

Το Κυπριακό Σύστημα Υγείας και οι παράμετροι της χρήσης των υπηρεσιών του.

The health system in Cyprus and the responsiveness of it's health services to society.

Author: Ανδρέου Χρίστος

Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός RGN, BSc (Hons), Dipl. Nur. Adm. MSc Candidate Νοσηλευτική και Μαιευτική Σχολή

Περίληψη

Η διεθνής προσέγγιση των συστημάτων υγείας αποκαλύπτει κοινούς σκοπούς και επισημαίνει διαφορετικότητα τυπολογίας στη χρηματοδότηση, παροχή και πληρωμή των υπηρεσιών τους.

Ο σκοπός της εργασίας εστιάζεται στην αναδίφηση της τυπολογίας του Κυπριακού Συστήματος Υγείας και συζήτηση της ανταποκρισιμότητας του. Η έμφαση επικεντρώνεται σε ζητήματα διαθεσιμότητας, προσπελασιμότητας, ισότητας και ελευθερίας στη χρήση των υπηρεσιών.

Η τυπολογία του συστήματος θεμελιώνεται στο Βρετανικό μοντέλο Beveridge, αφού τυγχάνει τριμερούς συμμετοχής μεταξύ Κυβέρνησης - Εργοδοτών - Εργαζομένων, προνοεί εισφορές αναλόγως εισοδημάτων και χρηματοδοτείται μέσω κρατικού προϋπολογισμού. Ωστόσο, η διαπίστωση πλειοψηφικών αναλογιών σε άμεσες χρεώσεις στη ζήτηση υπηρεσιών εκδηλώνει ετερογενές στοιχείο του μοντέλου Bismarck. Η εκτενέστερη κατηγοριοποίηση του συστήματος επιχειρείται σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση συστημάτων υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας. Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο καταδεικνύει ήπια κυριαρχία και παρουσιάζει κενά στις άμεσες χρεώσεις και στην ευρύτητα της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα. Τα κενά τεκμηριώνουν συμπληρωματικό ρόλο τόσο από πλευράς των δημόσιων μοντέλων με αποζημίωση και συμβάσεις, όσο και των εθελοντικών μοντέλων με πληρωμή και συμβάσεις.

Η διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα εκδηλώνουν ανομοιομορφία μεταξύ εισοδηματικών στρωμάτων, αστικών και αγροτικών περιοχών. Η ανομοιομορφία προεκτείνεται σε ανισότητες που αναγνωρίζονται στην κατανομή των κατά κεφαλή δαπανών υγείας, υγειονομικών υποδομών και ελευθερίας επιλογής. Η ελευθερία επιλογής εντοπίζεται αλλά προϋποθέτει οικονομικό κόστος.

Η εργασία συμπεραίνει διεθνή μοναδικότητα στην ταυτότητα του συστήματος, θεμελιακή βρετανική επιρροή και τυπολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από τις πολιτισμικές και κοινωνικό-οικονομικές ιδιαιτερότητες του τόπου. Ταυτόχρονα, επισημαίνονται αναγκαιότητες αναπροσαρμογής των κρατικών πολιτικών ελέγχου δαπανών, δημιουργίας ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και ενοποίησης δημόσιου και ιδιωτικού προμηθευτή. Τέλος, διαπιστώνεται αλλοτρίωση της κοινωνικής και δημόσιας φύσης της υγείας ως αποτέλεσμα του επιχειρησιακού μοτίβου και της αγοραστικής αξίας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Abstract

In an international point of view, national health systems aim to common purposes, although a distinctive typology on financing and delivery matters of health services occur.

The present review stresses attention to the national health system of Cyprus and discusses its responsiveness to society. Emphasis is potentially given to the availability, accessibility, equity and freedom of choice of health services amongst citizens of different socio-economic status.

Cyprus health system is mainly orientated to British Beveridge, due to the three party contributions among government, employers and employees. Health services are potentially financed by state budget and individual contributions. However, major proportions in direct debits for health services delivery, especially in the private sector express the heterogeneous element of German model Bismarck. A more extensive categorization of health systems is attempted according to the international classification, made by the Organization of Economic Growth and Collaboration. The "public model" shows drunk sovereignty and presents voids in the direct debits and in the broadness of activity of private sector. The voids argue additional role so much from side of public models with compensation and conventions, what the "voluntary models" with payment and conventions. The availability and accessibility express unevenness between incoming layers, urban and rural regions. The unevenness in social inequalities that are recognized in the distribution, as this illustrated at "head of expenses of health", sanitary infrastructures and freedom of choice. The freedom of choice is recognized but presupposes economic cost. The review concludes international uniqueness in the identity of system, fundamental British influence and typological characteristics which have been transformed by the cultural and socioeconomic particularities of place. Simultaneously, are pointed out necessities of readjustment of government owned policies of control of expenses, creation of united actuarial institution and unification public and private supplier. It is finally recognized a distinction between the social and public nature of health, as resulting from operational pattern and purchasing value of sanitary services.

