ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά και γηριατρική. Ένας τέτοιος κανονισμός πληροί τις απαιτήσεις της νομοθεσίας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

1. Νοσηλευτικό προσωπικό

Ενθαρρύνεται η απασχόληση νοσοκόμων. Το ΕΑΣΥ συνεισφέρει στο μισθό των νοσοκόμων (π.χ γύρω στο 70%). Για να δικαιούται ο γιατρός οικονομική ενίσχυση λαμβάνει μέρος σειρά μαθημάτων περαιτέρω εκπαίδευσης, η οποία καλύπτει διάφορους τομείς περιλαμβανομένης της λήψης ιστορικού του ασθενούς, βασικές μετρήσεις (π.χ. πίεσης του αίματος, ύψους και βάρους), συμβουλές υγιεινής, περιποίησης πληγών, χρήσης ενέσεων και μερικές δραστηριότητες ανιχνευτικών προγραμμάτων (screening). Η νέα μονοετής σειρά μαθημάτων στην κοινοτική νοσηλευτική που προσφέρει η Νοσηλευτική Σχολή αποτελεί τη βάση της εκπαίδευσης τους.

4.9. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΡΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Για να διασφαλιστεί η συνεχής ιατρική φροντίδα είναι αναγκαία η διαρκής και επισταμένη δημιουργία και τήρηση αρχείων και στατιστικών στοιχείων. Τα στοιχεία και τα ιστορικά των ασθενων φυλάγονται στα υγειονομικά κέντρα ή ιατρεία που έχουν επιλέξει οι ασθενείς. Αν ένας ασθενής μετακινηθεί ή αλλάξει οικογενειακό γιατρό, τα στοιχεία του μεταφέρονται γρήγορα στο νέο του γιατρό και γι' αυτό υπάρχουν κανονισμοί που σχετίζονται με την πρόσβασή και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων αυτών.

Το ΕΑΣΥ διατηρεί σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές ένα κεντρικό κατάλογο των ασθενών για ολόκληρη την Κύπρο που βρίσκονται στους καταλόγους των οικογενειακών γιατρών. Ο

κεντρικός αυτός κατάλογος χρησιμοποιείται για τον συντονισμό της μεταφοράς στοιχείων και την εγγραφή ασθενών και αποτελεί τη βάση του συστήματος πληρωμών, προς τους οικογενειακούς γιατρούς. Τα μηχανογραφημένα στοιχεία αποτελούν επίσης τη βάση για καταλόγους πληθυσμού με βάση τα ιατρικά στοιχεία για την παρακολούθηση του βαθμού ανοσοποίησης και άλλων μελετών της δημόσιας υγείας που σχετίζονται με τον πληθυσμό.

Ο κάθε ασθενής έχει μοναδικό αριθμό αναγνώρισης. Όλα τα αρχεία των δραστηριοτήτων καλύπτονται από το ΕΑΣΥ και περιλαμβάνουν τον αριθμό αυτό για να επιτρέπεται η λεπτομερής σύνδεση των αρχείων. Αυτό είναι απαραίτητο για την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων των οικογενειακών γιατρών και τις μορφές αξιοποίησης της ιατρικής φροντίδας από τα άτομα (π.χ. χρήση ειδικών, ποσοστά νοσηλείας σε νοσοκομεία). Αυτά τα μηχανογραφημένα στοιχεία αποτελούν βάση του συστήματος για παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής φροντίδας και της ποιότητας εξετάζοντας τη συχνότητα επανάληψης της εισόδου των ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, το χρόνο παραμονής και το χρόνο και ποιότητα επιβίωσης των ασθενών. Η βάση των στατιστικών στοιχείων των ασθενών, επεκτείνεται ούτως ώστε να αποτελέσει μια χρήσιμη βάση επιδημιολογικών στοιχείων, τα οποία συμπληρώνονται με έρευνες και συνδέονται με την απογραφή, χρησιμοποιώντας τες στο σχεδιασμό και τις έρευνες στον τομέα του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΕΣ

Με την εισαγωγή του ΕΑΣΥ απαιτείται καθορισμός τιμών και επιπέδων στα νοσοκομεία, έτσι ώστε οι προμηθευτές του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα να μπορούν να συναγωνιστούν εξ ίσου για χρηματοδότηση από το ΕΑΣΥ και να παρέχουν καλής ποιότητας φροντίδα σε λογική τιμή μέσα στα πλαίσια των σφαιρικών προϋπολογισμών. Ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός απαιτεί προσεκτικό καθορισμό επιπέδων και κατάλληλα κίνητρα, ιδιαίτερα τιμές και τρόπους αμοιβής.

5.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η πληρωμή για ειδική φροντίδα αντικατοπτρίζει το διαχωρισμό των εσωτερικών – εξωτερικών ασθενών και της δευτεροβάθμιας – τριτοβάθμιας φροντίδας. Κάθε στοιχείο του συστήματος έχει το δικό του σφαιρικό υπό-προϋπολογισμό, ώστε να διασφαλίζει τη επιτυχία του περιορισμού του κόστους και τα κίνητρα στον κάθε τομέα είναι τέτοια, ώστε αποδίδεται κατάλληλη φροντίδα με το ελάχιστο κόστος. Ο πίνακας 5.1. δίνει περιληπτικά τις διευθετήσεις για την παροχή και την πληρωμή για φροντίδα υγείας.

Πίνακας 5.1. Διευθετήσεις για την παροχή και την πληρωμή για φροντίδα υγείας.

Είδος Φροντίδας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Εξωτερικά Ιατρεία
Πρωτοβάθμια - Προμηθευτές - Πληρωμή	- -	Ανεξάρτητοι Προμηθευτές Κατά κεφαλή και επί πλέον επίδομα καλής άσκησης επαγγέλματος
Δευτεροβάθμια - Προμηθευτές - Πληρωμή	Ιατρικά Ιδρύματα μόνο Τέλος κατά επίσκεψη ή συνδυασμός	Ανεξάρτητοι γενικοί γιατροί ή Ιδρύματα Τέλος κατά επίσκεψη (κλίμακα για επανεξετάσεις)
Τριτοβάθμια - Προμηθευτές - Πληρωμή	Ιατρικά Ιδρύματα μόνο Τέλος κατά επίσκεψη ή συνδυασμός	Ιατρικά Ιδρύματα μόνο Τέλος κατά κεφαλή (κλίμακα για επανεξετάσεις)

Πηγή: National Health Insurance σελ. 49

5.2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ ΓΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1. Οργάνωση

Οι εγκεκριμένοι από το ΕΑΣΥ ειδικοί γιατροί αποζημιώνονται από το ΕΑΣΥ για κάθε επίσκεψη ασθενούς στο γραφείο τους. Όμως το ΕΑΣΥ έχει καθορίσει επίπεδα γι' αυτές τις δραστηριότητες, για να διασφαλίσει κυρίως, την παροχή κατάλληλων διαγνωστικών μέσων και εξοπλισμού. Αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά αυτός ο εξοπλισμός χωρίς να γίνονται διπλές εξετάσεις για να υποαπασχολείται, οι διευκολύνσεις εξωτερικών ασθενών μπορεί για μερικές ειδικότητες να χρειάζεται να συγκεντρωθούν σε συγκεκριμένα νοσοκομεία και κλινικές. Για να πληρούνται τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών του ΕΑΣΥ τηρούνται ομοιόμορφα στοιχεία και η καταγραφή των διαδικασιών ιατρικής φροντίδας διευκολύνει τον έλεγχο και την παροχή αποτελεσματικά.

Οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στον τριτοβάθμιο τομέα (π.χ. χημειοθεραπεία και ραδιοθεραπεία για καρκινοπαθείς) παρέχονται από ειδικές μονάδες τις οποίες έχει ήδη εγκρίνει το ΕΑΣΥ. Αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι στο δημόσιο τομέα. Τέτοιες μονάδες είναι περιορισμένες και έτσι η επιλογή του ασθενούς και ο συναγωνισμός των προμηθευτών είναι αδύνατος.

2. Αμοιβή

Η πληρωμή για υπηρεσίες εξωτερικού ιατρείου στο δευτεροβάθμιο τομέα γίνεται με βάση καθορισμένα τέλη που συσχετίζονται με τα κόστη και τυγχάνουν διαπραγμάτευσης εκ μέρους του ΕΑΣΥ.

Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ειδικοτήτων, οι οποίες αντανakλούν το διαφορετικό κόστος της εξέτασης π.χ. το εξέταστρο για μια κανονική εξέταση μπορεί να είναι ψηλότερο για μια ιατρική ειδικότητα. Τέτοιες διαφορές είναι ιδιαίτερα σημαντικές κυρίως για χειρουργικές ειδικότητες, όπου ο έλεγχος και η παρακολούθηση πριν και μετά επέμβαση παρουσιάζει σημαντικές διαφορές. Μεμονωμένα εξέταστρα συμφωνήθηκαν για τη δεύτερη, ούτως ώστε να αντικατοπτρίζεται το γενικά χαμηλότερο κόστος τέτοιων επισκέψεων, έτσι εμποδίζουν τον ειδικό να εξασφαλίζει εισόδημα εισηγούμενος εξαιρετικά μεγάλο αριθμό μετεγχειρητικών εξετάσεων.

Αν απαιτείται περαιτέρω περίθαλψη θα χρειαστεί ένα νέο παραπτεμπτικό σημείωμα από τον οικογενειακό γιατρό για έναρξη πρόσθετης φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία. Αυτό εφαρμόζεται ακόμα και στην περίπτωση ασθενούς που ήδη επισκέπτεται τον ειδικό γιατρό για επανεξέταση. Ο μηχανισμός αυτός για να μην τύχει κατάχρησης με σκοπό υψηλότερα τέλη, ελέγχεται αυστηρά. Οι ειδικοί γιατροί επιτρέπεται να κάνουν επισκέψεις στην οικία του ασθενούς, αλλά εφαρμόζονται οι ίδιοι όροι πληρωμής, όπως στα εξωτερικά ιατρεία.

5.3. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ

1. Οργάνωση

Ένας βασικός σκοπός του συστήματος είναι ότι αυτοί που προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα να είναι ικανοί να συναγωνίζονται μεταξύ τους στην

προσφορά φροντίδας. Ένας τέτοιος συναγωνισμός καταστά το ΕΑΣΥ ικανό να αποζημιώνει τους προμηθευτές, οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν θεραπεία πάνω σ' ένα καθορισμένο επίπεδο ποιότητας και με λιγότερο δυνατό κόστος. Για να επιτευχθεί αυτό οι ιατρικές μονάδες που παρείχαν υπηρεσίες στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, ανταποκρίνονται σε κάποια ελάχιστα επίπεδα που απαιτούνται για παροχή υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα και οι μονάδες αυτές συναγωνίζονται μεταξύ τους σε παρόμοια βάση.

Παλιά ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα είναι ελάχιστος. Η πρόσφατη νομοθεσία Ν.89(1)/2001 που δημοσιεύτηκε στην Επίσημη Εφημερίδα Κυβερνήσεως της Κυπριακής Δημοκρατίας με παράρτημα 1(1),αρ. 4397,04/05/2001, προβλέπει σαν ελάχιστο μέγεθος για ένα ιδιωτικό νοσοκομείο τα πέντε κρεβάτια, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό για την παροχή φροντίδας καλής ποιότητας με συνεχή περιποίηση και ιατρική κάλυψη. Οι αξιόλογες οικονομίες κλίμακας (economics of scale) που υπάρχουν στη δευτεροβάθμια ιατρική εξυπακούουν πως πλήρεις διαγνωστικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες προσφέρονται μόνο από πολύ πιο μεγάλες μονάδες. Επιπρόσθετα, μια κλινική που αποτελείται από μόνο πέντε κρεβάτια, εκτός αν είναι πολύ εξειδικευμένη μπορεί να προσφέρει οποιαδήποτε θεραπεία, αλλά πολύ σπάνια, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δημιουργήσει την απαραίτητη πείρα για την ανάλογη θεραπεία.

Το ΕΑΣΥ, με τους όρους και τους κανονισμούς που έχει καθορίσει το Υπουργείο, αποφασίζει τα επίπεδα για τον εξοπλισμό και τις θεραπείες. Για παράδειγμα, η αξιοποίηση της νέας τεχνολογίας χρειάζεται όχι μόνο συντήρηση, αλλά και την προγραμματισμένη ανάπτυξη νέων διευκολύνσεων για να αποφεύγεται η διπλή

εργασία και η σπατάλη. Αυτός ο έλεγχος συνεπάγεται τον καθορισμό και την εφαρμογή ομοιόμορφων επιπέδων, τόσο στον κρατικό, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Όλες οι εσωτερικές διευκολύνσεις ανταποκρίνονται σε κάποια ελάχιστα επίπεδα σχετικά με το προσωπικό, τις ευκολίες διαμονής και τις υπηρεσίες. Αυτά ποικίλουν ανάλογα με την έκταση των προσφερόμενων ειδικοτήτων. Για παράδειγμα:

24ωρη ικανοποιητική νοσηλευτική κάλυψη με κατάλληλα προσοντούχες νοσοκόμες.

Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων περιλαμβανομένων του ελεγχόμενου έγχρωμου φωτισμού, της καθαριότητας, του ελάχιστου μεγέθους και περιβάλλοντος του χειρουργείου.

Κατάλληλες ενισχυτικές υπηρεσίες για ειδικότητες που προσφέρονται.

Ελάχιστος αριθμός κρεβατιών (20 τουλάχιστον στην αρχή, μέχρι 50 σε δέκα περίπου χρόνια, σύμφωνα με τη διεθνή πείρα).

Συγκέντρωση ορισμένων υπηρεσιών, π.χ. φροντίδα νεογνών, όπου υπάρχει ένδειξη ότι οι μεγαλύτερες μονάδες παρουσιάζουν καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα.

Αυτές οι απαιτήσεις έχουν εφαρμοστεί κατά ομοιόμορφο τρόπο σ' ολόκληρο τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Ο διαχωρισμός μεταξύ δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας έχει καθοριστεί από το ΕΑΣΥ, ανάλογα με το περίπλοκο των ιατρικών υπηρεσιών. Οι διαδικασίες που είναι περίπλοκες, επικίνδυνες και έχουν σχέση με σοβαρότατες επεμβάσεις, όπως αγγειοχειρουργική, παρακαμπτήρια μοσχεύματα στεφανιαίας αρτηρίας (coronary artery by pass grafts) και μεταμοσχεύσεις

παρέχονται σε ειδικευμένες μονάδες του τριτοβάθμιου τομέα ιατρικής φροντίδας.

2.Πληρωμές

Το ΕΑΣΥ ζητά απ' όλα τα νοσοκομεία που απαιτούν πληρωμή από αυτό να υποβάλλουν ομοιόμορφα κοστολογικά δελτία. Οι τιμές συγκεκριμένων θεραπειών καθορίζονται κάνοντας χρήση των στοιχείων και πληροφοριών μέσα σ' ένα πλαίσιο Διαγνωστικών Ομάδων Ασθενειών (D.R.Gs) ή άλλων συνδυασμών. Η αναμενόμενη πληρωμή για τέτοιου είδους θεραπείες γίνεται στο ιατρικό ίδρυμα και περιλαμβάνει την αποζημίωση για τον γιατρό, δηλαδή το ίδρυμα πληρώνει το γιατρό πάνω σε μια συμφωνημένη βάση. Πληρωμές για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία γίνονται στο ίδρυμα ή στο γιατρό, ανάλογα με την περίπτωση. Το εισόδημα των προμηθευτών καθορίζεται από το μέγεθος των δραστηριοτήτων τους και την τιμή θεραπείας. Για να δημιουργηθεί μέγιστη διαφορά μεταξύ εσόδων που καθορίζονται από ποσότητα και τιμή και εξόδων, ο προμηθευτής μειώνει το χρόνο παραμονής και υιοθετεί πιο αποτελεσματική τεχνολογία, πάντοτε μέσα στα επίπεδα ποιοτικής φροντίδας όπως έχει διαμορφωθεί και εφαρμοστεί από το ΕΑΣΥ.

Οι προμηθευτές που τα κόστη τους υπερβαίνουν την τιμή που έχει καθορίσει το ΕΑΣΥ, αυξάνουν την αποδοτικότητά τους ή τείνουν να μείνουν εκτός εργασίας. Προμηθευτές τους οποίους τα κόστη λειτουργίας είναι ίσα ή πιο κάτω από την καθορισμένη τιμή, έχουν κίνητρο να κάνουν οικονομίες και δημιουργούν πλεόνασμα. Αυτά τα πλεονάσματα προσελκύουν νέους προμηθευτές για να

εισέλθουν στην αγορά, εφόσον είναι αρκετά ικανοί να συναγωνιστούν υπάρχουσες πηγές προσφοράς.

Αυτός ο τύπος μηχανισμού τιμών όχι μόνο πληροφορεί το ΕΑΣΥ για τις επιπτώσεις των αγοραστικών του ενεργειών πάνω στις υπηρεσίες, αλλά δημιουργεί κίνητρα στους προμηθευτές για μείωση των κοστών. Βεβαιώνεται ότι αυτή η συμπεριφορά δεν θα μειώσει τα επίπεδα της φροντίδας γιατί το ΕΑΣΥ επιβλέπει τη διαδικασία και απόδοση αναφορικά με την ποιότητα και διασφαλίζει τη συμμόρφωση όλων των προμηθευτών που αποζημιώνονται από το ΕΑΣΥ προς τα επίπεδά του.

Όλα τα συμβόλαια καθορίζουν επακριβώς τις τιμές και την ποιότητα της φροντίδας. Η ποιότητα καθορίζεται στα συμβόλαια σύμφωνα με την έννοια της διαδικασίας της ιατρικής φροντίδας (ανάγκες προσωπικού, διάρκεια παραμονής, μετεγχειρητικές μολύνσεις και ποσοστά επανεμφάνισης). Όπως με την πάροδο του χρόνου θα σχηματιστούν πρωτόκολλα θεραπείας, τα οποία θα επικεντρώνονται με πιο συστηματικό τρόπο πάνω στη δομή και τη διαδικασία των αποτελεσμάτων των ασθενών και τις επιδράσεις των θεραπειών πάνω στη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής.

5.4. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Τα μικροατυχήματα αντιμετωπίζονται από οικογενειακούς γιατρούς, όμως είναι αναγκαίο να διατηρείται κατάλληλα εξοπλισμένο και επανδρωμένο Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών σε κάθε μεγαλοαστικό κέντρο της Κύπρου. Λόγω των υψηλών

κοστών και της διακύμανσης και του αβέβαιου φόρτου εργασίας αυτών των Τμημάτων, χρηματοδοτούνται από το ΕΑΣΥ πάνω σε μια βάση συνολικής επιχορήγησης. Οι συνολικές επιχορηγήσεις υπολογίζονται έτσι που καλύπτουν μια τριετή περίοδο, στη συνέχεια σταθεροποιούνται σε ένα επίπεδο που δεν συνιστά επιχορήγηση στις άλλες δραστηριότητες του νοσοκομείου, στο οποίο βρίσκεται το Τμήμα Ατυχημάτων, δηλαδή η συνολική επιχορήγηση καλύπτει το συνολικό κόστος για Ατυχήματα και Επείγοντα Περιστατικά, συμπεριλαμβανομένων και των αναμενόμενων εισδοχών από αυτή τη δραστηριότητα, ούτως ώστε έτσι αποτρέψει το νοσοκομείο από το να αυξήσει το εισόδημά του αυξάνοντας τα ποσοστά εισδοχής.

5.5. ΕΓΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Τα σταθερά μέτρα που καθορίζουν πότε και πώς εγγράφονται οι ειδικοί γιατροί έχουν καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Μεταπτυχιακό Ίδρυμα. Τα όποια βασίζονται πάνω στις κατευθυντήριες γραμμές της ΕΟΚ, οι οποίες καθορίζουν την κατώτατη περίοδο εκπαίδευσης και τη μεταπτυχιακή πείρα για κάθε ειδικότητα.

