

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<< Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ >>**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΙΩΡΓΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΜΠΙΤΣΑΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, M.Sc.,
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

Μέσα από τις επόμενες γραμμές επιχειρείται μια προσπάθεια, ούτως ώστε να αποτυπωθεί το πλαίσιο χρηματοδότησης του Κυπριακού υγειονομικού τομέα. Η παραπάνω απεικόνιση είναι αναγκαία για τον εντοπισμό των βασικών αδυναμιών, όσον αφορά τις διαδικασίες χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των επιδράσεων σε σχέση με την επίτευξη των καθορισμένων στόχων. Η δημιουργία αυτού του πλαισίου είναι χρήσιμη, ούτως ώστε να εντοπισθούν οι καταλληλότερες, μεταξύ των προτάσεων, για την άμβλυνση των προαναφερόμενων ανεπαρκειών.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο, από την σκοπιά της χρηματοδότησης, κρίνονται απαρχαιωμένες. Στην πραγματικότητα ο συγκεκριμένος υγειονομικός τομέας δεν αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, όπως συναντάται στα ανεπτυγμένα κράτη του εξωτερικού. Κατά συνέπεια, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, στην Κύπρο, δεν διεξάγεται μέσα σ' ένα πλαίσιο, το οποίο να αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας.

Η έλλειψη στοιχειώδους εκσυγχρονισμού, όσον αφορά την οργάνωση και χρηματοδότηση των Κυπριακών υπηρεσιών υγείας, προκαλεί και τις αντίστοιχες αδυναμίες. Μεταξύ των κύριων ανεπαρκειών του Κυπριακού υγειονομικού τομέα αποτελεί και η ελλιπή δημόσια χρηματοδότηση. Το παραπάνω κενό δημόσιας δαπάνης επιτρέπει στις ιδιωτικές πληρωμές να επηρεάζουν καθοριστικά τόσο την χρηματοδότηση, όσο και την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Επομένως παρεμποδίζεται η ισότητα πρόσβασης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτελεί κύριο στόχο κάθε συστήματος υγείας.

Βασική αδυναμία χρηματοδότησης, η οποία παρατηρείται στον Κυπριακό τομέα υγείας, είναι και η δυσμενής σχέση συνολικών δαπανών υγείας και γενικότερης οικονομικής κατάστασης. Η ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ. Η αποσυμφόρηση της οικονομίας, στον βαθμό που είναι εφικτό, κρίνεται επείγουσα.

Απάντηση στα πιο πάνω προβλήματα αποτελεί η εφαρμογή ενός πραγματικού υποσυστήματος χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, μέσα στα πλαίσια ενός ευρύτερου και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Μέσω αυτού του συστήματος χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, είναι εφικτή η λήψη μέτρων και παροχή οικονομικών κινήτρων στους αντίστοιχους επαγγελματίες, ούτως ώστε να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους και να μειώνονται τα κόστη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ	
ΤΟΜΕΑ.....	5
1.1 ΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
1.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	11
1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ	
ΤΟΜΕΑ.....	20
2.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ.....	21
2.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ.....	21
2.2.1 Συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των Υπηρεσιών Υγείας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ	
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΙΑΤΡΩΝ.....	28
3.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ	
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	34
4.1 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ	
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	34
4.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	39
4.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	45
4.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	50
4.5 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ	
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	52
4.6 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΥΠΡΙΑΚΗ	
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	56
5.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	56
5.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	62
5.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	65
5.4 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ.....	67
5.5 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	68
5.5.1 Ειδικότεροι Στόχοι ΓΕ.Σ.Υ.....	72
5.5.2 Επιπλοκές Κόστους.....	73
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Ε.Π. : Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΓΕ.Σ.Υ. : Γενικό Σύστημα Υγείας

Ο.Ο.Σ.Α. : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Ο.Α.Υ. : Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Π.Φ.Υ. : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 1960-2004.....	6
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ, 1980-2004.....	8
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ, 2003.....	10
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΕΠ, 1998-2004.....	12
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5: ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, 1999-2004.....	13
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6: ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1980-2004.....	14
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.7: ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ, 2004.....	15
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.8: ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ.....	16
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ 2002.....	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ 1996.....	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΠΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑ ΕΤΗ 1993, 1998, 2003 ΚΑΙ 2004.....	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1992 ΚΑΙ 2002.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1992 ΚΑΙ 2002.....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: ΥΠΟΛΟΓΙΣΘΕΙΣΑ ΚΑΘΑΡΗ ΑΥΞΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΕΣΥ ΓΙΑ ΤΟ 2002.....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2: ΧΡΟΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΕΣΥ.....	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αναμφίβολα αποτελεί το ύψιστο αγαθό. Η ζωτική σημασία του αγαθού αυτού έγινε παραδεκτή από τις πρώτες οργανωμένες κοινωνίες. Από αρχαιοτάτων χρόνων εντοπίζονται στοιχεία άσκησης κοινωνικής πολιτικής, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η παροχή ιατρικής περίθαλψης με δημόσια δαπάνη.

Στις σύγχρονες πολιτείες η εξασφάλιση στους πολίτες ενός υψηλού επιπέδου υγείας αποτελεί ηθική και νομική υποχρέωση, η οποία αναγνωρίζεται τόσο από το συνταγματικό νομοθέτη όσο και από τους διεθνείς οργανισμούς. Συνεπώς, είναι αναγκαία η συμμετοχή του κράτους στην χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα.

Πραγματικά, η παρουσία του δημόσιου τομέα, σε διεθνές επίπεδο, στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι ιδιαίτερα έντονη. Συγκεκριμένα, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές¹. Αντίθετα, στην Κύπρο δεν εντοπίζονται οι παραπάνω τάσεις, εφόσον η ιδιωτική δαπάνη υγείας υπερισχύει της δημόσιας, με ότι αυτό συνεπάγεται για την ισότητα στην πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών.

Η προσπάθεια εδώ επικεντρώνεται στην προσέγγιση του πλαισίου χρηματοδότησης του κυπριακού υγειονομικού τομέα. Πραγματοποιείται μια τομή στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η δομή, οι αδυναμίες, ο βαθμός ικανοποίησης των καθορισμένων στόχων και να προταθούν απαντήσεις για την βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Η Κύπρος δεν ανταποκρίνεται, στον αναμενόμενο βαθμό, στις παραπάνω υποχρεώσεις, εφόσον υπάρχει μεγάλο έλλειμμα στην δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Οι δομές του συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, από απόψεως χρηματοδότησης, παραμένουν όπως διαμορφώθηκαν κατά την διάρκεια της Αγγλικής αποικιακής διοίκησης.² Ουσιαστικά, ο Κυπριακός υγειονομικός τομέας δεν αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αντίστοιχο με αυτά των ανεπτυγμένων κρατών. Κατά συνέπεια και το αντίστοιχο πλαίσιο χρηματοδότησης απέχει από τα υποσύστημα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, τα οποία συναντώνται στον προηγμένο κόσμο.

¹ Γ.Κυριόπουλος, Α. Σισσούρας, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997, σ.255

² Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Θέμα: Νομοσχέδιο για την Εισαγωγή Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Λευκωσία 1999, σ.1

Η ανάγκη για εξυχρονισμό είναι επιτακτική. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως η αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Κύπρο απασχόλησε τις κυβερνήσεις από το 1966, οι οποίες μετακάλεσαν κατά καιρούς εμπειρογνώμονες για μελέτες και εισηγήσεις. Κοινή διαπίστωση όλων των μελετών είναι ότι ο τομέας της υγείας χρειάζεται ριζικές αλλαγές, διαφορετικά τα προβλήματα και οι αδυναμίες του σημερινού συστήματος θα επιταθούν.³ Πραγματικά, είναι αναγκαίο να ληφθούν ουσιαστικά μέτρα στον υγειονομικό τομέα. Οι διεθνείς παράγοντες αύξησης της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια των αντίστοιχων δαπανών εντοπίζονται και στην Κύπρο. Η διαπίστωση αυτή σε συνδυασμό με την απουσία ενός πραγματικού και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας ωθεί την ιδιωτική δαπάνη υγείας σε περαιτέρω διόγκωση.

Επίσης βασική αδυναμία του τομέα υγείας στην Κύπρο, από απόψεως χρηματοδότησης, αποτελεί η δυσμενής σχέση συνολικών δαπανών υγείας και Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει πως το ύψος των συνολικών δαπανών συνδέεται με την γενικότερη κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Η παραπάνω γενίκευση, όπως γίνεται αντιληπτό από τις επόμενες αναφορές, δεν επαληθεύεται στην Κύπρο, εφόσον η ανάπτυξη των δαπανών υγείας είναι ταχύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ δαπανάται για τον τομέα της υγείας. Νοούμενου, πως η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι ελλιπή, γίνεται αντιληπτό το μεγάλο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης. Η ανάγκη για λήψη μέτρων συγκράτησης των δαπανών υγείας και παροχή οικονομικών κινήτρων στους προμηθευτές των υπηρεσιών για βελτίωση της αποδοτικότητας κρίνεται επιτακτική.

Η σημασία των υποσυστημάτων χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας είναι καθοριστική, εφόσον είναι τα πλέον αρμόδια για την επίτευξη ισότητας, όσον αφορά την συμμετοχή στην χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης το πλαίσιο χρηματοδότησης επηρεάζει σημαντικά την αποδοτικότητα των αντίστοιχων επαγγελματιών. Συνεπώς και το αντίστοιχο πλαίσιο στην Κύπρο οφείλει να συμβάλει τα μέγιστα, ούτως ώστε να αντιμετωπισθούν οι προαναφερόμενες αδυναμίες. Η προσφορά κάθε υποσυστήματος χρηματοδότησης γίνεται περισσότερο φανερή, λαμβάνοντας υπόψη πως επηρεάζει, σε μεγάλο βαθμό, τους γενικότερους στόχους κάθε υγειονομικού τομέα. Ουσιαστικά ο στόχος των συστημάτων υγείας είναι η διατήρηση και προαγωγή

³ Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική...*, ό.π., σ. 2

του επιπέδου υγείας των πολιτών. Η επίτευξη του παραπάνω αποτελέσματος είναι συνάρτηση πραγματοποίησης άλλων επιμέρους στόχων. Η αποδοτικότητα και η ισότητα αποτελούν τις επιμέρους επιδιώξεις. Ένα κατάλληλα δομημένο σύστημα χρηματοδότησης συμβάλει τα μέγιστα στην επίτευξη ισότητας και αποδοτικότητας και κατά συνέπεια στην ικανοποίηση της κύριας επιδίωξης κάθε συστήματος υγείας. Ειδικότερα, όσον αφορά την ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών, αξίζει να σημειωθεί, πως η υγεία είναι τόσο σημαντικό αγαθό, ούτως ώστε να θεωρείται ανήθικο ένα μέλος μιας σύγχρονης κοινωνίας να μην μπορεί λόγω οικονομικών δυσκολιών να καταναλώσει υπηρεσίες υγείας.⁴ Κάθε υποσύστημα χρηματοδότησης καλείται να αντιμετωπίσει τα παραπάνω εμπόδια. Αν και η ισότητα πρόσβασης στις συγκεκριμένες υπηρεσίες επηρεάζεται στο μεγαλύτερο μέρος από οικονομικούς παράγοντες, εντούτοις εντοπίζονται και άλλοι. Η αναφορά εδώ περιορίζεται στα οικονομικά εμπόδια, εφόσον εκ των πραγμάτων η χρηματοδότηση συνδέεται με αυτά. Οι πολίτες πρέπει να μπορούν να εξυπηρετηθούν από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως εισοδήματος και σύμφωνα με τις πραγματικές τους ανάγκες. Η ισότητα στην κατανομή των παραπάνω υπηρεσιών είναι καθοριστική, εφόσον αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη κοινωνικής ευημερίας.

Οι πηγές για την πραγματοποίηση της έρευνας αποτέλεσαν, μεταξύ άλλων, διάφορα έντυπα και μελέτες, τα οποία συγκεντρώθηκαν μετά από προσωπικές επισκέψεις και συνεντεύξεις με αρμόδιους, οι οποίοι ασχολούνται με την χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο. Επίσης πληροφορίες εντοπίστηκαν και μέσα από ιστοσελίδες στο διαδίκτυο. Τα παραπάνω στοιχεία ενισχύονται και από πηγές, οι οποίες αποτέλεσαν διάφορα βιβλία, τα οποία αναφέρονται στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να σημειωθεί, πως η βιβλιογραφία, η οποία σχετίζεται με την χρηματοδότηση του κυπριακού υγειονομικού τομέα, αν και ήταν επαρκής για την ολοκλήρωση της εργασίας, εντούτοις δεν κρίνεται πραγματικά ικανοποιητική.

Η μελέτη περιλαμβάνει την εισαγωγή, το κύριο σώμα και τον επίλογο. Στην εισαγωγή παρουσιάζεται η υπόθεση εργασίας, μια σύντομη αναφορά στο υφιστάμενο πλαίσιο χρηματοδότησης του κυπριακού υγειονομικού τομέα, η συμβολή, σε αδρές γραμμές, των συγκεκριμένων υποσυστημάτων γενικότερα και κατά συνέπεια του αντίστοιχου πλαισίου στην Κύπρο και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε.

⁴ Θ. Πισιμίσης, *Οικονομική της Υγείας*, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα 1995, σ. 52

Το κύριο σώμα αποτελείται από τα παρακάτω πέντε κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα, το κεφάλαιο 1 αναφέρεται στην εξέλιξη των συνολικών και κατά συνέπεια δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας, στην σχέση του ύψους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με την γενικότερη οικονομική κατάσταση και στους παράγοντες αύξησης του κόστους στον τομέα της υγείας.

Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται οι δημόσιες και ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης του κυπριακού υγειονομικού τομέα, η κατανομή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας ανά κατηγορία εισοδήματος και επίπεδο περίθαλψης και η συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των υπηρεσιών υγείας ως μέτρο συγκράτησης των δαπανών.

Το κεφάλαιο 3 εντοπίζει τις υφιστάμενες και τις αντίστοιχες, μέσα στα πλαίσια της αναμενόμενης εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας, μεθόδους αμοιβής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης τα κίνητρα, σε σχέση με την αποδοτικότητα, που τις συνοδεύουν.

Στο κεφάλαιο 4 πραγματοποιείται μια κατανομή της συνολικής και δημόσιας δαπάνης υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης και προσεγγίζονται, από απόψεως χρηματοδότησης, οι πλέον βασικές υπηρεσίες υγείας.

Το κεφάλαιο 5 παρουσιάζει τις ειδικότερες αδυναμίες χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, την αναγκαιότητα εισαγωγής της κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας, τις μεθόδους συγκράτησης των δαπανών υγείας, την συμβολή του υπουργείου υγείας στον περιορισμό του κόστους και τις μεταβολές στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών με την αναμενόμενη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η μέτρηση των συνολικών δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελεί σήμερα μια αρκετά δύσκολη διαδικασία, λόγω των σημαντικών πρακτικών και μεθοδολογικών προβλημάτων που υπάρχουν.⁵ Προβλήματα όσον αφορά τον τρόπο καταγραφής και μέτρησης των δαπανών, καθώς επίσης και όσον αφορά τις δαπάνες που πρέπει να συμπεριληφθούν στις μετρήσεις, αφού ο υγειονομικός τομέας δεν είναι σαφώς οριοθετημένος. Εντούτοις το ύψος των συνολικών δαπανών υγείας αποτελεί ένα απλό και εύχρηστο δείκτη, που παρουσιάζει μια συνοπτική εικόνα του συστήματος υγείας που επικρατεί σε μια χώρα.

1.1. ΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Παραδοσιακά, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας στην Κύπρο προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Σύμφωνα με τον πίνακα 1.1, η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης, εκτός μεμονωμένων εξαιρέσεων, έναντι της δημόσιας είναι σταθερή. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας, το 1960, περιοριζόταν στο 36,3% των συνολικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ιδιωτικών ήταν στο 63,7%. Επομένως γίνεται κατανοητό, πως είναι μεγάλη η ψαλίδα μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Αυτή η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας έναντι της δημόσιας, ερμηνεύεται ως έλλειψη ή τουλάχιστον ακύρωση σε μεγάλο βαθμό της ισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Εφόσον οι πολίτες έχουν πραγματικές ανάγκες υγείας, θα πρέπει να μπορούν να εξυπηρετηθούν από τις υπηρεσίες και όχι να παρεμποδίζονται από οικονομικά ή άλλα κριτήρια. Έχει ήδη αναφερθεί, πως αποτελεί παράδοση η υπεροχή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Κύπρο, συνεπώς η κατανάλωση των υπηρεσιών επηρεάζεται από το προσωπικό εισόδημα του πολίτη. Επομένως τα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια εντοπίζονται σε δυσμενέστερη θέση και ακυρώνεται η ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης αυτή η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη δεν εξυπηρετεί την ισότητα, σε σχέση με την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Νοούμενου πως το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης καλύπτεται από ιδιωτικές πηγές, είναι φανερό πως ο πολίτης συμμετέχει στο συγκεκριμένο πλαίσιο, σε μεγάλο βαθμό τουλάχιστον, σύμφωνα με τις υπηρεσίες που

⁵ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σ. 148

καταναλώνει. Συνεπώς η αρχή, η οποία αναφέρεται στην κατανομή του οικονομικού βάρους των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την οικονομική ικανότητα, ακυρώνεται. Επομένως ταυτόχρονα με την έλλειψη ισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας παρατηρείται και αποτυχία ικανοποίησης της ισότητας στην χρηματοδότηση. Η ισότητα, όσον αφορά τα προαναφερόμενα πλαίσια, αποτελεί κύρια επιδίωξη κάθε συστήματος υγείας. Κατά συνέπεια, είναι κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος για την Κύπρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 1960-2004.

ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (€εκ)	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (€εκ)	ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ (€εκ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ
1960	1,159	2,032	3,191	36,3%	63,7%	3,5%
1970	2,131	4,017	6,148	34,7%	65,3%	2,7%
1980	12,402	10,382	22,774	54,5%	45,5%	3%
1990	45,781	68,559	114,340	40%	60%	4,5%
1995	70,398	130,782	201,180	35%	65%	5%
2000	137,200	193,200	330,400	41,5%	58,5%	5,8%
2004	214,600	234,600	449,200	47,8%	52,2%	6,2%

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2001, 2004.

Στα τέλη του 1970, τα ποσοστά των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας ήταν 34,7% και 65,3% των συνολικών αντίστοιχα. Επομένως η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης έναντι της δημόσιας, σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία, παραμένει και ενισχύεται, εφόσον παρατηρείται μια μεταφορά οικονομικών πόρων από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα κατά 1,6 ποσοστιαίες μονάδες. Η συνολική δαπάνη υγείας, αν και αυτό δεν γίνεται φανερό μέσα από το ποσοστό των δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ, παρουσιάζεται αυξημένη, την περίοδο 1960-1970, όπως αποδεικνύεται μέσα από το σύνολο των δαπανών. Οι συνολικοί πόροι για την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αριθμούσαν, για το 1960, £3,191 εκατομμύρια, ενώ μέσα σε μία δεκαετία ανήλθαν στα £6,148 εκατομμύρια. Εφόσον η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζεται

αυξημένη και το μεγαλύτερο μέρος της παραπάνω χρηματοδότησης προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα, γίνεται σαφές πως η ιδιωτική δαπάνη υγείας λαμβάνει ιδιαίτερα αυξητικές και ανησυχητικές διαστάσεις. Νοούμενου πως παρατηρείται ταυτόχρονα και αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής της ιδιωτικής δαπάνης επί της συνολικής, η υπεροχή των ιδιωτικών πληρωμών γίνεται ακόμη δυσμενέστερη.

Οι μεταβολές στην συμβολή του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες παρατηρούνται το 1980, αποτελούν μοναδική εξαίρεση, σε σχέση τουλάχιστον με τις περιόδους που εξετάζονται, εφόσον παρατηρείται υπερκάλυψη των ιδιωτικών δαπανών από τις δημόσιες. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών ανήλθε στο 54,5% των συνολικών, ενώ το αντίστοιχο των ιδιωτικών περιοριζόταν στο 45,5%. Ταυτόχρονα με την υπεροχή της δημόσιας δαπάνης παρατηρείται και αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας. Το παραπάνω ποσοστό ανέρχεται στο 3% του ΑΕΠ. Επομένως γίνεται μια προσπάθεια για ενίσχυση της δημοσίας χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, η οποία εκ των υστέρων θα παρουσιασθεί μεμονωμένη.

Σύμφωνα και με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά μέσα από τον πίνακα 1.2, οι παραπάνω τάσεις παραμένουν αμετάβλητες. Οι συνολικές δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται, ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτής της χρηματοδότησης πραγματοποιείται από ιδιωτικές πηγές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω περίοδοι.

Το ποσοστό επί του ΑΕΠ, το οποίο διατίθεται για την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, παρουσιάζεται περαιτέρω ενδυναμωμένο, την περίοδο 1990-1994, εφόσον ανέρχεται στο 4,9%. Αυτή η άνοδος του ποσοστού δεν πρέπει να ερμηνευθεί ως έμφαση του κράτους στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, εφόσον το μεγαλύτερο μέρος προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Αξίζει να σημειωθεί, πως ταυτόχρονα παρατηρείται και αύξηση στην ποσοστιαία συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης επί της συνολικής, σε σχέση με το 1990, νοούμενου πως το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης επί της συνολικής περιορίζεται στο 36,2%, ενώ το αντίστοιχο της ιδιωτικής εντοπίζεται στο 63,8%. Επομένως αυξάνεται με ιδιαίτερα έντονους ρυθμούς η ιδιωτική δαπάνη υγείας.

Οι αυξητικές τάσεις των συνολικών δαπανών υγείας συνεχίζονται και το 1998, εφόσον το αντίστοιχο ποσοστό στο ΑΕΠ παρατηρείται στο 5,7%. Πραγματικά η ανάπτυξη της συνολικής δαπάνης υγείας, αυτή την περίοδο, είναι ιδιαίτερα έντονη. Αυτή η εξέλιξη δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μία συνειδητή προσπάθεια της κυβέρνησης

για έμφαση στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Νοούμενου πως η απόσταση μεταξύ της ποσοστιαίας συμμετοχής της δημόσιας δαπάνης επί της συνολικής και της αντίστοιχης της ιδιωτικής, αν και παρουσιάζεται μειωμένη συγκριτικά με το 1994, παραμένει μεγάλη υπέρ της δεύτερης, γίνεται κατανοητή η παραπάνω διαπίστωση. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης ήταν 41,2% και 58,5% επί της συνολικής αντίστοιχα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ
1980- 2004**

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ
1980	54,5%	45,5%	3%
1985	41,6%	58,4%	4,1%
1990	40%	60%	4,5%
1992	39,5%	60,5%	4,6%
1994	36,2%	63,8%	4,9%
1996	32,6%	67,4%	5,7%
1998	41,2%	58,8%	5,7%
2000	41,5%	58,5%	5,8%
2002	45%	55%	6,1%
2004	47,8%	52,5%	6,2%

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2001,2004.

Η συνολική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, για το 2002, ανήλθε στο 6,1% του ΑΕΠ. Επομένως οι αυξητικές τάσεις στο παραπάνω μέγεθος συνεχίζονται. Η ψαλίδα μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης μειώνεται, συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο, νοούμενου πως παρατηρείται μείωση στο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης επί της συνολικής κατά 3,8 ποσοστιαίες μονάδες και αντίστοιχα αύξηση στο ποσοστό της δημόσιας δαπάνης. Αυτές οι μεταβολές μάλλον δεν πρέπει να θεωρηθούν ως μία αποτελεσματική προσπάθεια για ενίσχυση της δημόσιας χρηματοδότησης. Εφόσον αυτά τα μεγέθη περιλαμβάνουν όλες τις δαπάνες υγείας και τις επενδύσεις,

είναι πιθανό το παραπάνω αποτέλεσμα να οφείλεται στο τρέχον μεγάλο κόστος κατασκευής του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας⁶.

Η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη γίνεται περισσότερο φανερή μέσα από την σκοπιά της σύγκρισης της Κύπρου με τα ευρωπαϊκά κράτη. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο δημόσιος τομέας, είτε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, καλύπτει το 70-95% των συνολικών δαπανών υγείας.⁷ Όπως παρουσιάζεται μέσα από τον πίνακα 1.3, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας στην Κύπρο υπολείπεται από το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών κρατών. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 2003 το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης στην Κύπρο, μεταξύ των παραπάνω επιλεγμένων ευρωπαϊκών κρατών τουλάχιστον, εντοπίζεται στην τελευταία θέση. Πιο συγκεκριμένα, την παραπάνω περίοδο, οι δημόσιες πηγές κάλυπταν μόλις το 50 % των συνολικών δαπανών του κυπριακού υγειονομικού τομέα, ενώ η αντίστοιχη συμμετοχή για τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη ξεπερνά το 70 και 80%. Πραγματικά η απόσταση, όσον αφορά την δημόσια χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, μεταξύ Κύπρου και ευρωπαϊκών κρατών, εξαίρεση αποτελεί η Ελλάδα, είναι ιδιαίτερα μεγάλη, εφόσον η ελάχιστη τιμή της ξεπερνά τις 12 εκατοστιαίες μονάδες.

Όπως έγινε φανερό μέσα από την πορεία της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης έναντι της δημόσιας, εκτός μεμονωμένων εξαιρέσεων, είναι σταθερή με ότι αυτό συνεπάγεται για την ισότητα πρόσβασης και χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας. Η μεγάλη αυτή ιδιωτική δαπάνη υγείας γίνεται ακόμη δυσμενέστερη, εφόσον παρατηρείται ταυτόχρονα και αύξηση της συνολικής. Οι παραπάνω τάσεις παραμένουν, στο μεγαλύτερο τους μέρος τουλάχιστον, αμετάβλητες σύμφωνα και με τα τελευταία αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, το 2004, το ποσοστό των δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ ανήλθε στο 6,2% και η ποσοστιαία συμμετοχή της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης επί της συνολικής ήταν 47,8% και 52,2% αντίστοιχα. Παρατηρείται σαφής μείωση, αυτή την περίοδο, μεταξύ της συμβολής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην κάλυψη των συνολικών δαπανών υγείας, εντούτοις στο παρόν στάδιο δεν είναι ικανή να παρέχει ασφαλή συμπεράσματα. Μέχρι και το 2004, όπου εντοπίζονται τα τελευταία αποτελέσματα, δεν επιτυγχάνεται καμιά ουσιαστική μεταβολή όσον αφορά τις προαναφερόμενες τάσεις. Συνεπώς, οι συνολικές δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται και εντοπίζονται στο 6,2% του

⁶ W. Hsiao, M. Jakab, A Study of the Costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus, Harvard School of Public Health, 2003, σ. 8

⁷ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σ. 162

ΑΕΠ, ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών καλύπτεται από τις ιδιωτικές πληρωμές. Τα ποσοστά των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών, πάντα το 2004, ήταν στο 47,8% και 52,2% των συνολικών αντίστοιχα. Επομένως γίνεται σαφές, πως η ιδιωτική δαπάνη υγείας λαμβάνει ιδιαίτερα αυξητικές τάσεις με ότι αυτό συνεπάγεται για την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ, 2003.

ΧΩΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Α.Ε.Π.	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ Α.Ε.Π.	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ Α.Ε.Π.	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ
ΚΥΠΡΟΣ	6,4%	3,2%	3,2%	50%
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,5%	5,1%	2,4%	68%
ΒΕΛΓΙΟ	9,6%	6,5%	3,1%	67,7%
ΓΑΛΛΙΑ	10,1%	7,7%	2,4%	76,2%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	11,1%	8,7%	2,4%	78,4%
ΔΑΝΙΑ	9,0%	7,5%	1,5%	83,3%
ΕΛΛΑΔΑ	9,9%	5,1%	4,8%	51,5%
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	7,7%	6,4%	1,3%	83,1%
ΙΡΑΝΔΙΑ	7,4%	5,8%	1,6%	78,4%
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	10,5%	8,8%	1,7%	83,8%
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,7%	5,5%	2,2%	71,4%
ΙΤΑΛΙΑ	8,4%	6,3%	2,1%	75%
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6,9%	6,2%	0,7%	89,9%
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	10,3%	8,6%	1,7%	83,5%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	9,8%	6,1%	3,7%	62,2%
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8,4%	6,1%	2,3%	72,6%
ΠΟΛΩΝΙΑ	6,5%	4,5%	2,0%	69,2%
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ	9,6%	6,7%	2,9%	69,8%
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,4%	8,0%	1,4%	85,1%
ΤΟΥΡΚΙΑ	7,4%	5,2%	2,2%	70,3%
ΤΣΕΧΙΑ	7,5%	6,8%	0,7%	90,7%
ΦΙΛΛΑΝΔΙΑ	7,4%	5,5%	1,9%	74,3%

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

1.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε αυτό το σημείο γίνεται μια προσπάθεια, ώστε να παρουσιασθεί η σχέση συνολικών δαπανών υγείας και γενικότερης οικονομικής κατάστασης. Έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους.⁸

Η παραπάνω γενίκευση δεν εντοπίζεται στην Κύπρο, όπως θα γίνει φανερό μέσα από τις επόμενες γραμμές. Συγκεκριμένα, η Κύπρος ανήκει σε εκείνη την κατηγορία των κρατών, τα οποία δαπανούν περισσότερα από ότι το επίπεδο οικονομικής τους ανάπτυξης επιτρέπει. Η ετήσια ποσοστιαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως η παραπάνω τάση παρουσιάζεται σταθερή.

Η ταχύτερη ανάπτυξη των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αδυναμίες του υγειονομικού τομέα, όσον αφορά την χρηματοδότηση. Οι εμπειρογνώμονες υπολογίζουν ότι ενώ η δαπάνη στην Κύπρο για ιατρική φροντίδα παρουσιάζεται μέτρια, το ετήσιο ύψος της αύξησης της δαπάνης υγείας είναι μεγαλύτερο από εκείνο της αύξησης του ΑΕΠ.⁹ Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως την δεκαετία του 1980 οι συνολικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν περισσότερο από το ΑΕΠ. Ουσιαστικά την παραπάνω περίοδο, η ετήσια ποσοστιαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας ήταν κατά 2 εκατοστιαίες μονάδες μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ.

Σύμφωνα με τον **πίνακα 1.4**, η μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών υγείας έναντι του ΑΕΠ δεν εντοπίζεται μόνο την περίοδο 1980-1989, αλλά χαρακτηρίζει και τα μετέπειτα χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί, πως είναι σημαντικός ο αριθμός των περιπτώσεων, όπου οι παραπάνω τάσεις με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζονται ενδυναμωμένες. Συγκεκριμένα, την περίοδο 1999-2000 οι συνολικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά 11,9%, ενώ την ίδια πάντα περίοδο το ΑΕΠ ανήλθε κατά 8,9%.

⁸ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα...*, ό.π., σ. 148

⁹ Α. Σταμάτης, Ντ. Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison, A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, 1992*, σ.9

Η ψαλίδα μεταξύ της αύξησης των δαπανών υγείας και της αντίστοιχης του ΑΕΠ διευρύνεται περισσότερο την περίοδο 2002-2003. Η ετήσια ποσοστιαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας ήταν κατά 12,4%, ενώ η αντίστοιχη του ΑΕΠ περιοριζόταν κατά 7,3%. Επομένως επιβεβαιώνεται η συνεχής ανάπτυξη των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ.

Οι ρυθμοί ανάπτυξης των παραπάνω μεγεθών, το 2004, όπου εντοπίζονται τα τελευταία αποτελέσματα, παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές. Συγκεκριμένα, αποτελεί εξαίρεση η μεγαλύτερη αύξηση του ΑΕΠ από την αντίστοιχη των συνολικών δαπανών υγείας. Η ετήσια ποσοστιαία αύξηση του ΑΕΠ ήταν στο 6,7%, ενώ η αντίστοιχη των δαπανών υγείας περιοριζόταν κατά 2,4%. Όμως είναι φανερό, πως οι συγκεκριμένες μεταβολές στο παρόν στάδιο δεν είναι ικανές να παρέχουν ασφαλή συμπεράσματα.

Συνεπώς ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ δαπανάται για τον τομέα της υγείας. Επομένως πρέπει να επινοηθούν νέα μέτρα για τον έλεγχο της ζήτησης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας, ούτως ώστε να συγκρατηθούν και τα κόστη σε χαμηλά επίπεδα. Επίσης είναι αναγκαίο να παραχωρηθούν οικονομικά κίνητρα στις υπηρεσίες υγείας, ούτως ώστε να συμπεριφέρονται περισσότερο αποδοτικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΕΠ, 1998-2004.

ΕΤΟΣ	ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΙΟΝ (€δισ)	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (€εκ)	ΕΤΗΣΙΑ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ Α.Ε.Π.	ΕΤΗΣΙΑ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
1998	4.862,8	278,2		
1999	5.214,2	295,3	7,2%	6,1%
2000	5.679,0	330,4	8,9%	11,9%
2001	6.103,6	356,8	7,5%	8%
2002	6.370,3	390,5	4,4%	9,4%
2003	6.836,2	438,8	7,3%	12,4%
2004	7.292,1	449,2	6,7%	2,4%

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η γνώση των παραγόντων που αυξάνουν τις δαπάνες υγείας είναι σημαντική, αφού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για επιβολή κατάλληλων μέτρων ελέγχου αυτών. Παρακάτω ακολουθούν οι παράγοντες που αυξάνουν τις συνολικές δαπάνες υγείας:

➤ **Δημογραφικοί Παράγοντες**

Ο πληθυσμός στην Κύπρο δέχεται μία μάλλον αργή, αλλά σταθερή δημογραφική γήρανση. Όπως γίνεται φανερό μέσα από τον **πίνακα 1.5**, το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών το 1999 ήταν στο 11,2%, ενώ αυτό το ποσοστό αυξάνεται κατά 0,1% κάθε έτος μέχρι το 2004 (εξαίρεση αποτελεί η αύξηση του ποσοστού κατά 0,4% τα χρόνια 2000-2001 και η σταθερότητα που παρουσιάζεται την περίοδο 2003-2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5: ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, 1999-2004.

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΤΟΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
1999	690,500	77,300	11,2%
2000	697,500	78,600	11,3%
2001	705,500	82,200	11,7%
2002	715,100	84,400	11,8%
2003	730,400	86,900	11,9%
2004	749,200	89,400	11,9%

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

Επίσης αιτία για δημογραφική γήρανση, είναι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Πραγματικά υπάρχει βελτίωση στην Κύπρο, όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης, τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες. Σύμφωνα και με τον **πίνακα 1.6**, ο οποίος αναφέρεται σε επλεγμένους δείκτες υγείας, η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά την γέννηση δέχεται συνεχώς βελτιώσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά την γέννηση, το 1990, ήταν για τους άνδρες 72,3

και για τις γυναίκες 77 έτη. Μέσα σε μια δεκαετία, υπήρξε μια αύξηση των παραπάνω μεγεθών κατά 1,8 και 1,6 έτη για τους άνδρες και για τις γυναίκες αντίστοιχα. Οι παραπάνω τάσεις συνεχίζονται και παρουσιάζονται περαιτέρω ενδυναμωμένες μέχρι το 2000, εφόσον η βελτίωση στα παραπάνω μεγέθη είναι ακόμη μεγαλύτερη. Η εικόνα αυτή παραμένει ουσιαστικά αμετάβλητη μέχρι το 2004, όπου εντοπίζονται τα τελευταία αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής βελτιώνεται ακόμη περισσότερο και εντοπίζεται για τους άνδρες στα 77 και για τις γυναίκες στα 81,4 έτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6: ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1980-2004.

ΕΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ	1980	1990	2000	2004
ΑΤΟΜΑ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ	908	483	385	375
ΑΤΟΜΑ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΟ	298	234	237	227
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΟ	2,7	1,8	1,4	1,2
ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ				
ΑΝΔΡΕΣ	72,3	74,1	76,1	77,0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	77,0	78,6	81,0	81,4

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, πως τα ηλικιωμένα άτομα συμβάλλουν καθοριστικά στην αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, γίνεται κατανοητό πόσο σημαντική είναι η διατύπωση αυτής της δημογραφικής γήρανσης στον κυπριακό πληθυσμό. Ο πίνακας 1.7 παρουσιάζει τους νοσηλευθέντες ασθενείς στα γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, για το έτος 2004. Όπως γίνεται φανερό, οι ομάδες ηλικιών 65-74 και άνω των 75 ετών νοσηλεύθηκαν περισσότερο από κάθε άλλη κατηγορία. Συγκεκριμένα, σε σύνολο 52504 νοσηλευθέντων, ποσοστό 14,9% αποτελούσαν άτομα από 65-74 ετών και ποσοστό 17,5% για άτομα άνω των 75 ετών. Πρέπει να αναφερθεί, πως οι δύο παραπάνω ομάδες ηλικιών εντοπίζονται σε μεγάλη απόσταση από τις υπόλοιπες ομάδες. Εξάιρεση αποτελούν οι ομάδες ηλικιών 55-64 ετών και 15-24 ετών,

οι οποίες πλησιάζουν περισσότερο τις παραπάνω κατηγορίες με ποσοστά 12,1% και 10% αντίστοιχα.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός, πως οι παραπάνω ομάδες ηλικιών, οι οποίες κατείχαν την πρωτιά όσον αφορά τους νοσηλευθέντες ασθενείς, παρουσίαζαν, επίσης πάντα το 2004, το μεγαλύτερο μέσο όρο παραμονής μετά τον αντίστοιχο της ομάδας ηλικιών κάτω του ενός έτους. Πιο συγκεκριμένα, οι ομάδες ηλικιών 65-74 ετών και 75 ετών και άνω παρουσίαζαν μέσο όρο παραμονής ασθενών 6,5 και 6,2 ημέρες αντίστοιχα. Γίνεται λοιπόν σαφές, πως αυτά τα άτομα χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, επομένως προκαλούν ιδιαίτερο κόστος στα συστήματα υγείας που τους εξυπηρετούν. Σύμφωνα με τα παραπάνω επαληθεύεται η γενική διαπίστωση, πως τα άτομα άνω των 65 ετών κοστίζουν περισσότερο από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.7: ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ
ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ, 2004.**

ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ (έτη)	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΠΙ ΤΟΥ ΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ημέρες)
<i>Κάτω του 1</i>	2508	4,8%	6,8
1-4	3388	6,5%	3,0
5-14	4449	8,5%	2,9
15-24	5258	10%	4,0
25-34	4640	8,8%	4,8
35-44	3958	7,5%	5,2
45-54	4914	9,4%	5,1
55-64	6346	12,1%	6,1
65-74	7831	14,9%	6,5
75 και άνω	9165	17,5%	6,2
Δεν δηλώθηκε	0047	0,1%	4,4

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

➤ **Επιδημιολογικοί Παράγοντες**

Μεταξύ των κύριων προβλημάτων του κυπριακού υγειονομικού τομέα αποτελεί η συνεχόμενη αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νόσων. Η παραπάνω διαπίστωση αποδεικνύεται και μέσα από τον **πίνακα 1.8**, ο οποίος παρουσιάζει τους θανάτους ανά αιτία για την περίοδο 1997 – 2004. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 1997 προκλήθηκαν 417 θάνατοι από νεοπλάσματα, ενώ μέχρι το 2004 ο αριθμός τους ανήλθε στους 977. Επομένως, την συγκεκριμένη περίοδο, υπήρξε αύξηση πέραν του διπλασίου. Γίνεται κατανοητό, πως η αύξηση που παρουσιάζεται είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζουν και οι θάνατοι από καρδιοπάθειες. Αν και σύμφωνα με

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.8: ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ.

ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ \ ΕΤΟΣ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	417	450	447	411	485	600	628	977
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	1215	1328	1477	1853	1680	2098	2447	1305
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	27	16	21	20	24	53	57	357
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	146	139	100	115	138	202	198	103

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004.

τα τελευταία αποτελέσματα, την περίοδο 2003-2004, η ετήσια ποσοστιαία μεταβολή αναφέρεται σε μείωση, εντούτοις μια πιο προσεκτική προσέγγιση στο σύνολο της περιόδου που εξετάζεται αποδεικνύει το αντίθετο. Οι μεταβολές ανά έτος, οι οποίες εντοπίζονται την περίοδο 1997-2004, αναφέρονται, εκτός μεμονωμένων εξαιρέσεων σε αυξήσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 1997 προκλήθηκαν 1215 θάνατοι από καρδιοπάθειες, ενώ μέχρι το 2003 ο αριθμός είχε αυξηθεί πέραν του 100%. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα, όσον αφορά τα περιστατικά από σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με τα αρχικά αποτελέσματα της περιόδου που εξετάζεται, συγκεκριμένα την περίοδο 1997-2000, παρουσιάζονται αυξομειώσεις όσον αφορά το ποσοστό των θανάτων από την παραπάνω ασθένεια. Οι τάσεις είναι ιδιαίτερα σαφείς και ανησυχητικές μετά το 2000, εφόσον το ποσοστό των θανάτων παρουσιάζεται συνεχώς αυξημένο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 2003 προκλήθηκαν 57 θάνατοι από την παραπάνω ασθένεια, ενώ στα τέλη του 2004 αριθμούσαν 357. Επομένως η αύξηση, η

οποία παρουσιάζεται, έχει ξεπεράσει το εξαπλάσιο. Είναι σαφές πως παρουσιάζεται πολύ μεγάλη αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων.

Η πνευμονία αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα των μολυσματικών παθήσεων. Αξίζει να σημειωθεί, πως οι περισσότερες ετήσιες ποσοστιαίες μεταβολές, την περίοδο 1997-2004, αναφέρονται σε μείωση. Φανερό είναι επίσης, πως η αύξηση, η οποία εντοπίζεται, είναι σε μεγάλο βαθμό περιορισμένη σε σχέση με τις χρόνιες παθήσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως την περίοδο 1997-2002 η αύξηση, η οποία εντοπίζεται, είναι κατά 38,4%. Πρέπει να σημειωθεί, πως οι θάνατοι από την παραπάνω πάθηση, το 2002, μεγιστοποιούνται.

Μέσα από τα παραπάνω αποδεικνύεται η συνεχής αύξηση, όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις. Νοούμενου πως οι νόσοι αυτοί απαιτούν χρονοβόρες διαδικασίες θεραπείας και μάλλον παρατηρείται επιβράδυνση της νόσου παρά θεραπεία, γίνεται κατανοητός ο λόγος της αύξησης των δαπανών υγείας.

➤ Οικονομικοί Παράγοντες

Η συνεχής βελτίωση του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος επιτρέπει στο άτομο να ζητά όλο και περισσότερες και καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Πραγματικά εντοπίζεται βελτίωση των εισοδημάτων στην Κύπρο, η οποία αυξάνει την ζήτηση και κατά συνέπεια τις συνολικές δαπάνες υγείας.

➤ Αύξηση Διαθεσιμότητας και Βελτίωση Προσπελασιμότητας Υπηρεσιών Υγείας.

Ο πίνακας 1.6 παρουσιάζει επιλεγμένους δείκτες υγείας για την περίοδο 1980-2004. Είναι σαφής η επέκταση, η οποία εντοπίζεται στον υγειονομικό τομέα της Κύπρου. Συγκεκριμένα, υπάρχει σημαντική αύξηση μέσων και ανθρώπινου δυναμικού. Αυτή η εικόνα είναι πιο έντονη, όσον αφορά την αναλογία ιατρών και πολιτών. Συγκεκριμένα, το 1980 αναλογούσε ένας ιατρός για 908 πολίτες, ενώ μέσα σε μια δεκαετία η αναλογία αυτή βελτιώθηκε με αποτέλεσμα να αντιστοιχούν σε 1 ιατρό 483 πολίτες. Παρόμοια εικόνα βελτίωσης της αναλογίας ιατρού και πολιτών, αν και σαφώς πιο περιορισμένη, επικρατεί και τη δεκαετία 1990-2000. Συγκεκριμένα, αναλογούν 385 πολίτες ανά ιατρό. Η παραπάνω αναλογία συνεχίζει να βελτιώνεται μέχρι το 2004, όπου εντοπίζονται τα τελευταία αποτελέσματα, εφόσον ένας ιατρός εξυπηρετεί 375 πολίτες.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, παρατηρείται υπερπροσφορά νοσοκομειακών κλινών στον υγειονομικό τομέα της Κύπρου. Επομένως διαπιστώνεται για μια ακόμη φορά η διεύρυνση, η οποία λαμβάνει χώρα στον τομέα της υγείας.

Όσον αφορά την αναλογία νοσοκόμου και πολιτών, πρέπει να σημειωθεί πως παρουσιάζει επίσης βελτίωση, φανερά πιο περιορισμένη συγκριτικά με τους ιατρούς.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 1980 αναλογούσαν 298 πολίτες ανά νοσοκόμο, η αναλογία αυτή μεταβλήθηκε την επόμενη δεκαετία με αποτέλεσμα ένας νοσοκόμος να εξυπηρετεί 234 πολίτες. Η ίδια εικόνα δεν συνεχίστηκε και το 2000, εφόσον τώρα αναλογούν 237 πολίτες ανά νοσοκόμο. Η περίοδος 1990-2000 αποτελεί μοναδική εξαίρεση, εφόσον μέχρι το 2004, όπου εντοπίζονται τα τελευταία αποτελέσματα, παρατηρείται περαιτέρω βελτίωση. Συγκεκριμένα αναλογούν 227 άτομα ανά νοσοκόμο. Είναι φανερό, πως παρουσιάζεται βελτίωση και όσον αφορά την αναλογία νοσοκόμων και πολιτών.

Επίσης μείωση παρουσιάζεται και κατά συνέπεια βελτίωση και όσον αφορά τις νοσοκομειακές κλίνες ανά νοσοκόμο. Το 1980 αναλογούσαν 2,7 νοσοκομειακές κλίνες ανά νοσοκόμο, ενώ σε μια δεκαετία ισοδυναμούσαν 1,8 κλίνες σε ένα νοσοκόμο. Παρόμοιες τάσεις, αν και πιο περιορισμένης έκτασης, επικρατούν μέχρι και το 2000, με αποτέλεσμα ένας νοσοκόμος να εξυπηρετεί 1,4 κλίνες. Η παραπάνω αναλογία βελτιώνεται ακόμη περισσότερο, εφόσον το 2004 οι κλίνες ανά νοσοκόμο μειώθηκαν στις 1,2.

Επίσης περαιτέρω ενδυνάμωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας προκαλείται και από την συνεχώς αυξανόμενη εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία, σε συνδυασμό με την υψηλή φαρμακευτική δαπάνη, οξύνει περισσότερο τις συνολικές δαπάνες. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως είναι σαφής η επέκταση, η οποία εντοπίζεται στον υγειονομικό τομέα. Αποτέλεσμα αυτής της επέκτασης είναι η αύξηση των δαπανών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη πως η διεύρυνση της προσφοράς αυξάνει ταυτόχρονα και τη ζήτηση, καθώς επίσης πως οι νέες τεχνολογίες και τα καινούργια φάρμακα είναι ακριβότερα από αυτά των προηγούμενων ετών.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί, πως αυτή η διεύρυνση του υγειονομικού τομέα σε συνδυασμό με την πρόοδο στις συγκοινωνίες έφερε και τη βελτίωση όσον αφορά την προσπελασιμότητα.

➤ Ιδιομορφία Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν είναι μία συνηθισμένη ανταγωνιστική αγορά.¹⁰ Αντίθετα, παρουσιάζει ιδιομορφίες που απορρέουν κυρίως από την περιορισμένη κυριαρχία του καταναλωτή. Ανήκει σε εκείνες τις αγορές όπου η ζήτηση,

¹⁰ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σ.158

στο μεγαλύτερο της βαθμό τουλάχιστον, καθορίζεται από τους προμηθευτές. Άλλωστε αυτός είναι ο λόγος που η ζήτηση δεν καθορίζει τις πραγματικές ανάγκες υγείας.

Τέτοιου τύπου αγορές προσφέρονται για την αύξηση του συνολικού κόστους, μιας και οι προμηθευτές, στην προκειμένη περίπτωση ιατροί, συμπεριφέρονται με βάση οικονομικά κριτήρια. Συναντάται λοιπόν η έννοια της προκλητής ζήτησης από μέρους των ιατρών. Πρέπει επίσης να σημειωθεί και η προκλητή ζήτηση και πάλι εκ μέρους των ιατρών για λόγους προστασίας του ιατρικού σώματος.

Επομένως αφού η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται κατά πρώτο λόγο από τους γιατρούς, θα πρέπει να ληφθεί ιδιαίτερος υπόψη η αύξηση τους. Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, παρουσιάζεται μία μεγάλη αύξηση των ιατρών στην Κύπρο. Επομένως το παραπάνω φαινόμενο επαληθεύεται και στην κυπριακή πραγματικότητα.

Ακόμη μία ιδιομορφία που παρουσιάζει ο υγειονομικός τομέας είναι αυτή του moral hazard και συνδέεται με την πλευρά της ζήτησης. Ιδιαιτερότητα που προκαλεί μεγαλύτερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και σε τελική ανάλυση αύξηση του κόστους. Με άλλα λόγια, ο καταναλωτής λόγω του ότι είναι ασφαλισμένος και δεν επωμίζεται το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει, συμπεριφέρεται λιγότερο υπεύθυνα.

➤ Ψυχο- κοινωνικό – πολιτιστικοί Παράγοντες

Λόγω της βελτίωσης του μορφωτικού επιπέδου, της επαγγελματικής αποκατάστασης και της προόδου της ιατρικής επιστήμης αυξήθηκαν οι απαιτήσεις του κοινού. Αποτέλεσμα αυτού, η εγκατάλειψη των παραδοσιακών μηχανισμών περίθαλψης μέσω της οικογένειας και της κοινότητας και η ζήτηση υπηρεσιών στη συμβατική ιατρική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Είναι γεγονός, πως ο εντοπισμός των οικονομικών πόρων για την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των κυβερνήσεων. Κατά την διαδικασία καθορισμού των συνολικών δαπανών υγείας και των πηγών χρηματοδότησης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ιστορικά, κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα, καθώς και κριτήρια κοινωνικής ισότητας και αποτελεσματικότητας.

Οι τρεις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα είναι:¹¹

- Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθενται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στην μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Η αρχή της ισότητας στην χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του καθενός.

Σε γενικές γραμμές τουλάχιστον, οι παραπάνω αρχές δεν εντοπίζονται στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας δέχονται παροχές σε είδος και χρηματοδοτούνται ανεξαρτήτως ορθολογικών κριτηρίων, τα οποία να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές ανάγκες υγείας και να λαμβάνουν υπόψη τον παράγοντα κόστους. Επομένως γίνεται φανερό, πως οι αρχές της μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, στο μεγαλύτερο τουλάχιστο τους μέρος, δεν ικανοποιούνται στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα.

Όσον αφορά την αρχή της ισότητας στην χρηματοδότηση, δεδομένου πως το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές, γίνεται σαφές πως η συμμετοχή στην χρηματοδότηση είναι ανάλογη με την χρήση των

¹¹ Μ.Θεοδώρου, Μ.Σαρρής, Σ.Σούλης, *Συστήματα ...*, ό.π., σ.161

υπηρεσιών και όχι σύμφωνη με την ικανότητα πληρωμής. Κατά συνέπεια, η ισότητα στην χρηματοδότηση, στο μεγαλύτερο τουλάχιστο βαθμό, ακυρώνεται.

Ο υγειονομικός τομέας στην Κύπρο χρηματοδοτείται από δημόσιες και ιδιωτικές πληρωμές. Συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) και τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτική ασφάλιση, εισόδημα νοικοκυριών, παροχές υγείας από εργοδότες, δωρεές και φιλανθρωπίες). Είναι έντονη η απουσία της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία αναμένεται να εφαρμοστεί με την λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας.

2.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η μοναδική δημόσια πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, εφόσον δεν έχει μέχρι στιγμής εφαρμοστεί η κοινωνική ασφάλιση. Είναι ευνόητο λοιπόν, αν και το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης παρέχεται από ιδιωτικές πληρωμές, πως είναι σημαντική η συμβολή του κρατικού προϋπολογισμού όσον αφορά την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. Μέσω αυτού χρηματοδοτείται η κεντρική διοίκηση (υπουργείο υγείας κ.λ.π.), οι δημόσιες μονάδες υγείας, η δημόσια υγεία, οι επενδύσεις και η εκπαίδευση.

2.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ιδιωτικές πληρωμές κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας. Αποτελούν δαπάνες που προέρχονται από το προσωπικό εισόδημα του πολίτη. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν κυρίως τις πληρωμές για την θεσμοθετημένη συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των δημόσιων υπηρεσιών, τις δαπάνες για τις αμοιβές των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τις πληρωμές στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Στην Κύπρο εντοπίζονται εκείνοι οι παράγοντες, οι οποίοι προσφέρονται για την υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Συγκεκριμένα, όπως παρουσιάστηκε μέσα από τους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, οι ανάγκες υγείας λαμβάνουν αυξητικές τάσεις. Εφόσον συντρέχουν εκείνοι οι παράμετροι, οι οποίοι αυξάνουν την ζήτηση για

υπηρεσίες υγείας, γίνεται αντιληπτό πως οι ανάγκες υγείας ενισχύονται. Δεδομένης της αύξησης των αναγκών και της απουσίας ενός πραγματικού συστήματος υγείας, παραμένει και ενισχύεται η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης.

Ο υγειονομικός τομέας στην Κύπρο δεν αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αυτό ερμηνεύεται ως ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη εφόσον δεν εντοπίζεται η κοινωνική ασφάλιση στον τομέα της υγείας, περιορισμένοι δημόσιοι πόροι και μη αποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου τομέα. Επομένως δεν μπορεί να επιτευχθεί, τουλάχιστον στο μεγαλύτερο βαθμό, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών.