1. Εισαγωγή

Το Σύστημα υγείας αναγνωρίζεται στον ολοκληρωτικό μηχανισμό του διαχρονικού συντονισμού και λειτουργικής αλληλεξάρτησης των υγειονομικών μονάδων της χώρας (Σουλιώτης, 2000:45). Ωστόσο, ο μηχανισμός δε βρίσκεται στο κενό. Οι Θεοδώρου και συνεργάτες (2001:68) σηματοδοτούν πολιτειακή παρέμβαση για ρύθμιση τρόπων χρηματοδότησης, μέσωσν παροχής και σχέσεων μεταξύ των προμηθευτών του συστήματος, επισημαίνοντας ότι ο ρυθμιστικός ορθολογισμός καθορίζει την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών έναντι των αναγκών υγείας του οικείου πληθυσμού.

Η διεθνής προσέγγιση αποκαλύπτει κοινούς σκοπούς και στόχους μεταξύ συστημάτων υγείας. Οι κοινοί σκοποί εστιάζονται στη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας, ενώ οι στόχοι προεκτείνονται σε θέματα επάρκειας, ποιότητας, πρόσβασης, ισότητας και ελευθερίας επιλογής στη χρήση των υπηρεσιών (Θεοδώρου, 1999:16). Εντούτοις, οι κοινότητες διεθνείς προσανατολισμοί δρομολογούνται μέσα από την ποικιλότητα

τυπολογική διαφορετικότητα του εκάστοτε συστήματος υγείας σε εθνικό επίπεδο. Η διαφορετικότητα επηρεάζεται από τους περιβαλλοντικούς, πολιτικούς, πολιτισμικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες της χώρας (Σούλης, 1998:32).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί αναδίφηση της τυπολογίας του Κυπριακού Συστήματος Υγείας και συζήτηση της ανταποκρισιμότητας του. Η έμφαση επικεντρώνεται σε ζητήματα διαθεσιμότητας, προσπελασιμότητας, ισότητας και ελευθερίας επιλογής στη χρήση υγειονομικών υπηρεσιών από το εντόπιο πληθυσμιακό σύνολο.

2. Η τυπολογία του Κυπριακού Συστήματος Υγείας

Η αφητηρία του συστήματος χρονοθετείται αρχές 20ου αιώνα, η θεμελιακή βάση του τυγχάνει βρετανικής επιρροής και η αναπτυξιακή πορεία του ταυτίζεται με την ιστορία του κράτους (Γεωργιάδης, 2001:16). Ωστόσο, η παρούσα εικόνα του χαρακτηρίζεται από έντονες επιρροές της σύγχρονης κοινωνικής και πολιτειακής

πραγματικότητας και σκιαγραφείται στη μοναδικότητα των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του. Ο Hewison (2001:254) υποστηρίζει ότι κανένα σύστημα υγείας δεν λειτουργεί στην αμιγή μορφή της οποιασδήποτε διεθνούς ταξινόμησης, αλλά συντίθεται ως ένα μείγμα προτύπων. Η διεθνής ταξινόμηση προτύπων αναγνωρίζεται σε δυαδική διάσταση και πλατειάζει σε πολυσχιδείς προεκτάσεις. Η πρώτη διάσταση επιχειρεί ταξινόμηση στη βάση της χρηματοδότησης, ενώ η δεύτερη εκτείνει κριτήρια στους τρόπους πληρωμής των υπηρεσιών (Θεοδώρου, 1999:18).

Οι Golna et al (2004:16) αναγνωρίζουν ότι η χρηματοδότηση του Κυπριακού συστήματος υγείας τυγχάνει τριμερούς συμμετοχής μεταξύ Κυβέρνησης - Εργοδοτών - Εργαζομένων και προνοεί εισφορές αναλόγως εισοδημάτων. Τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2007), αποκαλύπτουν ότι 43,5% των συνολικών δαπανών υγείας χρηματοδοτήθηκε μέσω άμεσης φορολογίας και κρατικού προϋπολογισμού και 56,5% από ιδιωτικές δαπάνες. Το 91,3% των ιδιωτικών δαπανών αναλογεί σε άμεσες χρεώσεις κατά τη ζήτηση υπηρεσιών και μόλις 7,6% καταχωρείται σε ταμεία ασφάλισης υγείας των εργαζομένων στον ιδιωτικό και ημι- κρατικό τομέα. Ως εκ τούτου, επισημαίνεται ανομοιόμορφη κατανομή χρηματοδότησης μεταξύ των μεριδίων της τριμερούς συμμετοχής, ενώ η έντονη χρηματοδοτική απόχρωση των άμεσων χρεώσεων ίσως να προϊδεάζει δυσαναλογία μεταξύ οικονομικής επιβάρυνσης του πολίτη και κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, η υποτυπώδης παρουσία σχήματος χρηματοδοτικής κατανομής και η οριακή ευρύτητα της κρατικής χρηματοδοτικής δραστηριότητας, δεν θεωρούνται αποτρεπτικά στοιχεία για αναγνώριση αρχών συλλογικής κάλυψης, υποχρεωτικής συμμετοχής και έντονης κρατικής παρέμβασης.