Μόνο εκείνοι που αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας ότι έχουν φθάσει τα καθορισμένα επίπεδα δικαιούνται να πληρώνονται ως ειδικοί από το ΕΑΣΥ. Για το ΕΑΣΥ οι ειδικοί γιατροί έχουν δικαιώματα εισδοχής σ' ένα εγκεκριμένο νοσοκομείο ή κλινική αν και υπάρχουν εξαιρέσεις σ' αυτό, όπως η ψυχιατρική, όπου η εξέταση και θεραπεία του ασθενούς. Τα εγγεγραμμένα νοσοκομεία και οι εγγεγραμμένοι ειδικοί γιατροί στο δημόσιο και

τον ιδιωτικό τομέα, μπορούν να συνομολογούν συμφωνίες για δικαιώματα εισδοχής.

Δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο για την είσοδο ειδικών γιατρών στο ΕΑΣΥ πέραν του απαιτούμενου τυπικού προσόντος και του επιπέδου εκπαίδευσης. Η άσκηση της ειδικότητας παρακολουθείται στενά και εκείνοι που δεν πετυχαίνουν ικανοποιητικά επίπεδα εργασίας παύουν να δικαιούνται συμμετοχής στο ΕΑΣΥ. Ένας ασθενής καλύπτεται από το ΕΑΣΥ μόνο αν παραπέμπεται από οικογενειακό γιατρό και τηρεί για την εξέταση και

5.6. ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

1 Γενικά θέματα

Είναι αναγκαίο για να διατηρηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών τα απαιτούμενα επίπεδα να ελέγχονται και να εφαρμόζονται. Όταν εφαρμόζονταν το ΕΑΣΥ παρείχε χρόνο στις μονάδες να βελτιώσουν τις εγκαταστάσεις για να συμμορφωθούν με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΕΑΣΥ. Επίσης το ΕΑΣΥ προσφέρει βοήθεια στην επίτευξη των επιπέδων μέσω συμβούλων και μέσω δανείων με ευνοϊκά επιτόκια. Αφού συμπληρώθηκε η περίοδος προσαρμογής, τα επίπεδα παρακολουθούνται αυστηρά εφαρμόζοντας μια τακτική επιθεώρηση των εγκαταστάσεων.

Οι μονάδες των προμηθευτών υποχρεώνονται να δημοσιεύουν στοιχεία αναφορικά με τα αποτελέσματα των διαδικασιών, όπως για παράδειγμα, η ιατρογενής λοίμωξη, οι αριθμοί επανεισαγωγών,

ποσοστά καισαρικών τομών, ποσοστά θνησιμότητας για διάφορες διαδικασίες και ποσοστά επιβίωσης. Επίσης τηρούνται στοιχεία παρακολούθησης του είδους και της αυστηρότητας της διαδικασίας, και της ηλικίας / αναπηρίας των ασθενών και αυτό γίνεται για σκοπούς μείωσης της δυσμενούς επιλογής ασθενών, όπως π.χ. η αύξηση του κινήτρου για μη παροχή θεραπείας σε ορισμένους ασθενείς.

2. Δημιουργία

Ένα από τα κύρια προτερήματα της θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα είναι η ποιότητα των μη-ιατρικών «ξενοδοχειακών υπηρεσιών» που προσφέρει. Επειδή όμως ο δημόσιος τομέας ανταγωνίζεται τον ιδιωτικό τομέα, με πολλή προσοχή, έχει βελτιώσει τις εγκαταστάσεις / διευκολύνσεις του λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τη συγκράτηση των κοστών. Κάποιο μέρος της πλεονάζουσας χωρητικότητας στο δημόσιο τομέα, μετατρέπεται σε μονόκλινα δωμάτια για χρήση από ασθενείς που είναι έτοιμοι να συμπληρώσουν τα ωφελήματα που παρέχονται από το ΕΑΣΥ με δική τους επιβάρυνση. Στόχος είναι η προσφορά ίσης πρόσβασης στις ιατρικές εγκαταστάσεις / διευκολύνσεις, η παροχή δικαιώματος στους ασθενείς να πληρώνουν επιπρόσθετα για ανώτερες μη-κλινικές υπηρεσίες και ταυτόχρονα η λήψη μέτρων για αποτροπή του κινδύνου του ποιοτικού πληθωρισμού.

5.7. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΡΗΣΗ ΑΡΧΕΙΟΥ

Για να επιτυγχάνεται γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών και να επισπεύδεται η πληρωμή των προμηθευτών,

υπάρχει ένα πλήρες και ολοκληρωμένο σύστημα πληροφοριών. Εξυπακούει την τήρηση αρχείου για όλους τους ασθενείς που έτυχαν θεραπείας και περιλαμβάνει ένα και μόνο αριθμό ταυτότητας του ασθενούς, καθορισμένες κλινικές πληροφορίες για τις διαδικασίες, τους ενδιαφερόμενους γιατρούς, ως και το αποτέλεσμα. Ο αριθμός αναγράφεται στα σημειώματα παραπομπών ασθενών στους προμηθευτές της δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας και αντίστροφα προς τον οικογενειακό γιατρό. Η εφαρμογή ενός ικανοποιητικού συστήματος αποτελεί προϋπόθεση πληρωμής των γιατρών, μέσα στα πλαίσια του ΕΑΣΥ. Όλοι οι προμηθευτές χρησιμοποιούν ένα ομοιόμορφο σύστημα κοστολόγησης για τις προσφερόμενες απ' αυτούς θεραπευτικές αγωγές. Αυτές οι πληροφορίες είναι στη διάθεση του ΕΑΣΥ για χρήση στις διαπραγματεύσεις τιμών και καθορισμό του πραγματικού βαθμού αποζημίωσης. Παλιά στην Κύπρο δεν υπήρχε σύστημα κοστολόγησης και οικονομικής διεύθυνσης και διαχείρισης κυρίως στα κρατικά νοσοκομεία. Έτσι το κόστος των προσφερομένων υπηρεσιών δεν μπορούσε να εκτιμηθεί. Έτσι η δημιουργία αποτελεσματικού συστήματος πληροφοριών και λογαριασμών αποτελούσε σημαντική προϋπόθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΩΜΗ – ΑΛΛΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το κεφάλαιο αυτό ασχολείται με τις διευθετήσεις για τα φάρμακα και το φαρμακευτικό υλικό, τα κλινικά εργαστήρια (συμπεριλαμβανομένης της ακτινοδιαγνωστικής) και την Οδοντιατρική.

6.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ

Ο περιορισμός εξόδων αναγκάζει την Κύπρο να αντιμετωπίζει δύσκολες επιλογές πολιτικής στον τομέα των φαρμάκων. Επιπρόσθετα, από τις πιέσεις που δημιουργούνται από την πλευρά της ζήτησης υγείας λόγω της χρηματοδότησης από το ΕΑΣΥ και άμεσα από τους καταναλωτές, η μετατόπιση ης πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός των κρατικών νοσοκομείων (όπου η χρήση των απομιμήσεων (generics) και η μαζική αγορά φαρμάκων διατηρούν το κόστος χαμηλά) δημιουργεί μεγάλες αυξήσεις στα έξοδα, όπου οι ασθενείς προμηθεύονται τις συνταγές τους από τα φαρμακεία του ιδιωτικού τομέα.

Ένα κοινό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όλα τα εθνικά συστήματα υγείας είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός φαρμάκων που έρχονται και μπαίνουν στην αγορά. Δεν έχει διαπιστωθεί η

οικονομική αποτελεσματικότητα όλων αυτών των φαρμάκων, ενώ μερικά είναι άχρηστα και πολλά ισοδύναμά τους κυκλοφορούν στην αγορά. Και το πιο σπουδαίο είναι ότι ταυτόχρονα με τα πρωτότυπα φάρμακα διατίθενται μερικά αντίγραφα φαρμάκων.

Το ΕΑΣΥ δεν πληρώνει για όλα τα εγγεγραμμένα φάρμακα. Αντίθετα μόνο εκείνα τα οποία περιλαμβάνονται σ' ένα κατάλογο εγκεκριμένο από το ΕΑΣΥ πληρώνονται όταν αναγράφονται από τον γιατρό. Τα υπόλοιπα φάρμακα συνεχίζουν να αναγράφονται από τους γιατρούς και πληρώνονται από τους ασθενείς εξ ιδίων. Μερικές χώρες έχουν υιοθετήσει περιοριστικούς καταλόγους και η Κύπρος για αρχή βασίζει τον δικό της κατάλογο πάνω σε καταλόγους που έχουν υιοθετηθεί από άλλες χώρες (π.χ. Νορβηγία).

Έχει δημιουργηθεί ένας μηχανισμός λήψεως αποφάσεων υπεύθυνος για τη δημιουργία και ανανέωση του καταλόγου φαρμάκων. Υπάρχει μια επιτροπή που συμβουλεύει τον Υπουργό Υγείας, ο οποίος παίρνει τις τελικές αποφάσεις. Η επιτροπή περιλαμβάνει αντιπροσώπους του ιατρικού επαγγέλματος, φαρμακοποιούς, το ΕΑΣΥ και το Υπουργείο Υγείας και αποφασίζει με βάση ανεξάρτητα στοιχεία που της παρέχονται από τοπικές και ξένες πηγές, αναφορικά με το ποια φάρμακα αποζημιώνονται από το ΕΑΣΥ.

Οι τιμές όλων των φαρμάκων καθορίζονται και δημοσιεύονται κάθε χρόνο. Αυτή η διαδικασία εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το ΕΑΣΥ και ενημερώνεται με τις διεθνείς τιμές. Μερικές χώρες (π.χ. Γαλλία και Ισπανία) έχουν περισσότερη

επιτυχία στη μείωση των τιμών παρά άλλες χώρες (π.χ. Γερμανία και Βρετανία). Οι λόγοι γι' αυτές τις διαφορές αντανακλούν τις προτεραιότητες σ' ορισμένες χώρες (π.χ. η Βρετανική επιθυμία να «επιχορηγήσει» τη βιομηχανία μέσω της ρύθμισης των τιμών, η οποία δημιουργεί ψηλά κέρδη).

Το ΕΑΣΥ χρησιμοποιεί την αγοραστική του δύναμη, ώστε να περιορίσει το κόστος των φαρμακευτικών παρασκευασμάτων. Γι' αυτό το λόγο διαπραγματεύεται τις υπερτιμήσεις των εισαγωγέων / χονδρεμπόρων για τα προϊόντα του περασμένου καταλόγου. Δεδομένης της μετατόπισης της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας από τα Κρατικά ιδρύματα και την συνεπακόλουθη αύξηση του όγκου εργασίας, η διαπραγμάτευση για μειωμένο κέρδος είναι ουσιώδης αν περιοριστούν τα κόστη των φαρμάκων. Εάν τέτοια μέτρα αποδειχθούν αναποτελεσματικά, το ΕΑΣΥ δημιουργεί ένα κεντρικό σύστημα αγοράς και διανομής φαρμάκων με σκοπό τη μείωση του κόστους τους.

Είναι ευρέως γνωστό ότι υπάρχουν σημαντικές διεθνείς και εθνικές αποκλίσεις όσον αφορά το ποσοστό χρήσης φαρμάκων. Οι συνήθειες των γιατρών για εγγραφή φαρμάκων ελέγχονται και αναλύονται σε συσχέτισμό με το επίπεδο νοσηρότητας που αναλύονται από το σύστημα πληροφορικής του ΕΑΣΥ. Οι γιατροί που εγγράφουν λίγα ή πολλά φάρμακα ελέγχονται για να αποφασίζεται η καταλληλότητα των θεραπειών και οι γιατροί που εντοπίζονται από τον ιατρικό έλεγχο και το ΕΑΣΥ ότι συστηματικά αναγράφουν ανεπαρκώς φάρμακα υπόκεινται σε κυρώσεις.

6.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες και άλλες διαγνωστικές υπηρεσίες για εσωτερικούς ασθενείς περιλαμβάνονται στη δέσμη της ιατρικής φροντίδας ή στις τιμές για ομαδοποίηση των θεραπευτικών αγωγών (DRG) από το ΕΑΣΥ. Το νοσοκομείο διαπραγματεύεται μια τιμή με εγκεκριμένα εργαστήρια και άλλες μονάδες προμηθευτών. Τέτοιες υπηρεσίες για ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποζημιώνονται από το Σχέδιο πάνω στη βάση του τέλους κατά επίσκεψη απ' ευθείας στο εγκεκριμένο εργαστήριο ή την ακτινολογική μονάδα. Για τους εσωτερικούς ασθενείς το Σχέδιο αποφασίζει κατά πόσο θα αποζημιώνει το γιατρό συνολικά για επίσκεψη και εξετάσεις μαζί ή κατά πόσο θα πληρώνει και τους δύο χωριστά, οπότε η πληρωμή για την εξέταση θα αντανakλά το κόστος της διεξαγωγής της από ένα τεχνικό (βάσει τιμολόγησης κόστους).

Αυτές οι διευθετήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα την προσφορά υπηρεσιών αν γίνει πλήρης εκμετάλλευση των οικονομιών κλίμακας.

Πίνακας 6.1. Πληρωμή για Διαγνωστικές Υπηρεσίες

	Πληρωμή Από	Βάση Πληρωμής
Ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Σύστημα	Τέλος κατά Υπηρεσία
Εξωτερικοί Ασθενείς Δευτεροβάθμιας/ Φροντίδας	Σύστημα	Τέλος κατά Υπηρεσία (μπορεί να Περιληφθεί στο πακέτο με το τέλος της επίσκεψης στο γιατρό)
Εσωτερικοί Ασθενείς Δευτεροβάθμιας/ Φροντίδας	Νοσοκομείο (περιλαμβάνεται στην πληρωμή του Σχεδίου για ομαδοποίηση των θεραπευτικών αγωγών (DRG)	Με διαπραγμάτευση

Πηγή: National Health Insurance σελ. 65

(α) Εργαστήρια

Στα προηγούμενα χρόνια και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, δεν γινόταν εκμετάλλευση των οικονομιών κλίμακας. Το Σχέδιο έχει ζητήσει προσφορές των εργαστηρίων του ιδιωτικού και δημοσίου

τομέα που ανταποκρίνονται στα διεθνή επίπεδα πρακτικής (περιλαμβανομένων μέτρων ποιοτικού ελέγχου). Μέσω αυτού και της καθορισμένης τιμής για αποζημίωση το Σχέδιο ενδέχεται να συμβληθεί μόνο με μεγάλες μονάδες, οι οποίες εκμεταλλεύονται πλήρως τις οικονομίες κλίμακας και ικανοποιούν όλες τις ανάγκες των ασθενών. Τα εργαστήρια παρέχουν μια υπηρεσία «συλλογής και αναφοράς», ούτως ώστε να επεξεργάζονται τα δείγματα και όχι να βλέπουν ασθενείς.

Τα κόστη τέτοιων διαδικασιών εγκεκριμένα στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, τότε μόνο καλύπτονται από το ΕΑΣΥ όταν αυτές διεξάγονται στα εργαστήρια που είναι εξουσιοδοτημένα από το Σχέδιο. Όλο αυτό ήταν αναμενόμενο, ώστε να οδηγήσει σε μια αναδιάρθρωση των τομέων αυτών ως μονάδων που συνεχίζουν να ανταγωνίζονται για εξασφάλιση εργασίας στο ΕΑΣΥ.

(β) Ακτινολογία

Η ικανότητα των ακτινολογικών μονάδων, περιλαμβανομένου του εξοπλισμού ακτινολογικών μηχανημάτων, όπως και του αξονικού και μαγνητικού τομογράφου, είναι ακόμη χωρίς καμία ρύθμιση και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, ο εξοπλισμός γενικά δεν χρησιμοποιείται πλήρως.

(γ) Διαγνωστικές Εξετάσεις Εξωτερικών Ασθενών

Διαγνωστικές εξετάσεις σε εξωτερικά ιατρεία όπως το ΕΚΓ, εξετάσεις πνευμονικής λειτουργίας, εξέταση κόπωσης αυξάνονται αλματωδώς. Το Σχέδιο γι' αυτό έχει καθορίσει κατάλληλα επίπεδα, το χρόνο διενέργειας των εξετάσεων ως επίσης και το ύψος της ανώτατης πληρωμής.

6.3. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Η Οδοντιατρική διαχωρίζεται σε λειτουργικούς τομείς, όπως προληπτική οδοντιατρική, διορθωτική οδοντιατρική, κοσμητική οδοντιατρική και ορθοδοντική. Αυτές οι υπηρεσίες προσφέρονται σε διαφορετικές ομάδες πελατών π.χ. ενήλικες και παιδιά.

Στα αρχικά στάδια η κάλυψη από το ΕΑΣΥ περιορίστηκε στη διορθωτική οδοντιατρική για παιδιά μέχρι ηλικίας 13 ετών. Οι οδοντίατροι που προσφέρουν υπηρεσίες που καλύπτονται από το Σχέδιο εγκρίνονται από το Σχέδιο κατά τον ίδιο τρόπο όπως και οι άλλοι προμηθευτές και ελέγχονται κατά τον ίδιο τρόπο. Με βάση τις πρόνοιες έγκρισης των προμηθευτών οι ασθενείς έχουν ελεύθερη προσπέλαση στον οδοντίατρο της επιλογής τους.

Οι πληρωμές για οδοντιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από το ΕΑΣΥ είναι είτε πληρωμή για κάθε υπηρεσία (free for service) ή τέλος κατά κεφαλή (capitation fee). Γενικά, το τελευταίο είναι προτιμότερο, αλλά τα διοικητικά έξοδα είναι δυσανάλογα αν η κάλυψη είναι περιορισμένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Ταμείο του Εθνικού Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας (ΕΑΣΥ) διευθύνεται από ένα νέο νομικό σώμα, που διοικείται από ένα Συμβούλιο.

7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Σύστημα είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση των εσόδων του ταμείου. Χρησιμοποιεί την οικονομική δύναμη για να αποζημιώνει μόνο τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, των οποίων τα επίπεδα του προσωπικού τους, των συστημάτων και διευκολύνσεων τους διαπιστώνεται ότι είναι ικανοποιητικής ποιότητας και των οποίων η λειτουργία υπό την έννοια της αποτελεσματικής διάγνωσης και θεραπείας είναι αποδεδειγμένα υψηλή. Αυτά τα επίπεδα ποιότητας και αποτελεσματικότητας, διατηρούνται σ' ένα αποδεκτό ύψος κόστους μέσα από μια διαδικασία ρυθμιζόμενου συναγωνισμού.

Το σύστημα χρηματοδοτείται από ένα σφαιρικό προϋπολογισμό, το ύψος του οποίου καθορίζεται από μια ετήσια διαδικασία διαπραγματεύσεων μεταξύ εκείνων που ελέγχουν τη χρηματοδότηση του ΕΑΣΥ, τους εργοδότες, τις συντεχνίες και την

κυβέρνηση και εκείνους που παρέχουν φροντίδα υγείας προς το κοινό.

Το ύψος της συνεισφοράς στο ΕΑΣΥ επηρεάζει τα κόστη των εργοδοτών, τους μισθούς των εργαζομένων και τα έξοδα της κυβέρνησης. Κάθε μέρος είναι απρόθυμο να αυξήσει αυτά τα κόστη. Οι προμηθευτές είτε αυτοί είναι γιατροί, νοσοκομεία, φαρμακευτικές εταιρείες ή προμηθευτές ακτινολογικών και εργαστηριακών υπηρεσιών, ανυπομονούν να αναπτύξουν τις υπηρεσίες τους, ώστε αυτές να ικανοποιούν τις αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών.

Είναι δύσκολο να επιμετρηθούν οι ανάγκες των ασθενών, αλλά οι διαδικασίες διαπραγματεύσεων του σφαιρικού προϋπολογισμού επικεντρώνεται πάνω σε τέτοιες έννοιες και αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα του κόστους των νέων και υφιστάμενων θεραπειών. Οι προμηθευτές αντιμετωπίζουν την ανάγκη να βρουν τις καλύτερες θεραπείες των περιστατικών με αποδεικτικά στοιχεία.

