

2017

$\beta \ddot{y} \bullet \cdot \overset{1}{\prime} \overset{1}{0} \dot{\imath} \ddot{A} \mu \acute{A} \mu \hat{A} \frac{1}{2} \grave{\text{c}} \frac{1}{4} \overset{1}{0} - \hat{A} \acute{A} \acute{A} \text{,} \frac{1}{4} \overset{-}{\tilde{A}} \mu$
 $\beta \ddot{y} \grave{A} \mu \acute{A} \overset{-}{\text{c}} \acute{A}^3 \neg \frac{1}{2} \acute{E} \tilde{A} \cdot \hat{A} \overset{0}{\pm} \overset{1}{\text{»}} \mu^1 \ddot{A} \grave{\text{c}} \acute{A} \acute{A}$
 $\beta \ddot{y} \mu \text{,} \frac{1}{2} \overset{1}{0} \hat{\imath} \frac{1}{2} \tilde{A} \acute{A} \tilde{A} \ddot{A} \cdot \frac{1}{4} \neg \ddot{A} \acute{E} \frac{1}{2} \acute{A}^3 \mu \overset{-}{\pm} \hat{A} \cdot$
 $\beta \ddot{y} \grave{A} \mu \acute{A} \overset{-}{\text{c}} \grave{A} \ddot{A} \acute{E} \tilde{A} \cdot \ddot{A} \cdot \hat{A} \acute{s} \acute{\imath} \grave{A} \acute{A} \grave{\text{c}} \acute{A} \cdot \pm \acute{A} \grave{\text{c}} \acute{\imath}$
 $\beta \ddot{y} \overset{0}{\pm} \ddot{A} \neg \tilde{A} \ddot{A} \pm \tilde{A} \cdot \text{,} \grave{A} \acute{A} \grave{\text{c}} \text{»} \text{®} \frac{1}{4} \pm \ddot{A} \pm \text{,} \grave{A} \acute{A} \grave{\text{c}}$

$\beta \ddot{y} \text{œ} \pm \acute{A} \acute{A} \grave{\text{c}} \frac{1}{4} \frac{1}{4} \neg \ddot{A} \cdot \hat{A} \text{,} \text{»} \acute{A} \cdot \acute{s} \hat{\imath} \tilde{A} \ddot{A} \pm \hat{A}$

$\beta \ddot{y} \acute{A} \dot{\imath}^3 \acute{A} \pm \frac{1}{4} \frac{1}{4} \pm \text{»} \overset{1}{\text{c}} \overset{-}{0} \cdot \ddot{A} \cdot \hat{A} \not\equiv \hat{A} \cdot \acute{A} \mu \tilde{A} \hat{\imath} \frac{1}{2} \not\equiv^3 \mu \overset{-}{\pm} \hat{A} \text{,} \pounds \text{c} \grave{\text{c}} \text{»} \text{®} \check{Y} \overset{1}{0} \grave{\text{c}} \frac{1}{2} \grave{\text{c}} \frac{1}{4} \overset{1}{0} \hat{\imath} \frac{1}{2} \cdot \hat{A}^1 \tilde{A} \ddot{A} \cdot \frac{1}{4} \hat{\imath} \frac{1}{2}$
 $\beta \ddot{y} \pm \frac{1}{2} \mu \hat{A}^1 \tilde{A} \tilde{A} \text{®} \frac{1}{4} \overset{1}{\text{c}} \cdot \mu \neg \hat{A} \grave{\text{c}} \text{»} \overset{1}{\hat{A}} \neg \pounds \grave{\text{c}} \acute{A}$

<http://hdl.handle.net/11728/10830>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ειδικότερες νομικές ρυθμίσεις περί οργάνωσης
και λειτουργίας εθνικών συστημάτων υγείας.**

Η περίπτωση της Κύπρου.

Παρούσα κατάσταση, προβλήματα, προοπτικές

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Δρ. Κώστας Μαυρομμάτης

Επιβλέπων Καθηγητής: Κωνσταντίνος Αθανασόπουλος

2017

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Μεθοδολογία	8
Κεφάλαιο 1: Ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας της Κύπρου	9
1.1 Η Δημόσια Ιατρική και υγεία στην Κύπρο μέχρι την Αγγλοκρατία το 1878.....	9
1.2 Περίοδος της Αγγλοκρατίας 1878-1960.....	10
1.3 Περίοδος της Κυπριακής Ανεξαρτησίας από το 1960 μέχρι το 2000	13
1.4 Νεότερη Περίοδος από το 2001 μέχρι σήμερα	20
Κεφάλαιο 2: Συστήματα Υγείας στη Ευρώπη	24
2.1 Γερμανικό Σύστημα Υγείας	25
2.2 Βρετανικό Σύστημα Υγείας	26
2.3 Γαλλικό Σύστημα Υγείας.....	27
2.4 Σουηδικό Σύστημα Υγείας.....	28
2.5 Ιταλικό Σύστημα Υγείας	29
2.6 Ολλανδικό Σύστημα Υγείας	30
2.7 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	30
Κεφάλαιο 3: Απεικόνιση της παρούσας κατάστασης του Συστήματος Υγείας (ΣΥ) της Κύπρου	32
3.1 Η σημερινή λειτουργία του Συστήματος Υγείας	32
3.2 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στη παρούσα κατάσταση	40
Κεφάλαιο 4: Οι ανάγκες για αλλαγή του Συστήματος Υγείας	50
4.1 Βασικές αδυναμίες του Συστήματος Υγείας σήμερα.....	50
4.2 Γιατί χρειάζεται μεταρρύθμιση το Σύστημα Υγείας στη Κύπρο.....	55

Κεφάλαιο 5: Νέα νομοθεσία για εφαρμογή του ΓεΣΥ στη Κύπρο	64
5.1 Γενικές αναφορές για τη νέα νομοθεσία	64
5.1.1 Κατάληξη των μακροχρόνιων διαβουλεύσεων.....	67
5.1.2 Η συμφωνία για τις συνεισφορές	68
5.1.3 Σκοπός των δύο νομοσχεδίων και των νέων κανονισμών	70
5.2 Βασικές πρόνοιες της νομοθεσίας για την εφαρμογή του ΓεΣΥ	71
5.2.1 Σύσταση και λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ).....	71
5.2.2 Ίδρυση και λειτουργία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΥ)..	72
5.2.3 Νόμος για εναρμόνιση με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εργασιακό πλαίσιο.....	73
Κεφάλαιο 6: Απόψεις κομμάτων, επιστημονικών φορέων και συνδικαλιστικών οργανώσεων για το ΓεΣΥ	74
6.1 Ανορθωτικό Κόμμα Εργαζόμενου Λαού-ΑΚΕΛ	75
6.2 Δημοκρατικός Συναγερμός-ΔΗΣΥ	76
6.3 Δημοκρατικό Κόμμα-ΔΗΚΟ	77
6.4 Σοσιαλιστικό Κόμμα-ΕΔΕΚ	77
6.5 Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας-ΟΑΥ.....	78
6.6 Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος-ΠΙΣ.....	79
6.7 Παγκύπρια Συντεχνία Δημοσίων Υπάλληλων- ΠΑΣΥΔΥ.....	80
6.8 Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών-ΠΑΣΥΚΙ.....	81
6.9 Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία - ΠΕΟ.....	82
6.10 Συνομοσπονδία Εργατών Κύπρου - ΣΕΚ.....	83
6.11 Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου - ΔΕΟΚ	83
6.12 Ομοσπονδία Εργοδοτών και Βιομηχάνων - ΟΕΒ.	84

Κεφάλαιο 7: Διαπιστώσεις, Συμπεράσματα, Προτάσεις	86
7.1 Διαπιστώσεις	88
7.2 Συμπεράσματα	91
7.3 Προτάσεις	92
Βιβλιογραφικές αναφορές	94

Κατάλογος Πινάκων, Φωτογραφιών και Σχημάτων.

Πίνακες:

Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση 1990 - 2014.....	1
Πίνακας 2: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κύπρο κατά τα έτη 2004 – 2013.....	4
Πίνακας 3: Μελέτη Mercer για είσπραξη εισφορών από ασφαλισμένους στο ΓεΣΥ.....	22
Πίνακας 4: Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100 000 κατοίκους στην ΕΕ, την δεκαετία 2001-2011.....	34
Πίνακας 5: Ποσοστό ασθενών που επισκέφθηκαν τα ΤΑΕΠ λόγω μη διαθεσιμότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις χώρες της ΕΕ, 2011-2013.....	35
Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2012.....	38
Πίνακας 7: Εξέλιξη Ιατρικού προσωπικού, οδοντογιατρών και νοσηλευτών μέχρι το 2006.....	41
Πίνακας 8: Νεότερα στοιχεία για την εξέλιξη της απασχόλησης στο τομέα της υγείας 2009-2015.....	42
Πίνακας 9: Αριθμός νοσοκομειακών κλινών από το 1960 μέχρι το 2006.....	43
Πίνακας 10: Αριθμός κλινών κατά νοσοκομείο και τμήμα, 2015.....	44
Πίνακας 11: Ιδιωτικές κλινικές κατά επαρχία , αριθμό κλινών και προσωπικό, 2014-2015.....	45
Πίνακας 12: Δαπάνες υγείας 1960-1980, ως ποσοστό ΑΕΠ (%).....	45
Πίνακας 13: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	46
Πίνακας 14: Δαπάνη υγείας νοικοκυριών με ή χωρίς κρατική ιατροφαρμακευτική κάλυψη.....	53
Πίνακας 15: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση 1970-2013 (ΟΟΣΑ).....	56
Πίνακας 16: Στοιχεία για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε χώρες της Ε.Ε...58	
Πίνακας 17: Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (Πηγή ΚΟΕ, 7/2006).....	59

Πίνακας 18: Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2012 (Πηγή ΟΟΣΑ).....	62
Πίνακας 19: Στοιχεία για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε χώρες της Ε.Ε...	63
Πίνακας 20: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κύπρο από το 2004 έως 2013.....	87

Φωτογραφίες:

Φωτογραφία 1: Στοιχεία αριθμού ασθενών κατά το 1894.....	11
Φωτογραφία 2: Εικόνα του Νοσοκομείου Πάφου κατά το 1894.....	11
Φωτογραφία 3: Το προσωπικό του Νοσοκομείου Πάφου την 10ετία του 1930.....	12
Φωτογραφία 4: Άποψη του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου σήμερα	33

Σχήματα:

Σχήμα 1: Οργανόγραμμα λειτουργίας της Κυπριακής Ακαδημίας Δημόσιας Διοίκησης.	19
Σχήμα 2: Μορφές συστημάτων υγείας στην Ευρώπη	25

Αρκτικόλεξα

ILO: International Labour Organization

WHO: World Health Organization

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΓεΣΥ: Γενικό Σχέδιο Υγείας

ΠΕΟ: Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία

ΣΕΚ: Συνομοσπονδία Εργατών Κύπρου

ΠΑΣΥΔΥ: Παγκύπρια Συντεχνία Δημοσίων Υπαλλήλων

ΠΑΣΥΚΙ: Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών

ΠΙΣ: Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος

ΟΑΥ: Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

ΠΙ: Προσωπικός Ιατρός

ΤΑΕΠ: Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών

ΚΟΕ: Κέντρο Οικονομικών Ερευνών

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

Σ.Υ.: Σύστημα Υγείας

ΟΚΥΥ: Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας

Ευχαριστίες

Με την παρούσα Διπλωματική Εργασία ολοκληρώνεται η συμμετοχή μου στην παρακολούθηση του μεταπτυχιακού προγράμματος Δημόσιας Διοίκησης, κατεύθυνση Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου. Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο Επιστημονικό Συμβούλιο και την Διεύθυνση του Πανεπιστημίου, καθώς επίσης και σε όλους τους συντελεστές αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Στην σημερινή σύγχρονη εποχή που ζούμε, στον γρήγορα μεταβαλλόμενο κόσμο και στην αστραπιαία μετάδοση των πληροφοριών και των γνώσεων, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διά βίου μάθηση είναι απαραίτητη όσο ποτέ άλλοτε, για την πρόοδο και την ευημερία των ανθρώπων και της κοινωνίας, μας κάνει σοφότερους εμπλουτίζοντας τις γνώσεις και τις αρετές μας. Όπως μας διδάσκει ο αρχαίος φιλόσοφος Σωκράτης (469-399 π.Χ.): «Τὰς δε τῶν σοφῶν ἀνδρῶν γνώμας, ἀρετὴ πλουτίζειν τοὺς κεκτημένους». Όσοι δηλαδή μαθαίνουν τις γνώμες των σοφών ανδρών, πλουτίζουν σε αρετή. Αλλά πέραν από γνώση και αρετή η παιδεία και τα γράμματα προσφέρουν σύνεση, προκοπή και ευημερία στα έθνη και τους λαούς. Όπως γράφει ο Ρήγας Φεραίος (1757-1798), «Εκ των γραμμάτων γεννάται η προκοπή με την οποίαν λάμπουν τα ελεύθερα έθνη».

Με αυτές τις σκέψεις, παρουσιάζοντας την εργασία αυτή, νοιώθω την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα στην όμορφη αυτή διαδρομή της γνώσης. Ευχαριστίες εκφράζω στον Καθηγητή κ. Κωνσταντίνο Αθανασόπουλο, επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε και την εκτίμηση, καθοδήγηση και υποστήριξη που μου έδειξε.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Σπύρο Βλιάμο, υπεύθυνο του προγράμματος για την στήριξη του, και τους διδάσκοντες καθηγητές κα. Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου, κ. Ιωάννη Βλάσση και κ. Χριστόδουλο Ακρίβο για την εμπειρία και τις γνώσεις που μας μετέδωσαν.

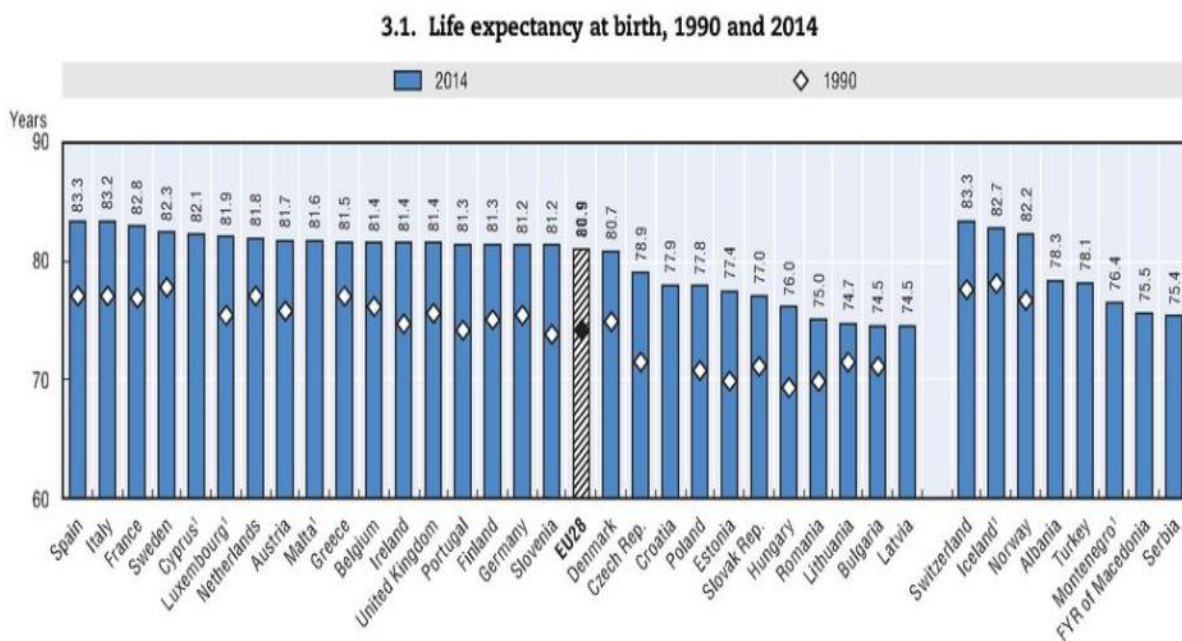
Ένα μεγάλο ευχαριστώ εκφράζω στους αγαπημένους μου γονείς Λέανδρο και Γεωργία, οι οποίοι διαχρονικά μου έχουν προσφέρει τόσα πολλά σε όλη την επιστημονική μου διαδρομή και που είναι για μένα αστείρευτη πηγή δύναμης, στήριξης και ελπίδας.

Τέλος αφιερώνω την παρούσα εργασία στην οικογένεια μου, στην αγαπημένη μου σύζυγο Άντρη και τους τρεις μου γιους Λέανδρο, Ιάκωβο και Μάριο για την στήριξη και κατανόησή τους.

Εισαγωγή

Ένα από τα βασικά θέματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κρατικές οντότητες είναι η διαχείριση του συστήματος δημόσιας υγείας προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα από τα πιο βασικά αγαθά για τους πολίτες τους που είναι η υγεία. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει διαμορφώσει νέα δεδομένα για το σχεδιασμό συστήματος υγείας σε πολλά κράτη, καθώς η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής (Πίνακας 1) αλλά και η ελάττωση των θανατηφόρων μεταδοτικών νόσων, έχουν ως αποτέλεσμα η ιατρική να απομακρύνεται από την αντιμετώπιση της οξείας νόσου και να αντιμετωπίζει περισσότερο χρόνιες ασθένειες.

Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση, 1990 και 2014.



1. Three-year average (2012-14).

Source: Eurostat Database completed with data from OECD Health Statistics 2016.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428513>

Πηγή: Eurostat Database completed with data from OECD Health Statistics 2016.

Αυτό συνεπάγεται μία νέα μορφή διαχείρισης, καθώς οι ασθένειες αποτελούν πλέον μία παράμετρο της ζωής του ανθρώπου. Ως αποτέλεσμα πλέον οι σχέσεις ιατρών με ασθενείς

αποκτούν νέες μορφές με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τον μακροχρόνιο χαρακτήρα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σημαντική παράμετρο αποτελεί και η εξέλιξη της τεχνολογίας, η οποία προσδίδει νέες δυνατότητες στη σύγχρονη ιατρική πολλαπλασιάζοντας την ικανότητά της να αντιμετωπίζει τις διάφορες ασθένειες.

Αναμφίβολα η υγεία αποτελεί το ύψιστο αγαθό και η διασφάλισή της συνιστά την κορυφαία υποχρέωση της οργανωμένης πολιτείας προς τους πολίτες της. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας, οι νομικές ρυθμίσεις και οι θεσμοί που αναφέρονται στην παροχή υγείας στο λαό και γενικά κάθε μέτρο που αφορά την προαγωγή της υγείας υποδηλώνουν το επίπεδο και την κατεύθυνση του πολιτισμού της χώρας αυτής. Για τη διασφάλιση της υγείας του κοινωνικού συνόλου οφείλουν να ενδιαφέρονται τόσο το επίσημο κράτος όσο και τα οργανωμένα σύνολα και οι πολίτες σαν άτομα.

Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι: «ο συνδυασμός πόρων, συστημάτων και διοικητικών μεθόδων που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό» (Λιαρόπουλος 2007, τόμος Α, σελ.203). Προβάλλεται κατά συνέπεια επιτακτική η ανάγκη αναζήτησης της κατάλληλης πολιτικής για την εφαρμογή σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του κύριου πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Ένα σύγχρονο σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προβλήματα τα οποία ξεπερνούν τον ιστορικό προορισμό του τομέα της υγείας που ήταν η περίθαλψη των ατόμων που την είχαν ανάγκη. Η πρόοδος της ιατρικής γνώσης και της τεχνολογίας, η άνοδος του εισοδήματος και των προσδοκιών των πολιτών, η γήρανση του πληθυσμού και οι πεπερασμένοι πόροι που μπορούν να διατεθούν για την υγεία σε σχέση με άλλες ανάγκες, έχουν φέρει στο προσκήνιο νέα διλήμματα στα οποία πρέπει να δοθεί απάντηση από το σύστημα υγείας. Τα θέματα αυτά απασχολούν την οργάνωση υπηρεσιών υγείας και κατέχουν καίρια θέση στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας (Λιαρόπουλος 2007, τόμος Α, σελ.203).

Η διαμόρφωση των συστημάτων υγείας, σαφώς υπήρξε αποτέλεσμα και αντικείμενο διαβούλευσης και ζυμώσεων για την Κυπριακή Δημοκρατία. Η υγεία αποτελεί βασική προτεραιότητα για όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και για την Κύπρο η διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας ήταν βασικός στόχος και της νεοσύστατης Κυπριακής Δημοκρατίας. Η ποιότητα όμως των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο αποτέλεσε ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και συχνά αντικείμενο αμφισβητήσεων καθώς οι όποιες παρεμβάσεις έλαβαν χώρα διαχρονικά επέφεραν διάφορα προβλήματα.

Από τα πρώτα χρόνια ίδρυσης της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960 με τις συμφωνίες Ζυρίχης και Λονδίνου, υπήρξαν οι διαπιστώσεις ότι το σύστημα υγείας βρισκόταν σε μια υποτυπώδη ανάπτυξη κατάλοιπο της αγγλοκρατίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την έναρξη συζητήσεων και μελετών για αναδιοργάνωση και επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη σταθερή και συνεχή βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Κυρίως οι μελέτες αφορούσαν την μετάκληση ξένων ειδικών και εμπειρογνομόνων σε θέματα υγείας η συμβολή των οποίων ήταν αποφασιστικής σημασίας (Υgeia-news-com, 6/2017).

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο είναι τώρα περισσότερο από ποτέ στο επίκεντρο του πολιτικού και κοινωνικού διαλόγου λόγω και της επικείμενης εφαρμογής του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ). Ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς όπως έχει διαμορφωθεί και παρά τις πληγές που έχει υποστεί από την οικονομική κρίση των προηγούμενων ετών έχει καταφέρει να διατηρηθεί σε ένα αξιόπαινο επίπεδο. Αυτό αντικατοπτρίζεται στην ανταπόκριση των μονάδων παροχής υγείας, αλλά και στην γενικότερη διοικητική πολιτική που ακολουθείται, όπως είναι η πολιτική για την φαρμακευτική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση, τα έξοδα νοσηλείας κ.α. Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα εξαιρετικά ευαίσθητο τομέα ο οποίος χρήζει μεταρρυθμίσεων και εξισορρόπησης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την επίτευξη της αριστείας προς όφελος του κυπριακού λαού και όχι μόνο.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην Κύπρο σαφώς έχει βελτιωθεί και οι τελευταίες αναφορές το συγκρίνουν με αυτό των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Όπως αναφέρεται η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής είναι στα ίδια επίπεδα με εκείνη των πιο αναπτυγμένων χωρών, η μητρική θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στο μηδέν, ενώ το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ελάχιστα ψηλότερο. Ο βασικός λόγος της εμφάνισης αυτών των αποτελεσμάτων αποτελεί η λειτουργία του συστήματος υγείας της Κύπρου (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κύπρο κατά τα έτη 2004 – 2013.

Fetal, neonatal and infant deaths*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fetal (deadborn fetus of 22 or more completed wks of gestation)	-	-	-	-	-	-	-	34	42	42
Early neonatal (0-6 days)	10	24	15	9	18	11	18	13	24	5
Late neonatal (7-27 days)	3	4	4	5	4	7	2	3	4	3
Post neonatal (28-365 days)	16	11	8	13	10	14	8	10	7	7
Infant deaths (<1 yr) (0-365 days)	29	39	27	27	32	32	28	26	35	15

Year	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Live births Cyprus**	8309	8243	8731	8575	9205	9608	9801	9622	10161	9341
Total births Cyprus (Live + Stillbirths)	-	-	-	-	-	-	-	9656	10203	9383
Fetal mortality rate per 1000 total births								3,5	4,1	4,5
Early neonatal mortality rate per 1000 live births	1,2	2,9	1,7	1,0	2,0	1,1	1,8	1,4	2,4	0,5
Late neonatal mortality rate per 1000 live births	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	0,7	0,2	0,3	0,4	0,3
Post neonatal mortality rate per 1000 live births	1,9	1,3	0,9	1,5	1,1	1,5	0,8	1,0	0,7	0,7
Infant mortality rate per 1000 live births	3,5	4,7	3,1	3,1	3,5	3,3	2,9	2,7	3,4	1,6

* Source: Death Registry 2004-2013, Health Monitoring Unit, Ministry

** Source: Demographic Report 2013, Statistical Service of

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία, Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων της Κύπρου

Στην επίτευξη του ψηλού επιπέδου υγείας συνέτειναν τόσο η ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας όσο και το ψηλό βιοτικό επίπεδο. Στην Κύπρο υπάρχουν άριστες συνθήκες διαβίωσης. Η κατάλληλη επεξεργασία του πόσιμου νερού, οι άριστες κλιματολογικές

συνθήκες, το καλό συγκοινωνιακό δίκτυο είναι μερικοί από τους παράγοντες που συνέτειναν στην επίτευξη των ψηλών δεικτών υγείας του κυπριακού πληθυσμού.

Η ανάγκη όμως για τις επιδιωκόμενες αλλαγές στο σύστημα υγείας της Κύπρου έχει προκύψει εδώ και αρκετά χρόνια μέσα από τα πολλά και σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα που έχουν συσσωρευτεί. Μπροστά στον κίνδυνο κατάρρευσης των δημόσιων νοσηλευτηρίων, τα οποία δέχονται ασφυκτικές πιέσεις αφού εξυπηρετούν πέραν του 80% του πληθυσμού, οι πολιτικές και κοινωνικές δυνάμεις του τόπου οδηγήθηκαν στην λήψη καθοριστικών αποφάσεων. Μετά από συζητήσεις και υποσχέσεις δεκαετιών, περνώντας μέσα από παλινωδίες και αμφιταλαντεύσεις, το 2001 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος για την εισαγωγή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ). Τον Ιούνιο του 2012 η τότε κυβέρνηση έλαβε την οριστική απόφαση για εισαγωγή του ΓεΣΥ. Τον Ιούνιο του 2017 με ομόφωνη απόφαση της βουλής ψηφίστηκαν τα δύο νομοσχέδια όπως είχαν τροποποιηθεί για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων όπως επίσης και οι νέοι κανονισμοί για την νομική ρύθμιση του εργασιακού πλαισίου που θα εφαρμόζεται για το προσωπικό που θα προσληφθεί στο νέο αυτόνομο οργανισμό. (Υgeia-news-com, 6/2016)

Για να μπορέσει να γίνει καλύτερα κατανοητή η σημερινή κατάσταση του συστήματος υγείας στην Κύπρο αλλά και οι αλλαγές που θα επέλθουν με βάση τη νέα νομοθεσία, κρίνεται απαραίτητη η γνώση της ιστορικής εξέλιξης πριν και κατά την περίοδο της αγγλοκρατίας αλλά και εξίσου σημαντική η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο μετά το 1960 όταν η Κύπρος απέκτησε την ανεξαρτησία της από την αγγλική κυριαρχία. Η παρούσα εργασία αποτελείται από το παρόν εισαγωγικό σημείωμα και χωρίζεται σε επτά κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας της Κύπρου κατά τη χρονική περίοδο μέχρι την αγγλική επικυριαρχία που ξεκινά το 1878, περιλαμβάνει την περίοδο της αγγλοκρατίας, την περίοδο μετά την Κυπριακή ανεξαρτησία το 1960 και τα προβλήματα που είχαν παρουσιαστεί στο τομέα της υγείας στη νεοσύστατη

Δημοκρατία. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη νεότερη περίοδο που αρχίζει το 2001 με την ψήφιση του νόμου για το ΓεΣΥ και ακολούθως γίνεται μια ανασκόπηση των εξελίξεων που ακολούθησαν μέχρι τον Ιούνιο του 2017 και την ομόφωνη ψήφιση της νέας τροποποιητικής νομοθεσίας για το ΓεΣΥ από την Βουλή των αντιπροσώπων.

Το δεύτερο κεφάλαιο καταπιάνεται γενικά με τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη και γίνεται σύντομη αναφορά στα βασικά συστήματα με ιδιαίτερη αναφορά στο Γερμανικό σύστημα υγείας, το Βρετανικό σύστημα υγείας, το Γαλλικό, το Ολλανδικό και το Σουηδικό σύστημα υγείας, καθώς και στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η απεικόνιση της παρούσας κατάστασης του συστήματος υγείας στην Κύπρο, των αδυναμιών και της δυσλειτουργίας του συστήματος όσον αφορά την παροχή υγείας στον πληθυσμό και ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται οι ανάγκες για αλλαγή του σημερινού συστήματος υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νέα νομοθεσία (Ιούνιος 2017) για εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο με ιδιαίτερη αναφορά στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) στον νόμο πλαίσιο για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και τους κανονισμούς που αφορούν την πρόσληψη των επαγγελματιών υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο καταγράφονται οι απόψεις βασικών επιστημονικών φορέων, κομμάτων και συνδικαλιστικών οργανώσεων για τα θέματα υγείας και το ΓεΣΥ

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο καταγράφονται οι διαπιστώσεις τα συμπεράσματα και οι προτάσεις όσον αφορά στα προβλήματα που παρουσιάζονται με το παρόν σύστημα που λειτουργεί στην Κύπρο και τις μελλοντικές εξελίξεις όσον αφορά την εφαρμογή της νέας νομοθεσίας.

Η δομή αυτή της εργασίας έχει επιλεγεί με στόχο την καλύτερη κατανόηση της ιστορικής εξέλιξης του συστήματος υγείας στην Κύπρο, την ορθή αντίληψη για τα σοβαρά προβλήματα που υπάρχουν στον χώρο της υγείας και την καλύτερη δυνατή κατανόηση των αλλαγών που έχουν τροχοδρομηθεί και σύντομα θα εφαρμοστούν με βάση τη νέα νομοθεσία που έχει ψηφιστεί πρόσφατα, τον Ιούνιο του 2017.

Μεθοδολογία

Η διπλωματική αυτή εργασία έχει βιβλιογραφικό χαρακτήρα για αυτό και ακολουθά την μέθοδο της βιβλιογραφικής έρευνας λόγω των ζητούμενων ερωτημάτων. Πληροφορίες αναζητήθηκαν σε δευτερογενείς πηγές σχετικά με τη διεθνή αλλά και την εθνική πραγματικότητά σχετικά με την ιστορία αλλά και την παρούσα κατάσταση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου. Για την άντληση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε τόσο ελληνική όσο και ξένη βιβλιογραφία από πρόσφατες αλλά και παλαιότερες δημοσιεύσεις.

Πληροφορίες αντλήθηκαν τόσο από βιβλία και εγχειρίδια πάνω στην θεματική στην οποία εργαζόμαστε καθώς και από το διαδίκτυο με στόχο την εξεύρεση των απαραίτητων στοιχείων όπως αυτά δημοσιεύτηκαν από επίσημες κρατικές πηγές ή από διεθνείς οργανισμούς με στόχο την ενημέρωση του κοινού για το έργο τους.

Επίσης καταγράφεται η προοπτική των μεταρρυθμίσεων που όπως αναμένεται, θα επέλθουν σύντομα στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου με την εισαγωγή του ΓεΣΥ.

Κεφάλαιο 1

Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Κύπρου

Η ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Κύπρου σχηματικά έχει χωριστεί σε τέσσερις βασικές περιόδους. Στην περίοδο που αφορά την δημόσια ιατρική και υγεία στην Κύπρο μέχρι την Βρετανική επικυριαρχία που αρχίζει το 1878, την περίοδο της αγγλοκρατίας μέχρι το 1960, την περίοδο της Κυπριακής Ανεξαρτησίας από το 1960 μέχρι το 2000 και την νεότερη περίοδο από το 2001 μέχρι σήμερα.

1.1. Η δημόσια ιατρική και υγεία στην Κύπρο μέχρι την Αγγλοκρατία το 1878

Ιστορικά κάνοντας μια σύντομη ανασκόπηση από την αρχαιότητα μέχρι και το 18^ο με 19^ο αιώνα διαπιστώνουμε ότι η Κύπρος κατείχε μια σημαντική θέση στην εξέλιξη της πορείας της ιατρικής, κάτι που οφείλεται στον φυσικό και ορυκτό της πλούτο, στο κλίμα και γενικά στις κλιματολογικές συνθήκες. Ευρήματα όπως το Ασκληπιείο στην Πάφο, διάφοροι τάφοι και επιγραφές αποδεικνύουν την σημασία του νησιού κατά την αρχαιότητα. Αργότερα κατά την Βυζαντινή περίοδο η ιατρική πέρασε στα χέρια της Εκκλησίας και των μοναστηριών με προσφορά περισσότερο φιλανθρωπίας και βοήθειας προς τους πάσχοντες και λιγότερο με την άσκηση της ιατρικής. (Εκδ. Πολιτ. Κεντ. πρώην Λαϊκής, 2004). Τον μεσαίωνα έδρασαν οι λεγόμενοι *medici*, *fisici* ή *chirurgi*, γιατροί ιταλικής κυρίως καταγωγής, οι οποίοι δραστηριοποιήθηκαν κυρίως κατά την Ενετοκρατία και Φραγκοκρατία, (Μ.Βρυωνίδου - Λιάγκου, 2006).