Τα στοιχεία ενέχονται προσανατολισμό στα γνωρίσματα του βρετανικού μοντέλου Beveridge. Το μοντέλο θεωρείται εθνικό- δημόσιο σύστημα υγείας και χαρακτηρίζεται από πλήρη πληθυσμιακή κάλυψη,

σημαντική χρηματοδότηση μέσω κρατικού προϋπολογισμού, ευρύτητα δημόσιων υποδομών και κρατικό έλεγχο των παραγωγικών συντελεστών υγείας (Κοντούλη-Γείτονα, 1997:33). Η πληθυσμιακή κάλυψη τεκμηριώνεται μέσω της φορολογικής διακύμανσης των εισοδηματικών εισφορών και της παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας αναλόγως εισοδηματικής στρωμάτωσης. Τα άτομα με ετήσιο εισόδημα μέχρι 9000ΛΚ τυγχάνουν δωρεάν παροχής, η κάλυψη 50% των τελών παραχωρείται με ετήσιο εισόδημα 9000-12000ΛΚ και η πλήρης καταβολή τελών για τον υπόλοιπο πληθυσμό (ΕΕΥΥ, 2005:2). Η ευρύτητα των δημόσιων υπηρεσιών αποκαλύπτεται στην ετήσια αυξητική προσέλευση- (21%) και κατάληψη κλινών(84,5%) στα δημόσια νοσηλευτήρια (Στατιστική Υπηρεσία, 2005:36). Ο κρατικός έλεγχος των υγειονομικών συντελεστών προφανώς να διασφαλίζεται μέσα από το νομικό πλαίσιο περί ιδιωτικών νοσηλευτηρίων (Νόμος, 2001) και δικαιωμάτων των ασθενών (Νόμος, 2005). Ο Νόμος (2001) κατοχυρώνει έλεγχο ιδρυτικής και λειτουργικής δραστηριότητας του ιδιωτικού προμηθευτή, ενώ ο Νόμος (2005) αντικατοπτρίζει κοινωνική ετυμηγορία για εφαρμογή ενιαίου κώδικα οργανωσιακής συμπεριφοράς των προμηθευτών υγείας.

Ωστόσο, ο παραλληλισμός μεταξύ κυπριακού συστήματος υγείας και μοντέλου Beveridge, επισκιάζεται από μια αξιοσημείωτη παραδοξότητα. Η υπόθεση εστιάζεται στην πλειοψηφική αναλογία τόσο στη χρήση ιδιωτικών υποδομών-(51,9%), όσο και στη μερίδα των άμεσων χρεώσεων. Οι εν λόγω πλειοψηφικές αναλογίες παρουσιάζουν ασυμβατότητα με το Beveridge που προϋποθέτει πλειοψηφική προέλευση δαπανών από κρατικό προϋπολογισμό. Οι προεκτάσεις της υπόθεσης τεκμηριώνουν κάθετο διαχωρισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού προμηθευτή και υπονόμευση του πρωτοβάθμιου επιπέδου υγείας, αφού ο ιδιωτικός τομέας θεωρείται κατεξοχήν δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο (Collins et al, 1998:90). Η διαπίστωση ενδέχεται πρωταρχικό σημείο αναφοράς για επικείμενη προσέγγιση της διαθεσιμότητας, προ-

σπελασιμότητας, ισότητας και ελευθερίας επιλογής στη χρήση των υπηρεσιών, ενώ η αναγνώριση της παραδοξότητας συνηγορεί αποκάλυψη χαρακτηριστικών του μοντέλου Bismarck. Η συγκρουσιακή φύση των γνωρισμάτων μεταξύ Beveridge και Bismarck και η διπολική εισφορά του πολίτη (φόρος και άμεσες χρεώσεις) πιθανό να επηρεάζουν δυσμενώς τη μακρο-οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος.

Η παραδοξότητα προφανώς αποτελεί εφαλτήριο λεπτομερέστερης αναδίφησης του συστήματος και περαιτέρω κατηγοριοποίησης με κριτήριο τη συνάρτηση μεταξύ πηγών χρηματοδότησης και τρόπου πληρωμής των υπηρεσιών. Η εκτενέστερη κατηγοριοποίηση παραπέμπει στη διεθνή ταξινόμηση συστημάτων υγείας από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2004:8). Ωστόσο, ο πλουραλισμός σε πηγές χρηματοδότησης και τρόπους πληρωμής ίσως προδιαγράφουν νεφελώδεις προσανατολισμούς για επασφαλής κατηγοριοποίηση. Η δυσχέρεια διακρίνεται στην πασιφανή ποσοστιαία δυσαναλογία χρηματοδοτικών αποχρώσεων και πληρωμής των υπηρεσιών, που ενώ ταυτίζονται με Beveridge, εκδηλώνουν ετερογένεια και στοιχειοθετούν μιγαδικό χαρακτήρα Bismarck. Η ετερογένεια δικαιολογείται, αφού έκαστο υγειονομικό σύστημα διαθέτει μεικτό χαρακτήρα, διέπεται από ένα κυρίαρχο μοντέλο και αλληλεπιδρά με λοιπά μοντέλα που διαδραματίζουν συμπληρωματικό ρόλο (OECD, 2004:12).