Οι διαπραγματεύσεις που φέρνουν κοντά τη φειδώ των χρηματοδοτών και την επιθυμία των προμηθευτών για την παροχή περισσότερης ιατρικής φροντίδας, απαιτούν όπως τα μέρη συμβιβάζονται και συμφωνούν πάνω σε αποδεκτά επίπεδα χρηματοδότησης. Η διαδικασία μέσω διαπραγμάτευσης ενημερώνει κάθε μέρος για την υπόθεση της άλλης πλευράς και η συμφωνία που συχνά επέρχεται το τελευταίο λεπτό και με μεγάλη δυσκολία σε χώρες όπως η Γερμανία, είναι τότε «κτήμα» του κάθε μέρους, το οποίο συμφωνεί και διασφαλίζει ότι η συμφωνία έχει εφαρμοστεί. Μια διαδικασία συμφωνίας διασφαλίζει ότι οι

διαπραγματεύσεις δεν περιέρχονται σε αδιέξοδο π.χ. ορίζεται μια ημερομηνία του έτους (που καθορίζεται από το νόμο) μέχρι την οποία το αργότερο πρέπει να επιτευχθεί συμφωνία και αν δεν εξευρεθεί συμφωνία μέχρι την ημερομηνία αυτή, συνεχίζει να ισχύει το ύψος εισφοράς του προηγούμενου χρόνου.

Είναι σημαντικό για τις διαπραγματεύσεις όπως αυτές βασίζονται πάνω σε αξιόπιστα στοιχεία αναφορικά με τα κόστη και τη δαπάνη.

7.2. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το Σύστημα καθορίζει αποδεκτά επίπεδα, βάσει των οποίων οι προμηθευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για να δικαιούνται έτσι αποζημίωση από το Ταμείο. Τέτοια επίπεδα, κατ' αρχήν, καλύπτουν τις διαδικασίες ιατρικής φροντίδας (περιλαμβανομένων τεχνικών επιπέδων και απόψεων «φιλικής προσέγγισης προς τον πελάτη», όπως είναι ο χρόνος αναμονής και η ευγένεια), αλλά εξελίσσονται σε επίπεδα βασισμένα στο τελικό αποτέλεσμα της ποιότητας της θεραπείας.

Το Σύστημα μπορεί να αποφασίζει μόνο του ως προς τις διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνολογίες και να συνεργάζεται στενά με τη Διεύθυνση Ελέγχου Υγείας του Υπουργείου για τον καθορισμό της στρατηγικής τέτοιων εξελίξεων. Το Σύστημα έχει ανάγκη από προσοντούχο προσωπικό για το σκοπό αυτό.

Από το Ταμείο εισάγεται ένα μηχανογραφημένο σύστημα για την διεκπεραίωση των απαιτήσεων των προμηθευτών. Οι απαιτήσεις

περιλαμβάνουν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη διάγνωση και θεραπεία ασθενών ως και τον αριθμό εξακρίβωσης της ταυτότητας του ασθενούς για σκοπούς έγκρισης για πληρωμή. Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται από το Σύστημα για τη δημιουργία μηχανογραφημένου επιδημιολογικού αρχείου για πληροφόρηση τόσο των προμηθευτών όσο και του ίδιου του Συστήματος.

Το Σύστημα μπορεί και ελέγχει την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα με έξοδα του Ταμείου πάνω σε δειγματοληπτική βάση. Τα αποτελέσματα όμως τέτοιου ελέγχου μπορεί να οδηγήσουν στη διαγραφή ή την τροποποίηση της έγκρισης των προμηθευτών, την άρνηση πληρωμών και στην πραγματικότητα, στη βελτίωση των επιπέδων ποιότητας του ΕΑΣΥ.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου ποιότητας και του οικονομικού ελέγχου, μαζί με μια γενική αξιολόγηση των εργασιών του ΕΑΣΥ συναποτελούν μια δημοσιευόμενη ετήσια έκθεση προς το Συμβούλιο του Ταμείου, το οποίο υποχρεούται να την υποβάλλει στο Υπουργικό Συμβούλιο.

7.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΑΣΥ

Το ΕΑΣΥ έχει βρεθεί κάτω από σοβαρές πολιτικές πιέσεις και πιέσεις από πλευράς των προμηθευτών, όσον αφορά τις χρηματοδοτικές του αποφάσεις. Γι' αυτό το λόγο το Ταμείο έχει ανάγκη από ένα ανεξάρτητο και ικανό Εκτελεστικό Διευθυντή. Οι ακριβείς όροι και προϋποθέσεις για αυτή τη θέση έχουν καθοριστεί

από το Συμβούλιο με ένα αρχικό συμβόλαιο εργασίας για 4 χρόνια και με διετείς αναθεωρήσεις και ανανεώσεις του συμβολαίου.

Ο εκτελεστικός Διευθυντής καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για το υπόλοιπο προσωπικό, αν και η νομοθεσία δεν περιέχει οτιδήποτε άλλο εκτός από τους όρους εργοδότησης με ανανεωμένα συμβόλαια. Τα διοικητικά έξοδα του Συστήματος βαρύνουν το Ταμείο του ΕΑΣΥ, και ως εκ τούτου αντιπροσωπεύουν ένα κόστος ευκαιρίας (opportunity cost) σε σχέση με πόρους, οι οποίοι διαφορετικά μπορούσαν να διατεθούν για ιατρική φροντίδα. Γι' αυτό το λόγο αυτά τα έξοδα πρέπει να ελαχιστοποιηθούν στο βαθμό που ανταποκρίνονται στην αποτελεσματική ικανότητα του ρόλου του Συστήματος. Η νομοθεσία καθορίζει ένα ανώτατο ποσοστό των ολικών εσόδων που διατίθεται για τα έξοδα του Συστήματος και το Σύστημα είναι υποχρεωμένο να δημοσιεύει πλήρεις λεπτομέρειες των προϋπολογισμών και εξόδων του (περιλαμβανομένων και των μισθών του προσωπικού).

Οι αρμοδιότητες του Συστήματος είναι:

- **Επιχειρησιακό επίπεδο** περιλαμβάνει τέσσερις δραστηριότητες:
 - α. Καταγραφή στοιχείων μελών – σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
 - β. Καταγραφή στοιχείων ασθενών.
 - γ. Καταγραφή στοιχείων προμηθευτών (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα).
 - δ. Εξέταση απαιτήσεων.

Όλες αυτές οι δραστηριότητες είναι μηχανογραφημένες.

- **Τεχνικοί / Επαγγελματικοί Στόχοι:** Καθορισμός επιπέδων ποιότητας, διενέργεια ποιοτικού ελέγχου, ανάπτυξη (μαζί με το Υπουργείο Υγείας) ενός συνδυασμένου επιδημιολογικού αρχείου πληροφοριών και χειρισμός παραπόνων από το κοινό. Το Σύστημα εκχωρεί ένα σταθερό ποσοστό των πόρων του για έρευνα, όπως η ανάπτυξη καλύτερων μέτρων απόδοσης, αναθεώρηση πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων των υπηρεσιών υγείας και έρευνες κοινωνικών, δημογραφικών και άλλων παραγόντων που επιδρούν στην υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτοί οι πόροι χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή έρευνας από ακαδημαϊκούς ή άλλους ανεξάρτητους ερευνητές ή από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

- **Στρατηγική:** Μια μικρή σχετικά ομάδα από ανώτερο προσωπικό από οποιαδήποτε κατηγορία εξειδικευμένων επαγγελματιών ή με διευθυντικά ακαδημαϊκά προσόντα προσώπων, είναι υπεύθυνη για την επίβλεψη του ετήσιου σχεδίου δραστηριότητας και των αποφάσεων, για το χειρισμό υψηλού επιπέδου ζητημάτων με το Υπουργείο Υγείας και τους προμηθευτές και εκπροσώπηση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΑΣΥ. Επιπρόσθετα υπάρχει μια νομική υποχρέωση του ΕΑΣΥ, ώστε να διατηρεί μια αναλογιστική εκτίμηση των ετήσιων προϋπολογισμών των εξόδων του Συστήματος (με την προϋπόθεση ότι η κάλυψη παραμένει αναλλοίωτη). Υπάρχει μια μόνιμη μεικτή επιτροπή από ανώτερους λειτουργούς του Συστήματος και του Υπουργείου.

Στον πίνακα 7.1. παρουσιάζεται ένα περίγραμμα μιας οργανωτικής δομής του Ταμείου του Συστήματος. Επειδή η εργασία της μονάδας Καθορισμού Πολιτικής και Σχεδιασμού δεν είναι συνηθισμένης φύσεως και απαιτεί τεχνικές ικανότητες και πολιτική ευαισθησία, είναι ξεχωριστή από τις επιχειρησιακές δραστηριότητες ο Εκτελεστικός Διευθυντής είναι προσωπικά αναμεμειγμένος με την όλη εργασία της. Η μονάδα λειτουργεί πάνω σε μια άτυπη ομαδική βάση με ευελιξία χωρίς αυστηρό διαχωρισμό καθηκόντων. Το υπόλοιπο των εργασιών του Συστήματος συντονίζεται από το Βοηθό Εκτελεστικό Διευθυντή, ο οποίος προέρχεται είτε από το Τμήμα Οικονομικών Δραστηριοτήτων ή από το Τμήμα της διασφάλισης των ποιοτικών επιπέδων, και των οποίων ο ρόλος είναι η διεύθυνση των υπηρεσιών αυτών με τέτοιο τρόπο, ώστε να απελευθερώνουν τον Εκτελεστικό Διευθυντή από τέτοια καθήκοντα.

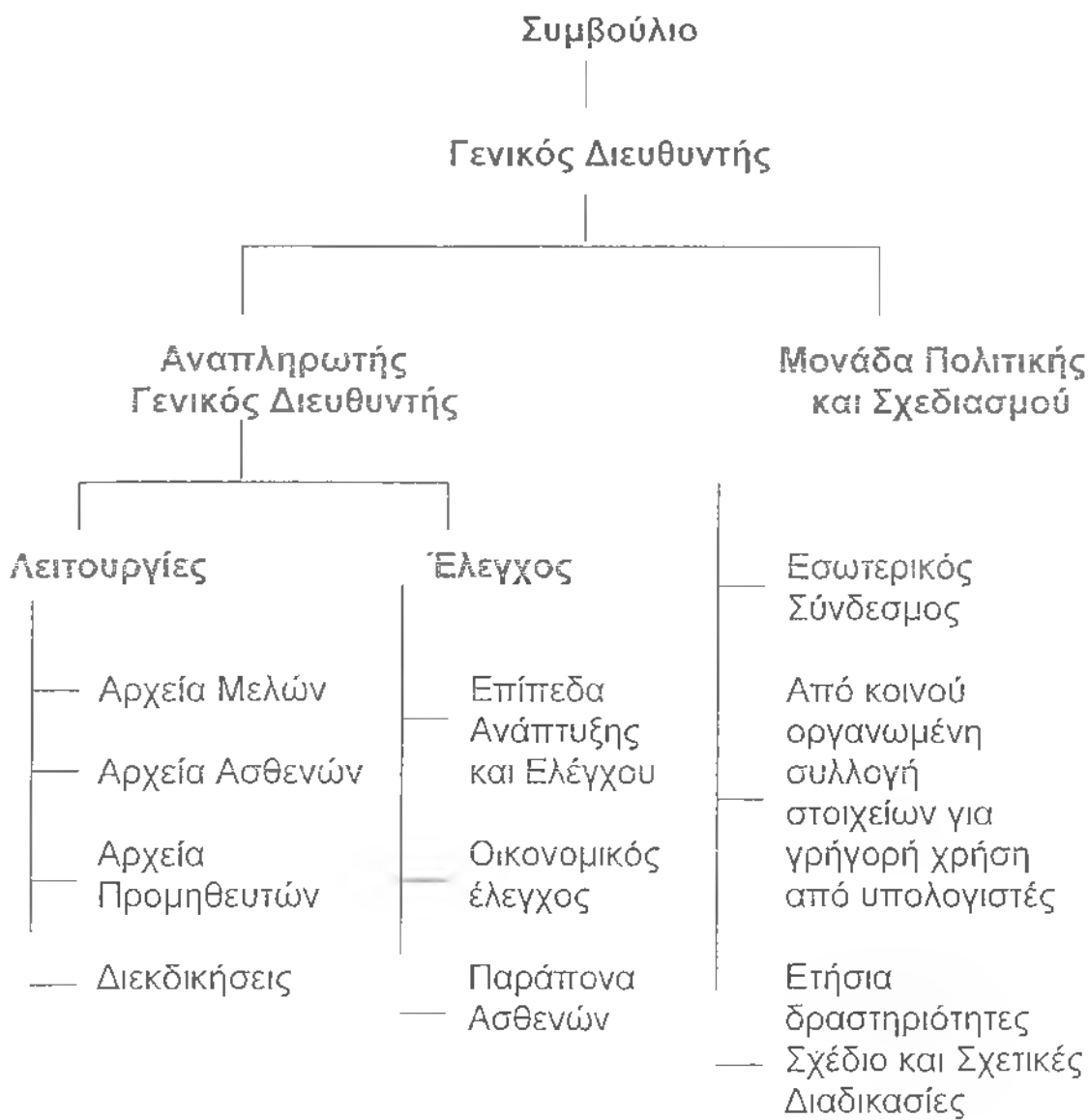
Η Διεύθυνση επιχειρησιακών λειτουργιών έχει μηχανογραφημένα στοιχεία, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους προμηθευτές που είναι η βάση για τις απαιτήσεις ελέγχου και πληρωμών.

Γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται αξιόπιστα συστήματα Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (μηχανήματα και προγράμματα). Το τμήμα πληροφοριών είναι υπεύθυνο για τη συλλογή στοιχείων των ασθενών και προμηθευτών και συμβάλλει στην τήρηση αρχείου πληροφοριών από κοινού με το Υπουργείο Υγείας. Το τμήμα ποιότητας συμπεριλαμβάνει επαγγελματίες του τομέα Υγείας από διάφορες ειδικότητες (περιλαμβανομένης της ιατρικής και της νοσηλευτικής). Είναι υπεύθυνο τόσο για τον καθορισμό των

επιπέδων, στα οποία οι προμηθευτές αναλαμβάνουν να εμμένουν, όσο και για τον έλεγχο της τήρησής τους στην πράξη.

Δεν επιτρέπεται σε ανώτερους λειτουργούς του Συστήματος να έχουν οποιοδήποτε άμεσο συμφέρον μέσα στο σύστημα ιατρικής φροντίδας εκτός από το ρόλο τους στο Σύστημα.

7.1 Δομή του Συστήματος



Πηγή: National Health Insurance σελ. 84

7.4. ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Το ΕΑΣΥ δεν αποτελεί μέρος της Κυβέρνησης, αλλά έχει αυτόνομη νομική υπόσταση και γι' αυτό υπάρχει ένα νομικά υπεύθυνο σώμα. Έτσι, υπάρχει το Συμβούλιο του οποίου ο εκτελεστικός βραχίονας είναι το Ταμείο του Συστήματος. Παρά το βαθμό ανεξαρτησίας, το Συμβούλιο είναι υπόλογο στο Υπουργικό Συμβούλιο γιατί τα εμπλεκόμενα συμφέροντα είναι πολύ πέραν της δραστηριότητας ενός Υπουργείου.

Για την αποτελεσματικότητα λήψης αποφάσεων ενός σώματος, το Συμβούλιο δεν υπερβαίνει τα 10 μέλη. Η ολομέλεια του Συμβουλίου περιλαμβάνει αντιπροσώπους της τριμερούς πηγής εισφορών στο Ταμείο. Γι' αυτό συμμετέχουν δύο αντιπρόσωποι των εργοδοτών, δύο των εργοδοτούμενων και δύο από την κυβέρνηση (Στο Συμβούλιο δεν πρέπει να υπάρχουν αντιπρόσωποι των προμηθευτών γιατί αυτό λειτουργεί εκ μέρους των εισφορών του Ταμείου). Ο Εκτελεστικός Διευθυντής του Συστήματος, ο Διευθυντής Οικονομικών και ο Διευθυντής Διασφάλισης Ποιότητας είναι επίσης μέλη του Συμβουλίου. Το Συμβούλιο προεδρεύεται από ανεξάρτητο διακεκριμένο πρόσωπο της δημόσιας ζωής, χωρίς οποιοδήποτε άμεσο συμφέρον στο σύστημα ιατρικής φροντίδας. Αυτός ή αυτή διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο ή από τη Βουλή των αντιπροσώπων

Οι συνεδρίες του Συμβουλίου είναι κλειστές αν και επαφίεται στο Συμβούλιο να προσκαλεί μη μέλη για να συμμετέχουν σε ειδικά θέματα, της ημερήσιας διάταξης.

Οι πρωταρχικοί ρόλοι του Συμβουλίου είναι τρεις. Αυτοί είναι:

- Περιοδικές αναθεωρήσεις του πεδίου κάλυψης του Ταμείου. Το Συμβούλιο είναι το βήμα για τη συζήτηση των παρουσιαζόμενων αναγκών φροντίδας υγείας και των διαθέσιμων πόρων.
- Νομικό καθήκον ως θεματοφύλακας των δικαιούχων του Ταμείου, δηλαδή των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας.
- Το διορισμό και ανασκόπηση της αποδοτικότητας των ανωτέρων αξιωματούχων του Συστήματος.

7.5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΣΩΜΑ

Είναι ουσιώδες για το Ταμείο, που είναι ο αγοραστής ιατρικής φροντίδας σύμφωνα με το ΕΑΣΥ, να μην αποξενωθεί από τους προμηθευτές. Με τη στενή συνεργασία μεταξύ των δύο μερών η επιτυχία του ΕΑΣΥ δεν θα κινδυνεύει. Το Σύστημα για να είναι ενημερωμένο και να μπορεί να συζητά με τους προμηθευτές σχετικά θέματα έχει δημιουργήσει ένα Συμβουλευτικό Σώμα. Το οποίο αποτελεί από αντιπροσώπους όλων των πιο μεγάλων προμηθευτών: νοσοκομεία, γιατρούς, νοσοκόμους, αλλά επαγγέλματα παραϊατρικά, προμηθευτές φαρμάκων και προμηθευτές διαγνωστικών και ακτινολογικών υπηρεσιών. Το Συμβουλευτικό Σώμα έχει τρεις ανώτερους διευθυντές προερχόμενους από το Σύστημα και επτά αντιπροσώπους των προμηθευτών και προεδρεύετε από ένα αντιπρόσωπο των προμηθευτών πάνω σε ετήσια εναλλάξιμη βάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

8.1. Ο ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Η ικανότητα του Υπουργείου Υγείας να ρυθμίζει το ανθρώπινο δυναμικό, τα φαρμακευτικά και την τεχνολογία στην υγεία, είναι στρατηγικής σημασίας. Η επιτυχής ρύθμιση περιλαμβάνει τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα αυτών των πόρων. Η φροντίδα υγείας διαφέρει από την φροντίδα οποιουδήποτε άλλου είδους αγαθού κατά το ότι οι χρήστες (ασθενείς) εξαρτώνται πολύ από τις συμβουλές των προμηθευτών. Δεν επιλέγουν την φροντίδα υγείας με τον ίδιο τρόπο που επιλέγουν ένα αυτοκίνητο ή τρόφιμα. Οι προμηθευτές ή οι παρέχοντες φροντίδα υγείας ενδιαφέρονται στο να ενθαρρύνουν τους χρήστες να χρησιμοποιήσουν όσο το δυνατό περισσότερες υπηρεσίες υγείας, μια τάση που οξύνεται σε συστήματα με «πληρωμές από τρίτους» (όπως αυτό που γίνεται στην Κύπρο) όπου οι υπηρεσίες είναι δωρεάν στο σημείο παροχής και ο καταναλωτής (ασθενής) έχει πολύ λίγο αντικίνητρο να αγνοήσει τη συμβουλή του προμηθευτή (γιατρού). Σαν αποτέλεσμα, ο μεγαλύτερος περιοριστικός παράγοντας στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η προσφορά. Οι πληρωμές από τρίτους (το ΕΑΣΥ και οι χρηματοδότες του) οι οποίοι επιθυμούν τον έλεγχο της ζήτησης πρέπει κατά το πλείστον να ελέγξουν την προσφορά υπηρεσιών που αυτό ευτυχώς γίνεται.