Στα χρόνια της Οθωμανικής κυριαρχίας, η Κύπρος υπέφερε από επιδημίες, υπήρχε έλλειψη νοσοκομείων αλλά και γιατρών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον πληθυσμό. Αυτή η περίοδος μπορεί να διαχωριστεί σε δύο κυρίως χρονικές περιόδους, την προ-Τανζιμάτ εποχή (1299 – 1839) και την μετά-Τανζιμάτ εποχή (1839 – 1878). Κατά την προ-Τανζιμάτ περίοδο πηγές αναφέρουν την ύπαρξη ενός στρατιωτικού νοσοκομείου κοντά στην πύλη Πάφου στην Λευκωσία, ενώ όσον αφορά τη μετά-Τανζιμάτ περίοδο εφαρμόστηκαν

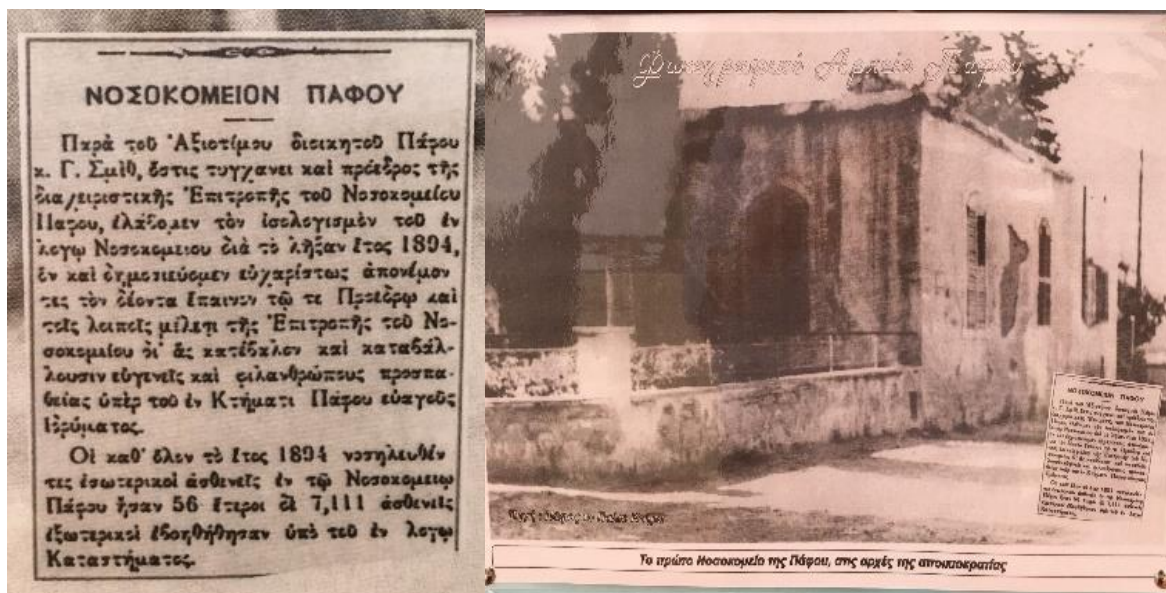
νομοθεσίες και κώδικες που περιλάμβαναν διατάξεις σχετικά με τη ρύθμιση του ιατρικού επαγγέλματος (Georgiades A. 2001). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι κατά την περίοδο αυτή υιοθετήθηκε ένα νέο σύστημα διοίκησης που ήταν βασισμένο στην διαφοροποίηση του πληθυσμού με βάση τη θρησκεία και όχι την γλώσσα ή την εθνικότητα (Seligman,A.B (.Ed.)2014). Αυτό ενίσχυσε κατά κάποιο τρόπο την θέση της Ορθόδοξης εκκλησίας της Κύπρου δίνοντας της εξουσίες πέραν από την συμμετοχή στην διοίκηση και την εκπαίδευση των Χριστιανών Κυπρίων και στην δημιουργία κάποιας βάσης για την οργάνωση της δημόσιας υγείας του νησιού (Ioannis Dimitrakopoulos et.al 2015). Αργότερα κατά το 19^ο αιώνα άρχισαν να λειτουργούν και τα πρώτα ιατρικά ιδρύματα όπως το λοιμοκαθαρτήριο το 1853 και αργότερα το πρώτο νοσοκομείο στη σχολή καλογριών στη Λάρνακα.

1.2. Περίοδος της Αγγλοκρατίας 1878 – 1960

Όπως είναι γνωστό με τη συνθήκη του Αγίου Στεφάνου το 1878 έληξε η περίοδος της τουρκοκρατίας και η Κύπρος τέθηκε κάτω από αγγλική κυριαρχία. Η αγγλική διοίκηση στην Κύπρο βρέθηκε αντιμέτωπη με μια κοινωνική εξαθλίωση του πληθυσμού, παντελή απουσία νοσηλευτικών δομών και άθλιες οικονομικές συνθήκες. Τότε άρχισαν να παρατηρούνται και οι πιο σημαντικές εξελίξεις στα θέματα υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο. Έτσι άρχισαν να δημιουργούνται οι πρώτες υποδομές και να παίρνονται τα πρώτα μέτρα για την αντιμετώπιση των κακών υγειονομικών συνθηκών, για προστασία του πληθυσμού αλλά και των Άγγλων στρατιωτών (Εκδ.Πολιτ.Κεντ.πρώην Λαϊκής,2004) (Georgiades A. 2001). Επίσης με την άφιξη των Άγγλων στην Κύπρο άρχισαν να καταφθάνουν στο νησί διάφοροι επιχειρηματίες, επιστήμονες, ειδικευμένοι εργαζόμενοι, αρχαιολόγοι, δημοσιογράφοι κ.α. οι οποίοι στόχευαν από την μια στην αύξηση των περιουσιών τους μέσω επενδύσεων αλλά και για μια ανοδική επαγγελματική σταδιοδρομία (Varnava,A.2009). Εφάρμοσαν διάφορες καινοτομίες όπως ήταν η ανάπτυξη δρόμων και επικοινωνιών, συστημάτων αποχέτευσης, συστημάτων άρδευσης κ.α. Συνέβαλαν επίσης στην ανάπτυξη του πολιτισμού και της προόδου της Κυπριακής κοινωνίας. Η Κύπρος αποτέλεσε για τους Βρετανούς γόνιμο έδαφος για δοκιμές νέων θεραπευτικών

προσεγγίσεων, για την αντιμετώπιση ασθενειών και επιδημιών που ταλαιπωρούσαν τους κατοίκους. Το 1892 ιδρύεται ένα νέο νοσοκομείο στη Λευκωσία, και αργότερα και σε άλλες πόλεις, που είχε σαν στόχο να αποτελέσει το κεντρικό νοσοκομείο για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών και τραυματισμών, προερχόμενων τόσο από την επαρχία Λευκωσίας όσο και από άλλες περιοχές του νησιού (Hook,2009,οπ.αν.σελ.246). (φωτογραφίες 1,2,3)

Φώτο 1,2: Εικόνες του Νοσοκομείου Πάφου και στοιχεία αριθμού των ασθενών κατά το έτος 1894, αρχές της περιόδου της Αγγλοκρατίας.



Πηγή: Φωτογραφικό Αρχείο Πάφου.

Επίσης η απασχόληση στην Κύπρο νέων Βρετανών νοσηλευτών και γιατρών είχε σαν αποτέλεσμα αρκετοί Κύπριοι να ακολουθήσουν την ιατρική σταδιοδρομία με σπουδές στο εξωτερικό και μετά την επιστροφή τους στην Κύπρο να εργαστούν στις κρατικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της δημόσιας ιατρικής της Κύπρου.(Haynes, D.M.2001.Imperial Medicine, σελ.125-152)

Φώτο 3: Το προσωπικό του Νοσοκομείου Πάφου την δεκαετία του 1930.



Πηγή: Φωτογραφικό Αρχείο Πάφου.

Ουσιαστικά επί αγγλοκρατίας αρχίζει, πολύ αργότερα, το 1957, η εισαγωγή του πρώτου συστήματος ασφάλισης τύπου Beveridge. Αυτό το μοντέλο συστήματος υγείας αποτέλεσε μια προσπάθεια να συνδεθεί η οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και να εισαχθεί μια γενική προστασία για τους πολίτες. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος υγείας τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν από τη φτώχεια σε διάφορες στιγμές της ζωής του ατόμου. Έτσι με αυτό τον τρόπο, η κοινωνική βοήθεια θα έπαιζε το ρόλο προστασίας και το κράτος θα εξασφάλιζε παροχές. Το θεσμικό πλαίσιο αυτού είναι ο κρατικός παρεμβατισμός, που αποδεικνύεται μέσα από διάφορους Νόμους της εποχής από το 1940.

Σε γενικές γραμμές το σύστημα υγείας τύπου Beveridge που εφαρμόστηκε κατά την περίοδο της Αγγλοκρατίας στην Κύπρο περιλαμβάνει τα εξής σημεία:

1. Κατευθυντήρια γραμμή η προτεραιότητα στην εξασφάλιση της εργασίας .
2. Η εξασφάλιση του δικαιώματος σε αυτή.
3. Ειδικός στόχος η εγγύηση ενός εθνικού ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης
4. Διοίκηση και υλοποίηση, από το Κράτος ή τους εργαζόμενους.
5. Κάλυψη παροχών σε όλους τους πολίτες
6. Χρηματοδότηση μέσω προοδευτικής φορολογίας και εισφορών
7. Μοντέλο διαχείρισης, αναδιανεμητικό σε ότι αφορά τη βασική εθνική σύνταξη και κεφαλαιοποιητικό τη συμπληρωματική

Η λειτουργία ενός τέτοιου μοντέλου υγείας συνεχίστηκε και μετά την αποχώρηση των Άγγλων από την Κύπρο. Παρόλο όμως που λειτουργούσε ήδη από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας ένα δοκιμασμένο μοντέλο, δημόσιοι φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Εργασίας και το Γραφείο Προγραμματισμού διεκδίκησαν την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας και την υιοθέτηση σύγχρονων αντιλήψεων της κοινωνικής πολιτικής με την υλοποίηση ενός ανανεωμένου γενικού σχεδίου υγείας.

1.3. Περίοδος της Κυπριακής Ανεξαρτησίας, από το 1960 μέχρι το 2000

Η εξέλιξη του Συστήματος Υγείας της Κύπρου είναι συνυφασμένη με την ίδια την εξέλιξη της Δημοκρατίας. Έτσι, με την ανακήρυξη της Κυπριακής Δημοκρατίας, το σύστημα υγείας σαφώς αποτελούσε μια μορφή του αποικιοκρατικού συστήματος. Από το 1960 παρέχονταν οι ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας δωρεάν στους δημόσιους υπαλλήλους και στους άπορους. Επιπρόσθετα, υπήρχαν επίσης τα ταμεία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των συντεχνιών όπως το συντεχνιακό ιατρείο της ΠΕΟ και αργότερα της ΣΕΚ, που κάλυπταν μικρό ποσοστό των εξόδων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των μελών τους. Ακόμη λειτουργούσαν τα ταμεία υγείας των μεταλλωρύχων της Κυπριακής Μεταλλευτικής Εταιρείας και αργότερα των τραπεζικών υπαλλήλων, των Ημικρατικών Οργανισμών και άλλων μικρών ομάδων επαγγελματιών.

Παρόλο που λειτουργούσε ήδη από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας ένα μοντέλο υγείας, δημόσιοι φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας και το Γραφείο Προγραμματισμού διεκδίκησαν την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας και την υιοθέτηση σύγχρονων αντιλήψεων της κοινωνικής πολιτικής με την υλοποίηση ενός ανανεωμένου πολιτικού σχεδίου υγείας.

Το 1966, το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πρώτοι προώθησαν τη μελέτη για την εισαγωγή σχεδίου υγείας, το οποίο θα εξυπηρετούσε την Κυπριακή Κοινωνία αποδοτικά αλλά και αποτελεσματικά, στα νέα της πλέον δεδομένα. Για το σκοπό αυτό ζήτησαν τη βοήθεια και τη συνδρομή του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (ILO) το οποίο μέσω του τακτικού προγράμματος τεχνικής βοήθειας ουσιαστικά πραγματοποίησε την πρώτη αναλυτική μελέτη για λογαριασμό της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Στα επόμενα έτη που ακολούθησαν, διάφορες συνδικαλισμένες επαγγελματικές ομάδες πληθυσμού αλλά και ανώτερα μέλη της δημόσιας υπηρεσίας στο Υπουργείο Υγείας, στο Υπουργείο Εργασίας και στο Γραφείο Προγραμματισμού από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας ζητούσαν περαιτέρω την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες αντιλήψεις της κοινωνικής πολιτικής με την εφαρμογή ενός νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, ο ειδικός σύμβουλος Dr. Stilon De Piro εξέδωσε το 1966 από το γραφείο της ILO στη Γενεύη την έκθεση με τίτλο “Report to the Government of the Republic of Cyprus on The development of medical care within the framework of a social security scheme”. Η έκθεση της ILO περιλαμβάνει τους εξής δύο πυλώνες:

- Τη δημιουργία εθνικής υπηρεσίας υγείας (National Health Service) η οποία θα έχει ως στόχο την εξασφάλιση για όλους τους κατοίκους του δικαιώματος ελεύθερης φροντίδας υγείας χωρίς κάποιο έλεγχο του εισοδήματος.

- την παροχή ιατρικής φροντίδας, η χρηματοδότηση της οποίας θα εξασφαλιζόταν από τη συνεισφορά του κράτους των εργοδοτών αλλά και των εργαζομένων.
(πηγή: ΠΠΣ)

Το 1972 και υπό το πλαίσιο της ανάγκης για βελτίωση του συστήματος υγείας, συντάχθηκε από τον Dr. R.F.Bridgman δεύτερη μελέτη με τον τίτλο “Assignment Report Organization of Medical Care Services in Cyprus” για λογαριασμό της WHO. Στη μελέτη αυτή, ο συντάκτης περιγράφει την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας του κρατικού τομέα, επισημαίνει όμως και αδυναμίες του ιδιωτικού τομέα. Όπως αναφέρεται η Εθνική Υπηρεσία Υγείας οργανωμένη κατά το πρότυπο του Βρετανικού συστήματος, θα χρειαζόνταν πραγματική επανάσταση, που υπό τις τότε συνθήκες θα ήταν δύσκολο να εισηγηθεί. Όπως καταγράφηκε το νέο σύστημα υγείας θα πρέπει να βασιστεί στις αρχές της αντίληψης περί κοινωνικής ασφάλισης όπως στην υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη και ιδιαίτερα στο Σκανδιναβικό σύστημα εξαιτίας των χαρακτηριστικών του και του επιμερισμού της ευθύνης μεταξύ του κρατικού και μη κρατικού συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων. Επιπρόσθετα ο συντάκτης αυτής της μελέτης προτείνει πως το σχέδιο τεθεί κάτω από τον έλεγχο του Υπουργείου Εργασίας ή ενός νέου Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων όπου το Εργασίας, Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης θα συγχωνευόταν

Η μεγάλη καταστροφή που συνέβη τον Ιούλιο του 1974, με το πραξικόπημα εναντίον του Προέδρου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου και την βάρβαρη τουρκική εισβολή που ακολούθησε, δημιούργησε τεράστια και σοβαρά προβλήματα εκτός από τους υπόλοιπους τομείς και στα θέματα της υγείας. Έτσι σημειώθηκε μια προσωρινή αναστολή στις διεργασίες για αλλαγές στο σύστημα υγείας αφού έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των συνεπειών της εισβολής.

Η δημόσια διαβούλευση και κοινωνική κριτική συζήτηση ωστόσο για το σύστημα υγείας της Κύπρου συνεχίστηκε και για τα επόμενα έτη. Έτσι το 1977 ο Η. Ο. Theile στην τρίτη μελέτη προτείνει το Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Στη νέα αυτή πρόταση προτείνεται ένα νέο στοιχείο που έχει να κάνει με την ανεξαρτησία του συστήματος υγείας

από τις κρατικές υπηρεσίες, και την αυτοδιοίκηση του από Συμβούλιο στο οποίο μετέχουν με εισφορές. (Πηγή: Μελέτη ΠΙΣ)

Το 1980, στην βάση των προτάσεων του H.O.Theile μετεκλήθη ο καθηγητής Dr. Detler Zoellner για να προετοιμάσει εισήγηση όσον αφορά τον υπολογισμό του ποσοστού εισφοράς που απαιτείται για να λειτουργήσει ένα σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην Κύπρο. Όμως, τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία που είχε ήταν ανεπαρκή και οι αρμόδιες αρχές της Κύπρου συμβουλευτήκαν να βελτιώσουν τα στοιχεία πάνω στα οποία θα μπορούσε να στηριχθεί μια ακριβής μελέτη του κόστους. Η μελέτη αυτή κατέδειξε ότι το ποσοστό επί του ασφαλιστέου εισοδήματος που χρειαζόταν για την κάλυψη των εξόδων όσον αφορά τις υπηρεσίες που περιέγραφε το σχέδιο σε τιμές του 1980 προσδιοριζόταν στο 5.59%. Οι υπολογισμοί βασίστηκαν σε συγκεκριμένους υπολογισμούς όσον αφορά την αμοιβή των γιατρών και των νοσοκομείων (Πηγή: Μελέτη ΠΙΣ).