Επίσης ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας υγείας φέρει την δική του ευθύνη για την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης. Για να επιβιώσει οικονομικά αυτή η υπερπροσφορά ιατρών και γενικότερα υπηρεσιών υγείας, αναγκάζεται να ωθεί την κατανάλωση και κατά συνέπεια τις ανάγκες υγείας προς τα πάνω. Ως γνωστό, λόγω της περιορισμένης κυριαρχίας του καταναλωτή στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, η ζήτηση καθορίζεται, στο μεγαλύτερο βαθμό, από την προσφορά. Επομένως προσφέρεται ο υγειονομικός τομέας για αυτή την συμπεριφορά των προμηθευτών.

Ακόμη η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και το οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν σημαντικά την Ιδιωτική δαπάνη υγείας. Πραγματικά, όπως παρουσιάστηκε μέσα από τους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, παρατηρείται σημαντική επέκταση στον υγειονομικό τομέα της Κύπρου. Συγκεκριμένα, εντοπίζεται αύξηση μέσων και ανθρώπινου δυναμικού. Επομένως αυξάνεται η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα ενισχύεται η ιδιωτική δαπάνη υγείας.

Επίσης η βελτίωση του οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού συμβάλλει στην αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Εφόσον παρατηρείται αύξηση των εισοδημάτων, γίνεται αντιληπτό πως ακόμη ένας παράγοντας, ο οποίος ωθεί τις ιδιωτικές δαπάνες προς τα πάνω, εντοπίζεται στην Κυπριακή πραγματικότητα.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο χρηματοδοτείται από ιδιωτικές πληρωμές. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το 1990 ποσοστό 60% των συνολικών δαπανών υγείας κατείχαν οι ιδιωτικές πληρωμές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις δημόσιες δαπάνες περιοριζόταν στο 40%. Παρόμοιες τάσεις επικρατούν και σήμερα. Αυτό σημαίνει πως η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, σε μεγάλο βαθμό, καθορίζεται από το εισόδημα του πολίτη. Επομένως η ισότητα στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας ακυρώνεται σημαντικά. Για να εξυπηρετείται αυτού του τύπου η ισότητα, πρέπει ο καταναλωτής να μπορεί να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας

σύμφωνα με τις πραγματικές του ανάγκες. Εφόσον εντοπίζεται το μεγάλο αυτό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών, γίνεται αντιληπτό πως η χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται και από το εισόδημα, κατά συνέπεια τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα εντοπίζονται σε δυσμενέστερη θέση.

Η παραπάνω ιδιωτική δαπάνη υγείας γίνεται ακόμη δυσμενέστερη, δεδομένου πως επιβαρύνει περισσότερο τα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια. Σύμφωνα με την έρευνα νοικοκυριών για το 2002, όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας και τις αντίστοιχες δαπάνες, αναλύθηκε η οικονομική επιβάρυνση στα νοικοκυριά για ανεύρεση υπηρεσιών υγείας.¹² Ο πίνακας 2.1 παρουσιάζει την ιδιωτική δαπάνη υγείας κατά κατηγορία εισοδήματος για το 2002.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ 2002.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (€)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
<5,000	6,4%
5,000-7,000	5,7%
7,000-9,000	4,6%
9,000-11,000	3,8%
11,000-13,000	4,1%
13,000-15,000	3,0%
15,000-20,000	2,6%
20,000-25,000	2,5%
25,000<	2,6%

Πηγή: A study of the costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus.

¹² W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.9

Όπως γίνεται φανερό, εκτός μεμονωμένων εξαιρέσεων, το ποσοστό, το οποίο δαπανάται για υπηρεσίες υγείας επί του συνολικού εισοδήματος, είναι μεγαλύτερο για τα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια. Επομένως η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη υγείας, η οποία εντοπίζεται στην Κύπρο, λαμβάνει ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις. Νοουμένου πως δεν εντοπίζεται εξίσου στο σύνολο του πληθυσμού, αλλά πλήττει τις ασθενέστερες εισοδηματικές τάξεις.

Οι παραπάνω τάσεις αποκτούν μεγαλύτερη σημασία, εφόσον εντοπίζονται και για το 1996. Όπως γίνεται αντιληπτό από τον **πίνακα 2.2**, η κατηγοριοποίηση των εισοδημάτων έγινε κατά διαφορετικό τρόπο, εντούτοις ουσιαστικά προκύπτουν τα ίδια αποτελέσματα. Τα νοικοκυριά, τα οποία εντοπίζονται στα κατώτερα εισοδηματικά στρώματα, επιβαρύνονται περισσότερο από την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Κατά συνέπεια, οι τάσεις αυτές πρέπει να ληφθούν ιδιαίτερος υπόψη, ούτως ώστε να προστατευθούν οικονομικά οι συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού. Είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί μια πλήρη ανάλυση, όσον αφορά την διανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά κατηγορία εισοδήματος, ούτως ώστε να επιβεβαιωθούν οι παραπάνω τάσεις. Πραγματικά τα ευρήματα αυτά πρέπει να ληφθούν ιδιαίτερος υπόψη, ούτως ώστε να γίνει σαφές αν η μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση για τα κατώτερα εισοδηματικά στρώματα παρουσιάζεται σταθερή και ποιες είναι οι αιτίες για το αποτέλεσμα αυτό. Η έλλειψη προσοχής είναι πιθανό να επιφέρει στα νοικοκυριά αυτά σοβαρούς οικονομικούς κινδύνους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ 1996.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (£)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
<6,000	4,0%
6,000-7,500	3,4%
7,500-11,000	2,3%
11,000-16,000	1,3%
16,000-21,000	2,0%

Πηγή: A study of the costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus.

Σημαντική είναι και η κατανομή της ιδιωτικής δαπάνης για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία. Σύμφωνα με τον **πίνακα 2.3**, το μεγαλύτερο ποσοστό της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης κατέχει η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η ιδιωτική δαπάνη για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, για το έτος 1993, εξειδικεύεται ανά επιμέρους υπηρεσία ως εξής: 41,3% για την φαρμακευτική υπηρεσία, 38,3% για την εξωνοσοκομειακή, 18,7% για νοσοκομειακή και 1,7% για υπηρεσίες ασφάλισης υγείας. Επομένως το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης κατέχει η φαρμακευτική περίθαλψη. Συνεπώς είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν μέτρα για την συγκράτηση της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης, όπως είναι η εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων.

Επίσης μέσα από την παραπάνω κατανομή, γίνεται φανερή και η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη για κατανάλωση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο Κύπριος πολίτης εξυπηρετείται, σε μεγάλο βαθμό, από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Κατά συνέπεια, οι αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες δεν καλύπτουν, στον αναμενόμενο βαθμό, τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Επομένως είναι ευνόητο, πως η λειτουργία των συγκεκριμένων υπηρεσιών δεν είναι, στο βαθμό που θα έπρεπε τουλάχιστον, αποτελεσματική. Επίσης σύμφωνα και με την έρευνα νοικοκυριών για το 2002, όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας και τις αντίστοιχες δαπάνες, παρουσιάζεται μεγαλύτερη ικανοποίηση των καταναλωτών στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση των χρηστών μειώθηκε και για τους δυο τομείς, την περίοδο 1996 – 2002, εντούτοις η μείωση για τον δημόσιο τομέα είναι σημαντικά μεγαλύτερη.

Η παραπάνω κατανομή της ιδιωτικής δαπάνης μετά την πάροδο μιας πενταετίας, τροποποιείται ως ακολούθως. Συγκεκριμένα, το 1998 η κατανομή της ιδιωτικής δαπάνης για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία είχε ως εξής: 35,6% για φαρμακευτική υπηρεσία, 47,6% για την εξωνοσοκομειακή, 11,8% για την νοσοκομειακή και 5% για τις υπηρεσίες ασφάλισης υγείας. Επομένως παρατηρείται μείωση, όσον αφορά την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη. Παρά την συγκεκριμένη μεταβολή, η ανάγκη για επιβολή μέτρων συγκράτησης της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης παραμένει, εφόσον εντοπίζεται ξανά σε υψηλά επίπεδα.

Επίσης μέσα από την παραπάνω κατανομή, παρατηρείται και μεγάλη αύξηση, σε σχέση με το 1993, όσον αφορά το ποσοστό των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών στο σύνολο της ιδιωτικής δαπάνης για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, η μη αποτελεσματική λειτουργία των δημόσιων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συνεχίζεται

και μάλλον ενισχύεται, εφόσον η ιδιωτική δαπάνη για κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών λαμβάνει αυξητικές τάσεις. Ο κύριος πολίτης εξυπηρετείται, όσον αφορά τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, περισσότερο από τον ιδιωτικό τομέα και μάλιστα αυτή η τάση με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται ενδυναμωμένη.

Οι παραπάνω αδυναμίες παραμένουν αναπάντητες σύμφωνα και με τα τελευταία αποτελέσματα, εφόσον η κατανομή της ιδιωτικής δαπάνης για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία παραμένει ουσιαστικά αμετάβλητη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΠΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΑ ΕΤΗ 1993, 1998, 2003 ΚΑΙ 2004.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΤΟΣ	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
1993	38,3%	18,7%	41,3%	1,7%
1998	47,6%	11,8%	35,6%	5%
2003	48%	11,9%	35,9%	4,2%
2004	48,4%	11,9%	35,5%	4,2%

Πηγές: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2001, 2004.

2.2.1. Συμμετοχή του πολίτη στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας.

Ανάμεσα στις μεθόδους συγκράτησης των δαπανών υγείας εντοπίζεται και η συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Αξίζει να σημειωθεί, πως το παραπάνω μέτρο έχει απασχολήσει ιδιαίτερος τους αρμόδιους στην Κύπρο. Πιο συγκεκριμένα, οι προτάσεις της κυβέρνησης εστιάστηκαν, όσον αφορά την αποδοτικότητα και τον έλεγχο του κόστους, στην πλευρά της ζήτησης με την χρήση των συμπληρωματικών πληρωμών.¹³ Σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία, ο πληθωρισμός κόστους δεν μπορεί να ελεγχθεί αποτελεσματικά, ακόμη και με υψηλές

¹³ Ministry of Health, Cyprus Development Bank, *International Lessons For the Introduction of A National Health Insurance Scheme in Cyprus*, Nicosia 1992, σ.68

συμπληρωματικές πληρωμές. Η έλλειψη αποδοτικότητας στην χρήση των διατιθεμένων πόρων οφείλεται περισσότερο στην συμπεριφορά των προμηθευτών και όχι των καταναλωτών. Επομένως η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών, εφόσον συνδέεται με την πλευρά της ζήτησης, δεν μπορεί να βελτιώσει την παραπάνω κατάσταση. Οι συμπληρωματικές πληρωμές μπορεί να είναι χρήσιμες, εφόσον η ελαστικότητα της τιμής είναι μικρή και η συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των υπηρεσιών εντοπίζεται σε χαμηλά επίπεδα.

Επίσης η εμπειρία της εφαρμογής συστημάτων συμμετοχής στο κόστος έχει δείξει ότι αυτή όντως μειώνει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.¹⁴ Έχει δείξει όμως ότι δε μειώνει την ζήτηση αυτή εξίσου σε όλο τον πληθυσμό, αλλά πλήττονται κυρίως τα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και οι χρονίως πάσχοντες. Η παραπάνω διαπίστωση πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα από τους αρμόδιους στην Κύπρο, ειδικότερα λαμβάνοντας υπόψη, όπως έγινε φανερό μέσα από την χρηματοδότηση των ιδιωτικών πληρωμών, πως η ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Κύπρο είναι μεγάλη και επιβαρύνει περισσότερο τα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια.

Βασικός στόχος του Γενικού Συστήματος Υγείας είναι η βελτίωση της ισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η άκριτη υιοθέτηση τέτοιων μεθόδων κάθε άλλο παρά συμβάλλει στην επίτευξη του παραπάνω στόχου. Εφόσον κριθεί αναγκαία η εφαρμογή των συμπληρωματικών πληρωμών πρέπει να προσεχθούν οι υπηρεσίες και οι κατηγορίες του πληθυσμού στις οποίες θα απευθύνεται.

Οι μεταρρυθμίσεις στον Κυπριακό Υγειονομικό τομέα πρέπει να επικεντρωθούν κυρίως στην πλευρά της προσφοράς. Η έλλειψη αυτών των μεταρρυθμίσεων επιτρέπει την συνέχιση του πληθωρισμού κόστους και την αδυναμία αποτελεσματικής βελτίωσης στην ισότητα πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας.

¹⁴ Γ.Κυριόπουλος, Α.Σισσούρας, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997, σ.71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την διεθνή ερευνητική εμπειρία, ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών επηρεάζει την συμπεριφορά τόσο των ιδίων όσο και των καταναλωτών. Πρέπει επίσης να σημειωθεί, πως ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών επιδρά σημαντικά στους κύριους στόχους ενός συστήματος υγείας, όπως είναι η αποτελεσματικότητα και η ισότητα.

3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

Η κοινωνική και ηθική διάσταση του ιατρικού επαγγέλματος υπαγορεύει στους ιατρούς να κάνουν το καλύτερο δυνατό για τον ασθενή.¹⁵ Στην πράξη αυτός ο κανόνας δέχεται σημαντικές αποκλίσεις, λόγω του ότι οι ιατροί επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά ανάλογα με τα οικονομικά κίνητρα που ισχύουν κάθε φορά. Παρακάτω παρουσιάζονται οι υφιστάμενες μέθοδοι αμοιβής των ιατρών και οι αντίστοιχες μέσο στα πλαίσια του ΓΕΣΥ. Οι μέθοδοι αμοιβής των προμηθευτών αποζημίωση με τιμές αγοράς, αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές και η πληρωμή με μισθό εντοπίζονται σήμερα στο υγειονομικό τομέα της Κύπρου, ενώ η πληρωμή κατά κεφαλή και κατά πράξη αναμένονται να εφαρμοστούν με την λειτουργία του ΓΕΣΥ.

➤ Αποζημίωση με τιμές αγοράς

Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, οι τιμές καθορίζονται από τους προμηθευτές με βάση τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Οι καταναλωτές είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν τους προμηθευτές και να αποζημιωθούν μερικώς ή εξ' ολοκλήρου από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Είναι ευνόητο, πως όσο μεγαλύτερη είναι η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα, τόσο περισσότερο ενθαρρύνονται οι ιατροί για να αυξήσουν τις τιμές αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στην Κύπρο εντοπίζεται αυτή η μέθοδος πληρωμής και αφορά τον ιδιωτικό τομέα. Εφόσον μέχρι στιγμής η υγειονομική κάλυψη παρέχεται από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι φορείς αυτοί επιτρέπουν στους ασφαλισμένους να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες και να πληρώσουν τους προμηθευτές στο σημείο

¹⁵ Μ.Θεοδώρου, Μ.Σαρρής, Σ.Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997,σ.148

παροχής των υπηρεσιών, καθώς επίσης να αποζημιωθούν εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό φορέα σύμφωνα με τις τιμές του συμβολαίου.

➤ Αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στον υγειονομικό τομέα της Κύπρου εντοπίζεται μόνο η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το σύστημα της αποζημίωσης με προκαθορισμένες τιμές, αφορά τις διαπραγματεύσεις των ασφαλιστικών φορέων με τους προμηθευτές για τον καθορισμό των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι καταναλωτές μπορούν να εξυπηρετηθούν από τους συμβεβλημένους με τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς προμηθευτές, να επωμισθούν σε πρώτο στάδιο το κόστος του καθορισμένου τιμολογίου και να αποζημιωθούν εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό φορέα.

Τα δυο αυτά συστήματα, τα οποία υποχρεώνουν τον ασθενή να πληρώσει ο ίδιος τον ιατρό για τις υπηρεσίες που του προσέφερε και να αποζημιωθεί εκ των υστέρων από τον ασφαλιστικό φορέα, έχουν το μειονέκτημα ότι αναγκάζουν τον ασθενή να έχει πάντοτε χρήματα για αυτό.¹⁶ Επομένως οι ασθενέστερες οικονομικά τάξεις παρεμποδίζονται στην χρήση των υπηρεσιών. Υπάρχει όμως και το όφελος, πως ο καταναλωτής αντιλαμβάνεται το κόστος που προκαλεί, επομένως συμπεριφέρεται περισσότερο υπεύθυνα.

➤ Πληρωμή με μισθό

Είναι η πιο απλή στην εφαρμογή μέθοδος αμοιβής. Ο ιατρός συμβάλλεται με το κράτος με σχέση εξαρτημένης εργασίας και συμφωνεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του για συγκεκριμένες ώρες ημερησίως και να αμείβεται με τη συμφωνηθείσα αμοιβή. Η μέθοδος αυτή αμοιβής παρουσιάζει αρκετά προβλήματα, λόγω του ότι οι ιατροί αμείβονται με σταθερό ποσό ανεξαρτήτως της αποδοτικότητας τους, επομένως δεν έχουν τα κίνητρα για να την αυξήσουν. Σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία, η αμοιβή με μισθό συνδέεται επιτυχώς στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια. Αυτό το τελευταίο πρέπει να προσεχθεί από τους αρμόδιους στην Κύπρο, δεδομένου πως ο παραπάνω τρόπος αμοιβής εφαρμόζεται τόσο στη νοσοκομειακή όσο και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

➤ Πληρωμή κατά κεφαλή

Η μέθοδος αυτή αμοιβής αναμένεται να εφαρμοστεί στην Κύπρο με την λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με αυτή, ο ιατρός αμείβεται με

¹⁶ Μ.Θεοδώρου, Μ.Σαρρής, Σ.Σούλης, *Συστήματα ...*,ό.π.,σ.169

ένα εκ των προτέρων καθορισμένο και συνήθως προκαταβαλλόμενο ποσό ανά ασφαλισμένο, αναλαμβάνοντας την υποχρέωση να του παρέχει για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα ένα συγκεκριμένο πακέτο ιατρικών υπηρεσιών.¹⁷ Το ποσό καταβάλλεται σε μηνιαία ή ετήσια βάση ανεξάρτητα εάν ο ασφαλισμένος κατανάλωσε ή όχι υπηρεσίες.

Αναμένεται να είναι η μέθοδος αμοιβής των οικογενειακών ιατρών. Ο πολίτης θα επιλέγει τον οικογενειακό ιατρό του στον οποίο θα απευθύνεται για κάθε πρόβλημα υγείας. Ο ασθενής θα παραπέμπεται στους ιατρούς των ειδικοτήτων και στο νοσοκομείο, μετά από εντολή του οικογενειακού ιατρού. Επομένως η χρήση των υπηρεσιών θα είναι όσο το δυνατό πλησιέστερη με τις πραγματικές ανάγκες υγείας, ούτως ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα στην χρήση των οικονομικών πόρων. Δεδομένα, τα οποία συμβάλλουν στην συγκράτηση των συνολικών δαπανών.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός, πως ο ιατρός δεν μπορεί να δεχθεί επίσκεψη σε ιδιωτική βάση από άτομο που είναι εγγεγραμμένο στη λίστα του. Έτσι δεν έχει κίνητρο, ώστε να μην εξυπηρετεί κατάλληλα τους ασφαλισμένους στον κατάλογο του.

Άλλα πλεονεκτήματα που συνδέονται με αυτή την μέθοδο αμοιβής είναι η συνέχεια στην φροντίδα που αισθάνεται ο καταναλωτής, η αυτονομία που αποκτά ο ιατρός λόγω του ότι είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία του ιατρείου του, σημαντική πρόβλεψη κόστους εκ μέρους του ασφαλιστικού φορέα και τέλος επιτυγχάνεται περιορισμός του κόστους, εφόσον μέσω αυτής της μεθόδου δεν υπάρχουν κίνητρα για υπερκατανάλωση, αλλά αντίθετα ενθαρρύνονται οι ιατροί να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις.

Υπάρχουν όμως και μειονεκτήματα σε αυτή την μέθοδο, τα οποία εάν συγκριθούν με τα οφέλη, γίνεται κατανοητό πως μπορούν να μετριαστούν. Μειονεκτήματα, όπως είναι η απαγόρευση στον ασθενή για ελεύθερη πρόσβαση στους ιατρούς των ειδικοτήτων. Στην πραγματικότητα, ο ασθενής θα έχει πρόσβαση στην ειδική και νοσοκομειακή περίθαλψη και χωρίς την έγκριση του οικογενειακού ιατρού, όμως θα επωμίζεται το κόστος αυτών των παροχών. Ακόμη η δυνατότητα, η οποία παρέχεται στον καταναλωτή για επιλογή μεταξύ των συμβεβλημένων με το σύστημα προμηθευτών, εφόσον υπάρχει παραπομπή από οικογενειακό ιατρό, αποδεικνύει για μια

¹⁷ Στο ίδιο, σ.171

ακόμη φορά πως η παραπάνω απαγόρευση παρουσιάζεται μετριασμένη. Επίσης μειονέκτημα αποτελεί η δυνατότητα που παρέχεται στον ιατρό να απορρίπτει συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, οι οποίες κρίνονται πως κοστίζουν ιδιαίτερα. Το τελευταίο αυτό μειονέκτημα μπορεί να αντιμετωπιστεί, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, πως οι ιατροί μπορούν να έχουν μεγαλύτερη αμοιβή για αυτές τις συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως τα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου, σε σχέση με τα πλεονεκτήματα τουλάχιστον, παρουσιάζονται μάλλον υποφερτά. Ιδιαίτερος λαμβάνοντας υπόψη, πως υπάρχουν συγκεκριμένες λύσεις για να αντιμετωπιστούν ορισμένα τουλάχιστον από αυτά. Αναμένεται λοιπόν με την εφαρμογή αυτής της μεθόδου αμοιβής στην πρωτοβάθμια δημόσια υγεία στην Κύπρο, να επιλυθούν ζητήματα που προκαλούνται από την μέχρι στιγμής μέθοδο αμοιβής του μισθού.

➤ Πληρωμή κατά πράξη

Η παραπάνω μέθοδος αμοιβής αναμένεται να εφαρμοστεί στους ιατρούς των ειδικοτήτων στην Κύπρο, μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με αυτή, ο ιατρός αμείβεται για κάθε επιμέρους υπηρεσία που προσφέρει.¹⁸ Παρακάτω παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου αμοιβής. Συγκεκριμένα, παρέχεται η δυνατότητα στον ιατρό για αυτονομία, η οποία ωθεί τον τελευταίο, ούτως ώστε να συμπεριφερθεί αποτελεσματικά για να προσελκύσει πελατεία. Επίσης μέσω της παραπάνω μεθόδου αμοιβής γίνεται εφικτή η σύνδεση, τουλάχιστον σε γενικές γραμμές, μεταξύ αποδοτικότητας και αμοιβής.

Δεν απουσιάζουν όμως και τα μειονεκτήματα, λόγω του ότι το εισόδημα του ιατρού αυξάνεται ανάλογα με τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχει. Είναι ευνόητο λοιπόν, πως αυτή η μέθοδος αμοιβής προσφέρεται για αύξηση των δαπανών, σύμφωνα και με την διεθνή εμπειρία. Επομένως η προαναφερομένη σύνδεση μεταξύ αμοιβής και αποδοτικότητας για να λειτουργήσει πραγματικά, πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένες ασφαλιστικές δικλείδες. Επίσης μειονέκτημα αποτελεί το υψηλό διοικητικό κόστος για την καταγραφή και τον έλεγχο των ιατρικών πράξεων.

¹⁸ Στο ίδιο, σ.170

3.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Μεταξύ των κύριων μεθόδων αμοιβής των νοσοκομείων που ισχύουν διεθνώς, εντοπίζεται και η τρέχουσα μορφή αμοιβής των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Κύπρο, δηλαδή αυτή της πληρωμής κατά πράξη. Επίσης μέσα στις παραπάνω μεθόδους παρατηρείται και η αντίστοιχη της πληρωμής σύμφωνα με την διάγνωση, η οποία προτείνεται μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι προαναφερόμενοι τρόποι πληρωμής των νοσοκομείων

➤ Πληρωμή κατά πράξη

Ισχύει στα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία χρεώνουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε ιδιώτες ασθενείς.¹⁹ Επομένως δίνεται ένα κίνητρο σε αυτά να αυξήσουν το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχουν, ώστε να αυξήσουν τα έσοδά τους. Συνεπώς, η μέθοδος αυτή αμοιβής επιβαρύνει ιδιαίτερα είτε το προσωπικό εισόδημα του πολίτη, είτε τον φορέα που παρέχει υγειονομική κάλυψη.

➤ Πληρωμή σύμφωνα με την διάγνωση

Η παραπάνω μέθοδος αμοιβής προτείνεται για τα νοσοκομεία στην Κύπρο. Για την εφαρμογή αυτής της μεθόδου απαιτείται εξειδικευμένο προσωπικό και σύγχρονες τεχνολογίες. Σύμφωνα με αυτή, οι ασθένειες ταξινομούνται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ανάλογα με το κόστος και την ομοιότητα της θεραπείας. Σοβαρό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η δυνατότητα για συγκράτηση του κόστους, λόγω του ότι το νοσοκομείο αμείβεται σύμφωνα με τις υπηρεσίες που παρέχει στον ασθενή και όχι σύμφωνα με τη διάρκεια νοσηλείας. Επομένως δημιουργείται κίνητρο για περιορισμό της διάρκειας νοσηλείας, το οποίο πρέπει να προσεχθεί ώστε να μην δημιουργηθούν άλλα προβλήματα.

Τα μειονεκτήματα δεν απουσιάζουν ούτε και από αυτή την μέθοδο αμοιβής. Πιο συγκεκριμένα, παρέχει την δυνατότητα στα νοσοκομεία για καταστρατηγήσεις. Για παράδειγμα μειονέκτημα αποτελεί η εξαγωγή ατόμων ενωρίτερα, ώστε να επανεισαχθούν και να λάβει το νοσοκομείο μεγαλύτερη αμοιβή. Ακόμη ένα αρνητικό στοιχείο που συνδέεται με την παραπάνω μέθοδο, είναι η δυνατότητα που παρέχει στους ιατρούς σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από περισσότερες της μίας αρρώστιες, να τοποθετεί τον τελευταίο σε εκείνη την κατηγορία που αυξάνει την αμοιβή για το νοσοκομείο. Επομένως κατά την εφαρμογή αυτής της μεθόδου στην Κύπρο, πρέπει να

¹⁹ Στο ίδιο, σ.172

προσεχθούν αυτές οι αδυναμίες. Όπως έγινε φανερό, μεγάλο μέρος των παραπάνω αδυναμιών προκαλούνται από την έλλειψη ευσυνειδησίας που παρουσιάζουν οι ιατροί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

4.1 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

Ο υγειονομικός τομέας στην Κύπρο δεν αποτελεί, μέχρι στιγμής τουλάχιστο, ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αντίστοιχο με αυτά των αναπτυγμένων κρατών του εξωτερικού. Ακόμη κρίνεται απαρχαιωμένος και ειδικότερα όσον αφορά τις διαδικασίες χρηματοδότησης. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως οι δομές του τομέα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο, τόσο από απόψεως οργάνωσης όσο και από απόψεως χρηματοδότησης, παραμένουν όπως διαμορφώθηκαν κατά την διάρκεια της Αγγλικής αποικιακής διοίκησης. Η κατανομή των πόρων μεταξύ των υπηρεσιών υγείας δεν ικανοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία να λαμβάνουν υπόψη τις υγειονομικές ανάγκες, αλλά πραγματοποιείται παθητικά σύμφωνα με την ζήτηση.