Η αποτελεσματική αύξηση του ιατρικού προσωπικού, της χωρητικότητας των νοσοκομείων, της ιατρικής τεχνολογίας και των φαρμακευτικών προϊόντων εκτός του ΕΑΣΥ, αύξησαν τα κόστη του ΕΑΣΥ από τις ανταγωνιστικές πιέσεις του υπόλοιπου ιδιωτικού τομέα. Κατά συνέπεια η ρυθμιστική λειτουργία ελέγχου του Υπουργείου Υγείας εφαρμόζεται σ' όλες τις διευκολύνσεις και δραστηριότητες για τη φρονίδα της υγείας, ανεξάρτητα αν αυτές καλύπτονται ή όχι από το ΕΑΣΥ.

Ακόμη υπάρχει έλεγχος στους πιο κάτω τομείς:

Ιατρικό προσωπικό

Νοσοκομεία και κλινικές

Ιατρική τεχνολογία

Φαρμακευτική

8.2. ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣΗΣ

Έχουν εφαρμοστεί υφιστάμενοι όροι, με έναν ελαστικότερο τρόπο, και ιδιαίτερα, άτομα που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο να μην είναι αναγκαίο να είναι του ίδιου βαθμού. Για παράδειγμα, δεν είναι ανάγκη ο Κοσμήτορας του Μετεκπαιδευτικού Ινστιτούτου και ο Διευθυντής των φαρμακευτικών Υπηρεσιών να είναι στον ίδιο βαθμό. Οι βαθμοί είναι ανάλογοι με το περιεχόμενο της επιτελούμενης εργασίας.

8.3. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Πολλά από τα συστατικά του ρόλου του Υπουργείου απαιτούν το μεγαλύτερο βαθμό συνεργασίας με το Σύστημα, ούτως ώστε να διασφαλίζεται ότι αποφεύγεται η επανάληψη κάποιας εργασίας και η πείρα κάθε οργανισμού να χρησιμοποιείται πλήρως. Γι' αυτό υπάρχει μια μόνιμη μικτή επιτροπή που αποτελείται από τον Εκτελεστικό Διευθυντή και δυο ανώτερους λειτουργούς του Συστήματος, τον Γενικό Διευθυντή και τους Διευθυντές των Τμημάτων Ερευνών Υγείας και Ελέγχου Υγείας του Υπουργείου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Μέσα από την προσπάθεια συλλογής στοιχείων, καταγραφής τους και ανάλυσης τους στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Μονάδων Υγείας Πρόνοιας καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο.

Σ' όλες τις χώρες τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα. Τα σύνθετα αποτελέσματα της αυξήσεως του αριθμού των ανθρώπων που ζουν ως τα βαθιά γεράματα και οι μεγάλες πρόοδοι στην τεχνολογία μεταφράζονται σε μεγαλύτερη ζήτηση για ιατρική φροντίδα και μεγαλύτερη δυνατότητα για παρέμβαση με διαγνωστικές εξετάσεις, νέες χειρουργικές μεθόδους και νέα ακριβά φάρμακα

Σαν αποτέλεσμα των επιδράσεων αυτών δημιουργούνται πληθωριστικές τάσεις, που χωρίς προσεκτική διεύθυνση μπορούν τα συστήματα υγείας, τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα κρατικά, να χρεοκοπήσουν.

Στην Κύπρο οι επιδράσεις αυτές είναι φανερές και επενεργούν σε συνδυασμό με την ύπαρξη υπεράριθμων γιατρών και υπηρεσιών σ' ένα κατακερματισμένο σύστημα ιατρικής φροντίδας, τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην παροχή. ¹Η δαπάνη στην Κύπρο για ιατρική φροντίδα παρουσιάζεται μέτρια (modest) σε ποσοστό περίπου 5% του ΑΕΠ, το ετήσιο ύψος της αύξησης της δαπάνης

1. Έκθεση Υπουργείου Οικονομικών, σελ.,24

υγείας είναι 2% μεγαλύτερο από εκείνο της αύξησης του ΑΕΠ.

Κατά συνέπεια πρέπει να εφαρμοστούν τα νέα μέτρα που αποβλέπουν στον έλεγχο της ζήτησης και προσφοράς ιατρικής φροντίδας, ένα διαρκώς αυξανόμενο μέρος του ΑΕΠ θα καταναλώνεται από τον τομέα αυτό και η ανεπάρκεια και η ανισότητα του συστήματος παραμένουν αδιόρθωτα.

Στόχος του ΕΑΣΥ στην Κύπρο είναι να ενοποιηθεί η χρηματοδότηση και η παροχή ιατρικής φροντίδας με βάση το δίδυμο των αρχών ισότητα και ανεπάρκεια (equity and efficiency).

Τέτοιο σύστημα μπορεί να:

Εξασφαλίζει πλήρη κάλυψη για ολόκληρο τον πληθυσμό ανεξάρτητα εισοδήματος και δωρεάν κατά το χρόνο παροχής.

Παρέχει στους ασθενείς το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και νοσοκομείου.

Έλεγχος στα κόστη της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Εξασφάλιση ψηλού επιπέδου ιατρικής φροντίδας.

Η εφαρμογή όμως ενός ενιαίου και επαρκούς συστήματος ΕΑΣΥ απαιτεί ριζική μεταρρύθμιση στα ιδρύματα, στους θεσμούς και τις συμπεριφορές. Για την επιτυχία του συστήματος η λήψη κάποιων σημαντικών μέτρων είναι αναγκαία, όπως:

Η υποχρεωτική συμμετοχή σ' ένα και μοναδικό Εθνικό Σύστημα που να αντανakλά την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η δημιουργία ενός σφαιρικού προϋπολογισμού (global budget) για την χρηματοδότηση του ΕΑΣΥ. Ο οποίος θα χρηματοδοτείται από εισφορές της κυβέρνησης, των εργοδοτών και εργοδοτούμενων, οι οποίοι θα επιβαρύνονται με τέλη πάνω στο σύνολο των απολαβών τους. Η δημιουργία ενός και μονό αγωγού», δηλαδή μια πηγή χρηματοδότησης, διευκολύνει το αυστηρό έλεγχο της δαπάνης.

Η δημιουργία ενός συστήματος υψηλής ποιότητας άσκησης οικογενειακής πρακτικής, η οποία θα ενεργεί ως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς που θα παρέχει πλήρη και συνεχή πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα.

Οι οικογενειακοί γιατροί θα είναι ανεξάρτητοι προμηθευτές και θα αμείβονται επαρκώς στη βάση του αριθμού των ασθενών που θα είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο τους (capitation basis). Οι γιατροί αυτοί θα ενεργούν ως "οι φύλακες" (gatekeepers) για την πρόσβαση των ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

Η προαγωγή της επιλογής, καθιστώντας τους ασθενείς ικανούς να επιλέγουν τους οικογενειακούς τους γιατρούς και εφόσον έχουν παραπεμφθεί, η ελευθερία επιλογής μεταξύ των εγγεγραμμένων ειδικών γιατρών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων του δημοσίου τομέα, τα οποία θεωρούνται από τους καταναλωτές ότι προσφέρουν χαμηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα.

Η ρύθμιση της δυνατότητας και η αξιολόγηση της τεχνολογίας. Η δημιουργία προσθετής δυναμικότητας και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας στην Κύπρο θα ελέγχεται με την έκδοση αδειών, οι οποίες θα χορηγούνται μόνο όταν αποδεικνύετε το οικονομικό όφελος και η ανάγκη. Επίσης εισάγεται περιορισμένος κατάλογος φαρμακευτικών παρασκευασμάτων.

Ο καθορισμός των επιπέδων. Το ΕΑΣΥ θα εξετάσει την αποδοτικότητα των προμηθευτών και θα τη συγκρίνει με τα συμφωνημένα πρωτόκολλα, τα οποία καθορίζουν την «κατάλληλη» ιατρική εξάσκηση. Οι προμηθευτές που δεν θα πληρούν τα επίπεδα αυτά δεν θα δικαιούνται να συμβληθούν με το ΕΑΣΥ.

Επίσης οι προμηθευτές που ανταγωνίζονται για χρηματοδότηση από το ΕΑΣΥ, αυξάνεται η δυνατότητα να είναι υπόλογοι μέσω του συστήματος αποζημίωσης, που μαζί με τον σφαιρικό προϋπολογισμό, δημιουργούν τα κίνητρα που τους υποχρεώνουν να εργαστούν αποτελεσματικά. Επιπρόσθετα υπάρχει έλεγχος για την ανάπτυξη εγκαταστάσεων και είναι εμφανές στο Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, όπου η επένδυση κεφαλαίου ακολουθείται από σημαντικές αυξήσεις στις ετήσιες λειτουργικές δαπάνες. Αυτά τα διοικητικά έργα είναι καταφανή και δαπανηρά στην εφαρμογή

τους. Ωστόσο, χωρίς μια τέτοια ρυθμιζόμενη ανταγωνιστικότητα, οι δαπάνες αυξάνονται και οι πόροι χρησιμοποιούνται με ακόμα μικρότερη αποτελεσματικότητα.

Όποια και να είναι τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν μπορούν να αποφευχθούν αν η πολιτική διαδικασία της Κύπρου μπορέσει να μεταφράσει την εμφανή αποδοχή της αρχής της αλληλεγγύης σε ολοκληρωμένα μεταρρυθμιστικά μέτρα τα οποία θα υποστηρίζονται από σημαντικούς τομείς του συστήματος της ιατρικής, έτσι που να διευκολύνεται ο έλεγχος του κόστους και θα προωθείται η ποιότητα στη δημόσια και ιδιωτική φροντίδα υγείας.

Το ΕΑΣΥ με την εφαρμογή του είναι ικανό να επιληφθεί των προβλημάτων τα οποία μέχρι πρότινος καθιστούσαν το Κυπριακό σύστημα υγείας ανέτοιμο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις του 21ου αιώνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Ετήσια Έκθεση Υπουργείο Υγείας 2002, Λευκωσία – Κύπρος.
- ❖ Ετήσια Έκθεση Στατιστικών Στοιχείων Υπουργείου Υγείας 2002, Λευκωσία – Κύπρος
- ❖ Έκθεση Σχολής Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιου Ληντσ (LEEDS).
- ❖ Έκθεση Σχολής Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιου Χάρβαρντ.
- ❖ Έκθεση Υπουργείου Οικονομικών
- ❖ Ministry of Health insurance, Nicosia – Cyprus.2002
- ❖ Αδαμόπουλος, Ν Παν., Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Παρισίανος, Αθήνα 1992
- ❖ Προφορικές Πληροφορίες από Ανώτερη Νοσηλευτική Λειτουργό, κ. Άντρη Κουρσάρη.
- ❖ http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/insurance_gr/insurance_gr?OpenDocument&pr... 08/07/2005
- ❖ <http://www.ministryofhealthincyprus.com.cy> 11/11/2005
- ❖ Προφορικές πληροφορίες από κ. Α. Καιση Α' Ιατρικός Λειτουργός.

❖ http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/price_charges_gr/price_charges_gr?OpenDocu... 10/01/2006

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΝΟΜΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΑΦΗ ΘΕΜΑΤΑ
ΚΑΤΑΤΑΣΗ ΑΡΘΡΩΝ

Άρθρο

1. Συναπτικός τίτλος.

ΜΕΡΟΣ Ι - ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ

2. Εφημερίδα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3. Ίδρυση Οργανισμού.
4. Σκοπός και αρμοδιότητες του Οργανισμού.
5. Διοικητικό Συμβούλιο.
6. Αντιμισθία προέδρου και μελών του Συμβουλίου.
7. Τελεματισμός υπηρεσιών, παραιτήση και αντικατάσταση προέδρου και μελών του Συμβουλίου.
8. Ασυμβίβαστο προέδρου και μελών του Συμβουλίου.
9. Απαρτία.
10. Εκχώρηση αρμοδιοτήτων.
11. Διαδικασία συνεδριάσεων του Συμβουλίου.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

12. Διορισμός Γενικού Διευθυντή και υπαλλήλων του Οργανισμού.
13. Ιδιότητα των μελών του Συμβουλίου και των υπαλλήλων του Οργανισμού.

ΜΕΡΟΣ ΙV - ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

14. Σύσταση εξειδικευμένων αιμάτων και επιτροπών και διορισμοί επιθεωρητών.
15. Συμβουλευτική Επιτροπή.

ΜΕΡΟΣ V - ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

16. Δικαιούχοι.
17. Ειδικές περιπτώσεις.

ΜΕΡΟΣ VI - ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

18. Ίδρυση και πόροι του Ταμείου.
19. Υποχρέωση καταβολής εισφορών.
20. Τρόπος εισπράξης εισφορών.
21. Εμβελοντική ασφάλιση.

ΜΕΡΟΣ VII - ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

22. Κατηγορίες ιατρών.
23. Συμβάσεις για παροχή υπηρεσιών γενικής ιατρικής.
24. Εκπαίδευση προσωπικών ιατρών.
25. Όροι σύμβασης προμηθευτή.
26. Εγγυητή δικαιώματα και υποχρεώσεις δικαιούχων.
27. Αλλαγή, άρνηση και προβλήματα εγγραφής.
28. Παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

29. Παραπομπή σε ειδικό ιατρό.
30. Τήρηση αρχείων.
31. Απαγόρευση αναδρομικής παραπομπής.
32. Ιατροφαρμακευτική φροντίδα στο εξωτερικό.
33. Οδοντιατρική φροντίδα.
34. Έλεγχος απόδοσης προμηθευτών.
35. Επίπεδα φροντίδας εσωτερικών ασθενών και αμοιβή ιατρών.
36. Αμοιβή και εισοδήματα προσώπων ιατρών.
37. Αμοιβή και εισοδήματα ειδικών ιατρών.
38. Αμοιβή οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, κλινικών εργατηρίων και άλλων προμηθευτών.
39. Κάλυψη φαρμάκων και άλλων υλικών.
40. Υπηρεσίες ατυχημάτων και επιγόντων πριστατικών.
41. Δικαιώματα άγνησης Οργανισμού να συμβληθεί με προμηθευτή.

ΜΕΡΟΣ VIII - ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

42. Διορισμός, καθήκοντα και αμοιβή Επιτρόπου Εποπτείας.
43. Αρμοδιότητες.
44. Έγγραφα τα οποία δεν υπόκεινται σε έλεγχο.
45. Δικαιούμενοι να υποβάλουν παράπονα.
46. Διαδικαστικές πρόνοιες.
47. Εκθέσεις Επιτρόπου.

ΜΕΡΟΣ ΙΧ - ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

48. Ετήσιοι προϋπολογισμοί.
49. Λογαριασμοί.
50. Απολογισμός και ισολογισμός.
51. Έλεγχος λογαριασμών.
52. Απαλλαγή από φορολογία.
53. Ετήσια έκθεση.

ΜΕΡΟΣ Χ - ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

54. Υπαχρέωση για χρημότητα.
55. Προστασία από αυτοματοποιημένη επεξεργασία προσωπικών πληροφοριών.
56. Ασφαλιστική κάλυψη για απεργιακές λόγω αμέλειας.
57. Κίνητρα για σύσταση συνεταιρισμών.
58. Κοινοπραξίες ιατρών.
59. Ιατροσυμβούλιο.
60. Επιτροπή Ιατρικού Ελέγχου.
61. Αδικήματα.
62. Καταβολή στο Ταμείο χρηματικών ποινών, τελών και εξόδων.
63. Άσκηση ποινικής δίωξης.
64. Κανονισμοί.
65. Προστασία δικαιωμάτων των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια.
66. Κατοχύρωση ιδιοκτησίας των κρατικών νοσηλευτηρίων.
67. Υφιστάμενα ιατροφαρμακευτικά ταμεία.
68. Έναρξη της ισχύος του παρόντος Νόμου.

(β) Για το σκοπό αυτό ο Οργανισμός δύναται, αν κρίνει τούτο σκόπιμο, να προβεί στην εταιμασία καταλόγου των υπηρεσιών και προμηθειών που θα παρέχονται από τον Οργανισμό δυνάμει του παρόντος άρθρου.

(2) Για σκοπούς εφαρμογής του εδαφίου (1), το Συμβούλιο δύναται να προβεί στη σύσταση ειδικού λογαριασμού του Ταμείου στον οποίο να κατατίθενται κρατικές χορηγίες και δωρεές που είναι δυνατό να γίνονται για το σκοπό ενίσχυσης γενικά του Ταμείου ή ειδικά κατονομαζόμενου προσώπου ή προσώπων ή για οποιοδήποτε κατονομαζόμενο ειδικό σκοπό.

33. Οι δικαιούχοι οδοντιατρικής περίθαλψης έχουν ελεύθερη πρόσβαση στον οδοντίατρο της επιλογής των γονέων ή κηδεμόνων τους, νοούμενου ότι ο οδοντίατρος είναι συμβεβλημένος με τον Οργανισμό και εξουσιοδοτημένος να παρέχει οδοντιατρική φροντίδα, η οποία καλύπτεται δυνάμει του παρόντος Νόμου.

Φροντιστική
φροντίδα.

34.—(1) Ο Οργανισμός παρακολουθεί και ελέγχει την απόδοση και δραστηριότητες των προμηθευτών με οποιοδήποτε τρόπο κρίνει αναγκαίο και αποτελεσματικό.

Έλεγχος
απόδοσης
προμηθευτών.

(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 πληρωφαρίες 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 Παγκόσμιο 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.

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

Επίπεδα
φροντιστικής
επιπέδων
κλινικών και
αμοιβή ιατρών.

(2) Ο Οργανισμός δύναται να απαιτεί από όλα τα συμβεβλημένα νοσηλεία να υποβάλλουν εκθέσεις θεραπευτικής αγωγής στον καθορισμένο από τον Οργανισμό τύπο μαζί με τις απαιτήσεις τους για καταβολή τελών για προσφερόμενες υπηρεσίες.

(3)(α) Η αποζημίωση των ιατρικών παρεμβάσεων καθορίζεται ύστερα από συμφωνία μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών.

(β) Για το σκοπό αυτό, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν διάφορες μέθοδοι αποζημίωσης, όπως αποζημίωση κατά ιατρική πράξη ή αποζημίωση κατά ομαδοποιημένες κληρονομιές ασθενειών ή άλλη μέθοδος την οποία ο Οργανισμός αποφασίζει σε συνεργασία με τους προμηθευτές.

36.—(1) Όλες οι επισκέψεις στον προσωπικό ιατρό και, τηρουμένων των διατάξεων του εδαφίου (5), όλα τα παρεχόμενα με συνταγή από αυτόν φάρμακα, καλύπτονται από τον Οργανισμό.

Αμοιβή και
αποζημίωση
προσωπικών
ιατρών.

(2) Η αμοιβή των προσωπικών ιατρών υπολογίζεται ως ακολούθως:

(α) Τέλος κατά εγγεγραμμένο δικαιούχο, το οποίο ορίζεται από τον Οργανισμό ετησίως και δε θα υπολείπεται των 73% της ολικής αμοιβής του προσωπικού ιατρού·

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

(3) Οι προσωπικοί ιατροί δεν επιτρέπεται να αμείβονται από ασθενείς οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στο δικό τους κατάλογο ή αυτόν του συνεταιζομένου τους ή άλλου συνεργάτη τους.

Αμοιβή και εισοδήματα ειδικών ιατρών.

37.—(1) Ειδικόι ιατροί, οι οποίοι συμβάλλονται με τον Οργανισμό, αποζημιώνονται για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών σύμφωνα με τους όρους και τιμές που ορίζονται από τον Οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τον Παγκρατιο Ιατρικό Σύλλογο.

(2) Κανένα τέλος ή αμοιβή δεν καταβάλλεται σε προσωπικό ιατρό άλλης ειδικότητας, όπως αναφέρεται στο εδάφιο (2) του άρθρου 27, για υπηρεσίες παρεχόμενες σε δικαιούχο εγγεγραμμένο στον κατάλογο του εν λόγω ιατρού, πέραν από τα τέλη και αμοιβές που προβλέπονται στο άρθρο 36, εκτός για καθορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Αμοιβή οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, κλινικών φυσιοθεραπευτών και άλλων ιατροτεχνικών.

38. Οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί, τα κλινικά εργατήρια και άλλοι προμηθευτές που συμβάλλονται με τον Οργανισμό αποζημιώνονται με τους όρους και τιμές που ορίζονται από τον Οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους αντίστοιχους αρμόδιους επαγγελματικούς συλλόγους.