Στη συνέχεια το 1982, κλήθηκε ο Dr. Brian Abel-Smith, σύμβουλος του παγκόσμιου οργανισμού υγείας και καθηγητής της Κοινωνικής Διοίκησης στο London School of Economics and Political Sciences. Στην έκθεσή του “Assignment Report Comments on the proposed general health scheme of Cyprus”, ο Dr. Brian Abel-Smith κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- Το κόστος του σχεδίου είχε υποτιμηθεί και ότι εφαρμοσμένο στο σύνολο του θα ανερχόταν τελικώς στο 9-10% του ασφαλιστέου εισοδήματος.
- Το σχέδιο, με τα επιμέρους τμήματα του, θα διαιώνιζε την ιδιαίτερη πρακτική των γιατρών της λειτουργίας μικρών ειδικών νοσοκομείων, τα οποία ήταν αιτία επιπρόσθετων και περιττών εξόδων.
- Ο έλεγχος του κόστους χρειάζεται προσεχτικό καταμερισμό μεταξύ των εισφορών, πράγμα που θα απέτρεπε την υλοποίηση του αρχικού σκοπού του σχεδίου.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω, ο καθηγητής Brian Abel-Smith, πρότεινε αρχικά την κάλυψη της γενικής ιατρικής και των φαρμάκων που θα συνταγογραφούσαν οι ιατροί. Σε

αυτή την περίπτωση, το κόστος θα περιορίζονταν όπως υπολογίστηκε στο 1% του ασφαλιστέου εισοδήματος των εργατών, των εργοδοτών και 2% των αυτοεργοδοτούμενων. Επιπλέον, ο καθηγητής αναφέρθηκε στην επείγουσα εφαρμογή νέων κανονισμών ειδικά για τα απαιτούμενα επίπεδα των ιδιωτικών κλινικών αλλά και την ανάγκη ενός εθνικού σχεδίου ανάπτυξης των νοσοκομείων, κρατικών και ιδιωτικών προς το σκοπό της αποτροπής λειτουργίας υπερβολικού αριθμού κλινών. Επίσης ο καθηγητής πρότεινε, ότι το κράτος θα έπρεπε να συμβληθεί τόσο για ένα αριθμό κλινών σε ιδιωτικές κλινικές όσο για παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ιδιώτες στα κρατικά νοσηλευτήρια όταν παρατηρούνταν σε αυτά ελλείψεις.

Το 1988 ακολούθησε μια ακόμη μελέτη από τον οίκο Lewelyn-Davies Weeks με τίτλο “Feasibility Study for Hospital and other medical facilities in Nicosia” που αφορούσε πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας για την δημιουργία νέου γενικού νοσοκομείου στην Λευκωσία. Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη μελέτη όμως ασχολήθηκε εκτός από την δημιουργία του νοσοκομείου και με περιγραφή της κυβερνητικής πολιτικής που θα απαιτείτο για την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας. Η εν λόγω έκθεση, αποτελείται από τα εξής τμήματα :

1. Επισκόπηση της υφιστάμενης φιλοσοφίας και της πολιτικής της κυβέρνησης σε ότι αφορά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.
2. Συλλογή των υπάρχοντων στατιστικών στοιχείων.
3. Επισκόπηση των υφιστάμενων διοικητικών και οργανωτικών δομών και εισηγήσεις για τα κατάλληλα μελλοντικά οργανωτικά σχέδια των ιατρικών υπηρεσιών.
4. Επισκόπηση των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων και πρόβλεψη για τις μελλοντικές ανάγκες
5. Οικονομική ανάλυση για την παροχή έξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

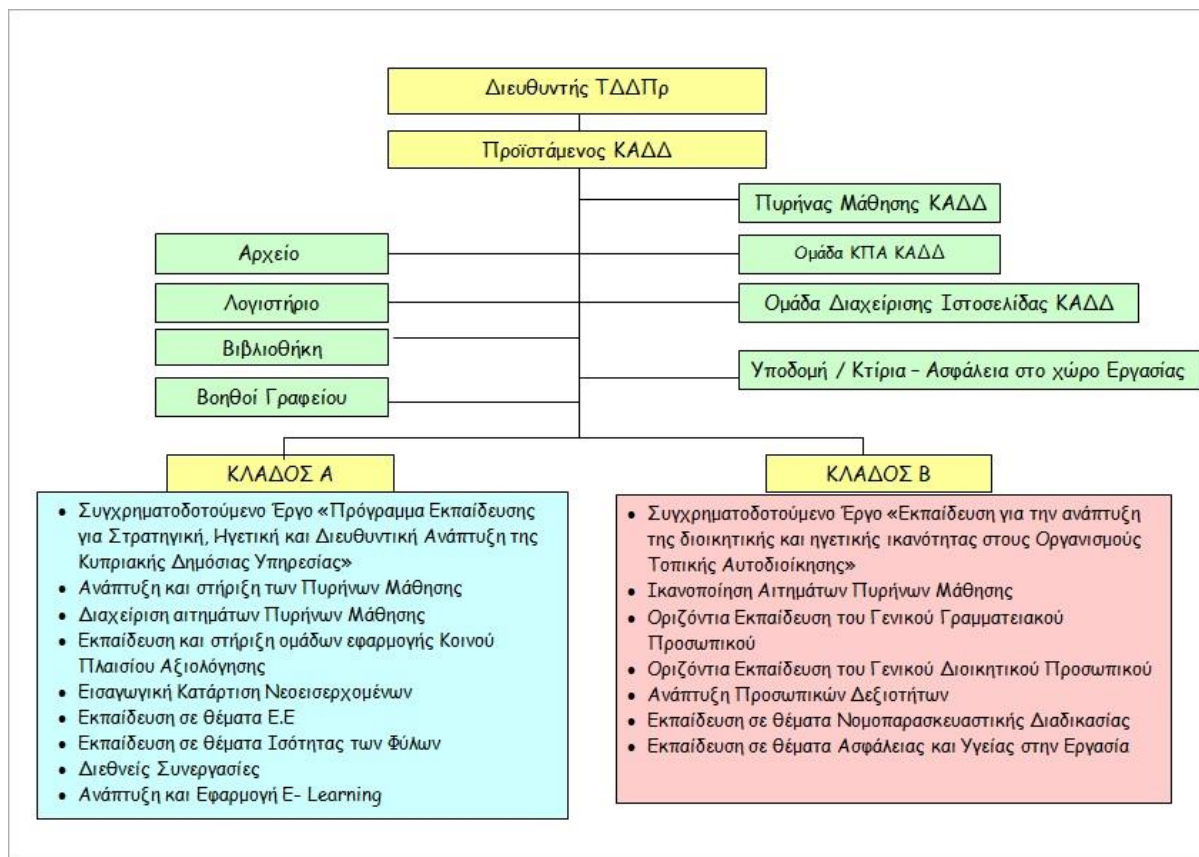
Στη συνέχεια, το 1991 αποφασίστηκε από το Υπουργείο Υγείας, να κληθούν ξένοι εμπειρογνώμονες προκειμένου να μελετήσουν την εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας, αφού προέκυψαν μεγάλες αντιστάσεις κατά τις διαβουλεύσεις με τον Π.Ι.Σ για μεταβίβαση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι για την αντιμετώπιση αυτών των αντιστάσεων, ορίστηκε ομάδα εμπειρογνομώνων αποτελούμενη από καθηγητές διεθνούς κύρους των πανεπιστημίων του Leeds , του York και του Harvard, υπό την υποστήριξη της Κυπριακής Τράπεζας. Επικεφαλής της ομάδας που ορίστηκε ήταν ο καθηγητής A.Maynard του York και αρχηγός των αναλογιστικών μελετών και κόστους ο καθηγητής του Harvard W.Hsiao.(πηγή: Υπουργείο Υγείας).(Σταμάτης ,Α.κ.ά.,2003). Οι δυο αυτές ομάδες ολοκλήρωσαν τις εργασίες τους το 1992 και τα συμπεράσματά τους αποτυπώθηκαν στις εξής εκθέσεις:

- Review of the Health Care System.
- Review of the National Health Insurance Principles.
- Final report for a National Health Insurance Scheme.
- Technical report of a Cost estimation.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω εκθέσεων ήταν εντυπωσιακά και αποτέλεσαν ίσως την πιο ενδελεχή, διεξοδική και σε βάθος μελέτη για εισαγωγή σχεδίου υγείας στην Κύπρο. Συνέπεια αυτών ήταν να ακολουθήσουν μια σειρά από διαβουλεύσεις με την διοίκηση του ΠΙΣ που κράτησαν μέχρι και το 1994. (Πηγή : ΠΙΣ, Υπ. Υγείας)

Σε μια άλλη εξέλιξη επίσης το 1991, ιδρύθηκε και αναπτύχθηκε η Κυπριακή Ακαδημία Δημόσιας Διοίκησης (ΚΑΔΔ) η οποία συνέβαλε τα μέγιστα στην ανάπτυξη και επιμόρφωση των στελεχών της δημόσιας υπηρεσίας και κατ' επέκταση των στελεχών που απασχολούνταν στο τομέα της υγείας αναπτύσσοντας ειδικά προγράμματα επιμόρφωσης συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της αποδοτικότητας και των στελεχών του τομέα της υγείας (Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Οργανόγραμμα λειτουργίας της Κυπριακής Ακαδημίας Δημόσιας Διοίκησης



Πηγή: ΚΑΔΔ

Το 1996, το υπουργείο υγείας συνεχίζοντας τις προσπάθειες, οδηγήθηκε σε μια νέα κοστολόγηση του ΓεΣΥ από την ομάδα του καθηγητή Hsiao σύμφωνα με την οποία το κόστος ανήλθε τελικά στο 9,2% του ασφαλιστέου εισοδήματος. Σημειώνεται ότι η μελέτη επαναλήφθηκε το 2003 πάλι υπό τον καθηγητή Hsiao και τη συνεργάτιδα του Melita Jakab. Τα ευρήματα κατέδειξαν για ακόμα μια φορά τα ίδια αποτελέσματα. (Hsiao, W.et.al. 2003)

Σε συντομία οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων των πανεπιστημίων Leeds, York, και Harvard προβλέπουν:

1. Την υποχρεωτική ασφάλιση.
2. Την τριμερή κατανομή των εισφορών.

3. Τη δημιουργία συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
4. Τον σαφή διαχωρισμό των γιατρών της πρωτοβάθμιας από τους γιατρούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.
5. Το ΓεΣΥ δεν θα δημιουργήσει δικές του ιατρικές και νοσηλευτικές εγκαταστάσεις αλλά θα αγοράζει υπηρεσίες.
6. Την δημιουργία Ταμείου που θα πληρώνει τους παροχείς για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.
7. Τον ανταγωνισμό μεταξύ όλων των παρόχων.
8. Χοντρική αγορά φαρμάκων.
9. Καθορισμό επιπέδων ποιότητας όλων των προμηθευτών υγείας.
10. Έλεγχο και συγκράτηση του κόστους με την εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού.
11. Γενικά ο έλεγχος θα γίνεται προς την πλευρά της προσφοράς και όχι της ζήτησης (παροχείς vs. ασθενών)

1.4. Νεότερη περίοδος από το 2001 μέχρι σήμερα

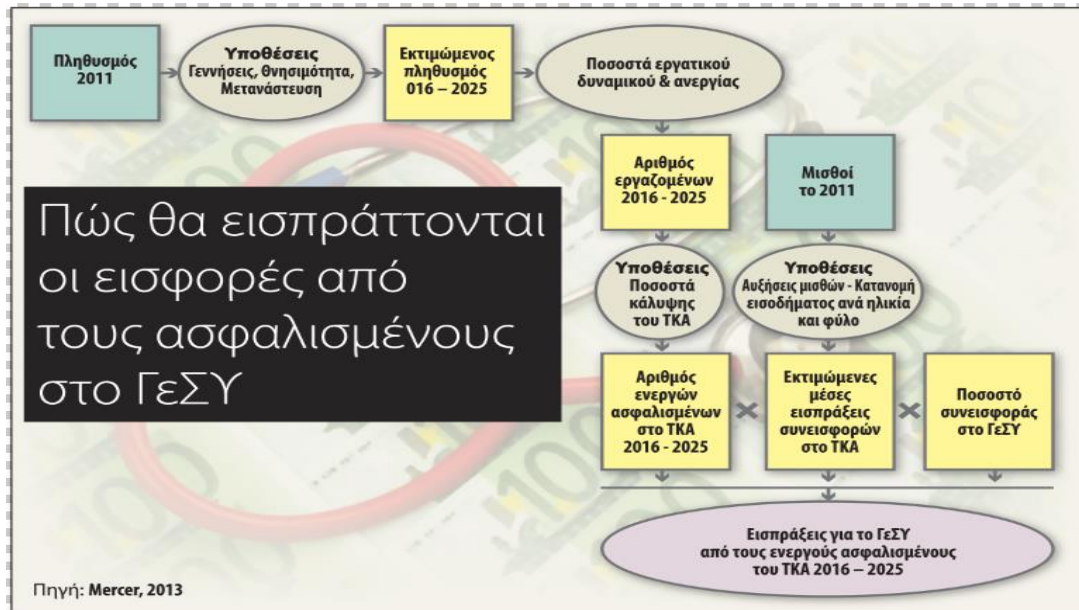
Το 2001, υπήρξε μια σημαντική εξέλιξη, ορόσημο στο χώρο της υγείας, που ήταν η ίδρυση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) στα πλαίσια της ψήφισης του νόμου περί του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) (Ν.89(Ι)/2001). Όπως είναι γνωστό στις 20 Απριλίου του 2001, ψηφίστηκε από την Βουλή των Αντιπροσώπων ο βασικός νόμος για την εισαγωγή ενός Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο. Πρωταρχικός στόχος του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας είναι η εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Αποτελεί νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο περιλαμβάνει εκπροσώπους από την Κυβέρνηση, τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Σημειώνεται ότι η λειτουργία του ΟΑΥ ήταν καταλυτικής σημασίας για την πλήρη υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας στην Κύπρο.

Το 2006 στα πλαίσια του Σχεδίου Στρατηγικής, το προσωπικό του ΟΑΥ συγκρότησε οκτώ ομάδες εργασίας με διαφορετικό σκοπό η καθεμιά και οι οποίες ασχολήθηκαν με τον σχεδιασμό, την ετοιμασία και την εφαρμογή πολιτικών που όφειλαν οι φορείς του νέου Συστήματος Υγείας να ακολουθήσουν. Οι θεματικές ενότητες με τις οποίες ασχολήθηκαν οι ομάδες εργασίας ήταν:

1. Προσωπικός Ιατρός.
2. Ειδικός Ιατρός.
3. Κλινικά Εργαστήρια.
4. Φαρμακευτικές Υπηρεσίες.
5. Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.
6. Άλλα Επαγγέλματα Υγείας.
7. Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη/Νοσηλεία
8. Χρηματοδότηση του Συστήματος και Σφαιρικός Προϋπολογισμός
(Agrotou, A.et. al., 2000)

Οι ομάδες εργασίας λειτούργησαν υπό την καθοδήγηση του οίκου Συμβούλων McKinsey&Co και το έργο τους ήταν αξιοσημείωτο καθώς πολλές από τις πολιτικές που είχαν σχεδιάσει χρησιμοποιούνται μέχρι και σήμερα καθώς περιγράφουν βασικές αρχές του Συστήματος Υγείας της Κύπρου. Το 2008 στα πλαίσια των προσπαθειών για τον έλεγχο του κόστους λειτουργίας του ΓεΣΥ, κατακυρώθηκε στον οίκο αναλογιστών Mercer η προσφορά για τον υπολογισμό εσόδων και εξόδων αλλά και τη δημιουργία πρόβλεψης και εκτίμησης δαπανών. (πίνακας 3)

Πίνακας 3: Μελέτη Mercer για είσπραξη εισφορών από ασφαλισμένους στο ΓεΣΥ.



Πηγή: Mercer, 2013 (Από <http://politis.com.cy>)

Παράλληλα, κατά το ίδιο έτος άρχισε στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή Υγείας και η συζήτηση στα πλαίσια του τροποποιητικού νομοσχεδίου με τίτλο «Νόμος που τροποποιεί τους Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 – 2005» όπου και κατατίθενται όλες οι σχετικές απόψεις. (www.moh.gov.cy).

Ακόμη σημειώνεται ότι το 2012 ο ΟΑΥ υπέβαλε στην Κυβέρνηση πρόταση για την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ (www.hio.org.cy). Το Υπουργικό Συμβούλιο, στις 20/6/2012 αποφάσισε θετικά, καθώς η ανάγκη για πιο ολοκληρωμένη εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος υγείας διαγράφεται πιο αναγκαία από ποτέ. Έτσι κατά τη διάρκεια του έτους λήφθηκε η απόφαση για την προώθηση της εφαρμογής του ΓεΣΥ υπό το πλαίσιο όμως συγκεκριμένου οδικού χάρτη υλοποίησης (www.moh.gov.cy).

Στην συνέχεια ακολούθησε μια έντονη περίοδος διαβουλεύσεων, συζητήσεων και αντιπαραθέσεων μεταξύ της κυβέρνησης και των πολιτικών κομμάτων, των συνδικαλιστικών και άλλων κοινωνικών φορέων, όσον αφορά την μορφή και την

χρηματοδότηση του γενικού σχεδίου υγείας. Η τελική κατάληξη όλων αυτών των διεργασιών ήταν η κυβέρνηση να καταθέσει τροποποιητικά νομοσχέδια και με τη στήριξη όλων των κομμάτων να γίνει δυνατή η ομόφωνη ψήφιση στις 16/6/2017 από την Βουλή των αντιπροσώπων των νομοσχεδίων που αφορούν την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και των κανονισμών που αφορούν τη μετακίνηση και την πρόσληψη των λειτουργών της υγείας.

Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι, οι βασικοί σταθμοί που προηγήθηκαν μέχρι την τελική ψήφιση του ΓεΣΥ από τη Βουλή των Αντιπροσώπων είναι οι εξής :

- 1991-1993: Πρώτες μελέτες για το ΓεΣΥ
- 2001: Ψήφιση βασικού νόμου για το ΓεΣΥ
- 2003: Οικονομική μελέτη Δρ Hsiao - Έναρξη λειτουργίας εργασιών ΟΑΥ
- 2006: Στρατηγική εφαρμογής του ΓεΣΥ των McKinsey
- 2007: Έναρξη υλοποίησης της Στρατηγικής των Mckinsey, Κατάθεση τροποποιητικού νομοσχεδίου του ΓεΣΥ στη Βουλή
- 2008: Αναλογιστική μελέτη των Mercer
- 2009: Έναρξη ανταγωνιστικού διαλόγου για το σύστημα πληροφορικής
- 2011: Αντιμετώπιση προκλήσεων για την εφαρμογή του ΓεΣΥ
- 2012: Λήψη απόφασης Υπουργικού Συμβουλίου για την εφαρμογή του ΓεΣΥ
- 2015-2016: Διάλογος και έντονες διεργασίες μεταξύ των κοινωνικών εταίρων, στις 21/7/2016 συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και κομμάτων για εισαγωγή του ΓεΣΥ .
- 2017: Ομόφωνη ψήφιση από τη Βουλή, των νόμων για εφαρμογή του ΓεΣΥ.
(Πηγή ΟΑΥ)

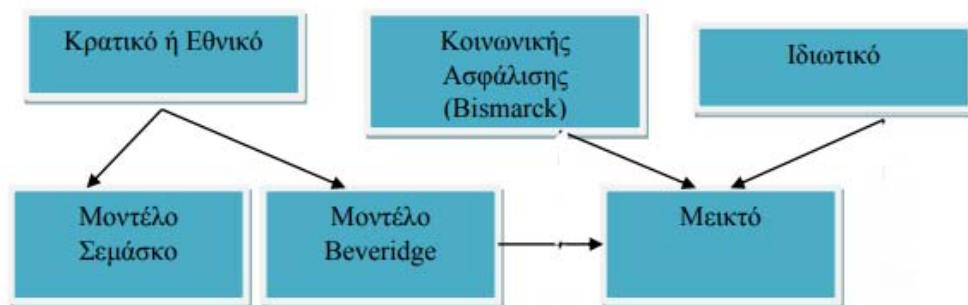
Κεφάλαιο 2

Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη

Οι χώρες της ΕΕ είναι ελεύθερες να θεσπίζουν τους δικούς τους κανόνες σχετικά με τα δικαιώματα σε παροχές και υπηρεσίες υγείας. Από τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει εκείνο του Καναδά όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς οι οποίοι λειτουργούν υπό την ευθύνη των περιφερειακών αρχών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται από μοντέλο σε μοντέλο όσον αφορά τους πόρους χρηματοδότησης. Έτσι λοιπόν από τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας το Βρετανικό μοντέλο προβλέπει πως από την γενική φορολογία προέρχεται το 79% των δαπανών υγείας, ενώ το Γερμανικό μοντέλο αντίστοιχα το 19%.

Γενικότερα στην Ευρώπη επικρατούν τέσσερα βασικά μοντέλα συστήματος υγείας. (Φιλαλήθης Τ., 2015). Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge το 1948. Οι βασικές αρχές του είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική του ιδέα ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτας, 2007) Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα. Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark (Σχήμα 2).

Σχήμα 2: Μορφές συστημάτων υγείας στην Ευρώπη.



Πηγή: Τούντας, 2008.

2.1. Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Η Γερμανία αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα μοντέλου Bismarck το οποίο ιδρύθηκε στη χώρα στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Οι δαπάνες υγείας στην Γερμανία καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από την γενική φορολογία ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας και από 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς τομείς. Το 50% των ασφαλισμένων στα ταμεία υγείας που είναι κυρίως οι υψηλόμισθοι μπορούν να επιλέξουν το ταμείο τους και το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση.

Την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν οι αρχές των 16 κρατιδίων που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς. Το Γερμανικό σύστημα είναι ένα σύστημα όπου συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Από άποψη δομής και οργάνωσης το σύστημα είναι πλήρως αποκεντρωμένο και σε αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με το Καναδικό και το Σουηδικό. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε μία δέσμη υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται δωρεάν, έχουν αυξημένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί είναι επαγγελματικά αυτόνομοι. Η

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς από τους οποίους το 75% έχει δικό του ιατρείο και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς. Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αμείβονται κατά πράξη με τιμές οι οποίες καθορίζονται μετά από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Η Γερμανική κυβέρνηση ψήφισε τα τελευταία 25 χρόνια μια σειρά από νόμους, έτσι ώστε σήμερα το σύστημα υγείας να χαρακτηρίζεται ως το πιο ελεγχόμενο τμήμα της Γερμανικής οικονομίας. (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,2005)

2.2. Βρετανικό Σύστημα Υγείας

Το Βρετανικό σύστημα υγείας ή NHS (National Health Services) αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημοσίου εθνικού συστήματος. Λειτουργήσε το 1948 και σχεδόν απουσιάζουν από αυτό τα ασφαλιστικά ταμεία. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που είχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από την γενική φορολογία.

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA).(Υφαντόπουλος κ.α.,2005). Οι LHA και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται από το NHS στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (GP's). Οι γενικοί γιατροί καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% σχεδόν του πληθυσμού.(OECD, 2011) Ασκούν έλεγχο στην χρήση των υπηρεσιών

υγείας (Gatekeeping) ενώ παράλληλα διαχειρίζονται και πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια αρκετοί Γιατροί του NHS δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα. Με την εγκαθίδρυση του NHS η κύρια ευθύνη της καλής και αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος μεταφέρεται στην κεντρική κυβέρνηση. (Θεοδώρου Μ. και συν., 2001).

2.3. Γαλλικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία καταβάλλονται κατά 76% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 24% καταβάλλεται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση.(WHO,2010)

Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας – εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%, καλύπτει, ανάλογα με την περίπτωση, από 40% – 100% των υγειονομικών δαπανών.(Chevreul et al.,2015) Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το 1996 δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένοι περιφερειακοί νοσοκομειακοί οργανισμοί με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία.

Τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση. Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει

ελεύθερα τον γιατρό του, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς.

2.4.Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία στηρίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας (μοντέλο Beveridge) με περιφερειακή οργάνωση, το οποίο χρηματοδοτείται κατά 78% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22% από ιδιωτικές πληρωμές. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η συμβολή της στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών. Περίπου στο 20% των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (co-payment).

Τόσο η χρηματοδότηση όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, που συγκροτούνται σε 21 περιφερειακά και 289 δημοτικά συμβούλια. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες αποτελούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κάθε τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης χωρίζεται σε υποτομείς, που αντιστοιχούν στους επιμέρους δήμους της χώρας. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς και κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000 – 50.000 ατόμων. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές δημόσιας υγείας και μαίες. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται σημαντική καθόσον σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας. (Κοντιάδης κ.ά. 2005) Οι ασθενείς μπορούν και επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό τους γιατρό και το νοσοκομείο της προτίμησής τους.

Η χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, γιατί το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι γιατροί είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι ή αμείβονται κατά κεφαλή. Οι γιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής

2.5. Ιταλικό σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας ανήκει, από το 1979 που δημιουργήθηκε Εθνικό Σύστημα Υγείας, στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge, το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο και οι αρχές κάθε περιφέρειας διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι τομείς υγείας χρηματοδοτούνται από τις περιφέρειες με σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους. Όπως και στην Ισπανία, έτσι και στην Ιταλία η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι δημόσια. Λειτουργούν όμως, και Ιδιωτικά Νοσοκομεία.

Από το 1995, τα δημόσια νοσοκομεία πληρώνονται κατά πράξη, που υπολογίζεται με βάση τη σύνθεση των διαγνωστικών ομάδων των ασθενών που νοσηλεύουν. Οι αμοιβές για κάθε διαγνωστική κατηγορία νοσηλευόμενων ασθενών διαφοροποιούνται και κατά περιφέρεια, σε ορισμένες από τις οποίες ισχύει η πληρωμή κατά πράξη. Στο πλαίσιο του νοσοκομειακού συστήματος λειτουργεί ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών ερευνητικών νοσοκομείων, που χρηματοδοτούνται από το κράτος για την ανάπτυξη της έρευνας και της κλινικής πρακτικής. (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες. Οι γενικοί γιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping). Εκτός ΕΣΥ υπάρχουν ιδιώτες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, κυρίως στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Κάθε πολίτης επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό, αρκεί να μην έχει

συμπληρωθεί η λίστα του. Οι γενικοί γιατροί που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΣΥ αμείβονται με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, που βασίζεται σε κατά κεφαλή αποδοχές ανάλογα με το μέγεθος της λίστας κάθε γιατρού, αλλά και σε αμοιβή σε ορισμένες περιπτώσεις ανάλογα με την ιατρική πράξη.

2.6. Ολλανδικό σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark), με ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το 70% του πληθυσμού για οξέα περιστατικά και το 100% του πληθυσμού για χρόνια νοσήματα. Το 35% του πληθυσμού που δεν καλύπτεται για τα οξέα περιστατικά από την κοινωνική ασφάλιση, κυρίως οι υψηλόμισθοι, καταφεύγει σε επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.

Σε ξεχωριστό ασφαλιστικό σχήμα υπάγονται οι δημόσιοι υπάλληλοι των περιφερειακών υπηρεσιών (5% του πληθυσμού). Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ολλανδία ανήκουν σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Τα νοσοκομεία πληρώνονται βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών, τους οποίους καθορίζει η κυβέρνηση μετά από διαπραγματεύσεις με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσμού. Οι γενικοί γιατροί, που εργάζονται μόνοι τους (54%) ή ομαδικά (46%), ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping). Για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη. (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005)

2.7 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Τα σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, είναι αποτέλεσμα της χρόνιας ανεπάρκειας αλλά και των οικονομικών προβλημάτων του ίδιου του Ελληνικού κράτους που υπήρχαν διαχρονικά. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από την ανεξαρτησία και μετά ακολουθεί τις εξελίξεις που

επικρατούσαν στην χώρα πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές. Έγιναν βήματα προόδου αλλά υπάρχουν σημαντικά θέματα που παρουσιάζουν προβλήματα όπως οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και κυρίως οικονομικής βιωσιμότητας. Αποτελεί όμως ένα δυναμικά αναπτυσσόμενο σύστημα που συνεχώς προσαρμόζεται και βελτιώνεται. (Μ. Θεοδώρου κ.ά.,2001 ,181)

Είναι ιστορικά παραδεκτό ότι οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ανέπτυξαν τα συστήματα υγείας τους κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ενώ η Ελλάδα ήταν αδύνατο να ακολουθήσει αυτή την πορεία λόγω της οικονομικής δυσπραγίας και του εμφυλίου που ακολούθησε. Η ιστορική εξέλιξη χωρίζεται βασικά σε τέσσερις περιόδους: Η πρώτη περίοδος αρχίζει το 1833 μέχρι το 1922 , η δεύτερη από το 1922 μέχρι το 1945 ,η τρίτη από το 1945 μέχρι το 1974 και η τέταρτη περίοδος από το 1974 μέχρι σήμερα .

Το 1980 επι κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας έγινε προσπάθεια για δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας με την κατάθεση νομοσχεδίου με τίτλο ``Μέτρα προστασίας της Υγείας`` το οποίο όμως δεν έτυχε της ανάλογης υποστήριξης για να γίνει νόμος του κράτους. Μετά το 1981 και την άνοδο του ΠΑΣΟΚ και των σοσιαλιστών στην εξουσία εισάγεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Ήταν μια `` πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας το οποίο θα βασιζόταν στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα.`` (Μ. Θεοδώρου κ.ά.,2001:183-191)

Κεφάλαιο 3

Απεικόνιση της παρούσας κατάστασης του συστήματος υγείας (ΣΥ) της Κύπρου

3.1 Η σημερινή λειτουργία του συστήματος υγείας

Στην σημερινή του κατάσταση , το σύστημα υγείας της Κύπρου συνίσταται από το δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό τομέα. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την λειτουργία του δημόσιου τομέα και την εξασφάλιση πρόσβασης των ασθενών στις αντίστοιχες μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, κάτι που καταδεικνύει την συνολική ευθύνη του υπουργείου. Κατ' επέκταση , ο δημόσιος τομέας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Συνεπώς το Υπουργείο Υγείας καθίσταται υπεύθυνο για την οργάνωση και τη διοίκηση του τομέα της υγείας. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας είναι άμεσα υπεύθυνο για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας και όλων των μονάδων παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Σημειώνεται ότι σήμερα, όσον αφορά τον δημόσιο τομέα, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από 5 περιφερειακά νοσοκομεία και ένα παιδιατρικό/ γυναικολογικό νοσοκομείο, 3 μικρά αγροτικά νοσοκομεία και 38 κέντρα υγείας.(www.moh.gov.cy) Συγκεκριμένα τα πέντε γενικά νοσοκομεία είναι τα εξής:

- 1.Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας : Είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Κύπρου το οποίο είναι ταυτόχρονα και κέντρο αναφοράς σε Παγκύπρια κλίμακα .
2. Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού
3. Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας
4. Γενικό Νοσοκομείο Πάφου
5. Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου
6. Μακάρειο Νοσοκομείο στην Λευκωσία: Παρέχει υπηρεσίες στις ειδικότητες της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, στην Παιδιατρική και στην Οφθαλμολογία.

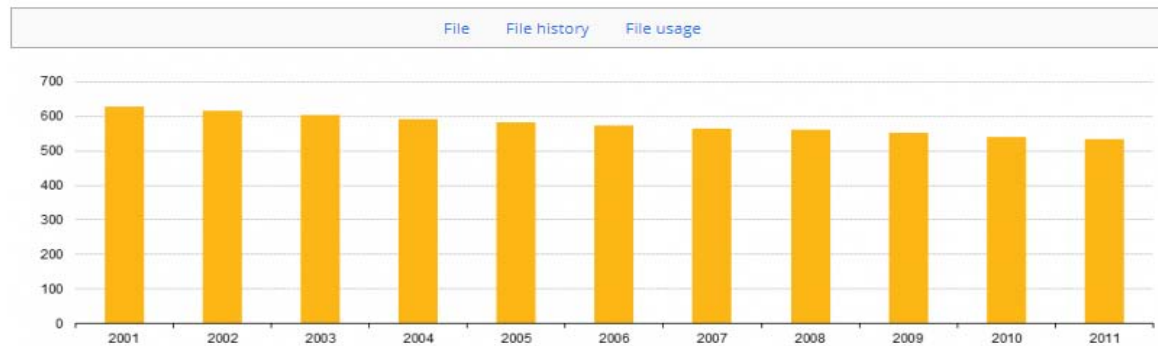
Φωτό 4: Άποψη του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. (Λειτουργήσε το 1990, δυναμικότητα 130 κλίνες)



Όλα σχεδόν τα γενικά νοσοκομεία είναι κτισμένα την τελευταία 25ετία και προσφέρουν όλα τα επίπεδα νοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Το σύνολο των κλινών που διαθέτουν ανέρχεται στις 1572 . Αυτός ο αριθμός, προστιθέμενος ακόμα και ο αριθμός των κλινών του ιδιωτικού τομέα, θεωρείται χαμηλότερος από τον μέσο Ευρωπαϊκό όρο κατά αναλογία πληθυσμού, όπου έχουμε περίπου αριθμό νοσοκομειακών κλινών 600 ανά 100 000 κατοίκους. (Πίνακας 4)

Πίνακας 4: Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100 000 κατοίκους στην Ευρωπαϊκή Ένωση , την δεκαετία 2001-2011.

File: Number of hospital beds, EU-28, 2001 – 11 (1) (per 100 000 inhabitants) YB15.png



Πηγή: Eurostat

Η πληρότητα φθάνει σχεδόν το 97% , με αποτέλεσμα κατά διαστήματα να παρατηρείται έλλειψη κλινών. Πέραν τούτου λόγω και της οικονομικής κρίσης των τελευταίων χρόνων έχει παρατηρηθεί στροφή των πολιτών προς τα δημόσια νοσηλευτήρια . Το αποτέλεσμα ήταν να παρατηρηθεί μία σημαντική αύξηση στις λίστες αναμονής.