Παρά τις διακηρύξεις των περισσότερων χωρών για στροφή προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη μεγάλη σημασία και προσοχή που έδωσε σε αυτή η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η διεθνής επιστημονική κοινότητα, φαίνεται ότι στην πράξη η κατάσταση παραμένει αναλλοίωτη.²⁰ Δεδομένου πως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξυπηρετεί τόσο την προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όσο και την αποτελεσματικότητα κόστους, γίνεται κατανοητή η ανάγκη να δοθεί έμφαση στο αντίστοιχο επίπεδο περίθαλψης. Όπως γίνεται φανερό μέσα από τον **πίνακα 4.1**, η κατανομή της συνολικής δαπάνης υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία, στην Κύπρο, δεν αναφέρεται στις παραπάνω αδυναμίες. Εφόσον η δαπάνη για την νοσοκομειακή περίθαλψη υπολείπεται, έστω και σε μικρό βαθμό, από την αντίστοιχη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, γίνεται σαφές, πως η κατανομή των συνολικών δαπανών υγείας απέχει από το να είναι νοσοκομειοκεντρική. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης επί της συνολικής δαπάνης υγείας ήταν 30,3% και 31% αντίστοιχα. Επίσης σημαντική κατηγορία δαπάνης, όπως παρουσιάζεται μέσα από την παραπάνω κατανομή, είναι και αυτή της αποστολής ασθενών στο εξωτερικό. Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη, η οποία πραγματοποιήθηκε για

²⁰ Στο ίδιο, σ.154

την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών, για το 1992, ανήλθε σε ποσοστό 4,6% της συνολικής. Αυτή η κατηγορία δαπάνης, στον βαθμό που εντοπίζεται τουλάχιστον, ερμηνεύεται ως αποτυχία του κυπριακού υγειονομικού τομέα να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες του πληθυσμού. Η έλλειψη αποτελεσματικής συμπεριφοράς εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας προκαλεί απώλειες αποδοτικότητας στην χρήση των οικονομικών πόρων. Επομένως αποτελεί αναγκαιότητα η παροχή κινήτρων στις υπηρεσίες υγείας για να συμπεριφέρονται περισσότερο αποδοτικά και αποτελεσματικά, ούτως ώστε οι παραπάνω αδυναμίες να αντιμετωπιστούν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ
ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1992 ΚΑΙ 2002**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΕΤΟΣ	
	1992	2002
Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη	31%	35%
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	30,3%	23,6%
Φαρμακευτική Περίθαλψη	13,8%	14,2%
Επενδύσεις	8%	7,1%
Ψυχιατρική Περίθαλψη	5,5%	3,3%
Αποστολή Ασθενών στο Εξωτερικό	4,6%	7,9%
Υπουργείο Υγείας	3,3%	3,2%
Δημόσια Υγεία / Πρόληψη	3,3%	2,3%
Υπηρεσίες Εξυπηρέτησης Περιστατικών Θαλασσαιμίας	0,2%	0,3%
Αποστολή Ασθενών στον Ιδιωτικό Τομέα	-	3,1%

Πηγές: Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας,

A study of the costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus.

Η παραπάνω κατανομή, μετά την πάροδο μιας δεκαετίας, παρουσιάζει, σε γενικές γραμμές τουλάχιστον, τις ίδιες τάσεις. Πιο συγκεκριμένα, η κατανομή των συνολικών δαπανών υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία, για το 2002, δεν κρίνεται νοσοκομειοκεντρική. Τα ποσοστά της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης επί της συνολικής δαπάνης υγείας ήταν 35% και 23,6% αντίστοιχα.

Επομένως ενισχύεται η διαπίστωση, η οποία προέκυψε από την προηγούμενη περίοδο, πως οι συνολικές δαπάνες υγείας δεν ευνοούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Σημαντική κατηγορία δαπάνης, όπως παρουσιάζεται μέσα από την παραπάνω κατανομή, είναι και η αποστολή ασθενών στο εξωτερικό. Συγκεκριμένα, ποσοστό 7,9% της συνολικής δαπάνης υγείας προσφέρεται για την εξυπηρέτηση πολιτών στο εξωτερικό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αυτή η δαπάνη μάλλον προκαλείται από το έλλειμμα αποτελεσματικότητας, το οποίο παρουσιάζει ο κυπριακός υγειονομικός τομέας. Επίσης πρέπει να επισημανθεί, πως η συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης λαμβάνει πραγματικά αυξητικές τάσεις. Η δαπάνη για αποστολή ασθενών στο εξωτερικό, το 1992, εντοπίζεται στο 4,6% της συνολικής, ενώ μετά την πάροδο μιας δεκαετίας το ποσοστό ανήλθε στο 7,9%. Γίνεται αντιληπτό, πως η συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης με τις αδυναμίες που συνεπάγεται πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Αποδεικνύεται εκ νέου, η αναγκαιότητα λήψης μέτρων, όσον αφορά τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά τους.

Δεδομένου πως οι περισσότεροι πόροι για την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο, σε αντίθεση με τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, προέρχονται από ιδιωτικές πηγές, είναι αναγκαίο, ούτως ώστε να μην εξαχθούν εσφαλμένα συμπεράσματα, η προσοχή να δοθεί αποκλειστικά στη δημόσια χρηματοδότηση. Μέσω αυτής της προσέγγισης γίνεται αντιληπτό, πως οι προαναφερόμενες αδυναμίες είναι περισσότερο από φανερές στον κυπριακό υγειονομικό τομέα. Σύμφωνα και με τον **πίνακα 4.2**, η κατανομή της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία, για το 1992, ευνοεί την νοσοκομειακή περίθαλψη. Συγκεκριμένα το ποσοστό της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εντοπίζεται στο 16,1% της δημόσιας δαπάνης υγείας, ενώ το αντίστοιχο της νοσοκομειακής ανήλθε στο 39,2%. Επομένως παρατηρείται έλλειψη έμφασης στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η έλλειψη αυτή δεν επιτρέπει την ουσιαστική συγκράτηση των δαπανών, νοούμενου πως η πρωτοβάθμια υγεία αποδεδειγμένα συμβάλλει καθοριστικά προς την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Για να γίνει περισσότερο κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος, αξίζει να σημειωθεί πως οι δαπάνες για την νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν πέραν των διπλάσιων από τις αντίστοιχες της εξωνοσοκομειακής. Επομένως η κατανομή των πόρων, τουλάχιστον την πιο πάνω περίοδο, κρίνεται νοσοκομειοκεντρική. Επαληθεύεται η παράδοση που ισχύει στα περισσότερα κράτη, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων ευνοεί την νοσοκομειακή περίθαλψη και κατά συνέπεια τις συνολικές δαπάνες.

Επίσης, μέσα από την παραπάνω κατανομή, αξιοσημείωτη είναι και η κατηγορία δαπάνης των επενδύσεων. Πιο συγκεκριμένα, ποσοστό 8,7% της δημόσιας δαπάνης υγείας παραχωρείται για επενδύσεις. Η συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης, στον βαθμό που εντοπίζεται τουλάχιστον, προκαλείται μάλλον από την έλλειψη επαρκούς ανάλυσης κόστους-οφέλους κατά την διαδικασία λήψης των συγκεκριμένων αποφάσεων. Επίσης πρέπει να σημειωθεί, όπως προκύπτει μέσα από την παραπάνω κατανομή και το μικρό ποσοστό, σε σχέση με την σημασία των συγκεκριμένων υπηρεσιών, το οποίο προσφέρεται για την δημόσια υγεία/πρόληψη. Αυτές οι υπηρεσίες και κυρίως οι αντίστοιχες της πρόληψης αναμφίβολα συγκρατούν τις δαπάνες υγείας σε υποφερτά επίπεδα. Νοούμενου πως η πρόληψη, μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, επιταχύνει την πλέον αποδοτική χρήση των οικονομικών πόρων, γίνεται κατανοητός ο λόγος της αντιμετώπισης του κόστους μέσω των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η δημόσια δαπάνη για την δημόσια υγεία/πρόληψη, το 1992, εντοπίζεται σε ποσοστό 6,5% της συνολικής. Επομένως η κατανομή της δημόσιας δαπάνης υγείας μεταξύ των υπηρεσιών, την συγκεκριμένη περίοδο τουλάχιστον, δεν επιτρέπει τον περιορισμό του κόστους. Ακόμη σημαντική επιβάρυνση πάνω στην δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας προκαλείται και από την κατηγορία δαπάνης αποστολή ασθενών στο εξωτερικό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μέσα από την κατανομή της συνολικής δαπάνης υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία για το 1992, η συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης κατέχει ένα σημαντικό ποσοστό και επί του συνόλου των οικονομικών πόρων, οι οποίοι εκχωρούνται στον υγειονομικό τομέα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό επί της συνολικής χρηματοδότησης για την κάλυψη της παραπάνω ανάγκης ανέρχεται στο 4,6%. Νοούμενου πως η παρουσία της συγκεκριμένης δαπάνης είναι έντονη και σε σχέση με την συνολική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, γίνεται αντιληπτό πως δεν επιβαρύνει μόνο τους οικονομικούς πόρους που προέρχονται από τον δημόσιο τομέα, αλλά και τους αντίστοιχους του ιδιωτικού. Επομένως πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πραγματικές διαστάσεις της παραπάνω αδυναμίας. Όσον αφορά την συμμετοχή αυτής της κατηγορίας κόστους στην δημόσια δαπάνη υγείας, πρέπει να σημειωθεί πως το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε, πάντα το 1992, στο 6,2%. Εφόσον η δαπάνη, η οποία πραγματοποιείται για αποστολή ασθενών στο εξωτερικό, είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την δημόσια δαπάνη και όχι με την συνολική, γίνεται φανερό πως η παραπάνω ανάγκη, ενώ εξυπηρετείται τόσο από την δημόσια χρηματοδότηση, όσο και την ιδιωτική, εντούτοις ευνοεί την πρώτη. Η ανάγκη για χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας στο εξωτερικό, προκαλείται, πολύ πιθανό, από την ανεπαρκή λειτουργία των εγχώριων

υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο πρέπει να αναδιαρθρωθούν, ούτως ώστε να συμπεριφέρονται περισσότερο αποτελεσματικά. Με δεδομένη την παραπάνω προϋπόθεση, μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά η αποδοτικότητα στην χρήση των διατιθεμένων πόρων και να περιοριστούν, σε τελική ανάλυση, οι συνολικές δαπάνες υγείας.

Οι παραπάνω αδυναμίες, μετά τη πάροδο μιας δεκαετίας, λαμβάνουν ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις. Εξάιρεση αποτελεί η νοσοκομειοκεντρική διάθεση, όσον αφορά την διανομή των δημόσιων δαπανών υγείας στις υπηρεσίες, η οποία παραμένει σταθερή. Συγκεκριμένα, η κατανομή της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία, για το 2002, παρουσιάζει αυξημένη, σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο, την δαπάνη των επενδύσεων. Το κόστος για επενδύσεις ανήλθε στο 9,8% επί της δημόσιας δαπάνης υγείας. Επιβεβαιώνεται η ανάγκη για εφαρμογή διαδικασιών κόστους-οφέλους, ούτως ώστε οι επενδύσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται, να ικανοποιούν και τον παράγοντα κόστους, αλλά και τις ανάγκες. Σημαντική είναι και η δαπάνη, η οποία είναι ενδυναμωμένη, σε σχέση με το 1992, όσον αφορά την αποστολή ασθενών στο εξωτερικό. Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη για εξυπηρέτηση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του εξωτερικού, το 2002, ανήλθε στο 7,4% της δημόσιας δαπάνης υγείας. Επομένως είναι επιτακτική η ανάγκη για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας της Κύπρου. Αποτέλεσμα και επιπλέον απόδειξη της ανεπάρκειας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια του τομέα της υγείας στο σύνολο του, για ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, αποτελεί η δαπάνη για αποστολή ασθενών στον ιδιωτικό τομέα. Το κόστος για την εξυπηρέτηση των πολιτών στους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, για το 2002, ανήλθε σε ποσοστό 6,4% της δημόσιας δαπάνης υγείας. Αξίζει να σημειωθεί, σύμφωνα και με την κατανομή της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά επιμέρους υπηρεσία για το 1992, πως δεν χρησιμοποιήθηκαν δημόσιοι πόροι για αυτό το σκοπό. Επομένως γίνεται φανερό, πως η παραπάνω δαπάνη παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξητικές τάσεις. Πρέπει να αποτελέσει μεγάλη προτεραιότητα, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, ούτως ώστε να αποφευχθούν οι απώλειες, όσον αφορά την αποδοτικότητα στην χρήση των οικονομικών πόρων. Επίσης μέσω της κατανομής των δημόσιων πόρων υγείας μεταξύ των υπηρεσιών, για το 2002, παρατηρείται και η ελλιπή χρηματοδότηση, όσον αφορά την πρόληψη. Η δαπάνη για την δημόσια υγεία/πρόληψη εντοπίζεται σε ποσοστό 4,7% της δημόσιας δαπάνης υγείας. Εφόσον οι οικονομικοί πόροι, οι οποίοι διατίθενται για σκοπούς πρόληψης, αποδεδειγμένα αξιοποιούνται περισσότερο

αποδοτικά, σε σχέση τουλάχιστο με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, γίνεται κατανοητός ο λόγος, σύμφωνα με τον οποίο η χρηματοδότηση, πάντα την συγκεκριμένη περίοδο, για πρόληψη κρίνεται ελλιπή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ
ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1992 ΚΑΙ 2002**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΕΤΟΣ	
	1992	2002
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	39,2%	35,3%
Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη	16,1%	15,1%
Ψυχιατρική Περίθαλψη	9,3%	6,8%
Επενδύσεις	8,7%	9,8%
Φαρμακευτική Περίθαλψη	7%	7,3%
Δημόσια Υγεία / Πρόληψη	6,5%	4,7%
Υπουργείο Υγείας	6,6%	6,6%
Αποστολή Ασθενών στο Εξωτερικό	6,2%	7,4%
Υπηρεσίες Εξυπηρέτησης Περιστατικών Θαλασσαιμίας	0,4%	0,6%
Αποστολή Ασθενών στον Ιδιωτικό Τομέα	-	6,4%

Πηγές: Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας,

A study of the costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus.

4.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κύπρο παρέχεται μέσω ενός πολυκαναλιακού πλαισίου. Αυτό γίνεται διότι ο υγειονομικός τομέας δεν είναι ενοποιημένος. Η διανομή των υπηρεσιών υγείας γενικότερα και κατά συνέπεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας πραγματοποιείται μέσω δύο τομέων, το δημόσιο και τον ιδιωτικό χωρίς να ικανοποιείται κάποιος στοιχειώδης συντονισμός. Επομένως ανάμεσα σε άλλα παρατηρούνται και φαινόμενα σπατάλης, όπως είναι η επανάληψη της παροχής ίδιων υπηρεσιών. Το κατακερματισμένο πλαίσιο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αποδυναμώνεται ακόμη περισσότερο με την παρεμβολή σωρείας

ιατροφαρμακευτικών ταμείων εργοδοτών και εργαζομένων, συγκεκριμένα αριθμούν στο σύνολο τριάντα πέντε, τα οποία δεν εξυπηρετούν ενιαίους κανόνες και επομένως ενισχύουν την παραπάνω αρνητική κατάσταση. Αξιοσημείωτη είναι η έλλειψη ελέγχου που παρουσιάζουν τα παραπάνω ταμεία, όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι προμηθευτές κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων να μην υπολογίζουν τον παράγοντα κόστους και κατά συνέπεια να συμβάλουν στην όξυνση των συνολικών δαπανών.

Θεωρητικά, όσον αφορά τον δημόσιο τομέα, η πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς και στα νοσοκομεία ελέγχεται από τους γενικούς ιατρούς. Όμως ο παραπάνω κατακερματισμένος υγειονομικός τομέας, παρέχει την δυνατότητα στους πολίτες, ούτως ώστε να μην λαμβάνουν υπόψη τους ισχύοντες κανονισμούς ούτε στοιχειωδώς. Ακόμη περιορισμοί δεν υφίστανται όσον αφορά τους οικογενειακούς ιατρούς, κατά συνέπεια ο πολίτης δεν υποχρεώνεται να εξυπηρετείται από ένα μοναδικό προμηθευτή. Επομένως δεν επιτυγχάνεται βέλτιστη αξιοποίηση των οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα αυτή η απώλεια αποδοτικότητας να ερμηνεύεται ως σπατάλη. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, εκεί η κατάσταση θεωρείται δυσμενέστερη, δεδομένου πως δεν αναγνωρίζεται ως ειδικότητα η πρωτοβάθμια ιατρική και η διακίνηση του πολίτη βασίζεται αποκλειστικά στις προσωπικές του πληροφορίες.

Παρακάτω πραγματοποιείται μια οικονομική προσέγγιση στο τρέχον πλαίσιο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα κυριότερα σημεία έχουν ως εξής:

- Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας δίδουν περισσότερη έμφαση στην θεραπευτική αγωγή παρά στην πρόληψη. Επομένως μια αναθεώρηση υπέρ της πρόληψης κρίνεται αναγκαία, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότητα κόστους, η οποία συνδέεται με το πρωτοβάθμιο επίπεδο.
- Υπάρχει σημαντική υπολειτουργία πολλών δημόσιων αγροτικών υγειονομικών κέντρων και ακόμη υπάρχουν μεγάλες περιοχές που δεν καλύπτονται από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Επομένως παρουσιάζεται έλλειψη προσοχής στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, το οποίο αποδεδειγμένα συμβάλλει τα μέγιστα στην συγκράτηση των δαπανών.
- Οι πολίτες συχνά προσφεύγουν σε περισσότερους του ενός προμηθευτή για το ίδιο περιστατικό. Αυτό ερμηνεύεται ως έλλειψη εμπιστοσύνης του πολίτη στο τρέχον τομέα, η οποία μάλλον προκαλείται από την μη αποτελεσματική λειτουργία του. Αυτή η ανατροπή της αποκλειστικής σχέσης προμηθευτή και

πολίτη, η οποία πρέπει να υπάρχει σε ένα υγιές σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, αυξάνει περαιτέρω τις συνολικές δαπάνες, νοουμένου πως προκαλείται υπερκατανάλωση υπηρεσιών.

- Η απουσία ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και ενοποιημένου ιατρικού δελτίου, σημαίνει επικάλυψη υπηρεσιών και κατά συνέπεια αύξηση του συνολικού κόστους. Επομένως παρατηρείται επανάληψη της παροχής ιδίων υπηρεσιών και σπατάλη οικονομικών πόρων.
- Έλλειψη ισότητας πρόσβασης στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, όσον αφορά τους πολίτες στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, η αρμόδια αρχή η οποία είναι υπεύθυνη για την διαχείριση του, δεσμεύεται για την εξάλειψη των παραπάνω περιορισμών, πιθανό με την παροχή κατάλληλων οικονομικών κινήτρων, ούτως ώστε η ισότητα στην πρόσβαση να βελτιωθεί.

Οι παραπάνω αδυναμίες αναμένονται να αντιμετωπιστούν, στο μεγαλύτερο τουλάχιστο βαθμό, μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ. Η έναρξη της λειτουργίας του συστήματος υγείας, σημαίνει ταυτόχρονα την εφαρμογή ενός ενοποιημένου υποσυστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όλος ο πληθυσμός θα πρέπει να εγγραφεί σε κάποιο οικογενειακό ιατρό, αν θέλει να χρησιμοποιεί το ΓΕΣΥ. Με δεδομένη την παραπάνω προϋπόθεση, οι πολίτες θα έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση. Συγκεκριμένα ο οικογενειακός ιατρός θα παραπέμπει, εφόσον κρίνει αναγκαίο, τον πολίτη στο νοσοκομείο ή σε άλλο προμηθευτή υπηρεσιών υγείας. Αυτό συνεπάγεται βελτίωση της αποδοτικότητας στην χρήση των οικονομικών πόρων και σε τελικό στάδιο συγκράτηση των δαπανών. Ακόμη προς την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος, συμβάλει η μακρόχρονη και αποκλειστική σχέση μεταξύ πολίτη και προμηθευτή. Ο οικογενειακός ιατρός μέσω του κατάλληλου αρχείου, διαθέτει τις αναγκαίες πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση υγείας του πολίτη, τις υπηρεσίες που του παρασχέθηκαν στο παρελθόν και άλλες συναφείς πληροφορίες. Επομένως δεν χρειάζεται να προβεί σε μεγάλο αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων ή άλλων υπηρεσιών και τελικά εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι.

Η αποδοτικότητα των οικογενειακών ιατρών θα επιβλέπεται με διάφορους τρόπους.²¹ Η επίβλεψη των δραστηριοτήτων των οικογενειακών ιατρών, αφορά ανάμεσα σε άλλα την συνταγογράφηση φαρμάκων και τις παραπομπές προς τους ειδικούς ιατρούς και τα νοσοκομεία. Επομένως παρέχεται κίνητρο στους συγκεκριμένους προμηθευτές, ούτως ώστε να ικανοποιούν τα αναμενόμενα επίπεδα για να συνεχίσουν την συνεργασία τους με το ΓΕΣΥ. Θα καθορισθούν συγκεκριμένες διαδικασίες, ούτως ώστε να διαπιστώνεται πότε ένας προμηθευτής διαπράττει καταχρήσεις εις βάρος του συστήματος υγείας. Συνεπώς οι οικογενειακοί ιατροί κατά την διαδικασία συνταγογράφησης φαρμάκων και παραπομπής των πολιτών σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, θα συμπεριφέρονται αποδοτικά, ούτως ώστε να μην παρατηρούνται φαινόμενα σπατάλης. Με την πάροδο του χρόνου, εάν διαπιστωθεί πως οι συγκεκριμένοι προμηθευτές δεν συμπεριφέρονται αποδοτικά και αυξάνουν τις συνολικές δαπάνες, αναμένονται να εισαχθούν άλλα μέτρα περισσότερο δραστικά. Ένας από τους πολλούς πιθανούς μηχανισμούς είναι ο προϋπολογισμός του οικογενειακού ιατρού, σύμφωνα με τον οποίο για την άσκηση της οικογενειακής ιατρικής παραχωρείται από το ΓΕΣΥ ένας προαποφασισμένος προϋπολογισμός, ο οποίος θα καλύπτει τα κόστη της αναγραφής φαρμάκων, των εξετάσεων και κάποιου είδους ειδική φροντίδα του εγγεγραμμένου πληθυσμού. Επομένως βάση συγκεκριμένων παραμέτρων, θα πραγματοποιείται ένας ορθολογικός υπολογισμός δαπάνης, ούτως ώστε να είναι γνωστό εκ των προτέρων το κόστος για την παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Συνεπώς παρέχεται κίνητρο στους προμηθευτές πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για να είναι περισσότερο υπεύθυνοι, όσον αφορά τον παράγοντα κόστους.

Η συμπεριφορά των οικογενειακών ιατρών θα επηρεαστεί από την φύση των οικονομικών κινήτρων. Σύμφωνα με την θεωρία και τις ηθικές αξίες του ιατρικού επαγγέλματος, ο ιατρός δεν πρέπει να ενεργεί με οικονομικά κριτήρια. Επειδή όμως στην πράξη οι ιατροί δεν συμπεριφέρονται όλοι ως ιερείς, αλλά μερικοί και ως έμποροι, είναι αναγκαία η μελέτη της επίδρασης των οικονομικών κινήτρων στην συμπεριφορά των ιατρών.²² Επομένως επηρεάζεται η συμπεριφορά των προμηθευτών, ανάλογα με τα οικονομικά κίνητρα που ισχύουν κάθε φορά. Συνεπώς πρέπει να εντοπιστούν τα κατάλληλα κίνητρα, τα οποία να ωθούν τους συγκεκριμένους προμηθευτές, ούτως ώστε

²¹ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison, A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.36

²² Μ.Θεοδώρου, Μ.Σαρρής, Σ.Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σ.174

να εκτελούν τις εργασίες τους αποδοτικά. Οι οικογενειακοί ιατροί, ως μια σημαντική ομάδα ειδικών, πρέπει να αμείβεται αρκετά έτσι ώστε να ελκύει και συγκρατεί υψηλής ποιότητας ιατρούς.²³ Το σύστημα πληρωμής πρέπει να προάγει τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών, ούτως ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να ικανοποιούν κριτήρια ποιότητας και κόστους.

Η αμοιβή των οικογενειακών ιατρών υπολογίζεται ως ακολούθως:²⁴

- Τέλος κατά εγγεγραμμένο δικαιούχο, το οποίο ορίζεται από το ΓΕΣΥ ετησίως και δεν θα υπολείπεται του 75% της ολικής αμοιβής του οικογενειακού ιατρού
- Πρόσθετη αμοιβή που ορίζεται από το ΓΕΣΥ, λαμβάνοντας υπόψη τα έτη άσκησης της ιατρικής, τα προσόντα και την απόδοση των ιατρών και την σύνθεση των εγγεγραμμένων δικαιούχων κατά ηλικία, καθώς και άλλες παραμέτρους τις οποίες ορίζει το ΓΕΣΥ.

Δεδομένου, πως το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος των οικογενειακών ιατρών θα καθορίζεται από το μέγεθος του κατάλογου εγγεγραμμένων πολιτών, γίνεται σαφές πως παρέχεται κίνητρο στους συγκεκριμένους προμηθευτές, έτσι ώστε να συμπεριφέρονται αποτελεσματικά και να προσελκύουν περισσότερους πελάτες. Ακόμη επιπλέον κίνητρα αποτελούν οι επιπρόσθετες αμοιβές, οι οποίες θα παρέχονται στους πλέον αποδοτικούς προμηθευτές.

Για να διασφαλιστεί πως το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας λειτουργεί αποδοτικά, πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένα επί μέρους σημεία. Η είσοδος των οικογενειακών ιατρών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο πρέπει να ελέγχεται. Αν η εισδοχή των ιατρών στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα δεν είναι περιορισμένη, τότε το σύστημα δεν θα είναι ικανό να εξασφαλίσει ένα ικανοποιητικό στόχο εισοδήματος για τους καλούς οικογενειακούς ιατρούς, χωρίς αύξηση της κατά κεφαλή πληρωμής.²⁵ Οι ικανοποιητικές αμοιβές θα αποτελέσουν πόλο έλξης για τους πλέον αποδοτικούς προμηθευτές.