Κάλυψη φαρμάκων και άλλων υλικών.

39.—(1) Ο Οργανισμός δύναται, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, να αγοράζει φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά προϊόντα, περιλαμβανομένων προσθετικών και εμφυτευμάτων, σε τέτοιες ποσότητες όπως βιωθεί αναγκαίες, λαμβάνοντας υπόψη τα συμφέροντα του Οργανισμού και των δικαιούχων.

(2) Ο Οργανισμός—

(α) Πληρώνει μόνο για εκείνα τα φάρμακα και υλικά τα οποία ικανοποιούν τον Οργανισμό και τα οποία εγκρίνει ως κατάλληλα και αποδεδειγμένης ποιότητας και

(β) συντάσσει ετησίως κατάλογο των πιο πάνω φαρμάκων και υλικών.

(3)(α) Το Συμβούλιο διορίζει επιτροπή για να καταρτίσει, να συμπληρώνει και να ενημερώνει τον κατάλογο φαρμάκων και υλικών τον οποίο και υποβάλλει στο Συμβούλιο για έγκριση.

(β) Η επιτροπή αποτελείται από εκπροσώπους των ιατρών, των φαρμακοποιών και του Οργανισμού.

(4) Ο Οργανισμός, με έγκριση του Υπουργού, η οποία δημοσιεύεται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, δύναται να καλύψει μερικώς μόνο τη δαπάνη του παρεχόμενου φαρμάκου και να ορίσει ποσό συμπληρωμής (co-payment), κειμένου ότι το ποσό αυτό δεν υπερβαίνει το 10% της δαπάνης του φαρμάκου ή προσδιορισμένο ποσό κατά φάρμακο.

Υπηρεσίες ατυχημάτων και επείγοντων περιστατικών.

40.—(1) Υπηρεσίες ατυχημάτων και επείγοντων περιστατικών παρέχονται μόνο σε συγκεκριμένα και συμβεβλημένα με τον Οργανισμό νοσηλευτήρια τα οποία ικανοποιούν ειδικά για το σκοπό αυτό οριζόμενα από το Συμβούλιο επίτεδα.

(2) Οι ασθενείς η περίθαλψη των οποίων δεν είναι απαραίτητη σε τμήματα ατυχημάτων και επείγοντων περιστατικών, παραπέμπονται στους προσωπικούς τους ιατρούς για παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας.

41. Παρά τις διατάξεις του μέλους αυτού, 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.

Δικαιώματα άρνησης Οργανισμού να συμβληθεί με προσφέροντες

ΜΕΡΟΣ ΥΠΗ - ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

42.—(1) Διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο, κατόπιν σύστασης του Υπουργού, Επίτροπος Εποπτείας για να εκτελεί τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα που αναφέρονται στο άρθρο 43.

Διορισμός καθήκοντα και αρμοδιότητες Επιτρόπου Εποπτείας.

(2) Ο Επίτροπος κατέχει ακαδημαϊκά προσόντα, τουλάχιστο μεταπτυχιακού επιπέδου, στους κλάδους της νομικής, της ιατρικής ή των οικονομικών και πείρα τουλάχιστον οφτά χρόνων στον τομέα του.

(3) Ο Επίτροπος διορίζεται για περίοδο έξι ετών, με δυνατότητα ανανέωσης, και υπηρετεί υπό τους όρους που το Υπουργικό Συμβούλιο ορίζει στην πράξη διορισμού.

(4) Ο Επίτροπος είναι ανεξάρτητος αξιωματούχος, υπόλογος μόνο στο Υπουργικό Συμβούλιο, στο οποίο υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις σχετικά με το έργο του.

(5) Δε διορίζεται Επίτροπος πρόσωπο το οποίο έχει οποιοδήποτε έμμεσο ή άμεσο συμφέρον με προμηθευτή ή που είναι μέλος σε οποιοδήποτε σώμα ή οργανισμό που συστήνεται ή θα υιοθετηθεί δυνάμει του παρόντος ή άλλου νόμου σχετικά με το γενικό σύστημα υγείας.

(6) Δε διορίζεται Επίτροπος πρόσωπο το οποίο έχει συμπληρώσει το εξήκοστο έτος της ηλικίας του.

(7) Το Συμβούλιο διορίζει τα αναγκαία προσωπικά για την υποβοήθηση του έργου του Επιτρόπου.

43. Ο Επίτροπος δύναται να προβαίνει στη διερεύνηση παραπόνου ή ισχυρισμού σχετικά—

Αρμοδιότητες

(α) με οποιοδήποτε παράλειψη σε υπηρεσία παρεχόμενη από τον Οργανισμό ή δυνάμει του παρόντος Νόμου ή

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

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

44. Εκτός από τις περιπτώσεις που το παρόν άρθρο το επιτρέπει, ο Επίτροπος δε διεξάγει έρευνα σε σχέση με πράξη σχετικά με την οποία ο παραπονούμενος έχει ή είχε—

Θέματα τα οποία δεν ισχύουνται σε έρευνα.

(α) Δικαίωμα έφεσης, προσφυγής ή αναθεώρησης προς ή από αρχή συνιτώμενη δυνάμει νόμου,

(β) Θεραπεία δυνάμει οποιασδήποτε νομικής διαδικασίας ενώπιον δικαστηρίου,

αλλά ο Επίτροπος δύναται να προβεί στη διερεύνηση παραπόνου, παρά το γεγονός ότι ο παραπονούμενος είχε ή έχει δικαίωμα θεραπείας, όπως αναφέρεται πιο πάνω, αν ικανοποιηθεί ότι υπό τις περιστάσεις της υπόθεσης δε θα ήταν εύλογο να αναμένεται από τον παραπονούμενο να προσφύγει ή να προσέφυγε στα εν λόγω δικαίωμα ή θεραπεία, λαμβάνοντας υπαψηφή φύση του παραπόνου και της αναγκαιότητας άμεσης εξέτασής του.

Λειτουργώντας
να υποβληθεί
αποφασιστικά.

45.—(1) Παράπονο, δυνάμει του παρόντος Μέρους, υποβάλλεται στο πρωτοδικείο ή νομικό το οποίο δεν είναι κληρονομικό τμήμα ή υπηρεσία ή αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης ή νομικό πρόσωπο δημόσιου δικαίου ή σώμα το οποίο συστάθηκε για σκοπούς της δημόσιας υπηρεσίας ή άλλο σώμα ή οργανισμός οι πόροι του οποίου καταβάλλονται ή συμπληρώνονται από κρατικές χορηγίες.

(2) Παράπονο δύναται να υποβληθεί—

- (α) Από τους προσωπικούς αντιπροσώπους κατασκευασμένου ο οποίος υπεδίωξε πρώτου υποβλήει το παράπονο,
- (β) από το διαχειριστή της περιουσίας ανέκτου προσώπου,
- (γ) από τον κηδεμόνα ανήλικου προσώπου,
- (δ) από τον πλησιέστερο συγγενή πρόσωπον το οποίο λόγω οικονομικής κατάστασης δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την περιουσία του και τις υποθέσεις του, όταν το παράπονο αφορά παράκληση ή πράξη που έλαβε χώρα πρώτου ο παραπονούμενος καταστεί ανέκτος.

(3) Τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου (2), ο Επίτροπος προβαίνει στη διερεύνηση παραπόνου μόνο στις περιπτώσεις όπου ο παραπονούμενος είναι το πρόσωπο το οποίο έχει επηρεαστεί άμεσα από την πράξη ή παράκληση αναφορικά προς την οποία υποβάλλεται το παράπονο.

23(1) του 1996.

(4) Για σκοπούς του άρθρου αυτού «ανέκτος πρόσωπον» έχει την έννοια που αποδίδεται στον όρο αυτό από τον περί Διαχείρισης Περιουσίας Ανέκτων Προσώπων Νόμο του 1996 και «διαχειριστής περιουσίας ανέκτου προσώπου» σημαίνει το διαχειριστή που διορίζεται δυνάμει του πιο πάνω Νόμου και «προσωπικός αντιπρόσωπος» έχει την έννοια που αποδίδεται σ' αυτόν από τον περί Διαχείρισης Κληρονομιών Νόμο.

Κεφ. 789,
157 του 1985
42 του 1990
2(1) του 1994.

Διοδικαστικές
πράξεις.

46.—(1) Ο Επίτροπος, πρώτου προβαί στη διερεύνηση παραπόνου, οφείλει να βεβαιωθεί ότι το παράπονο έγινε πρώτα στο πρόσωπο ή το σώμα εναντίον του οποίου στρέφεται και ότι δόθηκε σε αυτό κάθε εύλογη ευκαιρία να ερευνήσει και απαντήσει στο παράπονο.

(2) Δε διερευνάται παράπονο, δυνάμει του Μέρους αυτού, εκτός αν το παράπονο διατυπώθηκε γραπτώς ενώ ή για λογαριασμό του παραπονούμενου, απευθύνεται στον Επίτροπο και η πράξη αναφορικά προς την οποία υποβάλλεται το παράπονο δεν έχει επισυμβεί σε χρόνο που υπερβαίνει τους δώδεκα μήνες από την ημεέρα κατά την οποία ο παραπονούμενος για πρώτη φορά έλαβε γνώση, εκτός αν ο Επίτροπος κρίνει εύλογο να προβαί στη διερεύνηση παραπόνου σχετικά με πράξη η οποία περιήλθε στη γνώση του παραπονούμενου σε χρονική περίοδο που υπερβαίνει την προαναφερόμενη περίοδο των δώδεκα μηνών.

(3) Η έναρξη, συνέχιση ή αναστολή διερεύνησης παραπόνου αποφασίζεται από τον Επίτροπο, κατά την κρίση του, η οποία όμως πρέπει να δικαιολογείται γραπτώς, αν αυτά ζητηθεί από τον παραπονούμενο.

Εξέταση
Επιτρόπου.

47.—(1) Σε κάθε διερευνώμενη υπόθεση, δυνάμει του παρόντος Μέρους, ο Επίτροπος κοινοποιεί έκθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας—

- (α) Στον παραπονούμενο·
- (β) στο πρόσωπο ή σώμα εναντίον του οποίου έγινε το παράπονο·
- (γ) στο πρόσωπο το οποίο σύμφωνα με τον ισχυρισμό εξουσιοδότησε την πράξη για την οποία έγινε το παράπονο·

(δ) στον Οργανισμό·

(ε) σε οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο ή σώμα το οποίο, κατά την κρίση του Επιτρόπου, επηρεάζεται από το αποτέλεσμα της έρευνας.

(2) Σε περίπτωση που ο Επίτροπος αποφασίσει να μην προβεί στη διερεύνηση παραπόνου, κοινοποιεί στον παραπονούμενο και στο επηρεαζόμενο από την έρευνα πρόσωπο ή σώμα τους λόγους της απόφασής του.

(3) Οι κοινοποιήσεις που αναφέρονται στο άρθρο αυτό θεωρούνται, σε αγωγές διαφήμισης, απόλυτα προνομιακές δημοσιεύσεις επιπροσθέτως αυτών που απεριφρονούνται στο άρθρο 20 του περί Λογιστικών Αδικημάτων Νόμου.

Κ.σ. 148
87 του 1973
54 του 1974
156 του 1985
41 του 1989
73(1) του 1992
101(1) του 1996
49(1) του 1997
22 του 2000.

ΜΕΡΟΣ ΙΧ — ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

48.—(1)(α) Ο Οργανισμός υποβάλλει μέχρι την 31 Οκτωβρίου κάθε έτους μέσω του Υπουργού στο Υπουργικό Συμβούλιο προς έγκριση τον προϋπολογισμό εσόδων και εξόδων του για το επόμενο έτος.

Επίσης
προϋπολο-
γισμός.

(β) Ο προϋπολογισμός καταρτίζεται με βάση λεπτομέρειες τις οποίες ορίζει ο Υπουργός.

(2) Αν σε οποιοδήποτε οικονομικό έτος το ποσό της πραγματικής δαπάνης για οποιαδήποτε υπηρεσία υπερβεί το προϋπολογισθέν για την εν λόγω υπηρεσία κονδύλι, που προσημειώθηκε στο σχετικό προϋπολογισμό, τότε τα αντίστοιχα τέλη μειώνονται ανάλογα, ώστε η πραγματική δαπάνη να περιορισθεί στα όρια του συγκεκριμένου κονδυλίου.

(3) Σε έκτακτες ανάγκες, όπως επιδημίες, σεισμούς, πλημμύρες, πυρράξεις, πολεμικές επιχειρήσεις και άλλα παρόμοια περιστατικά, το κράτος αναλαμβάνει τις επιπλέον δαπάνες, για να διατηρησει ο Οργανισμός τη βιωσιμότητά του.

Για τους σκοπούς του άρθρου αυτού «σφαιρικός προϋπολογισμός» σημαίνει το ύψος της μετριοφυσισθείσης δαπάνης, η οποία σημειώθηκε μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών, που θα δαπανηθεί το επόμενο έτος.

49. Ο Οργανισμός τηρεί εκριζείς λογαριασμούς—

Λογαριασμοί.

(α) Των εισπραττόμενων και καταβαλλόμενων από τον Οργανισμό χρηματικών ποσών και των αντιστοιχούντων σχετικά με τα οποία έγινε η εισπράξη ή δαπάνη·

(β) των στοιχείων του ενεργητικού και παθητικού του Οργανισμού, τα οποία ετοιμάζονται, ώστε να δείχνουν ξεχωριστά το πάγιο ή κεφαλαιωτικό ενεργητικό του Οργανισμού και τα δανεισθέντα ποσά ή τα οφειλόμενα επί δανείων ή προκαταβολών ποσά.

50.—(1) Ο Οργανισμός, αμέσως μετά το τέλος του οικονομικού έτους, συντάσσει απολογισμό εσόδων και εξόδων της χρήσης του λήξαντος οικονομικού έτους, καθώς και ισολογισμό κατά την 31η Δεκεμβρίου και τους υποβάλλει για έλεγχο στο Γενικό Έλεγκτή της Δημοκρατίας το αργότερο μέχρι την 31η Μαΐου.

Απολογισμός
και
ισολογισμός.

(2) Ο Οργανισμός υποβάλλει μέσω του Υπουργού στο Υπουργικό Συμβούλιο τον ελεγμένο απολογισμό και ισολογισμό του λήξαντος οικονομικού έτους μέχρι τις 30 Σεπτεμβρίου.

(3) Οι ελεγμένοι λογαριασμοί με την έκθεση του Γενικού Ελεγκτή της Δημοκρατίας δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.

Έλεγχος
λογιστηρίων

51.—(1) Οι λογαριασμοί του Οργανισμού ελέγχονται ετησίως από το Γενικό Ελεγκτή της Δημοκρατίας.

(2) Ο Γενικός Ελεγκτής της Δημοκρατίας δύναται να καλέσει οποιοδήποτε μέλος του Συμβουλίου ή υπάλληλο του Οργανισμού για παροχή πληροφορίας ή επεξήγησης ή για προσκόμιση οποιασδήποτε (βιβλίου, συμβολαίου, στήβου, λογαριασμού, τιμολογίου ή άλλου εγγράφου αναγκαίου για τον ισχύοντα έλεγχο.

Αποκλιση
επί
αρχολογία.

52. Ο Οργανισμός απαλλάσσεται—

(α) Από την πληρωμή απαιτηθέντων τελών, δασμών ή φόρου προστιθέμενης αξίας, καταβλητέων δυνάμει της εκάστοτε εν ισχύ νομοθεσίας, επί οποιοδήποτε αντικείμενου ή υλικών οποιασδήποτε φύσης, περιλαμβανομένων συσκευίων, οχημάτων, οργάνων, εργαλείων και εφοδίων, εισαγόμενων προς αποκλειστική χρήση του Οργανισμού και μη προοριζόμενων προς πώληση προς το κοινό·

(β) από την πληρωμή οποιασδήποτε τελών χαρτοσήμων καταβλητέων δυνάμει της εκάστοτε εν ισχύ περί τελών χαρτοσήμων νομοθεσίας.

Έπιση έκθεση.

53.—(1) Το ταχύτερο δυνατό μετά τη λήξη κάθε ετους και εν πάση περιπτώσει όχι αργότερα από τις 30 Ιανυαίου, ο Οργανισμός σφείλει να υποβάλει στον Υπουργό ετήσια έκθεση η οποία αφορά την εκάστηση των αρμοδιοτήτων του κατά το έτος που έχει περάσει, καθώς επίσης και την πολιτική που ασκήθηκε και το πρόγραμμα που εφαρμόστηκε από τον Οργανισμό.

(2) Στην ετήσια έκθεση πρέπει να περιλαμβάνονται αντίγραφα των ελεγμένων λογαριασμών και της έκθεσης του Γενικού Ελεγκτή της Δημοκρατίας.

(3) Μετά την υποβολή της ετήσιας έκθεσης του Οργανισμού στον Υπουργό αντίγραφο της κοιιτίθεται στη Βουλή των Αντιπροσώπων για ενημέρωση αυτής.

ΜΕΡΟΣ Χ — ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Υποχρέωση
για περιθώρια.

54.—(1)(α) Τα προσωπικά στοιχεία και οι πληροφορίες που τηρούνται από τον Οργανισμό είναι εμπιστευτικά και δεν επιτρέπεται η αποκάλυψη τους από οποιοδήποτε αξιωματούχο, λειτουργό ή υπάλληλο του Οργανισμού.

(β) Στις περιπτώσεις αυτές ακολουθούνται οι κανονισμοί που ισχύουν για την ιατρική δεοντολογία.

(2) Ο Γενικός Διευθυντής δύναται, για σκοπούς δημόσιου συμφέροντος, να επιτρέψει την παροχή προσωπικών στοιχείων και πληροφοριών σε κυβερνητικά τμήματα ή υπηρεσίες, σε οργανισμούς δημόσιας ωφέλειας για περιορισμένη χρήση και αφού πεισθεί ότι διασφαλίζεται η μη διαρροή των στοιχείων και των πληροφοριών αυτών σε μη εξουσιοδοτημένα πρόσωπα.

(3) Η άδεια του Γενικού Διευθυντή παρέχεται, αφού πληροφορηθεί γι' αυτό το επηρεαζόμενο πρόσωπο, στο οποίο κρέται να δοθεί εύλογη ευκαιρία, για να εκφέρει τις απόψεις του.

Προστασία από
αυτοματο-
ποιημένη
επεξεργασία
προσωπικών
πληροφοριών.

55.—(1) Η αυτοματοποιημένη τήρηση και επεξεργασία προσωπικών πληροφοριών δύναται να γίνει με την έκδοση κανονισμών οι οποίοι πρέπει να βασίζονται στις πρόνοιες της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την Προστασία του Ατόμου σχετικά με την Αυτόματη Επεξεργασία Προσωπικών Πληροφοριών του 1981.

(2) Για σκοπούς του παρόντος άρθρου—

«Αυτοματοποιημένη επεξεργασία πληροφοριών» είναι οιαδήποτε γίνεται στο σύνολό της ή εν μέρει με αυτόματο τρόπο.

«επεξεργασία πληροφοριών» είναι η συστηματική συλλογή, καταχώριση, συσχέτιση, τροποποίηση, διαγραφή και μετάδοση προσωπικών πληροφοριών με τη χρήση ή χωρίς τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων και η χρησιμοποίηση μαθηματικών μεθόδων για την εξαγωγή συμπερασμάτων από τις πληροφορίες αυτές.

«προσωπική πληροφορία» είναι αυτή που αναφέρεται σε συγκεκριμένο φυσικό πρόσωπο ή σε φυσικά πρόσωπα η οποία δύναται να προσδιοριστεί ατομικά.

56.—(1) Οι παρεχόμενες από τον Οργανισμό υπηρεσίες και προμήθειες πρέπει να καλύπτονται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας στην κάλυψη των υπηρεσιών και των προμηθειών αυτών.

Ασφαλιστική κάλυψη για αποζημιώσεις λόγω αμέλειας.

(2) Η ασφαλιστική κάλυψη που αναφέρεται στο εδάφιο (1) παρέχεται σε προμήθευτή του Οργανισμού από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό.