Μέσα από το πρίσμα της συζήτησης διαφαίνεται ότι το κυρίαρχο μοντέλο του κυπριακού υγειονομικού συστήματος προσανατολίζεται περισσότερο στο «δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο». Το μοντέλο υπαγορεύει πλειοψηφική χρηματοδότηση από δημοσίου φορείς και ασφαλιστικά ταμεία και ευρύτητα δημόσιας παροχής υπηρεσιών, χωρίς αποτρεπτικούς περιορισμούς στην ιδιωτική δραστηριότητα (Θεοδώρου, 1999:27). Η τεκμηρίωση της υπόθεσης ενσαρκώνεται στην οριακή πλειοψηφία της συνολικής χρηματοδότησης-(51,1%), όπως αυτή συναθροίζεται από τις πηγές

χρηματοδότησης μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού-(43,5%) και ασφαλιστικών ταμείων-(7,6%). Η καθολική και υποχρεωτική φορολογική εισφορά καταδεικνύει αρχές κοινωνικής αλληλεγγύης, προσφέρει εχέγγυα μεταβίβασης πόρων από ψηλά σε χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, εξυπηρετεί πρόνοιες κρατικών επιδοτήσεων σε οικονομικά αδύναμους και αντικατοπτρίζει τα θεμελιώδεις χαρακτηριστικά του μοντέλου. Εντούτοις, η έκταση των άμεσων χρεώσεων και η ευρύτητα χρήσης ιδιωτικών υποδομών, δημιουργεί κενό και προβάλλει περιορισμούς στην πλήρη επαλήθευση του χαρακτηριστικού της πλειοψηφικής δημόσιας παροχής και πληρωμής.

Το κενό ενδέχεται απάλειψης μέσα από το συμπληρωματικό ρόλο του «δημόσιου μοντέλου με αποζημίωση του ασθενή». Ο Θεοδώρου (1999:27) επισημαίνει ότι παρά το γεγονός ότι οι οικονομικοί πόροι προέρχονται από κρατικές και ασφαλιστικές επιδοτήσεις, το κυρίαρχο μοντέλο τείνει πληθωριστικό και επιβάλλει τη συμμετοχή του πολίτη στο κόστος. Η έκταση των άμεσων χρεώσεων αιτιολογείται. Ωστόσο, οι πρόνοιες του μοντέλου για μερική ή ολική αποζημίωση των χρεώσεων από πλευράς κρατικών και ασφαλιστικών ταμείων συντηρούν σχετικότητα. Οι συνεισφέροντες στο φόρο και προσφεύγοντες στα δημόσια νοσηλευτήρια προφανώς να τυγχάνουν «αποζημιώσεων» με δωρεάν παροχή ή μερική κάλυψη τελών. Εντούτοις, η προβληματική διαπιστώνεται στις περιπτώσεις με συνεισφορά στο φόρο εισοδήματος, με επιβάρυνση άμεσων χρεώσεων στη ζήτηση υπηρεσιών και με παντελή απουσία προγενέστερης ή μεταγενέστερης αποζημίωσης. Η απάντηση πιθανολογείται στην εθνική ιδιοτυπία της αποξένωσης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, κατά την οποία συνεπάγεται φιλελευθερισμός και επιδεινώνεται η αδυναμία θεσμοθετημένων στρατηγικών ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και άσκησης πολιτικών ελέγχου. Ο φιλελευθερισμός, η απουσία θεσμοθετημένων στρατηγικών και η αλλοτρίωση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών υποσυστημάτων κατακερματίζουν

χρηματοδότηση και πληρωμή, ενώ συνάμα, αποκαλύπτουν συμπληρωματική αλληλεπίδραση επιπρόσθετων μοντέλων. Η πλειοψηφική μερίδα (91,3%) των άμεσων χρεώσεων επιβεβαιώνει ανταγωνιστικές δυνάμεις στον ιδιωτικό τομέα και αναγνωρίζει συμπληρωματικό ρόλο στο «εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή», ενώ το «εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις» ιχνη- λατείται στο 7,6% της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία των συνδικαλιστικών οργανώσεων και ημικρατικών οργανισμών, που συμβάλλονται με ιδιώτες προμηθευτές για εξυπηρέτηση οικείων εργαζομένων. Από πλευράς δημόσιου υποσυστήματος, αποκαλύπτεται αντίρροπος δύναμη που μαρτυρεί τη συμπληρωματικότητα του «δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις». Ο περί κρατικού προϋπολογισμού Νόμος (2007:1756) αναφέρει συνολικές δαπάνες για συμβάσεις αγοράς υπηρεσιών υγείας από μη κυβερνητικούς οργανισμούς.