Αν δεν υφίστανται περιορισμοί στην εισαγωγή των οικογενειακών ιατρών στο σύστημα, τότε είτε τα κίνητρα για τους αποδοτικούς προμηθευτές εκμηδενίζονται, είτε δημιουργούνται άλλα προβλήματα. Συγκεκριμένα, η αναγκαιότητα για αναθεώρηση της

²³ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison, A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.42

²⁴ Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Θέμα: Νομοσχέδιο για την Εισαγωγή Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Λευκωσία 1999, σ.35

²⁵ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison, A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.34

κατά κεφαλή αμοιβής προς τα πάνω με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι συνολικές δαπάνες και η πιθανότητα εκ μέρους των ιατρών, για συμπλήρωση του εισοδήματός τους με εργασία εκτός των πλαισίων του συστήματος υγείας. Επομένως είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να διασφαλιστεί η αποδοτική λειτουργία του συστήματος, η εισδοχή των οικογενειακών ιατρών να ελέγχεται.

Επίσης ασφαλιστικές δικλίδες, οι οποίες συμβάλουν στην αποδοτική λειτουργία του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας, αποτελούν ο κατώτατος και ανώτατος αριθμός εγγεγραμμένων πολιτών στους καταλόγους των οικογενειακών ιατρών. Συνεπώς εξασφαλίζεται αποτελεσματικός ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών, ούτως ώστε η παροχή των υπηρεσιών να ικανοποιεί τα αναμενόμενα επίπεδα κόστους και ποιότητας. Ακόμη σημαντική συμβολή στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος, αποτελεί η απαγόρευση στους οικογενειακούς ιατρούς να παρέχουν υπηρεσίες σε καταναλωτές εκτός των πλαισίων του ΓΕΣΥ. Αποτελεί μεγάλη προτεραιότητα του ΓΕΣΥ, η δημιουργία ενός ενοποιημένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας. Σκοπός του συστήματος είναι να δημιουργήσει ένα σύστημα οικογενειακής ιατρικής, που να τίθεται σε εφαρμογή από ιατρούς σε ομαδική εξάσκηση.²⁶ Η παροχή κατάλληλων οικονομικών κινήτρων μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Μέσα στα πλαίσια του πρωτοβάθμιου επιπέδου, πρέπει να προσεχθεί η γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών ιατρών, η οποία θα επηρεάσει την πρόσβαση στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Ως εκ τούτου, πρέπει να παραχωρηθούν κίνητρα στους προμηθευτές για να εγκατασταθούν σε αγροτικές περιοχές. Είναι σημαντικό, ο αριθμός των οικογενειακών ιατρών για την επιλογή των πολιτών να είναι ικανοποιητικός, ούτως ώστε να διεξάγεται αποτελεσματικός ανταγωνισμός για την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών στο ελάχιστο δυνατό κόστος.

Το προτεινόμενο από τους εμπειρογνώμονες σύστημα πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος ενός ενοποιημένου συστήματος υγείας για όλους τους Κυπρίους. Για να γίνει φανερό το μέγεθος της σημασίας του, πρέπει να σημειωθεί, πως μέσω της ελεγχόμενης πρόσβασης στην ειδική και νοσοκομειακή περίθαλψη που η εφαρμογή του συνεπάγεται, επιτυγχάνεται όχι μόνο συγκράτηση του κόστους, αλλά και βελτίωση των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, όπως υποστηρίζεται τουλάχιστον σύμφωνα με πολλούς. Η σημασία του πρωτοβάθμιου συστήματος είναι τέτοια, ούτως ώστε αποτελεί ουσιαστικά προϋπόθεση για την

²⁶ Α. Σταμάτης, Ντ. Κώστα, W. Hsiao, L. Rose, T. Sheldon, S. Harrison, A. Maynard, T. Ensor, *Προτάσεις ...*, ό.π., σ. 37

εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Πραγματικά χωρίς την εφαρμογή του συστήματος αυτού, το ολικό κόστος για την λειτουργία του ΓΕΣΥ μπορεί να αυξηθεί σημαντικά. Λαμβάνοντας υπόψη, πως η εξοικονόμηση αυτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το ΓΕΣΥ, γίνεται φανερή η ζωτικής σημασίας συμβολή του πρωτοβάθμιου συστήματος.

Το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει αποτελεσματικά, πρέπει να ενισχυθεί εκτός από οικογενειακούς ιατρούς και με άλλους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Η κυβέρνηση θα χρειαστεί να ενθαρρύνει την εκπαίδευση και απασχόληση νοσοκόμων μέσα στα πλαίσια της οικογενειακής ιατρικής.²⁷ Με την πάροδο του χρόνου και την ανάπτυξη του πρωτοβάθμιου συστήματος, αναμένονται να προκύψουν ανάγκες και όσον αφορά άλλους επαγγελματίες υγείας. Η αρμόδια αρχή του ΓΕΣΥ θα μελετήσει τις ανάγκες αυτές, έτσι ώστε να χρηματοδοτούνται κατάλληλα και να μην δημιουργούνται σπατάλες.

4.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Οι δομές του Κυπριακού υγειονομικού τομέα, όσον αφορά την χρηματοδότηση, παραμένουν όπως διαμορφώθηκαν κατά την διάρκεια της Αγγλικής αποικιακής διοίκησης. Κατά συνέπεια και το πλαίσιο χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων στερείται κάθε εξυχνισμού. Τα δημόσια νοσοκομεία δεν απολαμβάνουν καμία αυτονομία και η διαδικασία λήψης αποφάσεων πραγματοποιείται ουσιαστικά σε επίπεδο υπουργείου. Οι μονάδες αυτές, όπως και ο υπόλοιπος δημόσιος τομέας, χρηματοδοτούνται και δέχονται παροχές σε είδος από το υπουργείο ανεξαρτήτως ορθολογικών κριτηρίων. Πιο συγκεκριμένα, η κατανομή των πόρων στις νοσοκομειακές μονάδες δεν είναι σύμφωνη με τις αντίστοιχες ανάγκες. Ακόμη οι συγκεκριμένες υπηρεσίες χρηματοδοτούνται ανεξαρτήτως κριτηρίων αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Κατά συνέπεια δεν παρέχεται κίνητρο στους προμηθευτές για να ικανοποιήσουν τους παραπάνω στόχους. Απόδειξη της έλλειψης αποτελεσματικότητας, είναι η αποτυχία ικανοποίησης των αναγκών υγείας των πολιτών. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το ποσοστό του κυπριακού πληθυσμού, το οποίο δηλώνει πως δεν θα χρησιμοποιήσει ξανά στο μέλλον τα δημόσια νοσοκομεία, λαμβάνει αυξητικές τάσεις.²⁸

²⁷ Στο ίδιο, σ.38

²⁸ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.3

Στην πραγματικότητα η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, αλλά και γενικότερα του δημόσιου τομέα υγείας, πραγματοποιείται παθητικά καλύπτοντας τα αντίστοιχα κενά, επομένως η χρήση των οικονομικών πόρων δεν κρίνεται αποδοτική. Μέσα από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως το τρέχον πλαίσιο χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν είναι ικανό να συγκρατήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας σε υποφερτά επίπεδα και ταυτόχρονα δεν ικανοποιεί επαρκώς τις αντίστοιχες ανάγκες. Η έλλειψη αποδοτικής και αποτελεσματικής συμπεριφοράς εκ μέρους των νοσοκομειακών μονάδων οξύνεται ακόμη περισσότερο, δεδομένου του υψηλού επιπέδου επενδύσεων, το οποίο πραγματοποιείται για λογαριασμό των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Το υπουργείο υγείας πραγματοποιεί επενδύσεις χωρίς να ικανοποιεί κάποια ανάλυση κόστους οφέλους, επομένως η παραπάνω κατάσταση λαμβάνει ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις.

Οι όροι και κανονισμοί εργοδότησης των δημόσιων υπαλλήλων, αποτελούν ένα σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική χρήση των νοσοκομειακών διευκολύνσεων.²⁹ Συνεπώς και η μέθοδος αμοιβής του μισθού, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, δεν παρέχει κανένα κίνητρο για βελτίωση της αποδοτικότητας, νοουμένου πως δεν υπάρχει καμιά συσχέτιση μεταξύ αμοιβής και απόδοσης.

Ακόμη εμπόδιο στην αποτελεσματικότητα κόστους των νοσοκομειακών μονάδων, αποτελεί η απουσία πληροφοριών αναφορικά με την διαχείριση και το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών. Σήμερα στην Κύπρο δεν υπάρχει σύστημα κοστολόγησης και οικονομικής διεύθυνσης και διαχείρισης κυρίως στα κρατικά νοσοκομεία.³⁰ Επομένως ο παράγοντας κόστους κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων δεν μπορεί να ληφθεί ουσιαστικά υπόψη. Επιπρόσθετη αδυναμία αποτελεί η έλλειψη διευθυντών για την κατάλληλη αξιοποίηση των πληροφοριών κόστους.

Οι παραπάνω αδυναμίες αναμένονται να αντιμετωπιστούν, στο μεγαλύτερο τουλάχιστο βαθμό, μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ. Ένας βασικός σκοπός του νέου συστήματος, είναι ότι αυτοί που θα προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα, να είναι ικανοί να συναγωνίζονται μεταξύ τους στην προσφορά φροντίδας σε άτομα που καλύπτονται από το ΓΕΣΥ.³¹ Ο ανταγωνισμός καθιστά δυνατή την παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών, ικανοποιώντας ταυτόχρονα

²⁹ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison,A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.55

³⁰ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison,A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις ...*, ό.π.,σ.59

³¹ Στο ίδιο, σ.51

κριτήρια κόστους και ποιότητας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δημιουργία ενιαίων επιπέδων και κανόνων λειτουργίας, τόσον όσον αφορά τις δημόσιες μονάδες, όσο και τις ιδιωτικές.

Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, οι δημόσιες και ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες θα καταστούν οικονομικά και λειτουργικά ανεξάρτητες. Επομένως θα υποχρεωθούν να συμπεριφέρονται αποτελεσματικά, ούτως ώστε να προσελκύουν καταναλωτές, καθώς επίσης να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους για να μειώσουν τα λειτουργικά κόστη και να αυξήσουν τα καθαρά έσοδα τους. Μετά την αρχική περίοδο εφαρμογής του ΓΕΣΥ, καμιά δημόσια επιχορήγηση δεν θα παρέχεται στα κρατικά νοσοκομεία. Οι μονάδες, οι οποίες θα ικανοποιούν τα καθορισμένα επίπεδα ποιότητας και κόστους, θα συμβάλλονται και θα χρηματοδοτούνται από το ΓΕΣΥ. Αξιοσημείωτη είναι η εσωτερική αναδιοργάνωση, η οποία πρέπει να πραγματοποιηθεί στα δημόσια νοσοκομεία, ούτως ώστε να παρέχουν υπηρεσίες υγείας αποτελεσματικά και να μπορούν να συναγωνιστούν τις ιδιωτικές μονάδες. Πρέπει να σημειωθεί, πως ενώ τα δημόσια νοσοκομεία θα καταστούν λειτουργικά ανεξάρτητες μονάδες, θα παραμείνουν κάτω από κυβερνητική ιδιοκτησία.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η εφαρμογή ομοιόμορφων επιπέδων στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αποτελεί προϋπόθεση για την λειτουργία του ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Η αναγκαιότητα για εισαγωγή τέτοιων απαιτήσεων, παρουσιάζεται κυρίως από τις ιδιωτικές μονάδες. Σήμερα ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα είναι ελάχιστος. Η πρόσφατη νομοθεσία προβλέπει σαν ελάχιστο μέγεθος για ένα ιδιωτικό νοσοκομείο τα πέντε κρεβάτια, κατά συνέπεια οι απαιτήσεις που ικανοποιούνται δεν είναι τέτοιες, ούτως ώστε οι μονάδες να συμπεριφέρονται αποδοτικά. Τα επίπεδα θα καθορίζονται από το υπουργείο υγείας σε συνεργασία με το ΓΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, θα καθοριστούν επίπεδα για τον εξοπλισμό και τις θεραπείες. Για παράδειγμα, η λήψη απόφασης για την εισαγωγή νέας τεχνολογίας θα υπολογίζει και την μελλοντική ανάπτυξη της, ούτως ώστε να αποφεύγεται η διπλή εργασία και η σπατάλη. Επομένως επιτυγχάνεται αποδοτική χρήση των οικονομικών πόρων και συγκράτηση των δαπανών.

Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, θα παρέχεται η δυνατότητα για διαπραγματεύσεις μεταξύ εκπροσώπων του συστήματος και προμηθευτών νοσοκομειακών υπηρεσιών. Οι προμηθευτές θα είναι υποχρεωμένοι να υποβάλουν ομοιόμορφα κοστολογικά δελτία, κατά την διαδικασία των διαπραγματεύσεων, ούτως ώστε να υπάρχει διαφάνεια αναφορικά με τις τιμές των παρεχομένων υπηρεσιών. Η αποζημίωση των ιατρικών

παρεμβάσεων καθορίζεται ύστερα από συμφωνία μεταξύ του ΓΕΣΥ και των προμηθευτών. Οι διαπραγματεύσεις συμβάλουν στην επίτευξη ορθολογικού καθορισμού των τιμών των προσφερόμενων υπηρεσιών. Επίσης μέσω των διαπραγματεύσεων, θα καθοριστεί αποτελεσματικά η εκ των προτέρων χρηματοδότηση των προμηθευτών. Εφόσον προκύψει συμφωνία από τις διαπραγματεύσεις, το ΓΕΣΥ θα χρηματοδοτεί τους προμηθευτές πάνω σε ένα εκ των προτέρων καθορισμένο επίπεδο. Οι προμηθευτές θα δεσμεύονται να κινηθούν μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο δαπάνης. Το εισόδημα των προμηθευτών θα καθορίζεται από το μέγεθος των δραστηριοτήτων και την τιμή θεραπείας.³² Επομένως οι προμηθευτές για να μεγιστοποιήσουν τα καθαρά έσοδα τους θα προσπαθήσουν να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη, αυξάνοντας την αποδοτικότητα τους. Συνεπώς παρέχεται κίνητρο στους προμηθευτές για πιο αποδοτική συμπεριφορά.

Επομένως ο μηχανισμός των τιμών θα ενημερώνει την αρμόδια αρχή του ΓΕΣΥ για τις επιπτώσεις των αγοραστικών της ενεργειών και ταυτόχρονα θα παρέχει τις αναγκαίες πληροφορίες κόστους στις υπηρεσίες υγείας. Τα συμβόλαια μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών θα καθορίζουν επακριβώς τα επίπεδα κόστους και ποιότητας. Επομένως θα εξασφαλίζεται, πως η αποδοτική συμπεριφορά των υπηρεσιών υγείας δεν πραγματοποιείται εις βάρος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στον παρόν στάδιο τα δημόσια νοσοκομεία στην Κύπρο στερούνται αποδοτικής συμπεριφοράς. Αποτέλεσμα αυτού, οι επενδύσεις που εκχωρούνται στον νοσοκομειακό τομέα, να μην αξιοποιούνται αποδοτικά. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, τα δημόσια νοσοκομεία θα είναι υπεύθυνα έναντι του συγκεκριμένου οικονομικού κόστους. Επομένως θα υποχρεωθούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους. Βραχυπρόθεσμα θα εκτιμηθεί από το υπουργείο το ύψος των δαπανών που είναι αναγκαίο για μελλοντικές επενδύσεις. Τα νοσοκομεία θα κληθούν να πληρώνουν τόκο πάνω σε αυτό. Με τον καιρό θα επιτραπεί στα κρατικά νοσοκομεία να εξεύρουν κεφάλαια από την αγορά, με την προϋπόθεση ότι αυτά θα μπορέσουν να καταδείξουν την ικανότητα τους να ανταποκριθούν προς το χρέος αυτό και το αποπληρώνουν από δικά τους έσοδα.³³ Η πρόσβαση τους στην αγορά θα ελέγχεται από το υπουργείο σε συνεργασία με το ΓΕΣΥ. Επομένως αυτές οι πηγές δεν θα λαμβάνονται υπόψη πλέον ως δωρεάν και τα νοσοκομεία θα έχουν κίνητρο για να επιτύχουν εξοικονόμηση πόρων και να εξασφαλίσουν την αποδοτική χρήση τους. Οι δαπάνες που

³² Στο ίδιο, σ.52

³³ Στο ίδιο, σ.57

θα πραγματοποιούνται, θα είναι αποτέλεσμα συλλογής οικονομικών πόρων, οι οποίοι θα προέρχονται από συμφωνίες, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ορθολογικός υπολογισμός δαπάνης.

Όσον αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία, πιθανό να δυσκολευθούν να εξεύρουν οικονομικούς πόρους από την αγορά. Μακροπρόθεσμα τουλάχιστον, μια αναδιανομή δυναμικού μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μάλλον αντιμετωπίζει το πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα, η επιπλέον προσφορά του δημόσιου τομέα μπορεί να παραχωρηθεί υπό συγκεκριμένους όρους στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα την αποδοτική χρήση της.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σημαντική συμβολή στην έλλειψη αποδοτικής συμπεριφοράς η οποία παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία, αποτελεί η μέθοδος αμοιβής του μισθού, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας. Οι προμηθευτές αμείβονται ανεξαρτήτως της αποδοτικότητας τους. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, γίνεται μια προσπάθεια σύνδεσης των δύο στοιχείων. Οι αμοιβές των προμηθευτών υγείας και των διευθυντών σε ένα νοσοκομείο, θα έχουν σχέση με τα κριτήρια εκτίμησης της επίδοσης τους τα οποία θα καθοριστούν από το υπουργείο.³⁴ Επομένως παρέχεται κίνητρο στο ανθρώπινο δυναμικό για πιο αποδοτική συμπεριφορά.

Εμπόδιο στην αποδοτική χρήση των χρηματοδοτήσεων και άλλων παροχών, οι οποίες εκχωρούνται στον νοσοκομειακό τομέα, αποτελεί ακόμη η απουσία κατάλληλων διευθυντών και συστημάτων πληροφόρησης. Μέχρι στιγμής η ανεπάρκεια κατάλληλων στελεχών, συμβάλλει στην σπατάλη και την αύξηση του συνολικού κόστους. Επομένως αποτελεί αναγκαιότητα η εκπαίδευση και ο διορισμός των διευθυντών, ούτως ώστε ο παράγοντας κόστους να λαμβάνεται ανάλογα υπόψη κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Οι συμβεβλημένοι προμηθευτές με το ΓΕΣΥ πρέπει να πληρούν ορισμένες βασικές προϋποθέσεις. Μεταξύ αυτών είναι και η τήρηση ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος. Κατά συνέπεια και τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να ικανοποιούν αυτές τις απαιτήσεις. Στο παρόν στάδιο, οι μονάδες αυτές στερούνται τετοιων συστημάτων, με αποτέλεσμα οι πληροφορίες αναφορικά με το κόστος να είναι ελάχιστες. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Επομένως δεν μπορούν να υλοποιηθούν πολιτικές, οι οποίες να συμβάλουν στην επίτευξη αποτελεσματικότητας κόστους. Η σημασία αυτών των τεχνολογιών

³⁴ Στο ίδιο, σ.56

παρουσιάζεται και σε σχέση με τις διαπραγματεύσεις χρηματοδοτών και προμηθευτών για τον καθορισμό των τιμών των υπηρεσιών. Οι προμηθευτές νοσοκομειακών υπηρεσιών πρέπει να ικανοποιούν αυτές τις απαιτήσεις, ούτως ώστε να υπάρχει διαφάνεια αναφορικά με τις τιμές και θεραπευτικές αγωγές που προσφέρονται. Επομένως κατά τις διαπραγματεύσεις με τους χρηματοδότες, θα επιτυγχάνεται αποτελεσματικός καθορισμός των τιμών των προσφερομένων υπηρεσιών, καθώς και εντοπισμός του πραγματικού βαθμού αποζημίωσης.

Επίσης αποτελεσματικότητα κόστους μέσω αυτών των τεχνολογιών πραγματοποιείται, δεδομένης της δημιουργίας κατάλληλου αρχείου για κάθε χρήστη του συστήματος υγείας. Επομένως θα συλλέγονται οι πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση υγείας του πολίτη και τις υπηρεσίες που του παρασχέθηκαν στο παρελθόν, ούτως ώστε να αποφεύγονται οι περιττές διαγνωστικές ή άλλες υπηρεσίες για την αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Επομένως η εφαρμογή ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος εκ μέρους των προμηθευτών, αποτελεί βασική προϋπόθεση για εγγραφή στο ΓΕΣΥ.

4.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Όπως παρουσιάστηκε και μέσα από την κατανομή των συνολικών δαπανών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης, η φαρμακευτική δαπάνη λαμβάνει αυξητικές τάσεις και επομένως πρέπει να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα. Ένα κοινό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όλα τα εθνικά συστήματα υγείας, είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός φαρμάκων που εισέρχονται στην αγορά.³⁵ Δεν έχει διαπιστωθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα όλων αυτών των φαρμάκων, ενώ μερικά είναι άχρηστα.

Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, αναμένεται να αυξηθεί η φαρμακευτική δαπάνη, δεδομένης της αύξησης της ζήτησης λόγω της χρηματοδότησης των προϊόντων αυτών από το σύστημα υγείας. Με την εισαγωγή του ΓΕΣΥ, το κόστος όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων θα καλύπτεται από το σύστημα.³⁶ Οι Κύπριοι πολίτες θα μπορούν να καταναλώνουν φαρμακευτικά παρασκευάσματα χωρίς καμιά οικονομική επιβάρυνση, νοουμένου πως η συνταγογράφηση φαρμάκων θα ικανοποιεί τον

³⁵ Στο ίδιο, σ.62

³⁶ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.37

περιορισμένο κατάλογο του συστήματος. Επομένως αναμένεται να αυξηθεί η ζήτηση από εκείνη την κατηγορία του πληθυσμού, η οποία στο παρόν στάδιο συμμετέχει στο οικονομικό κόστος των παροχών που καταναλώνει. Αυτή η αύξηση στην ζήτηση σημαίνει αύξηση του συνολικού κόστους.

Η εφαρμογή του συστήματος υγείας, κρίνει αναγκαία την μεταφορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Η μετακίνηση της οικογενειακής ιατρικής από τα δημόσια νοσοκομεία στον ιδιωτικό τομέα, αναμένεται να αυξήσει το φαρμακευτικό κόστος. Σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία, μέσω της μαζικής αγοράς, προμηθεύονται φάρμακα διατηρώντας παράλληλα το κόστος σε χαμηλά επίπεδα. Επομένως παρέχονται τα συγκεκριμένα προϊόντα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων σε χαμηλότερες τιμές. Η άσκηση της πρωτοβάθμιας υγείας από ιδιώτες προμηθευτές, σημαίνει ταυτόχρονα και την παροχή των φαρμακευτικών προϊόντων από ιδιωτικούς φορείς. Επομένως το φαρμακευτικό κόστος αναμένεται να αυξηθεί, το οποίο θα αποτελέσει επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για το ΓΕΣΥ.

Κατά συνέπεια, η λήψη μέτρων για την συγκράτηση της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης κρίνεται επιτακτική. Μεταξύ αυτών, είναι η εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων. Η αρμόδια αρχή, η οποία θα είναι υπεύθυνη για την διαχείριση του ΓΕΣΥ, θα διορίζει επιτροπή για την κατάρτιση και ενημέρωση του περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων σε ετήσια βάση. Ο κατάλογος θα αποτελείται από προϊόντα, τα οποία θα ικανοποιούν κριτήρια κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας. Ο οργανισμός πληρώνει μόνο για εκείνα τα φάρμακα και υλικά, τα οποία τον ικανοποιούν και τα οποία εγκρίνει ως κατάλληλα και αποδεδειγμένης ποιότητας.³⁷ Απαραίτητη προϋπόθεση βέβαια αποτελεί η συνταγογράφηση φαρμάκων να προέρχεται από συμβεβλημένους με το ΓΕΣΥ προμηθευτές. Τα υπόλοιπα φάρμακα τα οποία θα καταναλώνονται, θα πληρώνονται από τους πολίτες εξ' ιδίων. Αρχικά η Κύπρος μπορεί να βασιστεί στους καταλόγους φαρμάκων άλλων χωρών για να δημιουργήσει την δική της λίστα.

Επίσης μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επέρχεται και μέσω των διαπραγματεύσεων του ΓΕΣΥ με τους συγκεκριμένους προμηθευτές. Οι φαρμακοποιοί και άλλοι προμηθευτές που συμβάλλονται με τον οργανισμό αποζημιώνονται με τους όρους και τιμές που ορίζονται από τον οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους

³⁷ Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Θέμα: Νομοσχέδιο για την Εισαγωγή Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Λευκωσία 1999, σ.36

αντίστοιχους αρμόδιους επιστημονικούς συλλόγους.³⁸ Το σύστημα εάν χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την αγοραστική του δύναμη, μπορεί να μειώσει σημαντικά τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων. Ακόμη εάν οι εκπρόσωποι του συστήματος υγείας διαπραγματευτούν αποτελεσματικά με τους φαρμακοποιούς, μπορεί να μετακινηθεί το υφιστάμενο ποσοστό κέρδους σε ένα σταθερό τέλος ανά συνταγή. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει κίνητρο για αναγραφή ακριβών φαρμάκων και επομένως επιτυγχάνεται συγκράτηση των δαπανών. Αν αυτά τα μέτρα με την πάροδο του χρόνου αποδεικτούν αναποτελεσματικά, τότε θα δημιουργηθεί ένα κεντρικό σύστημα αγοράς και διανομής φαρμάκων με σκοπό την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών.

Ανάμεσα σε άλλα, οι συμβεβλημένοι με το ΓΕΣΥ προμηθευτές θα ελέγχονται και όσον αφορά την συνταγογράφηση φαρμάκων. Θα καθορισθούν συγκεκριμένα κριτήρια, ούτως ώστε να εντοπίζεται η καταλληλότητα αναγραφής φαρμάκων ανά προμηθευτή. Οι προμηθευτές, οι οποίοι συνταγογραφούν φάρμακα χωρίς να ικανοποιούν πραγματικά δεδομένα κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας, θα υπόκεινται σε κυρώσεις. Αποτελεί ακόμη ένα μέτρο συγκράτησης των συγκεκριμένων δαπανών, ικανοποιώντας ταυτόχρονα τις υγειονομικές ανάγκες.

Η φαρμακευτική δαπάνη πρέπει να ελεγχθεί. Τα παραπάνω μέτρα αποτελούν τις κυρίες κατευθύνσεις. Η αναγκαιότητα περιορισμού του φαρμακευτικού κόστους ενισχύεται, δεδομένων των τροποποιήσεων που επιφέρει η εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Μεταρρυθμίσεις, οι οποίες εν μέρει μπορεί να αυξάνουν τις φαρμακευτικές δαπάνες, εντούτοις στο σύνολο τους συμβάλουν καθοριστικά για την άμβλυνση των αδυναμιών που εντοπίζονται στον υγειονομικό τομέα και θεωρούνται αναπόσπαστο μέρος του ΓΕΣΥ.