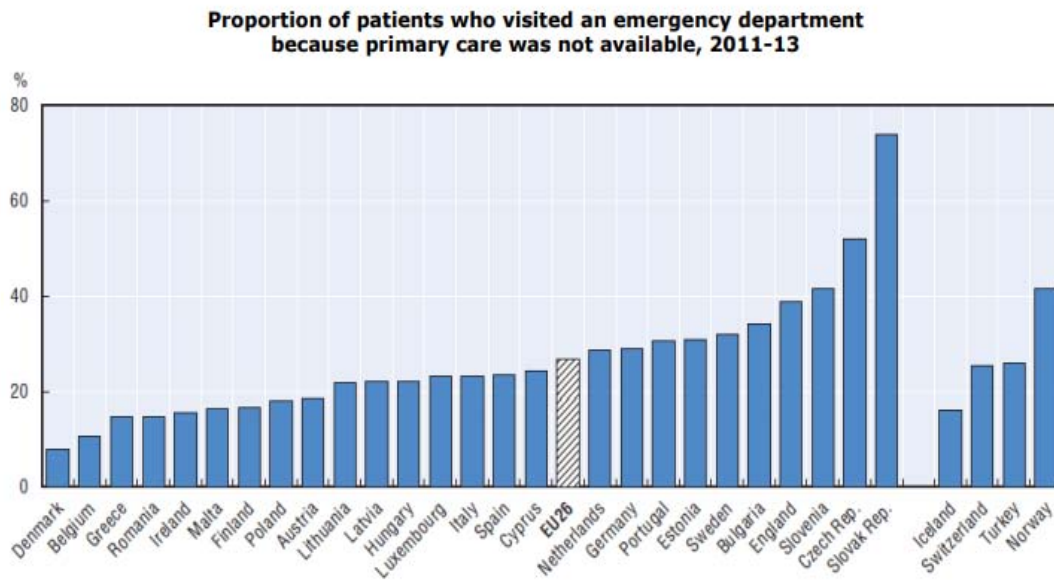
Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου υγείας το 2014 είχαμε τους εξής αριθμούς όσον αφορά την διακίνηση ασθενών :

Εσωτερική νοσηλεία ασθενών για θεραπεία	80.000
Χειρουργικές επεμβάσεις	31.000
Επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία	2.100.000
Επισκέψεις στα ΤΑΕΠ	400.000

(Στρατηγικό σχέδιο Υπ.Υγ.2016-2018,εκδόσεις 2015)

Όπως βλέπουμε παρακάτω στον πίνακα 5, στις χώρες της ΕΕ , έχουμε αύξηση της επισκεψιμότητας στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) , εκεί όπου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι ικανοποιητικά οργανωμένη . Όπως φαίνεται από τα στοιχεία η Κύπρος ευρίσκεται κοντά στον μέσο όρο των χωρών μελών της ΕΕ .

Πίνακας 5: Ποσοστό ασθενών που επισκέφθηκαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών λόγω μη διαθεσιμότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας 2011-13 στις χώρες της ΕΕ,



Note: Data were collected within the QUALICOPC study (Quality and Costs of Primary Care in Europe) between 2011 and 2013.
 1. The reference population is the proportion of people who visited an ED in the previous year.

Source: *van den Berg et al. (2016)*

Πηγή: Van der Berg et al. 2016.

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι στα σχέδια του υπουργείου υγείας συμπεριλαμβάνεται και η επιδότηση ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένους όρους . Επίσης μετά από έγκριση ειδικού Ιατροσυμβουλίου παραπέμπονται ασθενείς σε ιδιωτικά κέντρα για υπηρεσίες που δεν προσφέρονται στο δημόσιο τομέα (π.χ. Ρομποτική

Χειρουργική) ή υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής(π.χ., MRI), στα πλαίσια συνεργασίας μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα .

Από την άλλη πλευρά, ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από ίδιες πληρωμές. Σε αυτή την περίπτωση υπηρεσίες υγείας παρέχονται από μονάδες όπως είναι ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία ή ακόμη και από ανεξάρτητους επαγγελματίες. Για την ομαλή λειτουργία τους το Υπουργείο Υγείας εποπτεύει, όλες τις προαναφερθείσες ιατρικές μονάδες. Επιπρόσθετα αξίζει να σημειώσουμε ότι εδώ και πολλά χρόνια και στα πλαίσια συμπλήρωσης και βελτίωσης του υπάρχοντος ΣΥ λειτουργούν επίσης:

1. Ταμεία Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης Συνδικαλιστικών Οργανώσεων- παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.
2. Συστήματα Ημικρατικών Οργανισμών- παρέχουν υπηρεσίες στους υπαλλήλους τους.
3. Συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Ακόμη από τον Αύγουστο του 2013 εφαρμόζονται οι νέες ρυθμίσεις για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι νέες ρυθμίσεις περιλαμβάνουν προϋποθέσεις για την εξασφάλιση της ταυτότητας νοσηλείας, διαφοροποίηση των εισοδηματικών κριτηρίων, εισαγωγή νέων τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι η λειτουργία του συστήματος υγείας είναι μια δυναμική κατάσταση που εξελίσσεται διαρκώς. Το Υπουργείο Υγείας μέσω της εφαρμογής ενός γενικού σχεδίου υγείας επιδιώκει την εξασφάλιση ποιοτικής ιατρικής φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. (www.moh.gov.cy)

Μέσα στα πλαίσια των ευρύτερων μακροοικονομικών δυσκολιών που παρουσιάζονται τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα μετά την οικονομική κρίση, η χρηματοδότηση ενός

συστήματος υγείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Έτσι, προκειμένου να διασφαλιστεί η λειτουργική αποδοτικότητα αλλά και γενικότερα η βιωσιμότητα ενός γενικού σχεδίου υγείας, το σύστημα χρηματοδοτείται από την υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας. Στη σημερινή του μορφή, το σύστημα υγείας λειτουργεί ως ένα αυτόνομο ασφαλιστικό ταμείο του οποίου οι εισφορές διοχετεύονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς τους πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας.

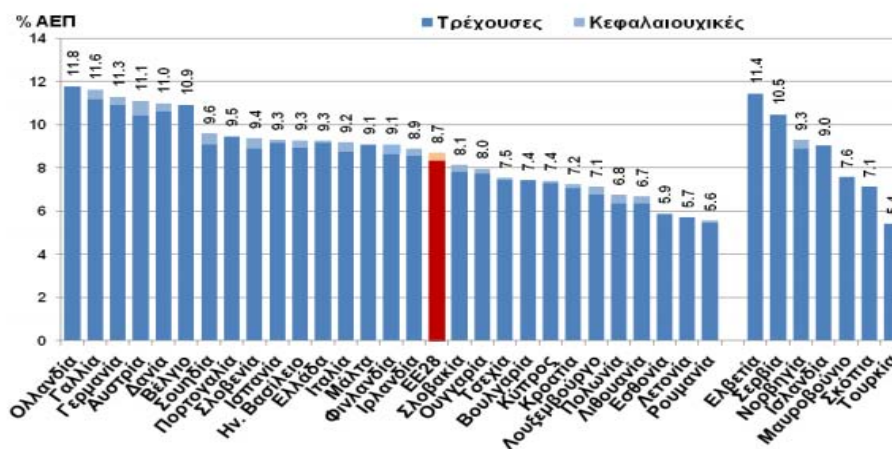
Είναι γνωστό ότι η Κύπρος είναι από τις λίγες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Από τις πιο πάνω αναφορές γίνεται αντιληπτό ότι το σύστημα υγείας στην Κύπρο που λειτουργεί αυτή την στιγμή είναι ένας συνδυασμός φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας που προέρχονται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Από το 1960 που η Κύπρος έγινε ανεξάρτητο κράτος το σημερινό σύστημα υγείας παρουσιάζει σχετικές βελτιώσεις που θα έπρεπε να στηρίζονται στις αρχές ενός κράτους πρόνοιας με κοινωνικές ευαισθησίες. Παρόλα αυτά όμως το σύστημα υγείας σήμερα παρουσιάζει αρκετά σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Αυτά τα προβλήματα πηγάζουν από την έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και ανάπτυξης, από την εκτεταμένη γραφειοκρατική διοίκηση, την μη ορθά ελεγχόμενη οικονομική διαχείριση. Όλα αυτά οδηγούν στην υποβάθμιση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συνδυάζοντας και την έλλειψη εδώ και πολλά χρόνια πολιτικής βούλησης για μεταρρυθμίσεις, τα προβλήματα έχουν συσσωρευτεί επικίνδυνα και για αυτό το λόγο έχει καταστεί επείγουσα η ανάγκη για την εισαγωγή ενός γενικού σχεδίου υγείας.

Σήμερα το υπάρχον σύστημα υγείας χρηματοδοτείται μέσα από το κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία, και θα έπρεπε να παρέχει πλήρη και γενική κάλυψη στον πληθυσμό, παρόλα αυτά όμως καλύπτει μόνο το 70-80% του πληθυσμού. Έχει εισαχθεί η μέθοδος της συμπληρωμής (co-payment) κάτι το οποίο επιβαρύνει περισσότερο τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης αλλά και πρόσφατα τα στοιχεία που ανακοίνωσε η Eurostat παρουσιάζουν την Κύπρο στις τελευταίες θέσεις μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά τις δαπάνες για την υγεία.

Επιπρόσθετα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει έλλειψη συντονισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κάτι που οδηγεί σε σπατάλες οικονομικών πόρων. Κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες στις χώρες μέλη της ΕΕ οι δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν διπλασιαστεί ως ποσοστό του ΑΕΠ και τώρα κυμαίνονται μεταξύ 6,5% και 12% στις διάφορες χώρες μέλη. Σύμφωνα με την Eurostat όμως, τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος στην ΕΕ έπεσε από 8,7% στο 7,2% του ΑΕΠ. Το ύψος αυτό των δαπανών θεωρείται αρκετά πιο χαμηλό από τις ΗΠΑ που ξεπερνά το 16%, δηλαδή είναι υπερδιπλάσιο.

Η Κύπρος βρίσκεται αρκετά πιο κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat για το 2015 η Κύπρος έπεσε στην τελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, αφού ξόδεψε για την υγεία μόλις το 2,6% (www.sigmalive,29/8/2017, από Eurostat). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat κατά μέσο όρο, οι δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 2076 ευρώ ανά κάτοικο στην ΕΕ. Τα κράτη μέλη που ξόδεψαν πέραν των 3000 ευρώ ανά κάτοικο ήταν το Λουξεμβούργο με 4112, και η Δανία με 4094 ευρώ. Στα τελευταία σκαλοπάτια βρίσκεται και πάλι η Κύπρος αφού ξόδεψε μόλις 532 ευρώ για κάθε κάτοικο της για το 2015 (www.sigmalive,29/8/17-Eurostat).

Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, το 2014 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Επίσης υπάρχει έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υπάρχει υπερφόρτωση του δημόσιου τομέα αλλά και υψηλό κόστος υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι δημιουργείται μια ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. (ΟΑΥ, 6/2012)

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη για άμεση μεταρρύθμιση του τομέα υγείας. Είναι για αυτούς τους λόγους που ο σχεδιασμός ενός γενικού σχεδίου υγείας έχει σαν στόχο την διασφάλιση ενός σύγχρονου και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας που μπορεί να ανταποκρίνεται στις ανάγκες περίθαλψης των πολιτών μιας σύγχρονης κοινωνίας.

Έτσι το προτεινόμενο ΓεΣΥ ως σύστημα έχει σχεδιαστεί προκειμένου να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Καθολικό, αφού θα περιλαμβάνει την συνεισφορά όλων των εργαζομένων.
- Κοινωνικό, καθώς θα αφορά το σύνολο της κοινωνίας
- Αλληλέγγυο, καθώς οι συνεισφορές θα προσδιορίζονται με βάση το εισόδημα.
- Ολοκληρωμένο, αφού περιλαμβάνει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας.
- Προσβάσιμο, καθώς επιτρέπει στον ασθενή να επιλέγει ελεύθερα τον παροχέα που θα του προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Το ΓεΣΥ έχει ήδη συμφωνηθεί μεταξύ των κοινωνικών εταίρων και άλλων φορέων με κύριο σκοπό την εξυπηρέτηση του ασθενούς.

Το ΓεΣΥ απευθύνεται σε όλους τους πολίτες που διαμένουν στις περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας οι οποίοι είναι:

- Κύπριοι πολίτες
- Ευρωπαίοι πολίτες που διαμένουν και εργάζονται στην Κύπρο
- Πολίτες τρίτης χώρας οι οποίοι πληρούν τις πρόνοιες της εθνικής νομοθεσίας.
- Τα εξαρτώμενα των πιο πάνω

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά βλέπουμε ότι το δικαίωμα στις υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει το ΓεΣΥ δεν εξαρτώνται από την καταβολή εισφοράς, ενώ οι δικαιούχοι καθορίζονται με βάση τα κριτήρια που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Οι υπηρεσίες παρέχονται από το σύστημα υγείας στα πλαίσια των αναγκών των πολιτών και όχι στα πλαίσια των οικονομικών τους δυνατοτήτων. Αυτό σημαίνει ότι πολίτες ακόμη και χωρίς εισοδήματα θα έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

3.2 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην παρούσα κατάσταση

Το σύστημα υγείας σήμερα στην Κύπρο επιτρέπει την παροχή βελτιωμένης και αποκεντρωμένης νοσοκομειακής περίθαλψης χάρη στις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες που λειτουργούν. Ειδικότερα, μεγάλα σύγχρονα νοσοκομεία λειτουργούν σε όλες τις επαρχίες ενώ στην Λευκωσία λειτουργεί νέο γενικό νοσοκομείο. Η λειτουργία αυτών των μονάδων εξασφαλίζει την επαρκή ιατρική περίθαλψη για το σύνολο των πολιτών.

Η ιατρική περίθαλψη στην Κύπρο παρέχεται από τις Κυβερνητικές Ιατρικές Υπηρεσίες αλλά και τον ιδιωτικό ιατρικό τομέα (www.moh.gov.cy). Ο ιδιωτικός τομέας συνίσταται από ένα μεγάλο αριθμό ιατρών με ιδιωτικά ιατρεία. Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων έχει αυξηθεί σημαντικά, ισχυροποιώντας την παρουσία του ιδιωτικού τομέα ιατρικών μονάδων. Νέες κλινικές ιδρύονται στον ιδιωτικό τομέα ενώ παράλληλα αυξάνεται και ο αριθμός των νέων γιατρών και οδοντιάτρων που εγγράφονται στα αντίστοιχα μητρώα.

Ο εθελοντικός τομέας παρέχει με ουσιαστικό τρόπο, αξιόλογα προγράμματα και υπηρεσίες, στον τομέα της υγείας για εξυπηρέτηση των ασθενών. Οι διάφοροι σύνδεσμοι που λειτουργούν σε παγκύπριο επίπεδο προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες κυρίως σε ιδιαίτερες ομάδες ασθενών όπως είναι οι καρκινοπαθείς.

Σε κάθε πόλη πλέον λειτουργούν ιδιωτικές πολυκλινικές όπου παρέχεται μεγάλο εύρος ιατρικών υπηρεσιών από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Τα τελευταία χρόνια κυρίως, έχει αναπτυχθεί σημαντικά η τριτοβάθμια ιατρική στην Κύπρο, κάτι που τελικά έχει ως

αποτέλεσμα την σημαντική αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο ιδιωτικός τομέας έχει καταφέρει να ανταποκριθεί και να καλύψει επιτυχώς το 50% των αναγκών τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και με αυτό τον τρόπο συνέβαλε καθοριστικά στην επίτευξη του ψηλού επιπέδου υγείας. Σημειώνεται όμως ότι, οι ασθενείς ο οποίοι απευθύνονταν στον ιδιωτικό τομέα θα πρέπει καταβάλλουν οι ίδιοι τα έξοδα. Όμως για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες καλύπτονται ακόμη από ταμεία συντεχνιών ή εργοδοτών. Τα ταμεία αυτά παρέχουν μερική ή και πλήρη κάλυψη των ιατρικών εξόδων των μελών τους.

Επίσης λειτουργούν σε μικρότερο ποσοστό οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας. Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται η εξέλιξη του αριθμού γιατρών, οδοντογιατρών, φαρμακοποιών και νοσηλευτικού προσωπικού από το 1960 έως το 2006. (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Εξέλιξη ιατρικού προσωπικού, οδοντογιατρών και νοσηλευτών μέχρι 2006

Προσωπικό /τομέας	1960	1980	2000	2006
Γιατροί	391	560	1800	1950
Δημόσιος τομέας	87	234	512	645
Ιδιωτικός τομέας	304	326	1288	1305
Οδοντογιατροί	143	161	619	715
Δημόσιος τομέας	9	36	33	41
Ιδιωτικός τομέας	134	125	586	674
Νοσηλευτικό προσωπικό	746	1707	2933	3361
Δημόσιος τομέας	486	1427	22	2691
Ιδιωτικός τομέας	260	280	733	670
Παραϊατρικό προσωπικό	151	324	556	873
Δημόσιος τομέας	151	324	556	873
Ιδιωτικός τομέας	-	-	-	-

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία, Στατιστική υγείας και νοσοκομείων της Κύπρου.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8, ο αριθμός των γιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικού προσωπικού αυξήθηκε μακροχρόνια, ειδικά μετά το 2010, βελτιώνοντας την αναλογία πληθυσμού προς το προσωπικό. Όμως ενώ ο κύριος όγκος των γιατρών και οδοντογιατρών είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα δεν συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα.. Ο κύριος λόγος είναι ότι ο δημόσιος τομέας προσφέρει πολύ καλύτερους όρους εργοδότησης από τον ιδιωτικό.