Η ποικιλομορφία χρηματοδότησης, πληρωμής και λειτουργικής δραστηριότητας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού υποσυστήματος διευρύνουν δυσαρμονία στο τρίπτυχο ποιότητα - πρόσβαση - κόστος (OECD, 2004:3). Ο Hsiao (2005:19) υποστηρίζει ότι η ευρύτητα αλληλεπίδρασης μοντέλων υποδηλώνει έλλειψη ενιαίου συντονισμού, κατασπατάληση πόρων, μείωση της ποιότητας, πρόκλητη ζήτηση, ανταγωνισμό, σύγχυση και επικάλυψη υπηρεσιών. Οι διαπιστώσεις ενδεχομένως να προσανατολίζουν στις παραμέτρους χρήσης των υπηρεσιών από το εντόπιο πληθυσμιακό σύνολο.

3. Οι παράμετροι χρήσης των υπηρεσιών υγείας

3.1 Διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα

Η διαθεσιμότητα ορίζεται στη δυνατότητα για παροχή υπηρεσιών στο πληθυσμιακό σύνολο, χωρίς χρονικούς περιορισμούς στην καθολική διάρκεια του 24ώρου, ενώ η προσπελασιμότητα εκτείνεται στη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης των

υπηρεσιών ανεξάρτητα κοινωνικό-οικονομικής θέσης (Θεοδώρου και συνεργάτες, 2001:76). Όπως φαίνεται, η διαθεσιμότητα εμπεριέχει στοιχεία χρονικής συνέχειας, ενώ η προσπελασιμότητα προϋποθέτει ισότιμη κατανομή υπηρεσιών με βάση γεωγραφικά στοιχεία και πληθυσμιακές ανάγκες υγείας. Ο Μπονίκος (2000:74) διευκρινίζει ότι η αντικειμενική αλληλεπίδραση των εννοιών στοιχειοθετείται στην αρμονική αλληλουχία των τριών επιπέδων φροντίδας.

Η ΕΕΥΥ (2005:162) παρουσιάζει, γεωγραφικώς, την κατανομή 38 κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που λειτουργούν σε πενήνθημερη βάση και εξυπηρετούνται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της νοσοκομειακής στελέχωσης του πλησιέστερου νοσοκομείου. Οι καθαυτοί δείκτες προσωπικού απεικονίζουν θετικές αναλογίες που αντιστοιχούν σε 2,34 Ιατρούς, 3,76 Νοσηλεύτριες, 0,18 Φαρμακοποιούς και 4,3 κλίνες ανά 1000 άτομα (ECHI, 2004), ενώ ο Κονταράτου (2003:111) υποστηρίζει ότι οι κυπριακές αναλογίες δημοσίου είναι συγκριτικά μεγαλύτερες των ανατολικών ευρωπαϊκών χωρών και μικρότερες των δυτικών.

Ωστόσο, η διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών ενδέχεται αμφισβήτησης, παρά τη φαινομενική επάρκεια υποδομών και προσωπικού στις βαθμίδες του πυραμιδικού μοντέλου υγείας. Ο Φιλαλήθης (1993:178) επισημαίνει ότι η ΠΦΥ απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού και δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Επομένως, αναγνωρίζεται ότι επαρκής ΠΦΥ οικοδομεί κεντρικό πυλώνα για ουσιαστική διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα. Η ανεπαρκής ΠΦΥ του τόπου διαπιστώνεται στο δημόσιο και ιδιωτικό διάνθισμα του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου, την ένδεια επαγγελματικών ειδικοτήτων δημόσιας υγείας, τη θεσμική απουσία οικογενειακού ιατρού και τους χρονικούς περιορισμούς στην προσφορά υπηρεσιών. Οι ανάγκες υγείας δεν χρονοθετούνται σε ώρες γραφείου πενήνθημερης εργασίας και δεν τοποθετούνται μονομερώς στο αστικό πλαίσιο.