57.—(1) Ο Οργανισμός δύναται να παρέχει κίνητρα για τη σύσταση και λειτουργία συνεταιρισμών για παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

Κίνητρα για σύσταση συνεταιρισμών.

(2) Στις κίνητρα περιλαμβάνονται η επιχορήγηση για ανέγερση ή απόκτηση οικημάτων και ιατροτεχνικού εξοπλισμού και η συνεισφορά στη δαπάνη για την οπασχόληση παραϊατρικού προσωπικού.

58.—(1)(α) Προσωπικοί ιατροί δύναται να προβαίνουν στη σύσταση συνεταιρισμού με άλλον ή άλλους ιατρούς, να σημειώσουν ότι όλοι οι συνεταιριζόμενοι ιατροί αναγνωρίζονται από τον Οργανισμό ως κατάλληλοι για να συμβληθούν με αυτήν.

Κοινοπραξίες ιατρών.

(β) Σε περίπτωση κατά την οποία ο Οργανισμός διακόψει τη συνεργασία με έναν ιατρό, τότε η συμφωνία συνεταιρισμού δύναται να αναπροσαρμοσθεί ή να αναθεωρηθεί.

(γ) Στις περιπτώσεις που υπάρχει συμφωνία για μίσθωση μεταξύ προσωπικών ιατρών και Οργανισμού, αυτή δύναται αυτόματα να αναθεωρηθεί ή να τερματιστεί, αν ο Οργανισμός τερματίζει το συμβόλαιό με τον ιατρό για νόμιμους λόγους.

(2)(α) Ο προσωπικός ιατρός ή το κέντρο υγείας παρέχει κάλυψη είκοσι τριών μηνών, περιλαμβανομένων και επισκεψών στο σπίτι, όπου είναι αναγκαία για εκείνο οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στον οικείο κατάλογο και έχουν ανάγκη επείγουσας πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

(β) Ο κατάλογος των έκτακτων περιστατικών καταρτίζεται σε συνεργασία με τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.

(3) Οι προσωπικοί ιατροί δύναται, αν επιθυμούν, να αποζημιώνουν άλλο ιατρό για αναπληρωματική υπηρεσία, κατόπιν έγκρισης του Συμβουλίου, για παροχή κάλυψης τις νύχτες, κατά τη διάρκεια των διακοπών ή και για άλλους λόγους.

(4) Για σκοπούς του παρόντος άρθρου «αναπληρωματική υπηρεσία» σημαίνει την προσωρινή αντικατάσταση ενός προσωπικού ιατρού με άλλο.

(5) Ο Νόμος αυτός δεν απαγορεύει τη σύσταση κοινοπραξίας ή υπηρεσίας με σκοπό την παροχή αναπληρωματικής υπηρεσίας, όπως αναφέρεται στο εδάφιο πιο πάνω.

ιατροσυμβούλιο. 59. Ιδρύεται Ιατροσυμβούλιο με σκοπό την εκτέλεση των λειτουργιών που το Συμβούλιο ρυθίζει με κανονισμούς, περιλαμβανομένων των πιο κάτω:

- (α) Να αποφασίζει σχετικά με την αναγκαιότητα μετάβασης ασθενών στο εξωτερικό για παροχή θεραπείας,
- (β) να διασφαλίζει τη συνεχή παροχή θεραπείας και παρακολούθησης των ασθενών τόσο πριν όσο και μετά τη μετάβασή τους στο εξωτερικό,
- (γ) να αποφασίζει για τη σκοπιμότητα παροχής δαπανηρής ή αμφισβόλου αποτελεσματικότητας θεραπείας ή επέμβασης,
- (δ) να αποφασίζει για την προμήθεια και παροχή δισκίων φαρμάκων ή φαρμάκων περιορισμένης ή αμφισβόλου αποτελεσματικότητας.

Επιτροπή
Ιατρικού
Ελέγχου.

60.—(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 προαχής από μέρος του προμηθευτή.

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

Αδικήματα.

61.—(1) Πρόσωπο το οποίο εσκεμμένως προβαίνει σε ψευδή ή ανακριβή δήλωση για σκοπούς εγγραφής σε κατάλογο προσωπικού ιατρού διαπράττει αδίκημα τιμωρούμενο με χρηματική ποινή πεντακοσίων λιρών.

(2)(α) Στις περιπτώσεις όπου πρόσωπο παρέχει εσκεμμένως ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις για σκοπούς εγγραφής σε κατάλογο προσωπικού ιατρού, με αποτέλεσμα να γίνει η εγγραφή η οποία δε θα γινόταν με βάση τα αληθή ή ακριβή γεγονότα, διαπράττει αδίκημα τιμωρούμενο με φυλάκιση δύο ετών ή χρηματική ποινή δύο χιλιάδων λιρών ή και με τις δύο αυτές ποινές.

(β) σε περίπτωση καταδίκης, η εγγραφή θεωρείται άκυρη εξυπαρχής και η αξία κάθε υπηρεσίας που παρεσχέθη στο πρόσωπο αυτό, δυνάμει της εν λόγω εγγραφής, δύναται να απαιτηθεί από τον Οργανισμό.

(3)(α) Οποιοσδήποτε προμηθευτής προβαίνει εσκεμμένως σε ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις ή καταχωρίσεις στα αρχεία ή άλλα έγγραφα και βιβλία που χρησιμοποιούνται για υποβολή απαιτήσεων από τον Οργανισμό, με σκοπό να εξαπατήσει τον Οργανισμό και να εισπράξει αμοιβή για υπηρεσίες ή προμήθειες που δεν παρέσχε ή μεγαλύτερα ποσά από εκείνα που κανονικά θα ειδικαιούτο, διαπράττει αδίκημα τιμωρούμενο με φυλάκιση δύο ετών ή χρηματική ποινή δύο χιλιάδων λιρών ή και με τις δύο αυτές ποινές.

(β) σε περίπτωση καταδίκης, η σύμβαση του προμηθευτή με τον Οργανισμό θεωρείται ως να είχε τεματιστεί από την ημερομηνία διάπραξης του αδικήματος και όλα τα ποσά τα οποία καταβλήθηκαν στον προμηθευτή, με βάση τις ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις και καταχωρίσεις, καθίστανται επιστρεπτέα στον Οργανισμό.

(4) Οποιοσδήποτε πρόσωπο παρέχει εσκεμμένως ψευδείς ή ανακριβείς πληροφορίες ή στοιχεία σε σχέση με οποιαδήποτε διάταξη του παρόντος Νόμου, που δεν εμπίπτει στις διατάξεις των εδαφίων (1), (2) και (3), διαπράττει ποινικό αδίκημα το οποίο τιμωρείται με φυλάκιση δύο ετών ή χρηματική ποινή δύο χιλιάδων λιρών ή και με τις δύο αυτές ποινές.

(5) Οποιαδήποτε παράλειψη, πράξη ή αμέλεια γίνεται κατά παράβαση ορθής διάταξης του παρόντος Νόμου συνιστά αδίκημα τιμωρούμενο με φυλάκιση ενός έτους ή με χρηματική ποινή χιλίων λιρών ή και με τις δύο αυτές

ποινές. Με την ίδια ποινή τιμωρείται και οποιδήποτε αδίκημα το οποίο διαπραττεται κατά παράβαση των διατάξεων του παρόντος Νόμου και για το οποίο δε γίνεται πρόνοια για ποινή.

(6) Στις περιπτώσεις όπου ποσό καθίσταται επιστρεφτέο στον Οργανισμό από οποιοδήποτε πρόσωπο το οποίο καταδικάστηκε, δυνάμει του εδαφίου (2) ή (3) πιο πάνω, το δικαστήριο δύναται να διατάξει την καταβολή των ποσών αυτών προς τον Οργανισμό, αν αυτά είναι υπολογισμένα ή αποδεκτά από τον κατηγορούμενο, και ακολούθως εισπράττονται ως χρηματική ποινή, τηρουμένης οποιασδήποτε οδηγίας δώσει το δικαστήριο σχετικά με το χρόνο και τρόπο καταβολής.

(7) Οποιοσδήποτε παραλείπει ή αμελεί να καταβάλει εισφορά που είναι καταβλητέα, δυνάμει του παρόντος Νόμου, είναι ένοχος αδικήματος και, σε περίπτωση καταδίκης του, υποχρεείται σε χρηματική ποινή λευκασοίων λιρών ή φυλάκιση έξι μηνών και, σε περίπτωση δεύτερης ή κατ' επανάληψη καταδίκης για το ίδιο αδίκημα, σε χρηματική ποινή δύο χιλιάδων λιρών ή σε φυλάκιση δώδεκα μηνών ή και στις δύο αυτές ποινές.

(8) Σε περίπτωση καταδίκης οποιοσδήποτε προσώπου που αρνήθηκε ή παρέλειψε ή αμέλησε να καταβάλει εισφορά, το πρόσωπο αυτό, επιπρόσθετα από οποιοδήποτε ποινή στην οποία υπόκειται, υποχρεούται να καταβάλει στο Ταμείο ποσό ίσο με την εν λόγω εισφορά και επιπλέον ποσό ίσο με ποσοστό μη υπερβαίνον το 50% του ποσού της εισφοράς, όπως το δικαστήριο διατάξει.

(9) Κάθε εργοδότης ο οποίος αρνείται ή αμελεί ή παραλείπει να καταβάλει στα Ταμεία εισφορά την οποία παρακράτησε από τις αποδοχές οποιοσδήποτε μισθωτού τον οποίο απασχάλει είναι ένοχος αδικήματος και, σε περίπτωση καταδίκης του, υπόκειται σε χρηματική ποινή χιλίων λιρών ή σε φυλάκιση δώδεκα μηνών ή και στις δύο αυτές ποινές.

(10) Καμιά από τις διατάξεις του άρθρου αυτού δε δίνεται να ερμηνευθεί ότι παρεμποδίζει το Συμβούλιο να διεκδικεί οποιοδήποτε ποσό οφειλόμενο στο Ταμείο με πολιτική αγωγή.

62. Οι χρηματικές ποινές, τα τέλη και τα έξοδα που εισπράττονται, δυνάμει των διατάξεων του παρόντος Νόμου, καταβάλλονται στο Ταμείο.

Καταβολή στο Ταμείο χρηματικών ποινών, τελών και εξόδων.

63. Η ποινική δίωξη για οποιοδήποτε αδίκημα που προβλέπεται από τα εδάφια (7) και (8) του άρθρου 61 ασκείται σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου και του περί Φορολογίας του Εισοδήματος Νόμου, ανάλογα με την περίπτωση, που αναφέρονται στην ποινική δίωξη αδικημάτων δυνάμει των εν λόγω νόμων.

Άσκηση ποινικής δίωξης.

64.—(1) Με έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου, ο Οργανισμός δύναται να εκδίδει κανονισμούς για καλύτερη εφαρμογή του νόμου, οι οποίοι υπόκεινται σε έγκριση της Κοινοβουλίας των Αντιπροσώπων.

Κανονισμοί.

(2) Άνευ επηρεασμού της γενικότητας του εδαφίου (1), ο Οργανισμός δύναται με κανονισμούς να ρυθμίζει τα πιο κάτω και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτά:

- (α) Εγγραφή, καταγραφή ή μεταγραφή των δικαιούχων σε καταλόγους προσωπικών ιατρών, περιλαμβανομένης και της διαδικασίας επίλυσης διαφορών·
- (β) σύναψη συμβάσεων με προμηθευτές·
- (γ) διαδικασία εξέτασης των αιτήσεων των προμηθευτών·

- (δ) καθορισμό προτύπων κτηριακών και άλλων εγκαταστάσεων, εξοπλισμού και οτιδήποτε άλλο σε σχέση με την παροχή κάθε μορφής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας που καλύπτεται από το γενικό σύστημα υγείας·
- (ε) τον τρόπο, τις προϋποθέσεις και οτιδήποτε σχετικό με την παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας σε επαναστασιαζόμενους Κιπριούς πολίτες ή σε ειδικές περιπτώσεις ή σε πρόσωπα που ασφαλίζονται εθελοντικά·
- (στ) οτιδήποτε σχετίζεται με εθελοντική ασφάλιση·
- (ζ) την αγορά, προμήθεια και οτιδήποτε άλλο σχετικό με την εξασφάλιση των φαρμάκων και ιατρικού υλικού·
- (η) την κατάσταση και κατά καιρούς αναθεώρηση των καταλόγων φαρμάκων και άλλου ιατρικού υλικού·
- (θ) τον καθορισμό προτύπων για προσθετικά και οτιδήποτε άλλο σχετικό με την αγορά, προμήθεια, τοποθέτηση, επιδιορθώσεις, ρύθμιση, και αντικατάσταση προσθετικών·
- (ι) τον καθορισμό προτύπων για συσκευές οργάνων και άλλων αντικείμενων που τοποθετούνται ή εμφυτεύονται στο ανθρώπινο σώμα και οτιδήποτε σχετίζεται με την αγορά, προμήθεια, τοποθέτηση, επιδιορθώσεις, ρύθμιση και αντικατάστασή τους·
- (ια) οτιδήποτε σχετικό με το Μέρος VIII του Νόμου, περιλαμβανομένης και της έκδοσης κανονισμών για τον τρόπο υποβολής παραπόνων, την εξέτασή τους και οτιδήποτε άλλο σχετικό με την καλύτερη εφαρμογή των προνοιών του Μέρους αυτού·
- (ιβ) οτιδήποτε σε σχέση με την αμοιβή και τα εσοδήματα των προμηθευτών, περιλαμβανομένης και της ετοιμασίας σχετικών κλιμάκων και καταλόγων·
- (ιγ) τον καθορισμό επιπέδων των παρεχόμενων υπηρεσιών και προμηθειών, περιλαμβανομένων των ελάχιστων κλινικών επιπέδων·
- (ιδ) τη ρύθμιση και λειτουργία των κέντρων υγείας·
- (ιε) τη ρύθμιση οποιουδήποτε θέματος σε σχέση με κοινοπραξίες ιατρών ή ομαδική άσκηση ιατρικής·
- (ιστ) οποιαδήποτε θέματα σχετικά με τη λειτουργία της Επιτροπής Ιατρικού Ελέγχου·
- (ιζ) την τήρηση αρχείων, προστασία, εμπιστευτικότητα και επεξεργασία προσωπικών πληροφοριών·
- (ιη) τη λειτουργία Ιατροσυμβουλίου, που ιδρύεται δυνάμει του άρθρου 59, καθώς επίσης και το διορισμό των μελών του·
- (ιθ) οτιδήποτε σχετίζεται με ασφαλιστικά κλίμακα για αποζημίωση λόγω αμέλειας·
- (ιζ) τη διάθεση χρημάτων δυνάμει της παραγράφου (ε) του εδαφίου (2) του άρθρου 4·
- (κα) οποιοδήποτε θέμα σχετικά με το εδάφιο (1) του άρθρου 24·
- (κβ) τον καθορισμό ελάχιστου ποσού ανεισφορίας από δικαιούχα για οποιοδήποτε από τις υπηρεσίες και προμήθειες που παρέχονται από το σύστημα και για τις οποίες δε γίνεται ρητή πρόνοια στο Νόμο ότι παρέχονται εντελώς δωρεάν·
- (κγ) για τον καθορισμό κάθε θέματος που χοίξει ή είναι δεκτικό καθορισμού.

(3)(α) Η εφαρμογή του παρόντος Νόμου δεν εξαρτάται από την εκ των προτέρων έκδοση κανονισμών για όλα ή για μερικά από τα ζητήματα που αναγράφονται στο εδάφιο (2), αλλά, μέχρις ότου εκδοθούν κανονισμοί, ο Οργανισμός οφείλει να εκδίδει για κάθε εφαρμοζόμενη πρακτική εγκύκλιος για ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων.

(β) Οι εγκύκλιοι εκδίδονται εντός εύλογου χρονικού διαστήματος μετά την καθιέρωση της εφαρμοζόμενης πρακτικής.

65. Η εφαρμογή του παρόντος Νόμου δεν παραβιάζει καθόλου—

(α) Τα δικαιώματα των δημόσιων υπαλλήλων που υπηρετούν στις κατεργές υπηρεσίες, στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, στις φαρμακευτικές υπηρεσίες και σε οποιεσδήποτε άλλες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και οι οποίοι βρίσκονται στην υπηρεσία κατά την ημερομηνία της πλήρους εφαρμογής του γενικού συστήματος υγείας, και

(β) τα συμφέροντά των υπηρετούντων, στις πιο πάνω υπηρεσίες, εκτάκτων και όλων των άλλων κατηγοριών εργαζομένων που υπηρετούν πάνω σε μόνιμη βάση.

66.—(1) Τα κρατικά νοσηλευτήρια παραμένουν ιδιοκτησία του κράτους και η εισαγωγή του γενικού συστήματος υγείας δεν επηρεάζει το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς.

(2) Το κράτος έχει την υποχρέωση να λαμβάνει όλες τις πρόνοιες, ούτως ώστε τα νοσηλευτήρια αυτά να εκσυγχρονίζονται στους τομείς της οργάνωσης, διοίκησης, εκπαίδευσης και εξοπλισμού και να αξιοποιούν με τη μέγιστη δυνατή ωφελιμότητα και αποδοτικότητα τους διαθέσιμους σ' αυτά πόρους.

67. Τα υπαρκτά ταμεία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή άλλες παρόμοιες διευθετήσεις θα εξοικονομήσουν να λειτουργούν ως έχουν μέχρι και την ημερομηνία πλήρους εφαρμογής του γενικού συστήματος υγείας.

68.—(1) Τηρουμένων των διατάξεων του εδαφίου (2), η ισχύς του παρόντος Νόμου καθορίζεται με Κανονισμούς που εκδίδονται από το Υπουργικό Συμβούλιο και κατατίθενται στη Βουλή των Αντιπροσώπων για έγκριση.

(2) Το Υπουργικό Συμβούλιο δύναται να ορίσει διαφορετικές ημερομηνίες έναρξης ισχύος για διαφορετικές διατάξεις του παρόντος Νόμου.

(3) Το άρθρο 19 τίθεται σε εφαρμογή κατά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του άρθρου 28.

(4) Το Υπουργικό Συμβούλιο προβαίνει στο διορισμό του προέδρου και των μελών του Συμβουλίου εντός έξι μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος Νόμου στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας και ακολουθώντας το Διοικητικό Συμβούλιο διορίζει εντός τριών μηνών από τη σύστασή του το Γενικό Διευθυντή και στελέχη του Οργανισμού.

Προστασία
δικαιωμάτων
των
εργαζομένων
στα δημόσια
νοσηλευτήρια.

Κατοχή και
ιστορικά
των κρατικών
νοσηλευτηρίων.

Υπαρκτά
ιατροφαρμακευ-
τικά ταμεία

Έναρξη της
ισχύος του
παρόντος
Νόμου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2000 ΚΑΙ ΤΟΥ 2002
(ανεπίσημη ενοποιημένη έκδοση)
(ΚΔΓ.225/2000 και 660/2002)

Συνοπτικός τίτλος. 1. Οι παρόντες Κανονισμοί θα αναφέρονται ως οι περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Κανονισμοί του 2000 και του 2002.

Ερμηνεία. 2. Στους παρόντες Κανονισμούς, εκτός αν από το κείμενο προκύπτει διαφορετική έννοια:

"αφυπηρέτησας δημόσιος υπάλληλος" σημαίνει δημόσιο υπάλληλο που αφυπηρέτησε δυναμει της σχετικής νομοθεσίας, ανεξαρτήτως του αν αυτός λαμβάνει μηνιαία σύνταξη ή μη, και περιλαμβάνει κάθε μέλος της δημόσιας εκπαιδευτικής υπηρεσίας, της αστυνομικής δύναμης και του Κυπριακού Στρατού που αφυπηρέτησε.

"δικαιούχος Α" σημαίνει πρόσωπο στο οποίο εκδόθηκε ταυτότητα νοσηλείας με βάση την παράγραφο (1) του Κανονισμού 4.

"δικαιούχος Β" σημαίνει πρόσωπο στο οποίο εκδόθηκε ταυτότητα νοσηλείας με βάση την παράγραφο (2) του Κανονισμού 4.