Πίνακας 8 : Νεότερα στοιχεία για την εξέλιξη της απασχόλησης στον τομέα της υγείας 2009 - 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ 50. ΙΑΤΡΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ, 2009-2015
TABLE 50. PUBLIC AND PRIVATE MEDICAL, NURSING AND PARAMEDICAL PERSONNEL, 2009-2015

Έτος/Τομέας	Προσωπικό - Personnel					Year/Sector
	ΙΑΤΡΙΚΟ MEDICAL		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ - NURSING		ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ PARAMEDICAL	
	Ιατροί ¹ Physicians ¹	Οδοντίατροι Dentists	Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Nursing Officers	Επισκέπτριες Υγείας Health Visitors		
2009						2009
Σύνολο	2.296	757	3.708	98	1.032	Total
Δημόσιος	758	40	2.920	98	1.032	Public
Ιδιωτικός	1.538	717	788	n.a.	...	Private
2010						2010
Σύνολο	2.425	772	3.855	102	1.031	Total
Δημόσιος	800	40	3.042	102	1.031	Public
Ιδιωτικός	1.625	732	813	n.a.	...	Private
2011						2011
Σύνολο	2.553	783	4.085	104	1.091	Total
Δημόσιος	919	41	3.152	104	1.091	Public
Ιδιωτικός	1.634	742	933	n.a.	...	Private
2012						2012
Σύνολο	2.630	816	4.066	97	1.083	Total
Δημόσιος	918	38	3.136	97	1.083	Public
Ιδιωτικός	1.712	778	930	n.a.	...	Private
2013						2013
Σύνολο	2.777	829	4.126	93	1.078	Total
Δημόσιος	962	38	3.175	93	1.078	Public
Ιδιωτικός	1.815	791	951	n.a.	...	Private
2014						2014
Σύνολο	2.907	837	4.208	96	1.062	Total
Δημόσιος	956	40	3.148	96	1.062	Public
Ιδιωτικός	1.951	797	1.060	n.a.	...	Private
2015						2015
Σύνολο	3.057	867	4.417	100	1.074	Total
Δημόσιος	942	42	3.242	100	1.074	Public
Ιδιωτικός	2.115	825	1.175	n.a.	...	Private

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Σήμερα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια βασίζονται κυρίως σε ξένο νοσηλευτικό προσωπικό με ερωτηματικά για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Για να μπορέσουν να ανταποκριθούν θα απαιτηθεί η εκπαίδευση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών ή θα πρέπει η κυβέρνηση να επιτρέψει την πρόσληψη πολύ περισσότερων ξένων νοσηλευτών/νοσηλευτριών. Με βάση τη νομοθεσία για τη λειτουργία των νοσηλευτηρίων το πρόβλημα αυτό θα πρέπει να επιλυθεί πριν την εφαρμογή του νόμου για το εθνικό σχέδιο υγείας.

Ταυτόχρονα θα πρέπει να σημειωθεί η διαφορετική φύση των δημόσιων από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι λίγα σε αριθμό, μεγάλα σε μέγεθος και ικανοποιητικά στελεχωμένα και εξοπλισμένα. Αντίθετα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια είναι μικρά σε δυναμικότητα κρεβατιών και υποστελεχωμένα. Η εικόνα αυτή πρόσφατα διαφοροποιήθηκε και δημιουργήθηκαν πιο μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες με αναβαθμισμένο εξοπλισμό και στον ιδιωτικό τομέα. Στο πίνακα 9 που ακολουθεί παρουσιάζεται ιστορικά η εξέλιξη του μεγέθους των νοσοκομειακών κλινών στην Κύπρο, ενώ στους πίνακες 10 και 11 παρουσιάζεται η εικόνα των νοσοκομειακών κλινών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κατά τα έτη 2014-2015

Πίνακας 9: Αριθμός νοσοκομειακών κλινών από το 1960 μέχρι το 2006

	1960	1980	2000	2006
Νοσοκομειακές κλίνες	2592	3438	3147	2864
Δημόσιος τομέας	1592	2087	1510	1430
Ιδιωτικός τομέας	1000	1351	1637	1434

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία, Στατιστική υγείας και νοσοκομείων Κύπρου

Από τη μελέτη των στοιχείων που παρουσιάζονται στους πίνακες 10 , 11 και 12 φαίνεται ότι απο την εγκαθίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960 , μέχρι το 1980 υπήρξε μια αύξηση των κλινών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Στη συνέχεια ενώ ο

ιδιωτικός τομέας παρουσίασε σχετική αύξηση, στο δημόσιο τομέα βλέπουμε μείωση των κλινών. Αυτό οφείλεται στη μείωση της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, στην ανάπτυξη της μικροχειρουργικής, στην ανακάλυψη και εφαρμογή νέων μεθόδων θεραπείας και στη νέα προσέγγιση όσο αφορά την αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων.

Πίνακας 10: Αριθμός κλινών κατά Νοσοκομείο και τμήμα , 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 (συνέχ.). ΚΑΙΝΕΣ ΚΑΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ, 2015

TABLE 3 (cont'd). BEDS BY HOSPITAL AND DEPARTMENT, 2015

(Τέλος του χρόνου-End of the year)

Τμήμα	Αρχιεπ. Γενικό							Department
	ΟΛΙΚΟ TOTAL	Λευκωσίας Lefkosia General	Αρχιεπίσκοπος Μακαρίου Γ΄ Archbishop Makariow III Lefkosia	Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ΄ Larnaka General Makarios III	Γενικό Αμμοχώστου Ammochostos General	Γενικό Λεμεσού Lemesos General	Γενικό Πάφου Pafos General	
Πνευμονολογίας	32	20	n.a.	6	n.a.	(4)	6	Pneumology
Μεταμοσχευτικό	4	4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Transplant
Αγγειογραφικό	5	5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Angiography
Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας - Παιδοψυχιατρικό	8	n.a.	8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Hospitalization Section - Paedopsychiatry
Παιδοογκολογικό	14	n.a.	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Paedoncology
Παιδοχειρουργικό	16	n.a.	16	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Paedosurgery
Εντατικής Παιδών	12	n.a.	12	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Intensive Care of Children
Εντατικής Νεογνών	58	n.a.	48	n.a.	n.a.	10	n.a.	Newborns Intensive Care
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	50	17	n.a.	11	6	8	8	Intensive Care Unit
ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗ	84	28	n.a.	14	7	24	11	DIALYSIS UNIT
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ	64	20	n.a.	6	15	19	4	CASUALTY
ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ	73	n.a.	14	17	n.a.	29	13	THALASSAEMIA
ΣΥΝΟΛΟ	1.572	496	217	201	96	408	154	TOTAL

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου

Πίνακας 11 : Ιδιωτικές κλινικές κατά επαρχία, αριθμό κλινών και προσωπικό, 2014-2015

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΡΧΙΑ, ΑΡΙΘΜΟ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, 2014-2015
TABLE 4. PRIVATE CLINICS BY DISTRICT, NUMBER OF HOSPITAL BEDS AND PERSONNEL, 2014-2015

(Τέλος του χρόνου-End of year)

Επαρχία	Σύνολο Νοσηλευτηρίων Number of Hospitals/Clinics		Σύνολο κλινών Number of beds		Σύνολο Νοσηλευτών Number of nurses		Σύνολο Μαιών Number of midwives		Σύνολο Βοηθητικού Προσωπικού Number of ancillary staff		District
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Λευκωσία	22	22	481	454	432	473	34	34	37	35	Lefkosia
Αμμόχωστος	4	4	102	103	51	45	0	0	4	4	Ammochostos
Λάρνακα	13	13	189	187	99	96	6	10	8	8	Larnaka
Λεμεσός	24	25	421	419	313	354	21	24	31	28	Lemesos
Πάφος	10	11	192	198	101	135	3	4	8	7	Pafos
Σύνολο	73	75	1.385	1.361	996	1.103	64	72	88	82	Total

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου

Από την άλλη πλευρά, το κόστος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο αυξάνεται μακροχρόνια, όπως συμβαίνει σ' όλες στις αναπτυγμένες χώρες. Πιο πρόσφατα ο ρυθμός αύξησης επιταχύνθηκε λόγω της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού, των τεχνολογικών εξελίξεων, της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου και της αύξησης των προσδοκιών του μέσου ατόμου. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω πίνακα 12, το ποσοστό του ΑΕΠ που απορροφά ο τομέας παρέμεινε σε σχετικά χαμηλά επίπεδα μέχρι το 1980, (Πίνακας 12).

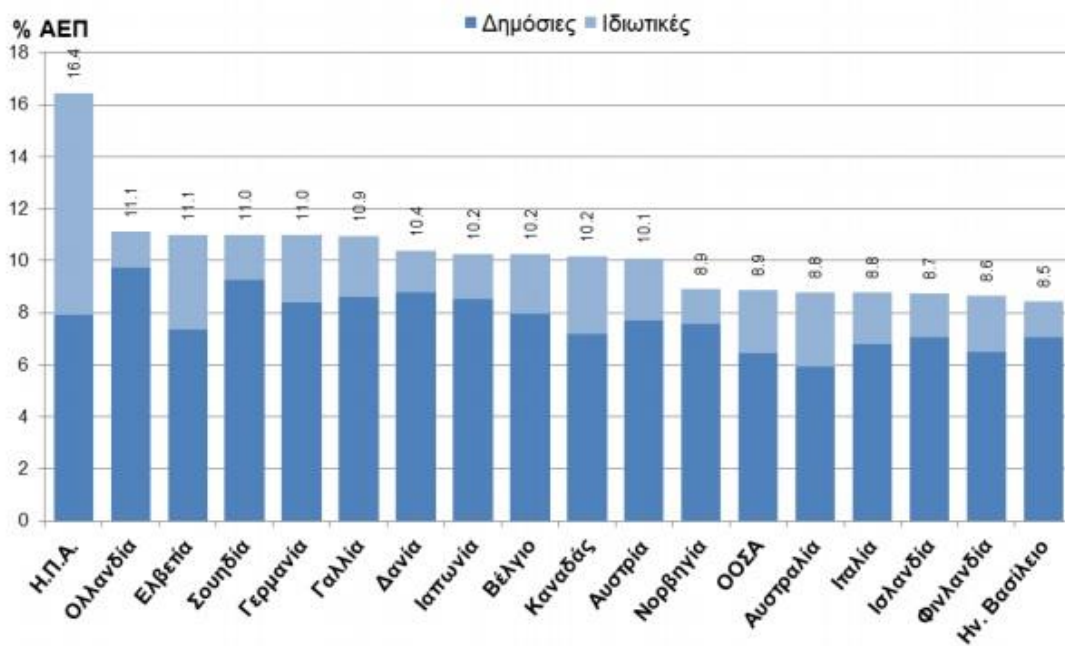
Πίνακας 12: Δαπάνες Υγείας 1960-1980, ως ποσοστό ΑΕΠ (%).

Έτος	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός τομέας	Σύνολο
1960	1,3	2,1	3,4
1970	0,9	1,8	2,7
1980	1,6	1,3	2,9
1990	1,8	2,7	4,5
2000	2,6	3,2	5,8
2006	3,1	3,2	6,3

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Παρά τη σοβαρή αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία και την αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που απορροφάται από τον τομέα η Κύπρος συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ δαπανά σχετικά πολύ περιορισμένο ποσοστό του ΑΕΠ για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όπως φαίνεται από τα πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ η Κύπρος έχει πέσει στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

Πίνακας 13: Δημόσιες και Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

Η χαμηλή αυτή θέση οφείλεται στο γεγονός ότι η Κύπρος έχει συγκριτικά πιο νεανική δομή πληθυσμού και η ιατρική έρευνα παραμένει πολύ περιορισμένη. Πιο σημαντικά στοιχεία είναι το χαμηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που δαπανούνται από το δημόσιο τομέα, αποτέλεσμα της έλλειψης Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Σαν αποτέλεσμα το μεγαλύτερο βάρος του κόστους υγείας δαπανάται απευθείας από τους ασθενείς καταναλωτές. Ενδεικτικό της θέσης της Κύπρου είναι ότι το ποσοστό που

δαπανάται από το δημόσιο τομέα είναι το χαμηλότερο από όλες τις χώρες μέλη της ΕΕ και με βάση τα δημοσιευόμενα στοιχεία του ΠΟΥ ήταν μόλις 42.3% το 2005

Από την άλλη πλευρά, οι κυβερνητικές Ιατρικές Υπηρεσίες παρέχουν δωρεάν ή ακόμη με μειωμένο κόστος ιατρικές υπηρεσίες, σε όλα τα άτομα, που προσέρχονται στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των Κυβερνητικών Νοσοκομείων. Κάθε πόλη στην Κύπρο διαθέτει το δικό της Νοσοκομείο στο οποίο λειτουργεί Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.

Ακόμη σημειώνεται, ότι στα πλαίσια του συστήματος υγείας όλοι οι Ευρωπαίοι Πολίτες που διαμένουν έστω και προσωρινά στη Κυπριακή Δημοκρατία έχουν δικαίωμα σε ιατρικά αναγκαίες παροχές στα Κρατικά νοσηλευτήρια, εφόσον είναι κάτοχοι της Ευρωπαϊκής Κάρτας Υγείας. Επίσης, δικαίωμα δωρεάν νοσηλείας έχουν Κύπριοι και Ευρωπαίοι πολίτες μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου, καθώς και οι πολίτες τρίτων χωρών που προέρχονται από μια άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Ενώ οι υπόλοιποι πολίτες τρίτων χωρών πρέπει να έχουν ιδιωτική ασφάλιση ή να καταβάλουν νοσήλια.

Στα πλαίσια του παρόντος συστήματος υγείας η κάλυψη ιατρικών υπηρεσιών παρέχεται προς τους πολίτες που είναι δικαιούχοι και στους οποίους εκδίδεται η κάρτα νοσηλείας στην βάση κριτηρίων τα οποία έχουν αποφασιστεί και εφαρμόζονται από την 1^η Αυγούστου 2013 .Οι νέες ρυθμίσεις αφορούν τα νέα εισοδηματικά κριτήρια για έκδοση κάρτας νοσηλείας, την εισαγωγή νέων τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Τα εισοδηματικά κριτήρια που ισχύουν είναι τα εξής :

- Άτομο χωρίς εξαρτώμενους (ακαθάριστο ετήσιο εισόδημα) €0-15.400 Ευρώ
- Διμελής οικογένεια €30.750
- Τριμελής οικογένεια €32.450
- Τετραμελής οικογένεια €34.150
- Καθορίζεται επίσης για κάθε επιπρόσθετο τέκνο αύξηση €1.700.

Από την 1^η Αυγούστου 2013 επίσης ο πολίτης που διεκδικεί ταυτότητα νοσηλείας θα πρέπει :

α) Να έχει καταβάλει εισφορές σε ασφαλιστές απολαβές ή/και έχουν λογιστεί υπέρ του εξομοιωμένες περιόδοι ασφάλισης, τουλάχιστον για τρία συνολικά χρόνια.

β) Κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για ταυτότητα νοσηλείας θα πρέπει να έχει τακτοποιημένες τις φορολογικές του υποχρεώσεις.

Ταυτόχρονα τα νέα τέλη που καταβάλλονται για υπηρεσίες που παρέχουν τα κρατικά νοσηλευτήρια, με την αναθεώρηση του Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης έχουν ως εξής :

- Από την 1^η Αυγούστου 2013,όλοι οι δικαιούχοι ασθενείς πληρώνουν € 3.00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των € 6.00 σε ειδικό γιατρό.
- Επιπρόσθετα, θα καταβάλλουν τέλος € 0.50 για κάθε φάρμακο ή εξέταση με μέγιστη χρέωση € 10.00 .
- Τα τέλη αυτά καταβάλλονται με τη χρήση των λεγόμενων “ενσήμων υγείας” τα οποία επικολλώνται στις συνταγές ή τα έντυπα των εξετάσεων.
- Ασθενείς που δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλοντας € 15.00 για επίσκεψη στον γενικό γιατρό και το ποσό των € 30 για επίσκεψη στον ειδικό γιατρό.
- Επίσης τα ΤΑΕΠ όλων των νοσοκομείων είναι στη διάθεση κάθε πολίτη που χρειάζεται επείγουσα ιατρική βοήθεια με χρέωση € 10.00 ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν .

Παρόμοια κριτήρια ισχύουν και για τους Τουρκοκύπριους οι οποίοι μέχρι τότε ήταν δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης. Επίσης το Υπουργείο Υγείας κατά την ίδια χρονική περίοδο προχώρησε στην κατάργηση της κάρτας Β .