Το φαινόμενο του αστικού υπερσυγκέντρωσης υποδομών τεκμηριώνει περαιτέρω υπονόμηση της διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας των υπηρεσιών, τόσο ανάμεσα στα κοινωνικά στρώματα των αστικών περιοχών, όσο και στις πληθυσμιακές μερίδες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Η κατανομή δημόσιου ιατρικού δυναμικού καταδεικνύει ανθολόγιο ειδικοτήτων στην πρωτεύουσα και απουσία σημαντικών ειδικοτήτων στα επαρχιακά νοσοκομεία (ΕΕΥΥ, 2004:176). Συνεπώς, εκτιμάται ότι τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα της επαρχίας προσφεύγουν στην πρωτεύουσα για εξειδικευμένη φροντίδα, ενώ τα υψηλότερα εξυπηρετούνται από ιδιωτικό προμηθευτή της επαρχίας, αποδεχόμενα άμεσες χρεώσεις λόγω οικονομικής δυνατότητας. Από την άλλη, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών στον αγροτικό πληθυσμό προϋποθέτει μετάβαση στην πλησιέστερη επαρχία και αναλόγως μόνο στην πρωτεύουσα. Αξιοσημείωτο ότι ο αγροτικός πληθυσμός αναφέρεται σε μεσαία και χαμηλά εισοδηματικά στρώματα (ΥΕΚΑ, 2006:27). Επομένως, η προσπελασιμότητα προσκρούει στην οικονομική δυσχέρεια και καθυποτάσσει αναζήτηση φροντίδας μόνον κατά τις εργάσιμες ώρες του δημοσίου προμηθευτή.

Ο Γαρδικάς (2000:289) ισχυρίζεται ότι διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα θεωρείται ουτοπική όταν οι ανάγκες υγείας αντιμετωπίζονται, είτε με διαφορετικότητα μεταξύ ατόμων, είτε σε μεμονωμένα γεωγραφικά σημεία. Ο ισχυρισμός ενδέχεται να προεκτείνει υπαινιμούς ανισοτήτων στην υγεία ως απόρροια ανομοιογενούς διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας.

3.2 Ισότητα στην υγεία

Η αναπόφευκτη ανομοιογένεια του κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου, των ηλικιακών δομών, της γεωγραφικής κατανομής του πληθυσμού και των αναγκών υγείας ενδεχομένως να αποτελούν εφιαλτήριο στην εννοιολογική προσέγγιση της ισότητας στην υγεία. Η ισότητα επιδέχεται δυαδικού προσδιορισμού αφού αναγνωρίζεται είτε στην ίση πληθυσμιακή μεταχείριση

ανεξαρτήτως ανομοιογένειας, είτε στην άνιση μεταχείριση της διαφορετικότητας των ατομικών αναγκών υγείας (Θεοδώρου και συνεργάτες, 2001:77). Ο Σαρρής (2001:122) διασαφηνίζει το πεδίο και διατυπώνει κριτήρια ισότητας σε :

- κατά κεφαλή δαπάνες υγείας
- κατανομή υγειονομικών πόρων
- πρόσβαση ανεξαρτήτως γεωγραφικής διαμονής

Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε σταθερές τιμές έτους παρουσιάζουν αυξητική τάση και αναλογούν 700US\$ το 1999 και 1038US\$ το 2003 (ΕCHI, 2004). Η συνάρτηση των δαπανών με το υψηλό ετήσιο κατά κεφαλή εισόδημα (17,580US\$) και νοουμένου ότι οι αριθμοί ανταποκρίνονται στο μέσο όρο του πληθυσμού, πιθανό να αποκαλύπτει εύνοια των υψηλών εισοδηματικών στρωμάτων σε βάρος των χαμηλών. Το ΥΕΚΑ (2006:7) επιβεβαιώνει διεύρυνση ανισοτήτων στην υγεία μέσα από διογκωμένες κατά κεφαλή δαπάνες υγείας και γήρανση πληθυσμού. Η πολιτειακή επιβεβαίωση ενδεχομένως να αναφέρεται στην άνιση μεταχείριση γηραιότερων ηλικιακών δομών με αυξημένες ανάγκες υγείας και χαμηλό συνταξιοδοτικό εισόδημα και πληθυσμιακών ομάδων με χρόνια προβλήματα υγείας.

Η προγενέστερη συζήτηση της διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας ήδη προϊδεάζει ανισότητες στη γεωγραφική και κοινωνική κατανομή των πόρων στην προσφορά, πρόσβαση, κατανάλωση και πληρωμή των υπηρεσιών υγείας. Η αντικειμενική πραγματικότητα αποδίδει ευνοϊκότερες ευκαιρίες χρήσης υπηρεσιών υγείας σε υψηλά εισοδηματικά στρώματα και αστικές πληθυσμιακές ομάδες. Ωστόσο, η υγεία θεωρείται δημόσιο, κοινωνικό αγαθό και ανθρώπινο δικαίωμα (Σιγάλας, 1999:128). Οι πιθανότητες νοσηρότητας και θνησιμότητας των δυσμενέστερων πληθυσμιακών ομάδων ίσως να ελαχιστοποιούν αξιοποίηση του αγαθού και διασφάλιση του δικαιώματος. Η καταληκτική διαπίστωση προφανώς αποδίδει την ειδοποιό διαφορά μεταξύ ισότητας και ανισότητας στην υγεία του εντόπιου πληθυσμού.