"εισόδημα" σημαίνει το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα προσώπου ή οικογένειας, ανάλογα με την περίπτωση, το οποίο προέρχεται από υννημοθία, από μισθωτή απασχόληση, οποιοδήποτε κέρδος από την άσκηση επιτηδεύματος ή επιχειρήσεως, από ακίνητη ιδιοκτησία, τόκους, μερίσματα ή άλλη πηγή, *με την εξαίρεση δημόσιου βοηθήματος, επιδόματος τέκνου και φοιτητικής χορηγίας.*

"εξαρτώμενος" σημαίνει σύζυγο και άγαμο τέκνο ηλικίας κάτω των δεκαοκτώ χρόνων.

"μη δικαιούχος" σημαίνει πρόσωπο το οποίο εμπίπτει στην παράγραφο 1(δ) του Κανονισμού 3.

"Νόμος" σημαίνει τον περί Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών (Ρύθμισις και Τέλη) Νόμο του 1978, όπως αυτός θέλει εκάστοτε τροποποιείται ή αντικαθίσταται από οποιοδήποτε άλλο νόμο.

"νοσοκομειακή νοσηλεία ή υπηρεσία" σημαίνει νοσηλεία ή υπηρεσία η οποία παρέχεται σ' οποιοδήποτε Ιατρικό Ιδρυμα ή σπουδήποτε αλλού.

"οικογένεια" σημαίνει τους συζύγους και τους εξαρτώμενούς τους και περιλαμβάνει και πρόσωπα άγαμα με εξαρτώμενα τέκνα.

"Υπουργός" σημαίνει τον Υπουργό Υγείας.

"φάρμακα" περιλαμβάνει φάρμακα και άλλα φαρμακευτικά είδη.

Πρόσωπα στα οποία παρέχεται ιατροφαρμακευτική

3. (1) Για τους σκοπούς των παρόντων Κανονισμών τα πρόσωπα στα οποία παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη διακρίνονται στις

περίθαψη.	<p>ακόλουθες κατηγορίες:</p> <p>(α) Κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας Α. (β) Κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας Β. (γ) Πρόσωπα που καθορίζονται στον Πρώτο Πίνακα. (δ) Πρόσωπα που δεν εμπίπτουν στις κατηγορίες (α) έως (γ) πιο πάνω.</p> <p>(2) Ανεξάρτητα από τις διατάξεις των παρόντων Κανονισμών, το Υπουργικό Συμβούλιο δύναται με απόφασή του να ορίσει όπως ομάδες ή κατηγορίες οποιωνδήποτε προσώτων τυγχάνουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με τέτοιους όρους και προϋποθέσεις που το Υπουργικό Συμβούλιο ήθελε ορίσει.</p>
Πρώτος Πίνακας.	<p>4. (1) Ταυτότητα νοσηλείας Α χορηγείται στα ακόλουθα πρόσωπα:</p> <p>(α) πρόσωπο άγαμο, χήρο, διαζευγμένο ή έγγαμο που δε συζεί με τον ή τη σύζυγό του, χωρίς εξαρτώμενα τέκνα, του οποίου το εισόδημα δεν υπερβαίνει τις €9.000.</p> <p>(β) Τα μέλη οικογένειας της οποίας το εισόδημα δεν υπερβαίνει το ποσό των €18.000, αυξανόμενο κατά €1000 για κάθε εξαρτώμενο τέκνο.</p> <p>(γ) Τα μέλη πολύτεκνων οικογενειών.</p> <p>(δ) Εγκλωβισμένους και τα μέλη των οικογενειών τους.</p> <p>(2) Ταυτότητα νοσηλείας Β χορηγείται στα ακόλουθα πρόσωπα:-</p> <p>(α) πρόσωπο άγαμο, χήρο, διαζευγμένο ή έγγαμο που δε συζεί με τον ή τη σύζυγό του, χωρίς εξαρτώμενα τέκνα, του οποίου το εισόδημα υπερβαίνει τις €9.000, αλλά όχι τις €12.000.</p> <p>(β) τα μέλη οικογένειας της οποίας το εισόδημα υπερβαίνει το ποσό που αναφέρεται στην παράγραφο 1(β), αλλά όχι το ποσό των €22.000, αυξανόμενο κατά €1000 για κάθε εξαρτώμενο τέκνο.</p> <p>(3) (α) Ταυτότητα νοσηλείας που εκδόθηκε σύμφωνα με τους παρόντες Κανονισμούς ισχύει για περίοδο δύο ετών από την έκδοσή της. Ο Υπουργός δύναται να ορίσει διαφορετική περίοδο ισχύος της ταυτότητας νοσηλείας για ειδικές κατηγορίες δικαιούχων.</p> <p>(β) Ταυτότητα νοσηλείας που εκδίδεται σύμφωνα με τους παρόντες Κανονισμούς δύναται να εκδιώεται υπό όρους ή να ανακαλείται, αν οι περιστάσεις του αιτητή διαφοροποιηθούν ή συντρέχουν νόμιμοι λόγοι ανάκλησής της.</p> <p>(4) Ανεξάρτητα από τις προηγούμενες διατάξεις του παρόντος Κανονισμού, σε κανένα πρόσωπο δεν παρέχεται ταυτότητα νοσηλείας, εκτός αν είναι πολίτης της Κυπριακής Δημοκρατίας και μόνιμος κάτοικος Κύπρου.</p>
Αιτήσεις για ταυτότητα νοσηλείας.	<p>5. Αίτηση για την έκδοση ταυτότητας νοσηλείας υποβάλλεται στα κατά τόπους Ιατρικά Ίδρύματα, στο εγκεκριμένο από τον Υπουργό έντυπο, το οποίο πρέπει να συνοδεύεται με τα στοιχεία και έγγραφα που ο Υπουργός ήθελε κρίνει ως αναγκαία για την εξέταση της αίτησης.</p>
Παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη.	<p>6. Η παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει:</p>

(α) περίθαλψη από ιατρούς γενικής ιατρικής και ιατρούς ειδικοτήτων, παρεχόμενη τόσο σε εξωτερικούς ασθενείς όσο και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ιατρικά ιδρύματα,

(β) τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις,

(γ) χορήγηση των αναγκαίων φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών με βάση συνταγή Ιατρικού Λειτουργού, τα οποία περιλαμβάνονται σε συγκεκριμένο από τον Υπουργό κατάλογο,

(δ) περίθαλψη από ασκούντα επάγγελμα που αναγνωρίζεται από το νόμο ως συναφές προς το ιατρικό επάγγελμα, υπό την εποπτεία Ιατρικού Λειτουργού ή άλλου προσοντούχου επαγγελματία,

(ε) νοσηλεία σε Ιατρικό Ίδρυμα,

(στ) οδοντιατρική περίθαλψη, με εξαίρεση τις οδοντοστοιχίες που παρέχεται μόνο στα πρόσωπα που ορίζονται στον Τρίτο Πίνακα,

(ζ) Ιατρική αποκατάσταση, περιλαμβανομένων της προμήθειας, συντήρησης και ανανέωσης προσθετικών και ορθοπεδικών ειδών,

(η) κατ' οίκον Ιατρικές επισκέψεις σε εξαιρετικές περιπτώσεις για διάσωση ζωής ή για αποτροπή σοβαρής αναπηρίας, και

Τρίτος Πίνακας.

(θ) μεταφορά του ασθενή σε περίπτωση όπου τούτο επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του.

Τέλη καταβλητέα από εξωτερικούς ασθενείς.

7. (1) Οι μη δικαιούχοι ασθενείς καταβάλλουν:

(α) για κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά Ιατρεία το ποσό των £7,00 για εξέταση από γενικό γιατρό και £10,00 για εξέταση από ειδικό γιατρό, και

(β) για οποιαδήποτε Ιατρική ή άλλη υπηρεσία τα αντίστοιχα τέλη και δικαιώματα που καθορίζονται στο Δεύτερο Πίνακα.

Δεύτερος Πίνακας.

(2) Τηρουμένης της παραγράφου (3) του Κανονισμού 8, οι μη δικαιούχοι ασθενείς οι οποίοι κάμνουν χρήση ασθενοφόρου οχήματος Ιατρικού Ίδρυματος καταβάλλουν τέλος ύψους £8,00 για αποστάσεις μέχρι δέκα χιλιόμετρα και τέλος £0,40 για κάθε χιλιόμετρο πέρα από τα δέκα.

(3) Οι δικαιούχοι Β καταβάλλουν για κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά Ιατρεία ποσό £3,00 για εξέταση από γενικό γιατρό και £4,00 για εξέταση από ειδικό γιατρό, καθώς και το 50% των τελών και δικαιωμάτων που αναφέρονται στην υποπαραγράφο (β) της παραγράφου (1).

(4) Τα πρόσωπα που καθορίζονται στο Μέρος III του Πρώτου Πίνακα δεν καταβάλλουν κανένα τέλος ή δικαίωμα για επίσκεψη ή για οποιαδήποτε Ιατρική ή άλλη υπηρεσία στα εξωτερικά Ιατρεία.

Πρώτος Πίνακας.

(5) Οι δικαιούχοι Α και τα πρόσωπα που καθορίζονται στα Μέρη I και II του Πρώτου Πίνακα καταβάλλουν για εξέταση από γιατρό στα εξωτερικά Ιατρεία το ποσό της £1,00, εξαιρουμένων όσων παίρνουν σύνταξη μέχρι £300 το μήνα.

Πρώτος Πίνακας.	(6) Για κατ' οίκον επίσκεψη ασθενούς καταβάλλεται το τέλος που καθορίζεται στον Τέταρτο Πίνακα.
Τέταρτος Πίνακας.	(7) Τα πρόσωπα που καθορίζονται στο Μέρος II του Τρίτου Πίνακα δεν καταβάλλουν κανένα τέλος για οδοντοαστοιχίες ή μέρη αυτών. Τα πρόσωπα που καθορίζονται στο Μέρος III του Τρίτου Πίνακα καταβάλλουν τα τέλη που καθορίζονται στο Μέρος I του ίδιου Πίνακα.
Τρίτος Πίνακας. Υπηρεσίες για τις οποίες δεν καταβάλλονται τέλη.	<p>8. (1) Κανένα τέλος δεν καταβάλλεται για τις ακόλουθες υπηρεσίες:</p> <p>(α) υπηρεσίες παρεχόμενες σε σχέση με την πρόληψη ή θεραπεία της φυματώσεως, των αφροδισιακών νοσημάτων και του συνδρόμου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS),</p> <p>(β) εξετάσεις σχετιζόμενες με την πρόληψη λοιμωδών ή μεταδοτικών νοσημάτων,</p> <p>(γ) εξετάσεις σχετιζόμενες με τη μεσογειακή αναιμία,</p> <p>(δ) αιματολογικές εξετάσεις που διενεργούνται σε σχέση με την αιμόληψια για εμπλουτισμό της τράπεζας αίματος ιατρικού ιδρύματος,</p> <p>(ε) εμβολιασμούς που διενεργούνται για προληπτικούς σκοπούς, κατόπιν απόφασης του Υπουργού, νοσημένου όμως ότι για εμβολιασμούς που γίνονται κατόπιν αίτησης οποιουδήποτε προσώπου για ορισμένα επιδημικά ή άλλα νοσήματα τα οποία ήθελε ορίσει ο Υπουργός, καταβάλλονται τα τέλη που αυτός θα ορίσει, και</p> <p>(στ) εξετάσεις ή θεραπείες εγκεκριμένες από τον Υπουργό ως διενεργούμενες για επιστημονικούς λόγους ή για σκοπούς ηρωαγωγής της υγείας ή γενικά προς το δημόσιο συμφέρον.</p> <p>(ζ) για υποχρεωτική νοσηλεία δυνάμει του περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου του 1997,</p> <p>(η) για οποιαδήποτε θεραπείες ή υπηρεσίες που παρέχονται σε οποιοδήποτε ασθενή που εμπίπτει στις κατηγορίες ασθενών του Μέρους I του Έκτου Πίνακα, και</p> <p>(θ) για τις θεραπείες ή υπηρεσίες που αναφέρονται στη δεύτερη στήλη του Μέρους II του Έκτου Πίνακα, εφόσον προσφέρονται στα πρόσωπα που εμπίπτουν στις κατηγορίες ασθενών της πρώτης στήλης του ίδιου Πίνακα.</p>
77(1) του 1997 Έκτος Πίνακας	<p>(2) Ο Υπουργός δύναται να καθορίζει άλλες υπηρεσίες οι οποίες θα παρέχονται δωρεάν υπό όρους τους οποίους ήθελε ορίσει κατά την κρίση του ύστερα από συνεννόηση με τον Υπουργό Οικονομικών.</p> <p>(3) Οποιοσδήποτε θεραπείες ή υπηρεσίες για ημερίστικά που παρουσιάζονται στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών και τα οποία κρίνονται από τον αρμόδιο ιατρικό λειτουργό ως επείγουσες φύσεως παρέχονται δωρεάν.</p>
Έκτος Πίνακας Τέλη από εσωτερικούς ασθενείς.	9. (1) Τα τέλη για θεραπεία ή νοσηλεία σε ιατρικό ίδρυμα καθορίζονται στο Δεύτερο Πίνακα.

Δεύτερος Πίνακας.	(2) Τηρούμενης της παραγράφου (3), οι δικαιούχοι Α και τα πρόσωπα που καθορίζονται στον Πρώτο Πίνακα δεν καταβάλλουν κανένα τέλος ή δικαίωμα ως εσωτερικοί ασθενείς.
Πρώτος Πίνακας.	(3) Τα πρόσωπα που καθορίζονται στα Μέρη I και II του Πρώτου Πίνακα καταβάλλουν ως εσωτερικοί ασθενείς στην πρώτη θέση και στις μονάδες εντατικής θεραπείας €10 την ημέρα, ωή δεύτερη θέση €5 την ημέρα και στην τρίτη θέση €3 την ημέρα.
Πρώτος Πίνακας.	(4) Οι δικαιούχοι Β καταβάλλουν το 50% των προβλεπόμενων στους παρόντες Κανονισμούς τελών και δικαιωμάτων ή το ποσό που καθορίζεται στον Πέμπτο Πίνακα, ανάλογα με το κατά περίπτωση εισόδημα, αν το ποσό αυτό είναι χαμηλότερο του 50% των εν λόγω τελών και δικαιωμάτων.
Πέμπτος Πίνακας.	Νοείται ότι το ποσό αυτό είναι το ανώτατο ποσό με το οποίο μπορεί να επιβαρυνθεί ο ασθενής ή η οικογένεια ανάλογα με την περίπτωση, για μια ή περισσότερες θεραπείες ή νοσηλείες μέσα στο ίδιο έτος.
Πέμπτος Πίνακας.	(5) Οποιοσδήποτε ασθενής δεν εμπίπτει στις παραγράφους (2) και (4) καταβάλλει έναντι του προβλεπόμενου στους παρόντες Κανονισμούς ποσού τελών και δικαιωμάτων ποσό ανάλογο με το εισόδημα του ή, αν είναι μέλος οικογένειας, ποσό ανάλογο με το εισόδημα της οικογένειάς του, όπως καθορίζεται στον Πέμπτο Πίνακα. Νοείται ότι το ποσό αυτό είναι το ανώτατο ποσό με το οποίο μπορεί να επιβαρυνθεί ο ασθενής ή η οικογένεια, ανάλογα με την περίπτωση, για μια ή περισσότερες θεραπείες ή νοσηλείες μέσα στο ίδιο έτος.
Πέμπτος Πίνακας.	(6) Το καταβλητέο δυνάμει της παραγράφου (5) ποσό σε καμιά περίπτωση δε θα υπερβαίνει το ολικό ποσό τελών και δικαιωμάτων που προβλέπονται στους παρόντες Κανονισμούς.
Διαδικασία εισαγωγής ασθενών.	(7) Ασθενείς οι οποίοι δεν είναι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας θα καταβάλλουν τα τέλη και δικαιώματα που προβλέπονται στους παρόντες Κανονισμούς ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους. (8) (α) Οι μη δικαιούχοι και οι δικαιούχοι Β που εισάγονται σε κυβερνητικό ιατρικό ίδρυμα για νοσηλεία, καταβάλλουν προκαταβολή, η οποία καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη τα προβλεπόμενα δυνάμει των παρόντων Κανονισμών τέλη για τις υπηρεσίες που αναμένεται να παρεσχεθούν σε κάθε περίπτωση. (β) Ο τρόπος καθορισμού της προκαταβολής ρυθμίζεται με βάση γενικές οδηγίες που εκδίδει ο Υπουργός.
Τιμές φαρμάκων και τέλη.	10. (1) Τηρούμενων των παρόντων Κανονισμών, ασθενής ο οποίος χρειάζεται θεραπεία ή νοσηλεία σε ιατρικό ίδρυμα δύναται να εισαχθεί σ' αυτό ύστερα από απόφαση του αρμόδιου ιατρικού λειτουργού και εφόσον υπάρχει διαθέσιμη κλίνη. (2) Ο Υπουργός μπορεί να εκδίδει οδηγίες για τη διαδικασία που θα ακολουθείται αναφορικά με την εισαγωγή ασθενών σε ιατρικά ιδρύματα. 11. (1) Ο Υπουργός ορίζει από καιρού εις καιρόν τις τιμές των φαρμάκων τα οποία χορηγούνται στους ασθενείς από τα ιατρικά

ιδρύματα.

Πρώτος Πίνακας.

(2) Οι δικαιούχοι Α και τα πρόσωπα που καθορίζονται στα Μέρη Ι και ΙΙ του Πρώτου Πίνακα δεν καταβάλλουν κανένα τέλος για τα χορηγούμενα σ' αυτούς φάρμακα.

(3) Οι δικαιούχοι Β καταβάλλουν το 50% της τιμής των χορηγούμενων σ' αυτούς φαρμάκων.

(4) Σε εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίοι εμπίπτουν στην κατηγορία (δ) της παραγράφου (1) του Κανονισμού 3, δε χορηγούνται φάρμακα, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις και κατόπιν έγκρισης του Υπουργού.

(5) Εκτός από τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο Υπουργός ήθελε διαφορετικά αποφασίσει, συνταγές που δε φέρουν υπογραφή Ιατρικού Λειτουργού, δεν εκτελούνται στα φαρμακεία των Ιατρικών Ιδρυμάτων.

Υποχρέωση καταβολής τελών από τρίτους.

12. (1) Ανεξάρτητα από τις διατάξεις των παρόντων Κανονισμών, όταν η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε Ιατρικό Ίδρυμα παρέχεται σε ασθενή για σωματική βλάβη ή ασθένεια η οποία προκλήθηκε υπό περιστάσεις που δημιουργούν νομική υποχρέωση σε οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο (φυσικό ή νομικό) για καταβολή αποζημιώσεων, το δικαστήριο το οποίο επιδικάζει αποζημιώσεις για την περίπτωση του ασθενούς διατάσσει την καταβολή στο οικείο Ιατρικό Ίδρυμα του προβλεπόμενου, δυνάμει των παρόντων Κανονισμών, ποσού τελών, αφαιρούμενου οποιουδήποτε ποσού το οποίο κατέβαλε ο ασθενής δυνάμει των εν λόγω Κανονισμών.

(2) Το αναφερόμενο στην παράγραφο (1) ποσό τελών εξακριβώνεται αυτεπαγγέλτως από το δικαστήριο με βάση βεβαίωση εκδιδόμενη από το Διευθυντή του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

(3) Τηρουμένων των διατάξεων του εδαφίου (4) του άρθρου 4 του περί Μηχανοκινήτων Οχημάτων (Ασφάλεια Υπέρ Τρίτου) Νόμου, οι διατάξεις των παραγράφων (1) και (2) εφαρμόζονται αναλόγως και σε περίπτωση εξώδικης συμφωνίας μεταξύ του προσώπου το οποίο καταβάλλει τις αποζημιώσεις και του ασθενή ή των κληρονόμων του σε περίπτωση θανάτου του.

Κεφ. 333
62 του 1964
17 του 1967
Α7 του 1960
72 του 1984
136 του 1987
206 του 1991
48(Ι) του 1993
54(Ι) του 1993
8(Ι) του 1995
105(Ι) του 1996
104(Ι) του 1997
85(Ι) του 1998
16(Ι) του 2000.
Τόπος παροχής υπηρεσιών.