4.5 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η χρηματοδότηση των εργαστηριακών και ακτινολογικών υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, παρέχεται από τις ιδιωτικές πληρωμές. Η Κύπρος στερείται επαρκών κανονισμών, όσον αφορά τους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα οι

³⁸ Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική ...*, ό.π.,σ.35

χρήστες να εξυπηρετούνται από υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και την δημιουργία υπερπροσφοράς, όσον αφορά τις εργαστηριακές, ακτινολογικές και άλλες διαγνωστικές υπηρεσίες.³⁹ Δεδομένα τα οποία οξύνουν τις συνολικές δαπάνες. Είναι γνωστό, πώς η μεγέθυνση της προσφοράς στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει ανάλογα και την ζήτηση και κατά συνέπεια τις συνολικές δαπάνες.

Επίσης η απουσία ουσιαστικών ρυθμίσεων, επιτρέπει την λειτουργία μονάδων, χωρίς να ικανοποιούνται ταυτόχρονα εκείνες οι απαιτήσεις, οι οποίες ανάμεσα σε άλλα συμβάλλουν στην αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Σήμερα και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα δεν γίνεται εκμετάλλευση των οικονομιών κλίμακας.⁴⁰ Επομένως είναι αδύνατο να εξοικονομηθούν οικονομικοί πόροι. Προβλήματα κόστους και έλλειψης αποδοτικότητας αντιμετωπίζουν και οι αντίστοιχες υπηρεσίες του δημοσίου τομέα. Την περίοδο 1996-2002, η Κύπρος αντιμετώπισε πολύ έντονη αύξηση, όσον αφορά τις δαπάνες των εργαστηριακών και ακτινολογικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα.⁴¹ Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως την παραπάνω περίοδο οι δαπάνες για τις εργαστηριακές και ακτινολογικές υπηρεσίες αυξήθηκαν κατά 62,5% και 56,1% αντίστοιχα. Η απουσία σύνδεσης της χρηματοδότησης και της αποδοτικότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών μάλλον εξηγεί τα παραπάνω αποτελέσματα. Οι δημόσιες ακτινολογικές και εργαστηριακές υπηρεσίες, όπως και ο υπόλοιπος δημόσιος τομέας, χρηματοδοτούνται και δέχονται παροχές σε είδος από τον κρατικό προϋπολογισμό, ανεξαρτήτως της αποδοτικότητας τους. Επομένως δεν παρέχονται κίνητρα, τα οποία να ωθούν σε αποδοτική συμπεριφορά.

Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, το πλαίσιο χρηματοδότησης των παραπάνω προμηθευτών τροποποιείται κατά τέτοιο τρόπο, ούτως ώστε να συμβάλει στην βελτίωση της αποδοτικότητας τους. Εκπρόσωποι του συστήματος υγείας πρόκειται να διαπραγματευτούν με τους συγκεκριμένους προμηθευτές για τις τιμές των παρεχομένων υπηρεσιών. Αυτές οι διαπραγματεύσεις είναι καθοριστικές για τον ορθολογικό καθορισμό των τιμών, ο οποίος θα συμβάλει στην συγκράτηση των δαπανών. Οι υπηρεσίες του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για να συμβληθούν με το σύστημα, πρέπει

³⁹ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.2

⁴⁰ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison, A.Maynard, T.ENSOR, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.64

⁴¹ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.35

να ικανοποιούν τα καθορισμένα επίπεδα ποιότητας και κόστους. Εφόσον ικανοποιούνται τα συγκεκριμένα κριτήρια, θα χρηματοδοτούνται από το ΓΕΣΥ. Επομένως παρέχεται κίνητρο στις υπηρεσίες, δημόσιες και ιδιωτικές, ούτως ώστε να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη μέσω της αύξησης των αποδοτικότητας τους. Ακόμη περιορισμός των δαπανών μέσω του καθορισμού ουσιαστικών επιπέδων επιτυγχάνεται, δεδομένου πως προσφέρεται για την λειτουργία λιγότερων και μεγαλύτερων μονάδων. Οι μεγαλύτερες μονάδες αξιοποιούν περισσότερο τις οικονομίες κλίμακας, εφόσον ο κύκλος εργασιών τους είναι μεγαλύτερος και μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των πελατών συγκρατώντας παράλληλα τα κόστη σε υποφερτά επίπεδα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αποτελεσματικής αξιοποίησης των οικονομιών κλίμακας, αποτελεί η εφαρμογή των μαζικών αγορών.

4.6 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μέθοδος αμοιβής του μισθού, η οποία επικρατεί στους ειδικούς ιατρούς του δημοσίου τομέα, δεν παρέχει κανένα κίνητρο για βελτίωση της αποδοτικότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι αμοιβές των προμηθευτών είναι ανεξάρτητες από την προσωπική τους επίδοση.

Όσον αφορά τους αντίστοιχους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα, οι τιμές και κατά συνέπεια οι αμοιβές καθορίζονται με βάση τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Δεδομένης της απουσίας πραγματικών περιορισμών κόστους, οι προμηθευτές κατά την άσκηση των εργασιών τους δεν ικανοποιούν, όσο θα έπρεπε τουλάχιστον, τον συγκεκριμένο παράγοντα.

Η εφαρμογή του ΓΕΣΥ επιδιώκει την βελτίωση της αποδοτικότητας στην χρήση των διαθέσιμων πόρων και κατά συνέπεια την συγκράτηση του κόστους. Οι ειδικοί 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 Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.⁴² Συνεπώς η απόφαση για τον καθορισμό των τιμών των παρεχομένων υπηρεσιών, λαμβάνεται μετά από διαπραγματεύσεις των εμπλεκόμενων φορέων. Επομένως θα επιτυγχάνεται ο βέλτιστος δυνατός συσχετισμός μεταξύ τιμών και πραγματικού κόστους παροχής.

⁴² Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Θέμα: Νομοσχέδιο για την Εισαγωγή Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Λευκωσία 1999, σ.35

Αποτέλεσμα του ορθολογικού καθορισμού των τιμών, αποτελεί η διαφοροποίηση τους μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων.

Το ΓΕΣΥ θα καθορίσει συγκεκριμένα επίπεδα κόστους και ποιότητας. Εφόσον οι προμηθευτές ικανοποιούν τα παραπάνω κριτήρια, θα μπορούν να συμβληθούν και να χρηματοδοτούνται από το σύστημα. Επομένως παρέχεται κίνητρο στις συγκεκριμένες υπηρεσίες να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους για να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη. Επίσης η δέσμευση των προμηθευτών για τήρηση στοιχείων αναφορικά με τις ιατρικές διαδικασίες, ωθεί προς την αποδοτική αξιοποίηση των πόρων. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικοί ιατροί που συμβάλλονται με τον οργανισμό, έχουν υποχρέωση να τηρούν για κάθε ασθενή αρχεία σχετικά με την παρεχόμενη θεραπευτική αγωγή και άλλα σχετικά στοιχεία, όπως καθορίζεται με κανονισμούς⁴³. Οι προμηθευτές μέσω των παραπάνω πληροφοριών, θα έχουν στην διάθεση τους μια συνολική εικόνα για την κατάσταση υγείας του χρήστη, τις υπηρεσίες οι οποίες του παρασχέθηκαν στο παρελθόν και άλλες συναφείς πληροφορίες. Επομένως δεν υποχρεώνονται να προβούν σε μεγάλο αριθμό διαγνωστικών ή άλλων υπηρεσιών, ούτως ώστε να δημιουργούνται σπατάλες.

Ακόμη βελτίωση της αποδοτικότητας στην χρήση των οικονομικών πόρων εξασφαλίζεται, δεδομένου πως η ειδική περίθαλψη θα καλύπτεται από το σύστημα, εφόσον υπάρχει παραπομπή από οικογενειακό ιατρό. Κατά συνέπεια, η χρήση των υπηρεσιών θα είναι σύμφωνη με τις πραγματικές ανάγκες υγείας. Η παραπάνω προϋπόθεση πρέπει να ικανοποιείται πάντα, ακόμη και όταν απαιτείται περαιτέρω ειδική περίθαλψη. Οι τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών θα είναι για την δεύτερη και τις μετέπειτα επισκέψεις μειωμένες, ούτως ώστε να αντικατοπτρίζουν το γενικά χαμηλότερο κόστος τέτοιων επισκέψεων και να εμποδίζουν τον ειδικό να εξασφαλίζει εισόδημα εισηγούμενος εξαιρετικά μεγάλο αριθμό εξετάσεων. Αυτές οι χρεώσεις για τις μετέπειτα επισκέψεις αποτελούν αντικίνητρο για τον ειδικό ιατρό, ούτως ώστε να περιορίζονται τα οικονομικά του οφέλη και να μην προκαλεί υπερκατανάλωση υπηρεσιών.

⁴³ Υπουργείο Υγείας, *Εισηγητική ...*, ό.π.,σ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σε όλες τις χώρες τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα.⁴⁴ Η γήρανση του πληθυσμού και οι πρόοδοι στην τεχνολογία μεταφράζονται σε μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και μεγαλύτερη δυνατότητα για παρέμβαση με διαγνωστικές εξετάσεις, νέες χειρουργικές μεθόδους και νέα ακριβά φάρμακα. Αποτέλεσμα των επιδράσεων αυτών είναι η δημιουργία πληθωριστικών τάσεων, η οποία εάν δεν ρυθμιστεί κατάλληλα μπορεί να οδηγήσει τα συστήματα υγείας σε χρεοκοπία. Οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού και της τεχνολογικής προόδου εντοπίζονται και στην Κυπριακή πραγματικότητα, όπως γίνεται φανερό μέσα από την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα.

5.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι συνέπειες, όσον αφορά το κόστος, που προκαλούνται από την γήρανση του πληθυσμού και την τεχνολογική πρόοδο είναι φανερές και στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα. Πραγματικά όπως αναφέρεται μέσα από τους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, ο πληθυσμός στην Κύπρο δέχεται μια μάλλον αργή αλλά σταθερή γήρανση, η οποία συμβάλει στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και σε τελική ανάλυση στην αύξηση του συνολικού κόστους. Όσον αφορά τις συνέπειες κόστους μέσω της τεχνολογικής προόδου, είναι γνωστό ότι οι νέες τεχνολογίες και τα καινούργια φάρμακα είναι κατά πολύ ακριβότερα από τα παλιά. Επίσης αύξηση των δαπανών μέσω της τεχνολογικής προόδου μπορεί να δημιουργείται και από το γεγονός της ενδυνάμωσης της προσφοράς, η οποία στην αγορά των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει ανάλογα και την πλευρά της ζήτησης. Η παραπάνω κατάσταση της αύξησης του κόστους οξύνεται ακόμη περισσότερο, λαμβάνοντας υπόψη την ύπαρξη μεγάλου αριθμού προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν είναι μια συνηθισμένη ανταγωνιστική αγορά.⁴⁵ Αντίθετα, παρουσιάζει

⁴⁴ Α. Σταμάτης, Ντ. Κώστα, W. Hsiao, L. Rose, T. Sheldon, S. Harrison, A. Maynard, T. Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.9

⁴⁵ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σ.158

ιδιομορφίες που απορρέουν κυρίως από την περιορισμένη κυριαρχία του καταναλωτή. Οι ιδιαιτερότητες αυτές επιτρέπουν στον προμηθευτή ουσιαστικά να καθορίζει στον μεγαλύτερο βαθμό την ζήτηση. Επομένως είναι ευνόητο, πως η ύπαρξη μεγάλου αριθμού προμηθευτών στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα αυξάνει την κατανάλωση των υπηρεσιών και σε τελική ανάλυση το κόστος.

Επίσης όξυνση του συνολικού κόστους προκαλείται και από τους πολλούς φορείς χρηματοδότησης, οι οποίοι λαμβάνουν χώρα στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι αποτελεσματικότερος εκεί όπου η κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων ελέγχεται από ένα φορέα, ο οποίος με τις ρυθμιστικές του παρεμβάσεις εισάγει αυστηρά κριτήρια στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και θέτει κίνητρα για την αποδοτικότερη συμπεριφορά των προμηθευτών.⁴⁶

Πρέπει να σημειωθεί, πως οι εμπειρογνώμονες που κλήθηκαν να μελετήσουν τον υγειονομικό τομέα της Κύπρου, υπολογίζουν την συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μέτρια, ενώ θεωρούν ανησυχητική της σχέση συνολικών δαπανών υγείας και ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, η ετήσια αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ. Επομένως κρίνεται επιτακτική η ανάγκη να εφαρμοσθούν μέτρα συγκράτησης των δαπανών.

Το 1992 ανατέθηκε σε μια διεθνή επιτροπή αποτελούμενη από ειδικούς από το Ηνωμένο Βασίλειο, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Κυπριακή Τράπεζα Αναπτύξεως να ερευνήσει τις αδυναμίες και τα πλεονεκτήματα του Κυπριακού υγειονομικού τομέα.⁴⁷

Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότερες αδυναμίες σε σχέση με το κόστος:

- Η διανομή των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο πραγματοποιείται μέσω δύο τομέων, τον δημόσιο και ιδιωτικό, οι οποίοι στερούνται κατάλληλου συντονισμού και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις επαναλήψεις στην παροχή των υπηρεσιών, την σπατάλη και τελικά την διόγκωση των συνολικών δαπανών υγείας.
- Οι πόροι που διατίθενται για την πρόληψη των ασθενειών είναι ελάχιστοι. Λαμβάνοντας υπόψη, πως αποδεδειγμένα η πρόληψη είναι πιο αποδοτική από άποψη προαγωγής και διατήρησης της υγείας, αλλά και κόστους, γίνεται φανερό το μέγεθος του προβλήματος.

⁴⁶ Γ.Κυριόπουλος, Α.Σισσούρας, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997, σ.52

⁴⁷ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.2

- Η Κύπρος στερείται επαρκών κανονισμών, όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερπροσφορά κλινικών εργαστηρίων, ακτινολογικών μονάδων και άλλων υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας. Όπως είναι γνωστό η αύξηση της προσφοράς στην αγορά των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει ανάλογα την ζήτηση, επομένως είναι ευνόητο πως τα συνολικά κόστη αυξάνονται.
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας λαμβάνει αυξητικές τάσεις, λόγω της πληθυσμιακής γήρανσης, της αύξησης των εισοδημάτων και της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας. Αποτέλεσμα των παραπάνω τάσεων, είναι η υπερδιόγκωση των συνολικών δαπανών.
- Η διεύθυνση των δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κρίνεται επιφανειακή. Ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν αναφορικά με τις δαπάνες διαχείρισης, επομένως κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων ο παράγοντας κόστους δεν εκτιμάται ανάλογα.

Η διεθνής επιτροπή, η οποία εντόπισε τις παραπάνω αδυναμίες στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα σε σχέση με το κόστος, αναφέρει πως μόνο μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας, τα παραπάνω προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται η αναγκαιότητα δημιουργίας μιας αρχής, η οποία θα είναι υπεύθυνη για την ομαλή λειτουργία του ΓΕΣΥ και η οποία θα είναι επαρκώς οργανωμένη και πληροφορημένη, ούτως ώστε να διαπραγματεύεται με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας για τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, οι τιμές των υπηρεσιών θα συγκρατούνται, όσον το δυνατό, σε χαμηλότερα επίπεδα, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται εξοικονόμηση πόρων. Η αρχή θα συμβάλλεται με προμηθευτές του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, εφόσον αυτοί μεταξύ άλλων ικανοποιούν και τα καθορισμένα επίπεδα κόστους. Επίσης μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, κρίνεται αναγκαία η εγκαθίδρυση συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας, η αναδιοργάνωση του υπουργείου υγείας, ούτως ώστε να διαμορφώνει τις πολιτικές και να ρυθμίζει τον υγειονομικό τομέα, η οικονομική και διαχειριστική αυτονομία των δημοσίων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες του ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις παρέχουν την δυνατότητα για περιορισμό των δαπανών.

Πραγματικά, οι παραπάνω τροποποιήσεις στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα μπορούν να συμβάλουν στην συγκράτηση των δαπανών. Πιο συγκεκριμένα, είναι αποδεδειγμένο, όσον αφορά την πρωτοβάθμια υγεία, πως είναι πιο αποδοτική από

άποψη προαγωγής και διατήρησης της υγείας αλλά και κόστους. Όσον αφορά την συμβολή του υπουργείου υγείας στην συγκράτηση των δαπανών, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά σε επόμενο υποκεφάλαιο. Ακόμη η οικονομική και διαχειριστική ανεξάρτηση των δημοσίων νοσοκομείων παρέχει την δυνατότητα σε αυτά, ούτως ώστε να αυτοχρηματοδοτούνται.

Επομένως δεν θα εξαρτώνται από την δημόσια χρηματοδότηση και σε τελική ανάλυση θα επιτευχθεί εξοικονόμηση οικονομικών πόρων.

Σύμφωνα με ευρήματα πιο πρόσφατης έρευνας για τον Κυπριακό υγειονομικό τομέα, προκύπτουν τα παρακάτω κύρια σημεία σε σχέση με το κόστος:

- Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας συνεχίζει να αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό και ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ δαπανάται για φροντίδα υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας το 1996 ήταν στο 5,5% του ΑΕΠ, ενώ μέχρι το 2002 ανήλθε στο 5,8%.
- Η προσφορά ιατρών, νοσοκομειακών κρεβατιών, ακτινολογικών μονάδων και κλινικών εργαστηρίων λαμβάνει αυξητικές τάσεις, παρά το γεγονός πως υπήρξε ήδη υπερπροσφορά αυτών των υπηρεσιών τα προηγούμενα χρόνια, τουλάχιστον από το 1996. Ως γνωστό λόγω της προκλητής ζήτησης, η οποία λαμβάνει χώρα στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, αυτή η υπερδιόγκωση της προσφοράς αυξάνει ανάλογα την ζήτηση και σε τελική ανάλυση τις δαπάνες υγείας.
- Τα νοικοκυριά με χαμηλότερο εισόδημα δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό για υπηρεσίες υγείας, κατά μέσο όρο 6%, σε σχέση με τα νοικοκυριά που απολαμβάνουν υψηλότερα εισοδήματα, τα οποία δαπανούν για υπηρεσίες υγείας, κατά μέσο όρο ποσοστό 2,6%.
- Οι δαπάνες της κυβέρνησης για εξυπηρέτηση των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα αυξήθηκαν αισθητά την περίοδο 1996-2002. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως οι δαπάνες των συγκεκριμένων υπηρεσιών το 1996 ήταν στα £0,9 εκατομμύρια, ενώ το 2002 ανήλθαν στα £10,9 εκατομμύρια. Αποτέλεσμα αυτών των εξελίξεων, είναι ο ιδιωτικός τομέας να παρέχει υπηρεσίες προηγμένης τεχνολογίας και η κυβέρνηση ουσιαστικά να αποτελεί τον χρηματοδότη αυτών των παροχών.
- Οι δαπάνες της κυβέρνησης για εξυπηρέτηση των πολιτών στο εξωτερικό επίσης αυξήθηκαν σημαντικά την περίοδο 1996-2002. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος αυτών των υπηρεσιών το 1996 ήταν στα £6,2 εκατομμύρια, ενώ το 2002 ανήλθε στα £12,7 εκατομμύρια.

Μέσα από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, πως ο Κυπριακός υγειονομικός τομέας απαιτεί ριζικές μεταρρυθμίσεις, ούτως ώστε οι αδυναμίες, οι οποίες υπερδιογκώνουν τα κόστη να αντιμετωπιστούν. Μεταρρυθμίσεις, οι οποίες αποτελούν προϋπόθεση για την εισαγωγή του ΓΕΣΥ. Πραγματικά χωρίς αυτές τις τροποποιήσεις, η λειτουργία του ΓΕΣΥ δεν θα μπορέσει να πραγματοποιήσει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Όπως έγινε φανερό μέσα από τις παραπάνω αδυναμίες, οι οποίες αυξάνουν τις συνολικές δαπάνες υγείας, κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων για τον περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, ούτως ώστε να περιορισθεί η ζήτηση και τελικά οι δαπάνες υγείας. Επίσης αναγκαίος είναι και ο έλεγχος της εισαγόμενης τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα, ούτως ώστε να ικανοποιούνται κριτήρια κόστους και αποτελεσματικότητας. Συνέπεια της έλλειψης αποτελεσματικού έλεγχου της τεχνολογίας είναι ο εξαναγκασμός της Κυβέρνησης να χρηματοδοτεί αυτές τις υπηρεσίες, είτε στον ιδιωτικό τομέα, είτε στο εξωτερικό. Εάν οι αποφάσεις για την εισαγωγή νέας τεχνολογίας ικανοποιούν τις πραγματικές ανάγκες υγείας σε σχέση με το κόστος, τότε η ανάγκη για εξυπηρέτηση των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα και στο εξωτερικό περιορίζεται δραστικά, εφόσον οι δομές του δημοσίου τομέα θα είναι ικανές για την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών. Συνεπώς, η μεγάλη συμβολή των συγκεκριμένων υπηρεσιών στην όξυνση των συνολικών δαπανών μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και τα οποία συμπληρώνουν τις προαναφερόμενες αδυναμίες.

- Πλεόνασμα κλινών ανά άτομο παγκύπρια. Αποτέλεσμα οι κλίνες να μην χρησιμοποιούνται με τον πιο αποδοτικό τρόπο. Κατά συνέπεια, δημιουργείται αύξηση του κόστους, εφόσον οι απώλειες αποδοτικότητας ερμηνεύονται ως σπατάλες.
- Πλεόνασμα τεχνολογικού εξοπλισμού με αποτέλεσμα τα μηχανήματα να μην χρησιμοποιούνται στο μέγιστο της απόδοσης τους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η έλλειψη αποδοτικότητας ισούται με σπατάλη και συνεπώς αυξάνεται το συνολικό κόστος.
- Μεγαλύτερος μέσος όρος παραμονής εσωτερικών ασθενών, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία, σε σύγκριση με κράτη του εξωτερικού. Λαμβάνοντας υπόψη, πως η νοσοκομειακή περίθαλψη συμμετέχει περισσότερο στο συνολικό

κόστος κάθε συστήματος υγείας, γίνεται φανερό το μέγεθος του προβλήματος, όσον αφορά την αύξηση των δαπανών.

- Διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες, οι οποίες συμβάλουν στην αύξηση του κόστους.
- Μεγάλος αριθμός προμηθευτών υπηρεσιών υγείας αμείβεται με την μέθοδο αμοιβής του μισθού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι συγκεκριμένοι προμηθευτές να μην έχουν κίνητρο για να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους, εφόσον η αμοιβή τους είναι δεδομένη εκ των προτέρων. Αυτή η έλλειψη αποδοτικότητας συμβάλλει στην αύξηση του συνολικού κόστους.
- Ο συγκεντρωτισμός εξουσίας, ο οποίος παρατηρείται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μπορεί να προκαλέσει διοικητικά ή άλλα προβλήματα με αποτέλεσμα την αύξηση των διοικητικών ή άλλων δαπανών.
- Τα δημόσια νοσοκομεία εξυπηρετούν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, οι χρήστες επωμίζονται μεγάλα χρονικά κόστη, μερικοί από τους οποίους ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια και οι οποίοι δέχονται απώλειες εισοδήματος, ενώ περιμένουν να εξυπηρετηθούν από τις υπηρεσίες. Η αντιμετώπιση του χρόνου αναμονής από εκείνους, οι οποίοι είναι πρόθυμοι και ικανοί να πληρώσουν για τον σκοπό αυτό, αυξάνει τις ανισότητες. Επομένως η ισότητα στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας ακυρώνεται σε μεγάλο βαθμό, εφόσον παρεμβαίνει το οικονομικό κριτήριο.⁴⁸
- Η υγειονομική κάλυψη, η οποία παρέχεται μέσω του δημοσίου τομέα, κρίνεται ιδιαίτερα μεγάλη (περίπου 90% του συνολικού πληθυσμού) και συχνά δεν λαμβάνει υπόψη κοινωνικοοικονομικά κριτήρια. Επομένως τα κριτήρια αυτά πρέπει να αναθεωρηθούν, ούτως ώστε η κάλυψη να παρέχεται μόνο όπου είναι αναγκαία.

Συνοψίζοντας αξίζει να αναφερθεί, πως η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος υγείας αντανάκλαται:

- Στις ανισότητες σε ότι αφορά την πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.
- Στην αύξηση των κοστών χωρίς ανάλογη απόδοση.

Πρέπει να επισημανθεί εκ νέου, πως η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο κρίνεται απαρχαιωμένη. Επομένως είναι μεγάλη η ανάγκη για

⁴⁸ Ministry of Health, Cyprus Development Bank, *International Lessons For the Introduction of A National Health Insurance Scheme in Cyprus*, Nicosia 1992, σ.4

εκσυγχρονισμό και για ριζικές αλλαγές. Η ανάγκη για ουσιαστική παρέμβαση στις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με την χρηματοδότηση αλλά και γενικότερα, αποδεικνύεται ακόμη περισσότερο, εφόσον παρατηρείται τόσο από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, όσο και από ξένους ειδικούς.

5.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, η κοινωνική ασφάλιση δεν απαντάται στον υγειονομικό τομέα της Κύπρου. Αναμένεται να εφαρμοστεί με την λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας. Οι τωρινές μορφές ασφάλισης, οι οποίες εντοπίζονται στον υγειονομικό τομέα είναι αποτέλεσμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Πρόκειται για την επί εμπορικής βάσεως ασφάλιση της υγείας και τα ασφαλιστικά σχέδια υγείας μεταξύ συντεχνιών και εργοδοτών.

Έχει ευρέως αποδειχθεί από την πείρα αρκετών χωρών, ότι η επί εμπορικής βάσεως ασφάλιση της υγείας ούτε επαρκής είναι άλλα ούτε και δίκαιος τρόπος χρηματοδότησης μιας ουσιαστικής και περιεκτικής φροντίδας υγείας.⁴⁹ 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. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συνεπάγεται, πως η οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων είναι σύμφωνη με την κάλυψη και κατά συνέπεια με την ανάγκη. Επομένως η συμμετοχή στην χρηματοδότηση δεν ικανοποιεί ούτε στοιχειωδώς την οικονομική δυνατότητα, γίνεται σαφές πως δεν εξυπηρετείται η ισότητα. Λαμβάνοντας υπόψη, πως τα άτομα με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας, τα οποία χρειάζονται περισσότερη υγειονομική κάλυψη, ανήκουν συνήθως στα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια, γίνεται φανερό το μέγεθος του προβλήματος.