3.3 Ελευθερία επιλογής

Η έννοια σηματοδοτείται στη σχετική ελευθερία πρωτογενούς και δευτερογενούς επιλογής οικογενειακού ιατρού και ειδικού ιατρού, αντίστοιχα (Θεοδώρου, 1999:17). Η ιδιοτυπία του κυπριακού συστήματος συνδυάζει αλληλοσυγκρουόμενα στοιχεία μεταξύ αρχών κοινωνικής αλληλεγγύης και πλειοψηφικής αναλογίας άμεσων πληρωμών, μεταξύ μοντέλου δημόσιων προσανατολισμών και έντονης δραστηριότητας ιδιωτικών προμηθευτών. Το οξύμωρο σχήμα ουσιαστικά προσφέρει έδαφος για εκτενή αλλά ανορθόδοξη ελευθερία επιλογής, ιδιαίτερα σε εύπορα εισοδηματικά στρώματα. Η υπόθεση διασφαλίζει θετικό δικαίωμα αυτόβουλης επιλογής υπηρεσιών, ενώ συνάμα προάγει αρνητικό δικαίωμα παράκαμψης του πρωτοβάθμιου επιπέδου. Η απουσία θεσμού για οικογενειακό ιατρό ως «φίλτρο/θυρωρό» πρόσβασης στα επόμενα επίπεδα (Gottschaik & Scoville-Baker, 2000:33), αναπόφευκτα οδηγεί σε αύξηση δαπανών και υποβαθμίζει τη μικρο-οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος. Από την άλλη, οι οικονομικά αδύναμες πληθυσμιακές ομάδες και ουσιαστικά, οι δυσμενώς επηρεαζόμενες από την πρόκλητη ζήτηση που καλλιεργούν οι εύποροι, βιώνουν επιπρόσθετη ανισότητα στην ελευθερία επιλογής.

4. Συμπεράσματα

Η ταυτότητα εκάστου εθνικού συστήματος υγείας είναι διεθνώς μοναδική. Η μοναδικότητα του κυπριακού συστήματος υγείας απεικονίζεται στα βρετανικά πρότυπα και επισφραγίζεται από τα κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του τόπου. Το υψηλό βιοτικό επίπεδο και η καταναλωτική ιδιοτυπία της κυπριακής κουλτούρας ίσως αποτελούν το πιο πειστικό τεκμήριο της ιδιομορφίας ενός συστήματος με αστικό συγκεντρωτισμό δημόσιων υποδομών, πλουραλισμό πολυδάπανων ιδιωτικών προμηθευτών και πλειοψηφικές άμεσες χρεώσεις, εις βάρος του

οικογενειακού προϋπολογισμού και επιπλέον της εισφοράς του κρατικού προϋπολογισμού.

Η συστηματική εστίαση της αναδίφησης του θέματος γύρω από το τρίπτυχο χρηματοδότηση, προσφορά και πληρωμή των υπηρεσιών υγείας, ενδεχομένως να αλλοτριώνει την καθαυτή κοινωνική και δημόσια φύση του αγαθού της υγείας. Το αδόκιμο αυτόνομο των εννοιών προσανατολίζει στην αφαιρετική αντίληψη της υγείας ως καταναλωτικό προϊόν, του υγειονομικού συστήματος ως επιχειρησιακή αρένα και των υπηρεσιών υγείας ως είδος με αγοραστική αξία. Το άτομο ατυχώς τοποθετείται σε ρόλο καταναλωτή και οφειλέτη, ενώ ο προμηθευτής διατηρεί ινία στην ποιότητα και ισχύ αποφασίζοντας στην τιμή. Το ενδεχόμενο ποιοτικής μείωσης των υπηρεσιών ή/και αυξητικής απόκλισης των τιμών πραγματοποιείται σε κλίμα αδιαμαρτύρητης αποδοχής από πλευράς καταναλωτή-οφειλέτη. Η επικρατούσα αντιληπτική οριοθέτηση του υγειονομικού συστήματος σε διεθνή και εθνικό επίπεδο, ενδέχεται ουσιαστικής απώλειας του αντικειμενικού νοήματος της υγείας. Η ουσία προφανώς δεν εντοπίζεται στην απλή προσφορά υπηρεσιών ανεξαρτήτως καταλληλότητας τόπου και χρόνου, αλλά στην πολιτειακή ευαισθησία για ανάπτυξη ενιαίας οργάνωσης υποδομών σύμφωνα με τις γεωγραφικές και πληθυσμιακές ανάγκες υγείας. Το νόημα ίσως να μην αναγνωρίζεται στην ποικιλόμορφη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας ή στην ελευθερία επιλογής με ανάλογο αντίτιμο, αλλά στις κρατικές πολιτικές του ελέγχου και της αντικειμενικής διασφάλισης καθολικής κοινωνικής αλληλεγγύης.