(4) Όταν το πρόσωπο το οποίο έτυχε περίθαλψης σε Ιατρικό Ίδρυμα καλύπτεται από οποιοδήποτε ταμείο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή άλλη παρόμοια διευθέτηση, *εξαιρουμένων των συντεχνιακών ταμείων υγείας*, τούτο υποχρεούται να καταβάλει το πλάσ το οποίο δικαιούται να απαιτήσει από το εν λόγω ταμείο ή διευθέτηση για την περίθαλψη της οποίας έτυχε, έστω και αν είναι δικαιούχος, δυνάμει των παρόντων Κανονισμών.

13. Τηρουμένων των διατάξεων του Κανονισμού 6, σε κανένα ασθενή δεν παρέχεται οποιαδήποτε θεραπεία ή υπηρεσία από Ιατρικό Λειτουργό ή άλλο λειτουργό Ιατρικού Ιδρύματος σε χώρο άλλο από τον καθοριζόμενο για το σκοπό αυτό και μόνο όταν τηρούνται οι διαδικασίες που ισχύουν από καιρού εις καιρόν.

ιατρικές γνωματεύσεις. 14. Ιατρική γνωμοδότηση σε περίπτωση εξωτερικού ασθενούς μπορεί να παρασχεθεί από ιατρικό λειτουργό μόνο με τους ακόλουθους όρους:

(α) Η γνωμοδότηση αυτή ζητείται από άλλο γιατρό με έγγραφο σημείωμα παραπομπής.

(β) καταβάλλεται από τον ασθενή το προβλεπόμενο για την περίπτωση του τέλος, ύψους των παρόντων Κανονισμών, και προσκομίζεται στον ιατρικό λειτουργό η σχετική απόδειξη πληρωμής.

(γ) τηρούνται οι καθορισμένες διαδικασίες.

Παραπομπή για ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις.

15. Καμιά ακτινολογική, εργαστηριακή, φυσιοθεραπευτική ή άλλη παρακλινική υπηρεσία δεν μπορεί να αναληφθεί ή να παρασχεθεί από ιατρικό ίδρυμα, παρά μόνο κατόπιν εγγράφου αιτήσεως ή παραπομπής από ιατρικό λειτουργό.

Απαγόρευση εισπράξης τελών από ιατρικούς λειτουργούς.

16. Κανένας ιατρικός ή άλλος λειτουργός δε δικαιούται να εισπράξει οποιοδήποτε τέλος για οποιαδήποτε παρεχόμενη υπηρεσία.

Πιστοποιητικά υγείας και ιατρικές εκθέσεις.

17. (1) Πιστοποιητικά υγείας ή ασθένειας και συνοπτικές εκθέσεις εκδίδονται δωρεάν σε οποιοδήποτε πρόσωπο τα ζητήσει κατά τη οιαρκεία ή μετά από οτιωδήποτε θεραπεία ή νοσηλεία σε οποιοδήποτε ιατρικό ίδρυμα.

(2) Πιστοποιητικά υγείας ή ασθένειας και συνοπτικές ιατρικές εκθέσεις εκδίδονται δωρεάν στις ακόλουθες περιπτώσεις που δεν εμπίπτουν στην προηγούμενη παράγραφο:

(α) Στην περίπτωση πιστοποιητικών υγείας που ζητούνται για σκοπούς διορισμού σε θέση υπαγόμενη στη Δημοκρατία ή για σκοπούς υποτροφίας που προσφέρθηκε από ή μέσω της κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας ή για εισδοχή σε σχολές που λειτουργούν κάτω από τον έλεγχο της Δημοκρατίας

(β) Στην περίπτωση των προσώπων που αναφέρονται κάτω από τα στοιχεία (1) μέχρι (7) του Μέρους I του Πρώτου Πίνακα και των εξαρτωμένων τους, καθώς και στην περίπτωση των προσώπων που αναφέρονται στο Μέρος III του Πρώτου Πίνακα.

Πρώτος Πίνακας.

(γ) Στην περίπτωση δικαιούχων Α και των εξαρτωμένων αποθανόντων εν ενεργεία δημόσιων υπαλλήλων, ανδρών της Αστυνομικής Δύναμης, της Δημόσιας Εκπαιδευτικής Υπηρεσίας, του Κυπριακού Στρατού και της Εθνικής Φρουράς.

(δ) Πιστοποιητικά υγείας και ιατρικές εκθέσεις οι οποίες ζητούνται από πρόσωπα που δεν εμπίπτουν στις παραγράφους (1) ή (2) του πάνω δεν εκδίδονται από ιατρικούς λειτουργούς, παρά μόνο στις ακόλουθες περιπτώσεις:

(α) Όταν ο Υπουργός το ζητά για την εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, οπότε και εκδίδονται δωρεάν.

(β) Όταν ο Υπουργός αποφασίζει ότι, λαμβάνοντας υπόψη το σκοπό σε σχέση με τον οποίο θα χρησιμοποιηθεί το πιστοποιητικό ή η έκθεση αυτή, πρέπει να συνταχθεί από ιατρικό ίδρυμα και σε τέτοια περίπτωση καταβάλλονται τα τέλη που αναφέρονται στην παράγραφο 4 του Μέρους XVII του Δεύτερου Πίνακα.

(γ) Στις περιπτώσεις που η έκδοση του πιστοποιητικού ή η έκθεση του ιατρικού λειτουργού προβλέπεται από το νόμο.

(4) Ο Υπουργός ρυθμίζει με οδηγίες τον τύπο και τη διαδικασία που θα ακολουθείται σ' ό,τι αφορά την έκδοση πιστοποιητικών υγείας ή ασθενείας και ιατρικών εκθέσεων.

Δεύτερος Πίνακας.

Εξουσία Υπουργού να καθορίζει τέλη. 18. (1) Ο Υπουργός έχει εξουσία να καθορίζει, ύστερα από συνεννόηση με τον Υπουργό Οικονομικών, τα καταβλητέα δικαιώματα και τέλη για οποιαδήποτε ιατρική ή άλλη υπηρεσία για την οποία δεν καθορίζονται δικαιώματα και τέλη στους παρόντες Κανονισμούς.

Εξουσία Υπουργού για ρύθμιση λειτουργίας ιατρικών ιδρυμάτων. 19. Τήρουμένων των παρόντων Κανονισμών, ο Υπουργός μπορεί να ρυθμίζει με οδηγίες κάθε θέμα που, κατά την άποψή του, χρειάζεται ρύθμιση και αφορά τη δίσκηση, τη λειτουργία, το συντονισμό και την επίβλεψη των ιατρικών ιδρυμάτων.

Αδικήματα και ποινές. 20. (1) Όποιος, με σκοπό να εξασφαλίσει δωρεάν ή έναντι μειωμένων τελών οποιαδήποτε υπηρεσία, δυνάμει των παρόντων Κανονισμών, είτε για τον εαυτό του είτε για άλλον-

(α) με γνώση του ή από βαριά αμέλεια προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις η

(β) παρουσιάζει ή παρέχει οποιαδήποτε έγγραφο ή πληροφορία τα οποία είναι ψευδή σε ουσιαστές στοιχεία τους

είναι ένοχος αδικήματος και υπόκειται σε χρηματική ποινή που δεν υπερβαίνει τις χίλιες λίρες ή σε φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τους έξι μήνες ή και στις δύο ποινές μαζί.

(2) Για τους σκοπούς του Κανονισμού αυτού ο όρος "ψευδής παράσταση" έχει την έννοια που αποδίδεται σε αυτό από τον Ποινικό Κώδικα.

Κεφ.154
3 του 1962
43 του 1963
41 του 1964
69 του 1964
70 του 1965
5 του 1967
53 του 1967
44 του 1972
92 του 1972
29 του 1973
59 του 1974
3 του 1975
13 του 1979
10 του 1981
46 του 1982
86 του 1983
186 του 1986
111 του 1989
236 του 1991
61(I) του 1994
3(I) του 1996
99(I) του 1996
36(I) του 1997
40(I) του 1998
45(I) του 1998
15(I) του 1999
37(I) του 1999

58(Ι) του 1999
30(Ι) του 2000
43(Ι) του 2000
77(Ι) του 2000.
Καταργήσεις.

Έναρξη ισχύος των
Κανονισμών.

21. Οι περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Κανονισμοί του 1980 μέχρι 1992 καταργούνται από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος των παρόντων Κανονισμών.

22. Η έναρξη της ισχύος των παρόντων Κανονισμών θα καθοριστεί από το Υπουργικό Συμβούλιο με Γνωστοποίηση που θα δημοσιευτεί στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.

ΠΡΩΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμοί 3,7,9 και 17)

ΜΕΡΟΣ Ι

1. Πρόεδρος της Δημοκρατίας, Πρόεδρος της Βουλής των Αντιπροσώπων και μέλη του Υπουργικού Συμβουλίου και της Βουλής των Αντιπροσώπων.
2. Πρόεδρος και μέλη της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας και της Επιτροπής Εκπαιδευτικής Υπηρεσίας.
3. Εν ενεργεία και αφυπηρετηθέντες δημόσιοι υπάλληλοι.
4. Εν ενεργεία και αφυπηρετηθέντες αξιωματικοί, υπαξιωματικοί και μέλη της Κυπριακής Αστυνομίας, περιλαμβανομένων των ειδικών αστυνομικών, και του Κυπριακού Στρατού, καθώς και αφυπηρετηθέντες αξιωματικοί και υπαξιωματικοί της Εθνικής Φρουράς.
5. Εν ενεργεία και αφυπηρετηθέντα μέλη της Εκπαιδευτικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Παιδείας.
6. Αυτοί που άσκησαν τα λειτουργήματα που αναφέρονται στις παραγράφους (1) και (2) πιο πάνω για περίοδο πέρα από δώδεκα μήνες.
7. Αγραφύλακες.
8. Κύπριοι Εθελοντές Πολεμιστές του Ελληνικού Στρατού.
9. Κοινοτάρχες και δήμαρχοι.
10. Οι εξαρτώμενοι των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου III.
11. Φοιτητές και μαθητές που φοιτούν στις ακόλουθες σχολές:
 - α) Πανεπιστήμιο Κύπρου
 - β) Υγειονομική Σχολή
 - γ) Λαϊκό Κολέγιο
 - δ) Ξενοδοχειακές σχολές που συντηρούνται ή επιχορηγούνται από την Κυπριακή Δημοκρατία
 - ε) Ανώτερο Τεχνολογικό Ινστιτούτο
 - στ) Αστυνομική Σχολή.

ΜΕΡΟΣ II

Εξαρτώμενοι των προσώπων που αναφέρονται στις παραγράφους (1) μέχρι (8) του Μέρους I του παρόντος Πίνακα και εξαρτώμενοι από απθανόντες εν ενεργεία ή αφυπηρετηθέντες δημόσιους υπάλληλους.

ΜΕΡΟΣ III

1. Ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό στην κυβερνητική ιατρική υπηρεσία, περιλαμβανομένων των φοιτητών της Νοσηλευτικής Σχολής.
2. Οι ειδικευόμενοι και οι υπό εξάσκηση σε ιατρικό ίδρυμα γιατροί για απόκτηση δικαιώματος εγγραφής στο Μητρώο Ιατρών.

3. Εν ενεργεία αξιωματικοί, υπαξιωματικοί και μέλη της Εθνικής Φρουράς.

4. Ανάπηροι Αγώνων που λαμβάνουν χορηγήματα από το Ταμείο Ανακούφισης Παθόντων ή από άλλο ταμείο που δημιουργήθηκε με βάση τους εκάστοτε ισχύοντες νόμους ή κανονισμούς.

5. Οι πλήρως εξαρτώμενοι από αγνοούμενους, από αναπήρους αγώνων ή από πεσόντες.

6. Μαθητές της Σχολής Τυφλών.

7. Μαθητές της Σχολής Κωφών.

8. Μαθητευόμενοι Κέντρου Επαγγελματικής Αποκατάστασης Αναπήρων.

9. Εγκλωβισμένοι και τα μέλη των οικογενειών τους.

10. Έναικοι φιλανθρωπικών ιδρυμάτων που συντηρούνται από φιλανθρωπίες ή από εθελοντικές εισφορές, όπως εγκρίνονται από καιρό σε καιρό από τον Υπουργό Υγείας.

11. Ένοικοι του Οίκου του Ερυθρού Σταυρού.

12. Ένοικοι ιδρυμάτων για παιδιά με ειδικές ανάγκες.

13. Παιδιά εμπιστευμένα στη φροντίδα και παρακολούθηση του Τμήματος Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας.

14. Όσοι λαμβάνουν δημόσιο βοήθημα από το Τμήμα Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας και οι εξαρτώμενοι τους.

15. Χανσενικοί που απολύθηκαν (on parole).

16. Υπόδοκοι και Κατάδοκοι.

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

(Κανονισμοί 7,9 και 17)

1. Τα τέλη για διαμονή, διατροφή και νοσοκομειακή παρακολούθηση είναι:

(α) £60 την ημέρα για την πρώτη θέση ((μονόκλινο δωμάτιο).

(β) £50 την ημέρα για τη δεύτερη θέση (δίκλινο δωμάτιο).

(γ) £35 την ημέρα για την τρίτη θέση (δωμάτιο με περισσότερες από δύο κλίνες).

(δ) £100 την ημέρα για μονάδες εντατικής θεραπείας.

(ε) Για ιατρική παρακολούθηση ασθενών ειδικότητας παθολογίας και για συντηρητική θεραπεία ασθενών άλλων ειδικοτήτων, £10 την ημέρα.

2. Τα τέλη και δικαιώματα για οποιαδήποτε παρεχόμενη ιατρική ή άλλη υπηρεσία είναι όπως ορίζονται στον Πίνακα αυτό.

3. Αναφορικά με το Μέρος I του Πίνακα αυτού εφαρμόζονται οι ακόλουθες περαιτέρω διατάξεις:

(α) Το τέλος που επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση περιλαμβάνει την αναγκαία μετεγχειρητική ιατρική παρακολούθηση για λογική χρονική περίοδο, ανάλογα με την περίπτωση, που οποιαδήποτε δεν μπορεί να ξεπερνά το διάστημα του ενός μηνός.

(β) Όταν διενεργούνται δύο ή περισσότερες εγχειρήσεις με την ίδια τομή, το δικαίωμα που επιβάλλεται θα είναι το μεγαλύτερο των δύο ή περισσότερων τελών και επιπλέον £15 για κάθε βοηθητική ή επιπρόσθετη επέμβαση.

(γ) Όταν διενεργούνται δύο ή περισσότερες εγχειρήσεις με το ίδιο αναισθητικό, αλλά όχι με την ίδια τομή, θα καταβάλλεται το μεγαλύτερο των δύο ή περισσότερων τελών και επιπλέον το μισό τέλος που καθορίζεται για κάθε επιπρόσθετη επέμβαση.

(δ) Επιπρόσθετα από το χειρουργικό τέλος που επιβάλλεται καταβάλλονται:

(i) τέλος για έξοδα χειρουργείου ίσο με το 25% του χειρουργικού τέλους που προβλέπεται για κάθε περίπτωση και

(ii) τέλος για χορήγηση αναισθητικού ίσο με το 10% του χειρουργικού τέλους που προβλέπεται για κάθε περίπτωση.

Ο Τρίτος και Τέταρτος Πίνακας παραμένουν ως έχουν.
ΠΕΜΠΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ
(Κανονισμός 9).

Ετήσιο Εισόδημα	Συντελεστής επιβάρυνσης εισοδήματος για τέλη και δικαιώματα.
(α) Άτομο χωρίς εξαρτώμενους: Για το ποσό εισοδήματος μέχρι £9000 Για το ποσό εισοδήματος £9001- 15000 Για το ποσό εισοδήματος £15001-20000 Για το ποσό εισοδήματος £20001 και άνω	μηδέν 20% 25% 30%
(β) Μέλος Οικογένειας : Για το ποσό εισοδήματος μέχρι £18000 Για το ποσό εισοδήματος £18001, αυξανόμενο κατά £1000 για κάθε εξαρτώμενο τέκνο, μέχρι £20.000 Για το ποσό εισοδήματος £20001 μέχρι £25000. Για το ποσό εισοδήματος £25001 και άνω	μηδέν 20% 25% 30%
	ΕΚΤΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ
(Κανονισμός 8).

ΜΕΡΟΣ I: Κατηγορίες ασθενών που δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ως δικαιούχοι Α ανεξάρτητα από εισόδημα.

1. Νεφροπαθείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή αιμοδιύλιση
2. Μυοπάθειες (βροιά μυασθένεια - Γρανίς, κληρονομικές μυοπάθειες).
3. Ασθενείς με κατὰ πλάκας σκλήρυνση
4. Ασθενείς με νόσο Αλτζχάιμερ
5. Ασθενείς με μεσογειακή αναιμία (αναιμία Cooley) και ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία
6. Ασθενείς με ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα
7. Ασθενείς με ιδιοπαθή πολυκυτταραιμία ή ιδιοπαθή πολυκυθαιμία ή νόσο του Vaquez
8. Μεταμοσχευμένοι εσωτερικών οργάνων ή μυελού των οστών
9. Αιμορροφιλικοί
10. Ασθενείς με χρόνια ανοσοποιητική ανεπάρκεια
11. Παραπληγικοί και τετραπληγικοί
12. Ασθενείς με συγγενείς καρδιοπαθείς οι οποίες διαγνώστηκαν μέχρι την ηλικία των 18 ετών.
13. Ασθενείς με ιμφοβλαστική ανεπάρκεια
14. Ασθενείς με κυστική ίνωση
15. Αυτιστικοί ηλικίας μέχρι 18 ετών.
16. Διαβητικοί τύπου I ηλικίας μέχρι 18 ετών
17. Ασθενείς ηλικίας μέχρι 18 ετών με συγγενείς σωματικές ανωμαλίες.

Μέρος II: Κατηγορίες ασθενών που δικαιούνται δωρεάν ορισμένες μόνο υπηρεσίες.

Κατηγορία	Υπηρεσίες παρεχόμενες δωρεάν
1. Καρκινοπαθείς και ασθενείς με κακοήγη νόσο του αίματος	Όλες οι υπηρεσίες για τη θεραπεία του καρκίνου και των επιπλοκών του και όλα τα φάρμακα.

2. Διαβητικοί :-
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις. Αναλώσιμα για τον έλεγχο της γλυκόζης. Φάρμακα για τα διαβήτη και αναλώσιμα για τον έλεγχο της γλυκόζης.
 (β) Μη δικαιούχοι
3. Ρευματοπαθείς περιλαμβανομένων ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο:
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις.
 (β) Μη δικαιούχοι Οι σχετικές με την ασθένεια εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και τα σχετικά φάρμακα. Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
4. Επιληπτικοί:-
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
 (β) Μη δικαιούχοι Φάρμακα, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις για την επιληψία.
5. Ασθενείς με νόσο Parkinson:-
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
 (β) Μη δικαιούχοι Φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις για τη νόσο.
6. Καρδιοπαθείς δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα. Εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
7. Ασθενείς με Ηπατίτιδα Β και Γ:
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
 (β) Μη δικαιούχοι Φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις για την ασθένεια.
8. Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (Ελκώδης Κολίτις και Νόσος του Crohn):-
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.
 (β) Μη δικαιούχοι Φάρμακα, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις για την ασθένεια.
9. Ψυχικά ασθενείς (με την έννοια του άρθρου 10 του Νόμου περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου):-
 (α) Δικαιούχοι Β Ψυχοτρόπα φάρμακα
 (β) Μη δικαιούχοι Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις και παρακλινικές εξετάσεις.
10. Ασθενείς με προοδευτική χρόνια νεφρική ανεπάρκεια:-
 (α) Δικαιούχοι Β Όλα τα φάρμακα και εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις περιλαμβανομένων εξετάσεων για εξεύρεση δότη νεφρού. Δημιουργία αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας.
 (β) Μη δικαιούχοι Φάρμακα, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις για την ασθένεια, δημιουργία αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας και εξετάσεις για εξεύρεση δότη νεφρού».



Εκτύπωση