Όσον αφορά τα ασφαλιστικά σχέδια υγείας, τα οποία λειτουργούν μεταξύ συντεχνιών και εργοδοτών, πρέπει να σημειωθεί πως απαντούν σε παρόμοιες αδυναμίες, όπως η προηγούμενη μορφή ασφάλισης. Αυτά τα ιατροφαρμακευτικά ταμεία λειτουργούν με τους δικούς τους κανονισμούς, η δε συνεισφορά και τα ωφελήματα προς τους εργαζομένους διαφέρουν από ταμείο σε ταμείο. Επομένως είναι ευνόητο, πως δημιουργούνται ανισότητες, όσον αφορά την χρηματοδότηση. Αυτή η μορφή ασφάλισης υγείας συμβάλλει στην αύξηση του κόστους και επίσης δεν προσφέρεται για τα

⁴⁹ Α. Σταμάτης, Ντ. Κώστα, W. Hsiao, L. Rose, T. Sheldon, S. Harrison, A. Maynard, T. Ensor, *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992, σ.25

φτωχότερα μέλη της κοινωνίας. Επομένως οι δύο μορφές ασφάλισης υγείας, οι οποίες εντοπίζονται στην Κύπρο, δεν προσφέρονται για το σύνολο του πληθυσμού και επίσης δεν ικανοποιούν κριτήρια ισότητας στην χρηματοδότηση. Κατά συνέπεια, η ανάγκη εφαρμογής της Κοινωνικής Ασφάλισης στον τομέα της υγείας, κρίνεται επιτακτική.

Η εφαρμογή της κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας, μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας, αναμένεται να απαντήσει σε μεγάλο τουλάχιστον μέρος των παραπάνω αδυναμιών. Το σύνολο του Κυπριακού πληθυσμού πρόκειται να συμμετέχει, όσον αφορά την χρηματοδότηση, σ' ένα και ενιαίο ταμείο. Ο κάθε πολίτης θα συμμετέχει ανάλογα με την ικανότητα του για πληρωμή. Επομένως θα επιτυγχάνεται ισότητα στην χρηματοδότηση. Μέσα από τα παραπάνω γίνεται σαφές, πώς οι εισφορές στο ενιαίο ταμείο θα είναι υποχρεωτικές. Επομένως η δυνατότητα δημιουργίας μικρότερων ταμείων για τις διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες απορρίπτεται. Αν επιτραπεί η δημιουργία μικρότερων ταμείων, τότε η ισότητα στην χρηματοδότηση δεν θα ικανοποιείται, οι εισφορές θα είναι ψηλότερες και κατά συνέπεια θα επιβαρυνθούν δυσανάλογα οι χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις.

Επίσης ο μεγάλος όγκος των ιδιωτικών πληρωμών που εντοπίζεται στον Κυπριακό υγειονομικό τομέα, συνηγορεί για την αναγκαιότητα της κοινωνικής ασφάλισης και του ενιαίου ταμείου. Πιο συγκεκριμένα, το μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας συνεπάγεται πως η ισότητα στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας ακυρώνεται. Ουσιαστικά, αυτού του τύπου η ισότητα επιτυγχάνεται, δεδομένου πως η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι σύμφωνη με τις ανάγκες. Λαμβάνοντας υπόψη, πως το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών είναι μεγάλο, γίνεται σαφές, πως η χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από το οικονομικό κριτήριο. Κατά συνέπεια, η ισότητα στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας δέχεται σημαντικές αποκλίσεις.

Ακόμη η ισότητα στην χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας μέσω του ενιαίου ταμείου επιτυγχάνεται λόγω της δημιουργίας του κοινού πλαισίου, το οποίο λαμβάνει υπόψη τους πολίτες επί ίσοις όροις. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινοί κανόνες που ρυθμίζουν την λειτουργία του ενιαίου ταμείου, επιτρέπουν στον Κυπριακό πληθυσμό να καταναλώνει υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του και να συμμετέχει στην χρηματοδότηση ανάλογα με την ικανότητα του για πληρωμή. Κατά συνέπεια, εξυπηρετείται η ισότητα στην χρηματοδότηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ακόμη μέσω της δημιουργίας του ενιαίου ταμείου εξασφαλίζεται η διαφάνεια ως προς το σύνολο των οικονομικών πόρων που διατίθεται στον υγειονομικό τομέα, με αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη λήψη πολιτικών αποφάσεων για το μέγεθος του προϋπολογισμού, καθώς και την αξιολόγηση συγκεκριμένων προτεραιοτήτων στη διαχείριση των δαπανών. Η αποτελεσματική ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σημαίνει την δημόσια χρηματοδότηση των πλέον βασικών υπηρεσιών υγείας, ούτως ώστε να εξυπηρετείται η ισότητα στην πρόσβαση. Επίσης σύμφωνα και με την διεθνή εμπειρία, ο έλεγχος του κόστους είναι αποτελεσματικότερος, όταν οι δαπάνες υγείας προέρχονται από μια και μοναδική πηγή. Είναι φανερό, πως η ανάγκη για την εφαρμογή της κοινωνικής ασφάλισης και του ενιαίου ταμείου στον υγειονομικό τομέα είναι επιτακτική.

Πρέπει να σημειωθεί, πως για να επιτευχθεί η ισότητα στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, πρέπει να προσεχθούν ορισμένα επί μέρους σημεία, τα οποία εντοπίζονται στον υφιστάμενο υγειονομικό τομέα. Μερικοί από τους εργοδοτούμενους πιθανόν να προσπαθήσουν να αποφύγουν την καταβολή εισφορών, μεταξύ αυτών μπορεί να συμπεριλαμβάνονται οι μερικώς εργαζόμενοι και μερικές αυτοεργοδοτούμενες ομάδες.⁵⁰ Πιο συγκεκριμένα, οι παραπάνω κατηγορίες πληθυσμού πιθανόν να αποφύγουν να εγγραφούν στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ούτως ώστε να μην επιβαρυνθούν οικονομικά. Επίσης πρόβλημα αποτελεί η δήλωση κατώτερου εισοδήματος από το πραγματικό, το οποίο παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντικό.

Όσον αφορά το πρόβλημα της αποφυγής εγγραφής, έχουν εφαρμοστεί συγκεκριμένες λύσεις, οι οποίες αν και βρίσκονται εν εξέλιξη, εντούτοις αναμένονται να απαντήσουν στο μεγαλύτερο τουλάχιστον μέρος του παραπάνω προβλήματος. Η αδυναμία της δήλωσης κατώτερου εισοδήματος από το πραγματικό αποτελεί σοβαρή απειλή για το σύστημα. Ένας από τους καθορισμένους σκοπούς του ΓΕΣΥ είναι η βελτιωμένη ισότητα στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Δεδομένης της παραπάνω αδυναμίας, η ισότητα στην χρηματοδότηση ακυρώνεται σε σημαντικό βαθμό. Πραγματικά, εάν δεν επιλυθούν τα υφιστάμενα προβλήματα, το ΓΕΣΥ δεν θα είναι αποδεκτό στα πλατιά στρώματα του πληθυσμού.

⁵⁰ Α.Σταμάτης, Ντ.Κώστα, W.Hsiao, L.Rose, T.Sheldon, S.Harrison,A.Maynard, T.Ensor, *Προτάσεις...*,ό.π.,σ.26

5.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στον τομέα της προσφοράς:

- Αναμένεται με την έναρξη του ΓΕΣΥ η κατά κεφαλή αμοιβή, όσον αφορά τους οικογενειακούς ιατρούς. Η αμοιβή των οικογενειακών ιατρών θα είναι με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων δικαιούχων στον κατάλογο του κάθε ιατρού. Ο ιατρός θα πληρώνεται με ένα εκ των προτέρων καθορισμένο πόσο ανά πελάτη. Επομένως παρέχεται κίνητρο στους προμηθευτές, ούτως ώστε να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους για να προσελκύσουν πελατεία και να επωφεληθούν οικονομικά. Επίσης μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου αμοιβής δίδεται κίνητρο στους προμηθευτές για να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους, ούτως ώστε να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη και να μεγιστοποιήσουν τα καθαρά έσοδα τους. Εφόσον η πληρωμή των ιατρών είναι προκαθορισμένη, γίνεται σαφές πως οι προμηθευτές έχουν κάθε λόγο για συγκράτηση των δαπανών. Περισσότερα για την παραπάνω μέθοδο αμοιβής αναφέρονται στις μεθόδους αμοιβής των προμηθευτών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως η τρέχουσα μέθοδος αμοιβής, δηλαδή αυτή του μισθού, δεν παρέχει κανένα από τα πιο πάνω κίνητρα.
- Η επιβολή συνολικών προϋπολογισμών ανά υπηρεσία υγείας μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, κρίνεται αναγκαία. Βάση συγκεκριμένων παραμέτρων, θα καθορίζεται εκ των προτέρων το πλαίσιο δαπάνης ανά προμηθευτή, το οποίο θα αποτελεί δέσμευση για τον τελευταίο, ούτως ώστε να παρέχει τις υπηρεσίες του, ικανοποιώντας ταυτόχρονα και τον συγκεκριμένο περιορισμό. Επομένως επιτυγχάνεται συγκράτηση των δαπανών. Ακόμη οι υποπροϋπολογισμοί για επί μέρους κατηγορίες δαπανών ενισχύουν την παραπάνω προσπάθεια.
- Αναμένεται επίσης μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας, η αντικατάσταση της μεθόδου αμοιβής του μισθού και όσον αφορά τους ιατρούς των ειδικοτήτων. Η μέθοδος που προτείνεται είναι η αμοιβή κατά πράξη. Επομένως γίνεται μια προσπάθεια για σύνδεση της αμοιβής με την αποδοτικότητα. Συνεπώς κίνητρα για αύξηση της αποδοτικότητας παρέχονται και στους ιατρούς των ειδικοτήτων, ούτως ώστε ανάμεσα σε άλλα να επιτευχθεί και η συγκράτηση των δαπανών.
- Η αναγκαιότητα επιβολής κριτηρίων κόστους και ανάγκης παρουσιάζεται και όσον αφορά την ιατρική τεχνολογία. Υπάρχουν ήδη ενδείξεις επέκτασης ορισμένων διευκολύνσεων πολύ πιο πέρα από τις ανάγκες του πληθυσμού της

Κύπρου.⁵¹ Επίσης δεν εξυπηρετείται καμιά ανάλυση κόστους και οφέλους. Με την έναρξη λειτουργίας του ΓΕΣΥ, το παραπάνω πλαίσιο τροποποιείται ως ακολούθως. Η δημιουργία πρόσθετης δυναμικότητας και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας στην Κύπρο θα ελέγχεται με την έκδοση αδειών, οι οποίες θα χορηγούνται μόνο όταν αποδεικνύεται το οικονομικό όφελος και η ανάγκη.

- Υπάρχει ήδη υπερπροσφορά ιατρών, η οποία συμβάλει στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στην αύξηση του κόστους. Επομένως η ανάγκη για περιορισμό αυτής της προσφοράς κρίνεται επιτακτική. Αξίζει να σημειωθεί, πως η πρόσφατη ένταξη της Κύπρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η απουσία ιατρικής σχολής υπαγορεύουν πως δεν υπάρχουν απλές μέθοδοι στην συγκράτηση αυτών των προμηθευτών. Μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας, τα παρακάτω μέτρα μπορούν να συμβάλουν στην συγκράτηση της υπερπροσφοράς ιατρών και κατά συνέπεια του κόστους:
 - Στενή συνεργασία υπουργείου υγείας και ΓΕΣΥ, όσον αφορά τον αριθμό ιατρών, οι οποίοι θα τυγχάνουν αναγνώρισης από το σύστημα υγείας.
 - Δημιουργία κατάλληλης υπηρεσίας, η οποία θα ενημερώνει τους ενδιαφερομένους, όσον αφορά τις προοπτικές του ιατρικού επαγγέλματος.
 - Περιορισμός των εισαγωγών Κυπρίων σε Ελληνικές Ιατρικές σχολές
 - Καθορισμός ηλικίας υποχρεωτικής αφυπηρέτησης των ιατρών.
- Ανάγκη αποτελεί επίσης η εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων, μεταρρύθμιση η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με το ΓΕΣΥ. Τα φάρμακα, τα οποία θα περιλαμβάνονται, θα ικανοποιούν κριτήρια αποτελεσματικότητας και κόστους. Επίσης περιορισμός των δαπανών μέσω της φαρμακευτικής οδού μπορεί να επέλθει, δεδομένου πως σε κάθε προμηθευτή θα εκχωρείται υποπροϋπολογισμός φαρμάκων. Κατά συνέπεια, θα δεσμεύεται να ικανοποιεί τον παραπάνω περιορισμό, κατά την εκτέλεση των εργασιών του. Τυχόν αποκλίσεις από το πλαίσιο αυτό, θα σημαίνουν οικονομικές απώλειες για τον προμηθευτή. Επίσης συγκράτηση των δαπανών προκαλείται και από τον έλεγχο των προμηθευτών, όσον αφορά τις συνταγογραφήσεις φαρμάκων. Επομένως θα παρέχονται μόνο οι αναγκαίες συνταγές και στα ανάλογα μεγέθη, ούτως ώστε να εξασφαλίζεται η κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα.

⁵¹ Στο ίδιο, σ.81

Στον τομέα της ζήτησης:

- Η μερική συμμετοχή του χρήστη στο κόστος που προκαλείται από την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, αποτελεί ακόμη ένα μέτρο για τον περιορισμό των δαπανών. Στην Κύπρο εντοπίζεται η παραπάνω μέθοδος, η οποία καθορίζεται, μεταξύ άλλων κριτηρίων και σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής. Περισσότερα για την συμμετοχή του πολίτη στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται στις ιδιωτικές πληρωμές.
- Μέτρα για την συγκράτηση των δαπανών, αποτελούν επίσης τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας με στόχο και την μελλοντική μείωση της χρήσης πολυδάπανων ιατρικών υπηρεσιών. Τέτοια προγράμματα εντοπίζονται και στην Κύπρο, όπως είναι το εθνικό πρόγραμμα κατά του AIDS, εκπαιδευτικά προγράμματα για μαθητές, προγράμματα εμβολιασμών, προγράμματα διαφώτισης του κοινού σε θέματα δημόσιας υγείας κ.α.

Όπως έγινε φανερό μέσα από τα παραπάνω, τα περισσότερα μέτρα συγκράτησης των δαπανών σχετίζονται με την αναμενόμενη λειτουργία του ΓΕΣΥ. Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις αποτελούν ουσιαστικά προϋπόθεση για την εισαγωγή του συστήματος υγείας. Αξίζει επίσης να αναφερθεί, η μεγάλη προσοχή με την οποία προσεγγίζει το σύστημα τα θέματα χρηματοδότησης, ούτως ώστε να γίνει σαφές, πως οι αδυναμίες κόστους μπορούν να αντιμετωπιστούν δραστικά μόνο μέσα στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου και ενοποιημένου υγειονομικού τομέα.

5.4 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ανάπτυξη της προσφοράς στην αγορά των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει ανάλογα την ζήτηση και συνεπώς τις δαπάνες υγείας. Η ικανότητα του υπουργείου υγείας να ρυθμίζει το ανθρώπινο δυναμικό, τα φαρμακευτικά και την τεχνολογία στην υγεία, είναι στρατηγικής σημασίας.⁵² Επομένως το υπουργείο υγείας κρίνεται ως το πλέον κατάλληλο, ούτως ώστε να περιορίσει την προσφορά και κατά συνέπεια την ζήτηση και το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η αναγκαιότητα για την επέμβαση του υπουργείου παρουσιάζεται και από το γεγονός, πως ο πολίτης δεν θα επωμίζεται κανένα κόστος στο σημείο παροχής των υπηρεσιών, επομένως δεν έχει κανένα κίνητρο για να περιορίσει την κατανάλωση και τις δαπάνες. Συνεπώς το υπουργείο πρέπει να ρυθμίσει κατάλληλα την προσφορά υπηρεσιών υγείας.

⁵² Στο ίδιο, σ.80

Ο έλεγχος θα είναι μάλλον αναγκαίος στους πιο κάτω τομείς:

- Αναγκαιότητα επέμβασης του υπουργείου, όσον αφορά τον περιορισμό των ιατρών. Έχουν ήδη αναφερθεί τα μέτρα για περιορισμό των συγκεκριμένων προμηθευτών στις μεθόδους συγκράτησης των δαπανών υγείας και όπως γίνεται φανερό, η συμβολή του υπουργείου είναι καθοριστική.
- Καθοριστικής σημασίας είναι η παρέμβαση του υπουργείου, όσον αφορά την προσφορά νοσοκομείων και κλινικών. Υπάρχει ήδη υπερπροσφορά, η οποία πρέπει να ρυθμιστεί κατάλληλα για την συγκράτηση των δαπανών.
- Κρίνεται αναγκαία η χάραξη πολιτικής εκ μέρους του υπουργείου υγείας και όσον αφορά την εισαγωγή της ιατρικής τεχνολογίας. Η τρέχουσα κατάσταση υπαγορεύει, πως κανένας ουσιαστικός προγραμματισμός και ανάλυση κόστους οφέλους δεν ικανοποιείται κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι η σπατάλη οικονομικών πόρων και η έλλειψη ικανοποίησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Το υπουργείο υγείας πρέπει να παρέμβει, ούτως ώστε να εισαχθεί περιορισμένος κατάλογος φαρμάκων. Ο κατάλογος θα ικανοποιεί κριτήρια αποτελεσματικότητας και κόστους και κατά συνέπεια θα συμβάλει στην συγκράτηση των δαπανών.

5.5 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι αδυναμίες του υγειονομικού τομέα, όσον αφορά τις δαπάνες, μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο μέσα στα πλαίσια του Γενικού Συστήματος Υγείας. Αξίζει να σημειωθεί, πως ένας από τους πλέον βασικούς στόχους της εισαγωγής του ΓΕΣΥ στην Κύπρο, είναι η ενοποίηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα η ικανοποίηση των κριτηρίων ισότητα και αποδοτικότητα. Πιο συγκεκριμένα, η διανομή των οικονομικών πόρων θα προέρχεται και θα ελέγχεται από ένα και ενιαίο φορέα, ούτως ώστε να επιτευχθεί αποδοτικότητα και συγκράτηση των δαπανών για τους λόγους που έχουν ήδη αναφερθεί. Όσον αφορά την ισότητα στην χρηματοδότηση, αυτή επιτυγχάνεται δεδομένου πως η αντίστοιχη συμμετοχή είναι ανάλογη με την ικανότητα πληρωμής. Επομένως το κοινό πλαίσιο που δημιουργείται μέσω του ενιαίου φορέα επιτρέπει την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Γίνεται σαφές, πως η εισαγωγή του ΓΕΣΥ στην Κύπρο συνδέεται άρρηκτα με τις μεταρρυθμίσεις στις διαδικασίες χρηματοδότησης. Προϋπόθεση για την έναρξη της

λειτουργίας του συστήματος υγείας, αποτελεί η ριζική μεταρρύθμιση του πλαισίου χρηματοδότησης. Η απουσία αυτών των αναγκαίων αλλαγών, πιθανό να οξύνει τις υφιστάμενες αδυναμίες που συνδέονται με τα κόστη των υπηρεσιών υγείας. Για την επιτυχία του συστήματος οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων περιλαμβάνουν την λήψη των πιο κάτω μέτρων:⁵³

- Η συμμετοχή στο ΓΕΣΥ πρέπει να είναι υποχρεωτική, ούτως ώστε να εξυπηρετούνται σκοποί κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι πολίτες θα συμμετέχουν στην χρηματοδότηση σύμφωνα με το εισόδημα τους, ούτως ώστε οι υψηλότερες εισφορές να ενισχύουν ουσιαστικά τις χαμηλότερες. Όσον αφορά την χρήση των υπηρεσιών, θα καθορίζεται από τις ανάγκες υγείας. Επομένως θα εξυπηρετούνται στόχοι ισότητας στην χρηματοδότηση αλλά και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.
- Η δημιουργία σφαιρικού προϋπολογισμού για την χρηματοδότηση του ΓΕΣΥ κρίνεται αναγκαία. Η χρηματοδότηση θα προέρχεται από εισφορές της κυβέρνησης, των εργοδοτών και εργοδοτούμενων, οι οποίες θα επιβαρύνονται με τέλη πάνω στο σύνολο των απολαβών τους.

Το ύψος της χρηματοδότησης θα αποφασίζεται σε ετήσια βάση, μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ των χρηματοδοτών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, οι διαπραγματεύσεις θα συμβάλουν, ούτως ώστε να επιτευχθεί εκ των προτέρων ορθολογικός υπολογισμός δαπάνης, ο οποίος να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερος στο πραγματικό κόστος παροχής, για την συγκράτηση των δαπανών. Οι προμηθευτές δεσμεύονται στην συνέχεια να παρέχουν τις υπηρεσίες τους, ικανοποιώντας ταυτόχρονα τον παραπάνω περιορισμό. Αυτές οι διαδικασίες κατάρτισης του σφαιρικού προϋπολογισμού κρίνονται ως οι πλέον κατάλληλες για την Κύπρο, ούτως ώστε να περιορισθούν οι δαπάνες υγείας. Οι διαπραγματεύσεις αυτές λαμβάνουν υπόψη τις αποδείξεις των παρεχόντων τις ιατρικές υπηρεσίες σχετικά με τις υπάρχουσες ανάγκες και την αποτελεσματική οικονομία, καθώς και τις επιθυμίες των αγοραστών να περιορίσουν το κόστος. Αυτή η προσέγγιση για την δημιουργία του σφαιρικού προϋπολογισμού τοποθετεί τις διαπραγματεύσεις εκτός του πολιτικού συστήματος και διασφαλίζει πως και τα δύο μέρη σέβονται το αποτέλεσμα και το βλέπουν σαν δικό τους. Επίσης συγκράτηση των δαπανών μπορεί να επέλθει

⁵³ Στο ίδιο, σ.10

και μέσω των υποπροϋπολογισμών. Όταν συμφωνηθεί ο σφαιρικός προϋπολογισμός, οι τιμές και τα μεγέθη θα προσδιοριστούν για τους υποπροϋπολογισμούς. Σε περίπτωση που τα πραγματικά μεγέθη ξεπεράσουν τα προϋπολογισμένα, η τιμή κατά μονάδα θα μειώνεται, ούτως ώστε οι αποκλίσεις όσον το δυνατό να περιορίζονται. Επομένως παρέχεται κίνητρο στους προμηθευτές, ούτως ώστε να κινηθούν μέσα στα συγκεκριμένα πλαίσια δαπάνης, σε αντίθετη περίπτωση θα επωμισθούν οικονομικές απώλειες.

- Η ανάγκη δημιουργίας αρμόδιας αρχής του ΓΕΣΥ, η οποία θα διαχειρίζεται τον σφαιρικό προϋπολογισμό και θα αγοράζει υπηρεσίες υγείας για τους Κύπριους πολίτες κρίνεται επιτακτική. Η αρχή πρέπει να είναι ανεξάρτητη από πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες, ούτως ώστε να λαμβάνει υπόψη τους πολίτες επί ίσοις όροις. Μέσα στα πλαίσια του ελεγχόμενου ανταγωνισμού, η αρχή θα συμβάλλεται με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι θα πληρούν τα αποδεκτά επίπεδα ποιότητας και κόστους. Μέσω του ελεγχόμενου ανταγωνισμού θα εξασφαλιστούν υψηλά επίπεδα ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε λογικά κόστη. Αναγκαία προϋπόθεση για τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις αποτελούν ουσιαστικές αλλαγές, όσον αφορά τις διαδικασίες διαχείρισης των προμηθευτών. Πιο συγκεκριμένα, οι παρέχοντες τις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να πληρούν στοιχεία αναφορικά με οικονομικά και κλινικά δεδομένα, ούτως ώστε να μπορούν να τυγχάνουν ελέγχου από την αρχή. Συνεπώς η αρχή θα γνωρίζει ανάμεσα σε άλλα ποιοι προμηθευτές είναι οικονομικά οι πλέον αποτελεσματικοί, ούτως ώστε να προβεί σε συνεργασία. Ακόμη αυτές οι πληροφορίες κόστους θα παρέχονται και στους προμηθευτές, ούτως ώστε να υπολογίζονται κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων. Με την πάροδο του χρόνου, οι πληροφορίες κόστους θα παρουσιάζονται βελτιωμένες και θα παρέχεται η δυνατότητα για συνεργασία μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και της αρχής, ούτως ώστε να υιοθετούνται οι πλέον οικονομικά αποτελεσματικές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών. Το νέο πλαίσιο που θα δημιουργηθεί θα συμβάλει στην συγκράτηση των δαπανών υγείας.
- Η συμβολή ενός συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας είναι σημαντική. Το σύστημα θα ενεργεί ως το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τον υγειονομικό τομέα. Κατά συνέπεια, η πρόσβαση των ασθενών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγεία θα ελέγχεται. Επομένως θα επιτυγχάνεται αποδοτική χρήση των διατιθεμένων πόρων και κατά συνέπεια συγκράτηση του κόστους. Οι

οικογενειακοί ιατροί θα αμείβονται σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών στον κατάλογο τους, ούτως ώστε να τους παρέχεται κίνητρο να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους και να προσελκύουν περισσότερους πολίτες. Επίσης η έμφαση στην πρωτοβάθμια υγεία σημαίνει και καλά αμειβόμενους προμηθευτές. Οι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να αμείβονται κατάλληλα, ούτως ώστε να παρέχονται τα κίνητρα για εισαγωγή στο σύστημα των πλέον αποδοτικών προμηθευτών.

- Η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων του δημόσιου τομέα είναι σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει τα κρατικά νοσοκομεία να αποκτήσουν την οικονομική και διαχειριστική τους ανεξαρτησία, ούτως ώστε να ανταγωνιστούν με τους αντίστοιχους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων του ΓΕΣΥ. Επομένως θα δοθεί η δυνατότητα στα δημόσια νοσοκομεία για να αυτοχρηματοδοτούνται, συνεπώς ο κρατικός προϋπολογισμός θα απαλλαγεί από οποιαδήποτε δέσμευση για χρηματοδότηση και θα εξοικονομηθούν οικονομικοί πόροι. Ακόμη η οικονομική αυτονομία των δημοσίων νοσοκομείων παρέχει τα κίνητρα σε αυτά, ούτως ώστε να συμπεριφέρονται αποτελεσματικά για να προσελκύσουν καταναλωτές, καθώς επίσης και να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους, έτσι ώστε να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη και να απολαμβάνουν μεγαλύτερα καθαρά έσοδα. Τυχόν αποτυχία θα έχει σαν αποτέλεσμα την μετατόπιση ασφαλισμένων του ΓΕΣΥ στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα την απώλεια εισοδήματος.
- Επίσης μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, πρέπει να ρυθμιστεί και να αξιολογηθεί η δυναμικότητα της τεχνολογίας. Η εισαγωγή νέας τεχνολογίας στην Κύπρο πρέπει να ελέγχεται, ούτως ώστε να ικανοποιούνται κριτήρια κόστους και ανάγκης.
- Αναγκαία είναι και η εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων. Ο κατάλογος θα περιλαμβάνει μόνο τα φάρμακα, τα οποία κρίνονται ανάμεσα σε άλλα πως είναι και οικονομικά αποτελεσματικά. Το ΓΕΣΥ δεν θα καλύπτει όλα τα φάρμακα της αγοράς, αλλά μόνο εκείνα, τα οποία περιλαμβάνονται στον συγκεκριμένο κατάλογο και εφόσον συνταγογραφούνται από συμβεβλημένους με το σύστημα προμηθευτές. Γίνεται φανερό, πως θα επιτευχθεί εξοικονόμηση οικονομικών πόρων.
- Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, η υιοθέτηση πολιτικής αγοράς υπηρεσιών και αγαθών σε μεγάλες ποσότητες, όσον αφορά τους τομείς όπου η δαπάνη

αυξάνεται ραγδαία, είναι αναγκαία. Συγκεκριμένα, είναι οι τομείς των εργαστηριακών υπηρεσιών και των φαρμάκων. Για τον περιορισμό αυτών των δαπανών, αρμόδια αρχή του ΓΕΣΥ θα διαπραγματεύεται με τους αντίστοιχους προμηθευτές για τις τιμές των υπηρεσιών με βάση το κόστος.

- Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, απαραίτητη είναι και η ενίσχυση της οργάνωσης και διεύθυνσης του υπουργείου υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος, είναι ο διαχωρισμός του υπουργείου και της αρμόδιας αρχής που θα διευθύνει το ΓΕΣΥ. Το υπουργείο πρέπει να αναδιοργανωθεί, ούτως ώστε να γίνει ένα ευέλικτο σώμα, το οποίο θα χαράζει τις αποτελεσματικές πολιτικές για την ρύθμιση του υγειονομικού τομέα. Αυτό το νέο πλαίσιο θα δώσει την δυνατότητα για συγκράτηση των δαπανών. Επίσης ο περιορισμός του κόστους θα εξαρτηθεί και από την έκταση της ανεξαρτησίας που θα απολαμβάνει η αρχή, η οποία θα διαχειρίζεται το ΓΕΣΥ. Η αρχή πρέπει να μην δεσμεύεται από πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες και να λαμβάνει υπόψη τους πολίτες επί ίσους όρους.

5.5.1 Ειδικότεροι Στόχοι ΓΕ.Σ.Υ.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι ειδικότεροι στόχοι της εισαγωγής του ΓΕΣΥ:

- Ισότητα στην χρηματοδότηση και προσφορά περιεκτικής ιατρικής περίθαλψης για όλους τους Κυπρίους.
- Επάρκεια στην παροχή υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη σε λογικό κόστος.
- Περιορισμός στον πληθωρισμό των δαπανών που δημιουργείται από δημογραφικούς παράγοντες, την τεχνολογική πρόοδο και παράλογα κίνητρα.

Γίνεται σαφές, πως σε κάθε επιμέρους στόχο του ΓΕΣΥ λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας κόστους. Επομένως το υφιστάμενο πλαίσιο χρηματοδότησης, μέσα στα πλαίσια του συστήματος υγείας, διαφοροποιείται ριζικά. Άλλωστε αυτό είναι αναγκαίο, δεδομένης της προσπάθειας για αντιμετώπιση των τωρινών προβλημάτων που οξύνουν τις δαπάνες υγείας. Εάν δεν αποτελέσει προϋπόθεση η αναδιοργάνωση του πλαισίου χρηματοδότησης για την εισαγωγή του ΓΕΣΥ, τα υφιστάμενα προβλήματα κόστους θα συνεχίσουν να αυξάνονται. Ακόμη μέσα από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως το σύστημα υγείας προσεγγίζει με μεγάλη προσοχή τα θέματα που σχετίζονται με την χρηματοδότηση. Επομένως αποδεικνύεται για ακόμη μια φορά, πως μόνο μέσα στα

πλαίσια ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας οι τωρινές αδυναμίες κόστους μπορούν να αντιμετωπιστούν.

5.5.2 Επιπλοκές Κόστους

Η εισαγωγή του ΓΕΣΥ σημαίνει σημαντικές επιπλοκές κόστους. Προκαλούνται σημαντικές αλλαγές στη δομή του υγειονομικού τομέα, οι οποίες αναμένονται να επηρεάσουν τις συνολικές δαπάνες υγείας στην Κύπρο.⁵⁴ Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια, ώστε να δοθεί μια ποσοτική προσέγγιση των παραπάνω συνεπειών κόστους. Για τον υπολογισμό των επί μέρους κατηγοριών δαπάνης, γίνονται ορισμένες παραδοχές, οι οποίες πιθανό να μην αντικατοπτρίζουν πλήρως την πραγματικότητα. Εντούτοις οι υπολογισμοί αυτοί είναι χρήσιμοι, ούτως ώστε να εξαχθούν ορισμένα συμπεράσματα αναφορικά με το κόστος που σημαίνει η εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Σύμφωνα με τους παρακάτω υπολογισμούς, οι συνολικές δαπάνες υγείας για το 2002 μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, πιθανό να επηρεάζονταν ως εξής:

- Καθιέρωση συστήματος οικογενειακών ιατρών και αμοιβή των συγκεκριμένων προμηθευτών κατά κεφαλή. Υπολογίζεται η κατά κεφαλή δαπάνη για πρωτοβάθμια υγεία το έτος 2002 σε £51.24. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ και σύμφωνα με τις παρακάτω παραδοχές, η αντίστοιχη κατά κεφαλή δαπάνη περιορίζεται στις £36,53. Οι παραδοχές αφορούν την επίτευξη καθαρού εισοδήματος £35,000 ανά οικογενειακό ιατρό, του οποίου το μέγεθος του καταλόγου είναι 1600 εγγεγραμμένοι πολίτες. Επίσης λαμβάνεται σαν δεδομένο, το ύψος των δαπανών άσκησης του επαγγέλματος, το οποίο εκτιμάται ως το ένα- τρίτο του συνολικού εισοδήματος. Η συνολική εξοικονόμηση αναμένεται σε £10,5 εκατομμύρια.
- Αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών, λόγω της άσκησης της πρωτοβάθμιας υγείας από ανεξάρτητους προμηθευτές. Τα δημόσια νοσοκομεία χορηγούν φάρμακα με κοινόχρηστη ονομασία και προβαίνουν σε χονδρικές αγορές. Κατά συνέπεια, το κόστος ανά συνταγή στο φαρμακείο του κυβερνητικού νοσοκομείου, αποτελεί τα δύο-τρίτα του κόστους για κάθε συνταγή σε φαρμακείο του ιδιωτικού τομέα. Η μετατόπιση οικογενειακών ιατρών από τα κυβερνητικά νοσοκομεία προς τον ιδιωτικό τομέα, θα αυξήσει το κόστος των

⁵⁴ W.Hsiao, M.Jakab, *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003, σ.37

φαρμάκων για τους ασθενείς, εφόσον θα προμηθεύονται τα φάρμακα από τον ιδιωτικό τομέα. Αύξηση, η οποία θα αποτελέσει επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για το ΓΕΣΥ, εφόσον βέβαια πληρούνται οι καθορισμένες προϋποθέσεις. Για τον υπολογισμό της αύξησης της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης, σύμφωνα πάντα με δεδομένα του 2002, εντοπίστηκε η διαφορά στην τιμή μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και ο αριθμός συνταγών που χορηγήθηκαν από τους οικογενειακούς ιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων. Ο συνδυασμός αυτών των στοιχείων αποτελεί την αύξηση της συγκεκριμένης κατηγορίας δαπάνης, η οποία υπολογίζεται σε £2,5 εκατομμύρια το 2002.

- Εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμάκων. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, μόνο συνταγογραφούμενα φάρμακα θα καλύπτονται από συμβεβλημένους με το σύστημα προμηθευτές και εφόσον τα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται στο περιορισμένο κατάλογο του συστήματος. Υπολογίζεται πως το 50% του τρέχοντος φαρμακευτικού κόστους θα χρηματοδοτείται από το ΓΕΣΥ, το οποίο εκτιμάται στα 12 εκατομμύρια. Επομένως η εκτιμώμενη επιβάρυνση υπολογίζεται στα £6 εκατομμύρια.
- Η δυνατότητα επιλογής του πολίτη μεταξύ προμηθευτών του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, σημαίνει επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για το ΓΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, οι ακτινολογικές και εργαστηριακές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα κρίνονται ως χαμηλής ποιότητας και με μεγάλα χρονικά κόστη. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, οι παραπάνω υπηρεσίες, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, θα παρέχονται στον πολίτη χωρίς καμιά οικονομική επιβάρυνση. Επομένως αναμένεται αύξηση στην ζήτηση των συγκεκριμένων υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα. Επίσης αυτή η αύξηση δυνατό να ενισχυθεί, δεδομένης της εγκαθίδρυσης συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας, το οποίο ανήκει στον ιδιωτικό τομέα, συνεπώς είναι πιθανό να παραπέμπει τους πολίτες στους ιδιώτες προμηθευτές. Η εκτιμώμενη επιβάρυνση για το ΓΕΣΥ υπολογίζεται στα £7,5 εκατομμύρια.
- Συγκράτηση των δαπανών για το ΓΕΣΥ μπορεί να επέλθει, μέσω της χονδρικής αγοράς ακτινολογικών και εργαστηριακών υπηρεσιών και με διαπραγματεύσεις των τιμών βάση του κόστους. Η παραπάνω εξοικονόμηση οικονομικών πόρων θα εξαρτηθεί από την συμβολή της αρμόδιας αρχής, η οποία θα είναι υπεύθυνη για την διαχείριση του συστήματος υγείας. Επομένως οποιαδήποτε ποσοτική

προσέγγιση για την εξοικονόμηση που θα επιτευχθεί θεωρείται παρακινδυνευμένη.

- Η αποτελεσματική διαπραγμάτευση της αρμόδιας αρχής του ΓΕΣΥ με τους ειδικούς ιατρούς και τα νοσοκομεία, όσον αφορά τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, μπορεί να συμβάλει στην συγκράτηση των δαπανών. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι τιμές των συγκεκριμένων υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα είναι σε μεγάλο βαθμό υψηλότερες από τις αντίστοιχες του δημοσίου. Επομένως η διαπραγμάτευση στον ιδιωτικό τομέα κρίνεται περισσότερο επιβεβλημένη. Επίσης σύμφωνα πάντα με τις ίδιες έρευνες, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μέσω διαπραγματεύσεων, κατάφερε να μειώσει τις τιμές υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα μέχρι και 30%. Επομένως εφόσον η αρχή του ΓΕΣΥ διαπραγματευτεί αποτελεσματικά με τους προμηθευτές μπορεί να μειώσει τις τρέχουσες τιμές. Αναμένεται μια μείωση τουλάχιστον κατά 10%, δεδομένης της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών, γίνεται σαφές πως οι δυνατότητες μείωσης των τιμών περιορίζονται. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, πως εκ των προτέρων δεν είναι γνωστή η αποτελεσματικότητα που θα επιδείξει η αρχή στις διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές, γίνεται κατανοητό πως ασφαλής ποσοτική εκτίμηση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί.
- Η επέκταση της ασφάλισης σημαίνει αύξηση του συνολικού κόστους. Με την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, θα παρέχεται ένα σύνολο υπηρεσιών στον Κύπριο πολίτη χωρίς καμιά οικονομική επιβάρυνση. Επομένως αναμένεται να αυξηθεί η ζήτηση από τον πληθυσμό, ο οποίος σήμερα συμμετέχει στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει. Γίνεται η παραδοχή, πως ο πληθυσμός που σήμερα δεν καλύπτεται τουλάχιστον υγειονομικά πλήρως, θα αυξήσει το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών στο ίδιο επίπεδο, όπως εκείνοι που σήμερα καλύπτονται ολοκληρωτικά από το κυβερνητικό σχέδιο. Υπολογίζεται με την επέκταση της πλήρους ασφάλισης σε ολόκληρο τον πληθυσμό, το ολικό κόστος να ανέλθει κατά £10 εκατομμύρια το 2002.
- Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα και μεγάλα χρονικά κόστη. Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, οι Κύπριοι πολίτες θα μπορούν να καταναλώνουν υπηρεσίες από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα δωρεάν. Επομένως αναμένεται αύξηση στην ζήτηση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται 10% αύξηση στην ζήτηση εκ μέρους των

πολιτών, οι οποίοι σήμερα εξυπηρετούνται από τα δημόσια νοσοκομεία, είτε ως εσωτερικοί είτε ως εξωτερικοί ασθενείς. Δεν θα υπάρξει οποιαδήποτε επίπτωση στην τιμή, λόγω του ότι αυτή δεν πρέπει να διαφοροποιείται μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Αυτή η αύξηση στην ζήτηση, αναμένεται να αυξήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά £14 εκατομμύρια.

Συμπερασματικά, υπολογίζεται ότι η ολική δαπάνη της εισαγωγής του ΓΕΣΥ, εάν εφαρμοζόταν πλήρως μέσα στο 2002 σύμφωνα με τις αρχές και κατευθυντήριες γραμμές που σκιαγραφούνται στην έκθεση αυτή, θα ήταν £152 εκατομμύρια. Όπως παρουσιάζεται στον **πίνακα 5.1**, εάν η κυβέρνηση συνεισφέρει το τωρινό ύψος δαπανών για υπηρεσίες υγείας, η επιπρόσθετη δαπάνη περιορίζεται στα £27 εκατομμύρια. Όπως έχει τονιστεί, η υπολογισθείσα δαπάνη βασίζεται πάνω σε ορισμένες αποφασιστικές προϋποθέσεις.

- Το ΓΕΣΥ θα υιοθετηθεί στην ολότητα του ως ένα ολοκληρωμένο σχέδιο.
- Το ΓΕΣΥ θα εφαρμοσθεί σύμφωνα με τις εισηγήσεις

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: ΥΠΟΛΟΓΙΣΘΕΙΣΑ ΚΑΘΑΡΗ ΑΥΞΗΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ
ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΕΣΥ ΓΙΑ ΤΟ 2002.**

	(£εκ)
Εισφορές εργοδοτών, εργοδοτούμενων και κράτους	152
Ύψος ολικής τρέχουσας δημόσιας χρηματοδότησης	125
Καθαρή επιπλέον δημόσια επιβάρυνση	27

Πηγή: A study of the costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus.

Εάν υιοθετηθεί το ΓΕΣΥ χωρίς να ληφθούν υπόψη οι προταθείσες αναδιαρθρώσεις στον υφιστάμενο υγειονομικό τομέα και στο πλαίσιο χρηματοδότησης, η υπολογισθείσα παραπάνω δαπάνη θα αυξηθεί. Ο **πίνακας 5.2** παρουσιάζει τα στάδια και τις αντίστοιχες χρονικές περιόδους για την εισαγωγή του ΓΕΣΥ. Επιπλέον οι αδυναμίες κόστους που εντοπίζονται θα οξυνθούν. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να προσεχθεί η δημιουργία της ανεξάρτητης και επαγγελματικής αρχής, η οποία θα διευθύνει το ΓΕΣΥ. Η ικανότητα της να διαπραγματεύεται αποτελεσματικά για τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σημαντική. Επίσης σημαντική είναι η συμβολή της, όσον αφορά την διαχείριση των προγραμμάτων, την εγκαθίδρυση συστήματος

οικογενειακού ιατρού και τον έλεγχο των χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών στο εξωτερικό. Επομένως για να μπορέσει η αρχή να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις παραπάνω λειτουργίες, πρέπει να είναι ανεξάρτητη από πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες, ούτως ώστε να εξυπηρετεί τους πολίτες επί ίσοις όροις. Επίσης βασική προϋπόθεση αποτελεί η αναδιοργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων, ούτως ώστε να καταστούν αποδοτικοί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Η έλλειψη αυτής της προϋπόθεσης σημαίνει, πως ο κρατικός προϋπολογισμός θα αναγκαστεί να χρηματοδοτεί τις ανεπάρκειες αυτών των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα η υπολογισθείσα δαπάνη για την εισαγωγή του ΓΕΣΥ να παρουσιάζει αυξητικές τάσεις. Χωρίς αυτές τις βασικές προϋποθέσεις, η υπολογισθείσα δαπάνη για την εισαγωγή του ΓΕΣΥ παρουσιάζεται αυξημένη. Ακόμη οι υφιστάμενες αδυναμίες κόστους παραμένουν και ενισχύονται, με αποτέλεσμα το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία να παρουσιάζει συνεχώς αυξητικές τάσεις. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παρερμηνευθεί αυτή η αύξηση στην δημόσια χρηματοδότηση και να θεωρηθεί ως επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για τους πολίτες. Δεδομένων των μεγάλων ιδιωτικών πληρωμών που επωμίζεται σήμερα ο Κύπριος πολίτης και λαμβάνοντας υπόψη, πως στην δημόσια χρηματοδότηση η συμμετοχή είναι ανάλογη με την ικανότητα πληρωμής, η παραπάνω επιβάρυνση εκμηδενίζεται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2: ΧΡΟΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΕΣΥ

ΣΤΑΔΙΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1. Δημιουργία Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας <ul style="list-style-type: none"> • Αρχική οργάνωση • Καθορισμός κριτηρίων 	Έτος 1 και 2
2. Προετοιμασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Έτος 1 και 2
3. Προετοιμασία της Ειδικής και Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Έτος 1 και 2
4. Χρηματοδότηση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας από τον Κρατικό Προϋπολογισμό	Έτος 1 και 2
5. Περαιτέρω Οργάνωση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας	Έτος 3.5 - 5
6. Περαιτέρω Οργάνωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Έτος 3.5 - 5
7. Προετοιμασία Δημοσίων Νοσοκομείων για Εισαγωγή στον Ανταγωνισμό <ul style="list-style-type: none"> • Χρηματοδότηση Δημοσίων Νοσοκομείων μέσω Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας • Σχεδιασμός Χωρητικότητας Δημόσιων/Ιδιωτικών Νοσοκομείων • Έλεγχος Ιδιωτικών Νοσοκομείων 	Έτος 3.5 - 5
8. Χρηματοδότηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Δημόσιων Νοσοκομείων μέσω Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας	Έτος 3.5 - 5
9. Περαιτέρω Ενδυνάμωση Ανταγωνισμού Δημόσιων/Ιδιωτικών Νοσοκομείων	Έτος 3.5 - 5
10. Αύξηση Επιπέδου Χρηματοδοτικών Εισφορών προς Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας	Έτος 3.5 - 5
11. Πλήρης Ανταγωνισμός Δημόσιων/Ιδιωτικών Νοσοκομείων	Έτος 3.5 - 5
12. Πλήρεις Χρηματοδοτικές Εισφορές προς Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας	Έτος 3.5 - 5

Πηγή: *A Shared Vision For the Cyprus Health System*

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι δομές του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο, ειδικότερα όσον αφορά θέματα χρηματοδότησης, κρίνονται απαρχαιωμένες. Η ανάγκη για ριζικές αλλαγές εντοπίζεται τόσο από το εσωτερικό, όσο και από ξένους ειδικούς. Πραγματικά, χωρίς να ληφθούν ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις, οι αδυναμίες κόστους, με την πάροδο του χρόνου, θα παρουσιάζονται περαιτέρω ενδυναμωμένες.

Το παραπάνω πλαίσιο χρηματοδότησης επιτρέπει, μεταξύ άλλων, την υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας έναντι της δημόσιας. Αξίζει να σημειωθεί, πως η τάση αυτή παρουσιάζεται σταθερή. Το μεγάλο αυτό ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης, το οποίο εντοπίζεται στον κυπριακό υγειονομικό τομέα, επιτρέπει να καθορίζεται, σε μεγάλο βαθμό, η παροχή υπηρεσιών υγείας από το ατομικό εισόδημα του πολίτη. Επομένως είναι ευνόητο, πως τα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια παρεμποδίζονται στην χρήση των υπηρεσιών. Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται περισσότερο κατανοητό, εφόσον η μεγάλη αυτή ιδιωτική δαπάνη υγείας ακυρώνει ουσιαστικά την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Επιπλέον η υπεροχή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας έναντι της δημόσιας ερμηνεύεται ως έλλειψη ισότητας χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας. Εφόσον το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από ιδιωτικές πηγές, είναι σαφές πως ο πολίτης συμμετέχει σημαντικά στην κάλυψη των δαπανών υγείας ανάλογα με την χρήση των υπηρεσιών. Η ισότητα στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας εξυπηρετείται, εφόσον η παραπάνω συμμετοχή είναι σύμφωνη με την οικονομική ικανότητα. Η αποτυχία ικανοποίησης της ισότητας πρόσβασης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, νοουμένου πως αυτή η επιδίωξη αποτελεί κύριο στόχο κάθε συστήματος υγείας. Οι πολίτες πρέπει να εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους και να συμμετέχουν στο αντίστοιχο κόστος σύμφωνα με την οικονομική τους δυνατότητα. Το μεγάλο κενό δημόσιας χρηματοδότησης, το οποίο παρατηρείται, δεν επιτρέπει την επίτευξη του παραπάνω αποτελέσματος.

Απόδειξη της αναγκαιότητας για ριζικές αλλαγές στο πλαίσιο χρηματοδότησης του κυπριακού υγειονομικού τομέα, αποτελεί η δυσμενής σχέση συνολικών δαπανών υγείας και ΑΕΠ. Η ετήσια ποσοστιαία μεταβολή των δαπανών υγείας είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του ΑΕΠ. Αξίζει να σημειωθεί, πως η τάση αυτή παρουσιάζεται ουσιαστικά σταθερή.

Η μεγαλύτερη ανάπτυξη των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ, ερμηνεύεται κυρίως ως συνεχή αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας και αδυναμία των αντίστοιχων προμηθευτών να συμπεριφερθούν αποδοτικά. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, πως ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ δαπανάται για τον υγειονομικό τομέα. Επομένως γίνεται σαφές, πως αποτελεί μεγάλη ανάγκη να αντιμετωπιστούν δραστικά οι προαναφερόμενες αδυναμίες. Δεδομένου πως παρουσιάζονται και στην Κύπρο οι παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας και τις αντίστοιχες δαπάνες, γίνεται κατανοητό, πως η παραπάνω ανάγκη πρέπει να ικανοποιηθεί άμεσα. Η λήψη μέτρων για την συγκράτηση των δαπανών και η παροχή οικονομικών κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας, ούτως ώστε να συμπεριφέρονται περισσότερο αποδοτικά, αποτελούν τις κύριες κατευθύνσεις για την επίτευξη του πιο πάνω σκοπού.

Σύμφωνα και με τις εισηγήσεις των ξένων εμπειρογνομόνων, οι οποίοι μελέτησαν τον κυπριακό υγειονομικό τομέα, οι αδυναμίες κόστους μπορούν να αντιμετωπισθούν δραστικά μόνο μέσα στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου και ενοποιημένου συστήματος υγείας. Η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας κρίνεται αναγκαία για να επιτευχθεί η συγκράτηση των δαπανών και η αποδοτικότητα, όσον αφορά την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Αξίζει να τονισθεί, πως η εισαγωγή του ΓΕΣΥ για να είναι ικανή να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις αδυναμίες, όσον αφορά την χρηματοδότηση, αλλά και γενικότερα, πρέπει να είναι σύμφωνη με τις εισηγήσεις, οι οποίες έχουν ήδη αναφερθεί. Κάτω από άλλες συνθήκες τα υφιστάμενα προβλήματα κόστους θα παρουσιάζονται συνεχώς ενδυναμωμένα.

Μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ, πρέπει να προσεχθεί κυρίως η δημιουργία της επαγγελματικής και ανεξάρτητης αρχής, η οποία θα είναι υπεύθυνη για την διαχείριση του συστήματος. Η αρχή πρέπει να είναι απαλλαγμένη από πολιτικά ή άλλα εμπόδια, ούτως ώστε να διαπραγματεύεται αποτελεσματικά με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πραγματικά, η ανεξαρτησία της αρχής, η οποία θα είναι υπεύθυνη για την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει η τελευταία να ασκεί τα καθήκοντα της αποτελεσματικά και να ικανοποιεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο το γενικότερο συμφέρον.

Με την αναμενόμενη λειτουργία του ΓΕΣΥ, οφέλιμη θα ήταν η παρατήρησης του αντίστοιχου πλαισίου χρηματοδότησης. Η προσέγγιση αυτή είναι χρήσιμη, ούτως ώστε να εντοπισθεί ο βαθμός υλοποίησης των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων. Το

ΓΕΣΥ δεν πρέπει να αποτελέσει μία τυπική ψήφιση ενός νομοσχεδίου. Απάντηση στις αδυναμίες, οι οποίες ευθύνονται για την όξυνση των συνολικών δαπανών υγείας και την έλλειψη αποδοτικής συμπεριφοράς εκ μέρους των προμηθευτών, αποτελεί η εισαγωγή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, το οποίο θα είναι σύμφωνο με τις εισηγήσεις των ξένων εμπειρογνομόνων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AGROTOU, A., and KALAKOUTA, O., <<Health for all in Cyprus: current situation, progress and prospects>>, *Eastern Mediterranean Health Journal*, No4, 2000, P.809-812.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ,ΣΑΡΡΗΣ, Μ. ,ΣΟΥΛΗΣ, Σ. , *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1997.
- HSIAO, W., JAKAB, M., *A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus*, Harvard School of Public Health, 2003.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997.
- MCKINSEY & COMPANY, INC, *A Shared Vision for the Cyprus Health System*, 2006.
- MINISTRY OF HEALTH, CYPRUS DEVELOPMENT BANK, *International Lessons for Introduction of A National Health Insurance Scheme in Cyprus*, Nicosia 1992.
- ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ, Θ., *Οικονομική της Υγείας*, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα 1995.
- ΣΤΑΜΑΤΗΣ, Α., ΚΩΣΤΑ, ΝΤ., HSIAO, W., ROSE, L., SHELDON, Τ., HARRISON, S., MAYNARD, A., ENSOR, Τ., *Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας*, 1992
- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, *Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2001*, Κυπριακή Δημοκρατία, 2002.
- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, *Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2004*, Κυπριακή Δημοκρατία, 2005.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, *Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Θέμα: Νομοσχέδιο για την Εισαγωγή Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Λευκωσία 1999.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, *Ετήσια Έκθεση 2003*, Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, *Κοστολόγηση Γενικού Σχεδίου Υγείας*, Λευκωσία 2003.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, *Οι περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Κανονισμοί του 2000 και του 2002 (ΚΔΠ. 225/2000 και 660/2002)*, Λευκωσία 2003.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, << ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. Οικογενειακός Ιατρός>>, Τετραμηνιαίο Περιοδικό του Υπουργείου Υγείας. *Υγεία για Όλους*, αρ. 3/4, Μάιος – Δεκέμβριος 1995, σ. 7 - 8

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

CYPRUS PROPERTIES FOR YOU, Health Care in Cyprus, 12/01/06

(<http://www.cypruspropertiesforyou.co.uk/healthcare.htm>)

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, Health Care Systems in Transition, HiT summary, Cyprus 2004, 10/01/06,).

(<http://www.euro.who.int/Document/E85255sum.pdf>)

VASSILIOU M., The Health System in Cyprus, 05/10/05,

(<http://www.medmedia.org/review/numero2/en/art9.htm>).