Οι εύκολες και προκαθορισμένες λύσεις δεν υπάρχουν. Οι καθαυτές ιδιαιτερότητες του τόπου προσανατολίζουν την κατεύθυνση, αφού η αναγκαιότητα μετουσίωσης του κυπριακού συστήματος υγείας δεν αναμένεται να προκύψει από αντιγραφική ακόμη και επιτυχημένων εξωτερικών συνταγών.

Βιβλιογραφία

- Γαβριηλίδης, Α. (2006) Ομιλία του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Γαβριηλίδη με την ευκαιρία της έναρξης της μελέτης για τον καθορισμό της στρατηγικής για την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας. Προσβάσιμο στην: <http://www.moi.gov.cy/moi/pio/pio.nsf> Ημερομηνία πρόσβασης: 3 Μαρτίου 2007.
- Γαρδίκας, Δ.Κ. (2000) *Εθνικά Συστήματα Υγείας Διαφόρων Χωρών*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού ΑΕ.
- Γεωργιάδης, Α. (2001) *Η Ιστορία της Κυπριακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής κατά την Αγγλοκρατία (1878-1960)*. Λευκωσία: Λιθογραφία Κυριακίδη.
- ΕΕΥΥ (2004) *Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας*. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο.
- ΕΕΥΥ (2005) *Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας*. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο.
- Hsiao, W. (2005) Καθοριστικοί παράγοντες επιτυχίας στις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. (Στους Ε. Χατζηανδρέου, Κ. Σουλιώτης επιμέλεια έκδοσης) *Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας: Η Διεθνής εμπειρία και η ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μπονίκος, Δ. (2000) *Βιοπολιτική και Βιοπροτεραιότητες στο Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού ΑΕ.
- Θεοδώρου, Μ. (1999) *Διεθνής εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα*, Στους Μ. Θεοδώρου, Μ. Μητροσύλη (συγγραφείς), *Υπηρεσίες Υγείας Ι Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Γ, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κονταράτου, Α. (2003) *Η τέχνη της Διοίκησης των Νοσοκομείων*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
- Κοντούλη-Γείτονα, Μ. (1997) *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.
- Νόμος (2001) Νόμος που προνοεί για τον έλεγχο και την εποπτεία της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών και για συναφή θέματα. Ν.90(Ι)/2001. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο. Νόμος (2005) Ο περί της κατοχύρωσης και της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, 7ης Ιανουαρίου 2005.
- Νόμος (2007) Νόμος προβλέπων περί του προϋπολογισμού της Δημοκρατίας για το οικονομικό έτος που λήγει την τριαντακοστή πρώτη Δεκεμβρίου δύο χιλιάδες επτά. Προσβάσιμο στην: http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/DMLbudget_gr/DMLbudget_gr70openDocument. Ημερομηνία πρόσβασης: 11 Μαρτίου 2007.
- Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σιγάλας, Ι. (1999) *Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας*. Στους Δίκαιος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (Συγγραφείς) *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σουλιώτης, Κ. (2000) *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σούλης, Σ. (1998) *Οικονομική της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Στατιστική Υπηρεσία (2005) *Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων*. Λευκωσία: Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας.
- ΥΕΚΑ, (2006) Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων *Έκθεση για τις στρατηγικές κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Πρώτο προσχέδιο. Κυπριακή Δημοκρατία: Ανέκδοτο*.
- Φιλαλήθης, Τ. (1993) *Οι ανάγκες υγείας και η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Στους Γ. Κυριόπουλο, Δ. Νιάκα (επιστημονικοί επιμελητές) *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον ιδιωτικό τομέα*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.

Collins, C., Hurst, K., Kennedy, P., Lincoln, M., MacErlain-Burns, T., Shaw, J., Shea, J., Smith, I., Polynikis, A. (1998) *Report of the Management and Organization of Ministry of Health Hospitals in the Republic of Cyprus*. Leeds: Nuffield Institute for Health.

ECHI, (2004) Strategy on European Community Health Indicators (ECHI): The short list. *Luxembourg: European Community*.

Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E. (2004) *Health Care Systems in Transition*: Cyprus. World Health Organization. Available from:

<http://www.euro.who.int/Documents/E852555.pdf> [Accessed in 15 January 2007].

Gottschalk, J., Scoville Baker, S. (2000) *Primary Health Care*. In Elizabeth Anderson & Judith MacFarlane (editors), *Community as Partner*. New York: Lippincott.

Hewison, A. (2001) Values in the National Health Service: Implications for Nurse Managers. *Journal of Nursing Management*, 9, 253-258.

OECD (2004) *Proposal for taxonomy of health insurance*. A health Project of the Organization for Economic Corporation and Development. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/52/31916207.pdf> [Accessed in 9 March 2007].

WHO (2007) *National Expenditure on Health*. Available from: <http://www.who.int/nha/country/cyp/en> [Accessed in 3 March 2007]