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι δωρεάν νοσηλείας δικαιούνται οι υπουργοί, βουλευτές, φοιτητές, δημόσιοι υπάλληλοι, και ομάδες ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες .(Πηγή: www.moh.gov.cy) Το 2007με τα παλαιότερα κριτήρια συνολικά 668.825 άτομα, ή ποσοστό περίπου 80% του πληθυσμού δικαιούνταν δωρεάν

ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και από το συνολικό αριθμό των δικαιούχων δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, μόνο οι 469.812 ήταν δικαιούχοι που αξιολογήθηκαν με εισοδηματικά κριτήρια. Ακόμη, το Υπουργείο Συγκοινωνιών για εξυπηρέτηση των πολιτών αποφάσισε την επέκταση ειδικών διαδρομών με λεωφορεία, για τη μεταφορά ασθενών κατόχων κοινωνικής κάρτας σε απομακρυσμένα χωριά, στα νοσοκομεία της περιοχής.(Πηγή: www.mcw.gov.cy)

Με την εισαγωγή του γενικού σχεδίου υγείας όλα αυτά θα τροποποιηθούν αφού εισάγονται καινούργιες πρόνοιες στο νέο σύστημα το οποίο έχει σχεδιαστεί ούτως ώστε να είναι καθολικό, κοινωνικά αλληλέγγυο, ολοκληρωμένο και προσβάσιμο στον κάθε πολίτη που θα μπορεί να απολαμβάνει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ανεξάρτητα από τα εισοδήματα του αφού όλοι θα συνεισφέρουν οικονομικά ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Κεφάλαιο 4

Οι Ανάγκες για αλλαγή του συστήματος υγείας

Η έλλειψη πολιτικής βούλησης, οι μακροχρόνιες αντιπαραθέσεις επί των προτεινόμενων αλλαγών του συστήματος υγείας και η απροθυμία διαχρονικά των κυβερνήσεων να προχωρήσουν στις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις έχουν προκαλέσει την συσσώρευση σημαντικών προβλημάτων στον τομέα της υγείας. Έτσι η Κύπρος, ακόμα και σήμερα παρά τις αποφάσεις που έχουν ληφθεί για προώθηση των μεταρρυθμίσεων είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε. που δεν έχει ένα εθνικό σύστημα υγείας που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Ουσιαστικά τα τελευταία χρόνια ο τομέας της δημόσιας υγείας στην Κύπρο νοσεί βαρύτατα. (www.sigmalive.com, 03/2010) Είναι ξεκάθαρο ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ προϋποθέτει μια σειρά από αλλαγές στα κρατικά νοσηλευτήρια και ένα σχεδιασμό που να οδηγεί στην πλήρη αυτονόμηση τους. Επίσης το ΓεΣΥ θα πρέπει να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα του μέσω σωστής διαχείρισης και διοίκησης και συνεχούς ελέγχου της ομαλής λειτουργίας των νοσηλευτηρίων.

4.1. Βασικές αδυναμίες του συστήματος υγείας σήμερα

Το σύστημα υγείας που λειτουργεί αυτή την στιγμή αποτελεί ένα συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών που υποτίθεται ότι πρέπει να στηρίζονται στις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Παρόλα αυτά το σύστημα παρουσιάζει πολλά σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Ανάμεσα στα σημαντικότερα προβλήματα είναι η έλλειψη στρατηγικής ανάπτυξης, η γραφειοκρατική διοίκηση και η ελλιπής οικονομική διαχείριση που οδηγούν σε μη επαρκείς και ποιοτικά μη αποτελεσματικές υπηρεσίες. Οι βασικές αδυναμίες του παρόντος συστήματος είναι οι εξής :

1. Ο τρόπος πιστοποίησης και η απουσία ελέγχου για τους δικαιούχους δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τον δημόσιο τομέα.

Στην ουσία τα εισοδηματικά κριτήρια που τίθενται έχουν αυξήσει τον αριθμό των δικαιούχων με αποτέλεσμα το συνωστισμό στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

2. Η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημιουργία καταλόγων αναμονής
Επειδή ο αριθμός των δικαιούχων αυξάνεται στον δημόσιο τομέα δημιουργούνται κατάλογοι αναμονής που μερικές φορές φτάνουν σε μερικούς μήνες ή και χρόνια.

3. Το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται δραματικά και παρουσιάζεται σημαντική επιτάχυνση τα τελευταία χρόνια.

4. Το ποσοστό που συνεισφέρει ο δημόσιος τομέας στις συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι πολύ χαμηλό.

Ο δημόσιος τομέας στην Κύπρο δαπανά το μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της Ε. Ε. και αυτό οφείλεται στην απουσία γενικού σχεδίου υγείας.

5. Οι κλινικές του ιδιωτικού τομέα είναι μικρές και υποστελεχωμένες. Κατά μέσο όρο διαθέτουν 17 έως 20 κρεβάτια και η απασχόληση νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσανάλογη σε σχέση με το δημόσιο τομέα.

6. Υπάρχει έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με ανταγωνιστική συμπεριφορά και έλλειψη κοινών στόχων. Αυτή η παράμετρος τα τελευταία χρόνια τείνει να απαμβλυνθεί.

7. Το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών έχει αυξηθεί υπερβολικά. Αυτό καταδεικνύεται μέσα από έρευνα των συμβούλων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας.

8. Σοβαρές αδυναμίες στην διοίκηση και χαμηλή αποδοτικότητα στην χρήση των πόρων ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα : Η διοικητική δομή του Υπουργείου υγείας χρήζει σοβαρής αναδιοργάνωσης ενώ τα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν ανεξάρτητη δομή και χωριστούς προϋπολογισμούς με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν ασφαλείς πληροφορίες για το πραγματικό κόστος της λειτουργίας τους. (Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο και το ΓεΣΥ, Μελέτη Συμεών Μάτσης, Λευκωσία 2008)

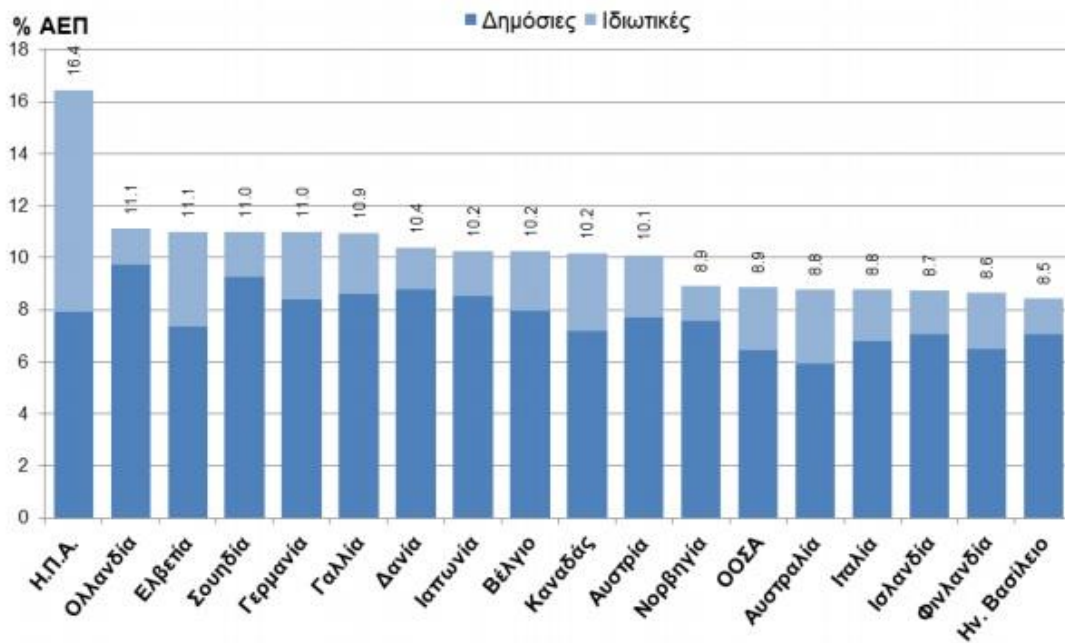
Το Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο έχει σχεδιαστεί με γνώμονα την εφαρμογή ενός σχεδίου που θα εισαγάγει μια αποτελεσματική και δίκαιη λύση στον τομέα της δημόσιας

υγείας και κυρίως προσαρμοσμένη στα χαρακτηριστικά της Κυπριακής κοινωνίας. Έτσι λοιπόν, προκειμένου να επιτευχθεί αυτή η λύση, το ΓεΣΥ διακρίνεται από τα κάτωθι:

- α) Το ΓεΣΥ είναι καθολικό για όλους τους πολίτες της Κύπρου
- β) Οι τρεις κοινωνικοί εταίροι δηλαδή το κράτος, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στην χρηματοδότηση του ΓεΣΥ
- γ) Το ΓεΣΥ ουσιαστικά αγοράζει υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους
- δ) Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού
- ε) Ενσωμάτωση διαρκών αλλαγών στα νοσοκομεία του κρατικού τομέα έτσι ώστε να βελτιώσουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά το ΓεΣΥ σε επίπεδο σχεδιασμού εκφράστηκε ως μια αποτελεσματική λύση. Όμως η εφαρμογή του τελικά συνάντησε δυσχέρειες οι οποίες ανέδειξαν αδυναμίες στην υλοποίηση ενός ενιαίου συστήματος υγείας. Τα βασικά αίτια που δεν επέτρεψαν την αποτελεσματική υλοποίηση του ΓεΣΥ ήταν ότι η κρατική παρέμβαση δεν απέβλεπε στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την προώθηση κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά και η παράλληλη παροχή κρατικής και ιδιωτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τελικά οδήγησαν στην σπατάλη από αχρείαστη παραγωγή των ιδίων υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της Κύπρου σαφής ένδειξη αυτής της σπατάλης αποτελεί το μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας στο σύνολο, παρόλο ότι περίπου το 80% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε δωρεάν ή μειωμένου κόστους κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όπως έδειξε έρευνα του ΟΟΣΑ σε χώρες της ΕΕ και ειδικά στις ΗΠΑ, άτομα που έχουν δωρεάν κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πληρώνουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, ένα σημαντικό ποσοστό. (Πίνακας 14).

Πίνακας 14 :Δαπάνη υγείας νοικοκυριών με ή χωρίς κρατική ιατροφαρμακευτική κάλυψη.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

Μια άλλη παράμετρος αποτελεί η συνεχής εξέλιξης τεχνολογίας, η οποία δημιουργεί νέες συνθήκες. Παράλληλα, η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας λόγω γήρανσης του πληθυσμού διαμορφώνει νέες απαιτήσεις για την αποτελεσματική λειτουργία του ΓεΣΥ. Αυτές οι παράμετροι ουσιαστικά διαμορφώνουν ένα νέο δυναμικό πλαίσιο που εξελίσσεται συνεχώς και που προκαλεί νέες προκλήσεις. Σαφώς, οι λύσεις στα προβλήματα αυτά δεν είναι εύκολες, καθώς δεν υπάρχουν εύκολες απαντήσεις σε ερωτήματα όπως το πόσο ποιοτική πρέπει να είναι η κρατική παροχή ιατρικής περίθαλψης και πού, πώς και πόσο οι ιδιωτικές υπηρεσίες πρέπει να λειτουργούν υποκατάστατα ή/και συμπληρωματικά των δημοσίων δαπανών υγείας.

Επιπρόσθετα, μια άλλη παράμετρος που παρουσιάστηκε είναι η έντονη γραφειοκρατία. Όπως και σε κάθε κρατικό οργανισμό, η εκτέλεση των επιμέρους διαδικασιών γίνεται χρονοβόρα.

Το σύστημα υγείας παρουσιάζει όμως και άλλα σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα σημαντικότερα είναι η έλλειψη στρατηγικής ανάπτυξης, η γραφειοκρατική διοίκηση, η ελλιπής οικονομική διαχείριση, παρεχόμενες υπηρεσίες μη επαρκείς και ποιοτικά μη αποτελεσματικές. Η έλλειψη πολιτικής βούλησης, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η δημόσια διοίκηση και οι αντιδράσεις από οργανωμένα σύνολα καθυστέρησαν τις μεταρρυθμίσεις, που θα οδηγούσαν στη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όλα αυτά δημιουργούν τα εξής βασικά προβλήματα:

- 1.Ανισότητα στην πληρωμή των υπηρεσιών.
- 2.Το βάρος των δαπανών για την υγεία αυξάνεται στα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα.
- 3.Τα έξοδα αυξάνονται για τα νοικοκυριά, που έχουν άτομα με χρόνιες ασθένειες που χρειάζονται συστηματική παρακολούθηση από γιατρούς.

Μια βασική διαπίστωση που έγινε γρήγορα αντιληπτή είναι ότι τα κρατικά Νοσοκομεία δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες των ασθενών. Η δημόσια υγεία βρίσκεται κάτω από ασφυκτικές πιέσεις, με τα προβλήματα να έχουν συσσωρευθεί και οξυνθεί σε επικίνδυνο βαθμό. Η υφιστάμενη κατάσταση προάγει την ανισότητα, την αδικία και τη παραβίαση των αναφαίρετων δικαιωμάτων των ασθενών και δεν διασφαλίζει την καθολική πρόσβαση του πληθυσμού σε ασφαλείς και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Η δε ανεπάρκεια και η αναποτελεσματικότητα του συστήματος έχει τρομερό αντίκτυπο στην υγεία και τη ζωή των πολιτών.

Το ΓεΣΥ, ψηφίστηκε το 2001 με τη συναίνεση όλων των εταίρων για την εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υγείας. Όμως σύμφωνα με την αξιολόγηση της προόδου σχετικά με τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, την πρόληψη και τη διόρθωση των μακροοικονομικών ανισορροπιών, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το 1ο εξάμηνο του 2017, διαφαίνονται τα εξής:

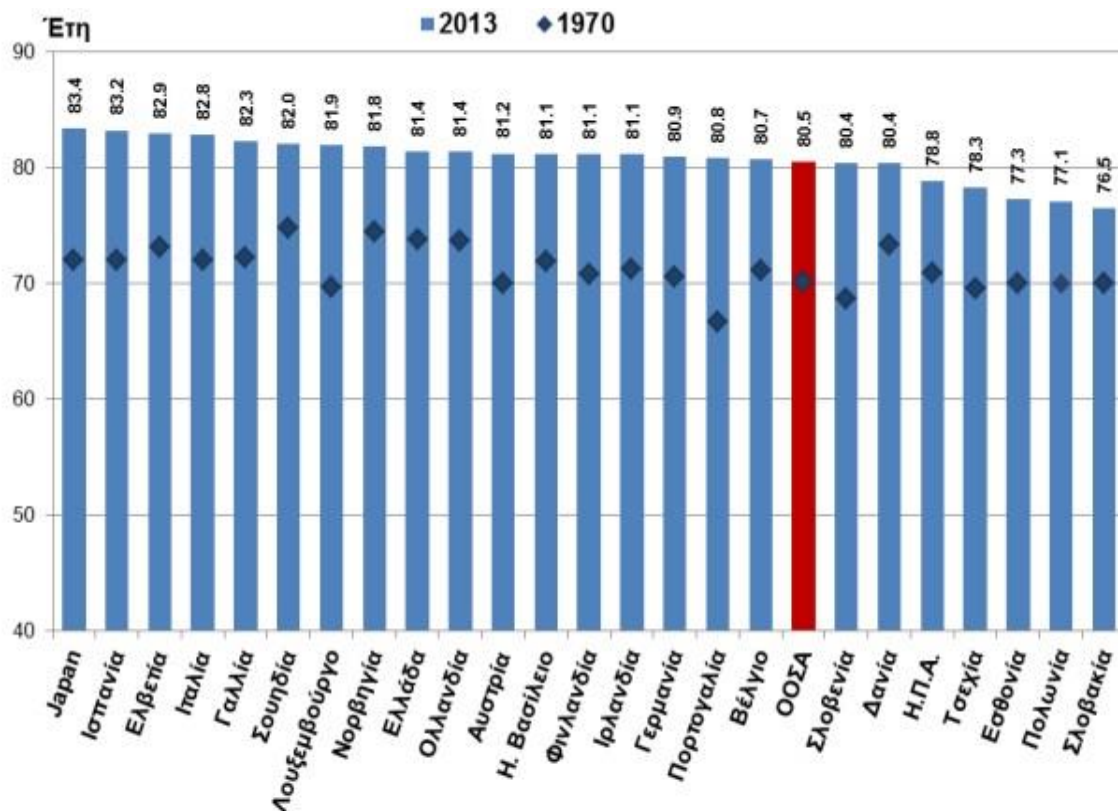
1. Λόγω των μεταρρυθμίσεων που εκκρεμούν, ο τομέας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο χαρακτηρίζεται από αναποτελεσματικότητες που περιορίζουν την πρόσβαση σε κατάλληλη και αποτελεσματική περίθαλψη.

2. Η χαμηλή δημόσια χρηματοδότηση και η αναποτελεσματική χρήση των πόρων οδηγούν σε ανεπαρκή πρόσβαση σε περίθαλψη και αναποτελεσματική παροχή περίθαλψης στον δημόσιο τομέα.
3. Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες για την υγεία κατευθύνεται κυρίως προς ιδιωτικούς παρόχους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που δεν υπόκεινται σε κανονιστικές ρυθμίσεις.
4. Τα μέτρα για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων και τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας, με στόχο τη βελτίωση της επάρκειας και της σχέσης κόστους / αποτελεσματικότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, δεν έχουν ακόμα προωθηθεί.

4.2 Γιατί χρειάζεται μεταρρύθμιση το σύστημα υγείας στην Κύπρο.

- Όλα αυτά τα συσσωρευμένα προβλήματα καταδεικνύουν και τους λόγους γιατί υπάρχει επιτακτική ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Κύπρο. Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας όπως MRI, καθετηριασμοί, laser, λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική, καθιστούν αναγκαία την εισαγωγή νέων μεθόδων διεύθυνσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση των δαπανών στο τομέα της υγείας και η αύξηση του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών επειδή αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης (Πίνακας 15) θα επιταχύνει ακόμα πιο πολύ την αύξηση των δαπανών.

Πίνακας 15: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση 1970-2013 (χώρες ΟΟΣΑ)



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Γύρω στο έτος 2020 θα ζουν 40% περισσότερα άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω σε σύγκριση με το 1990. Αυτό θα οδηγήσει στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και θα φέρει εξ ανάγκης και αλλαγές στην οργανωτική δομή των υπηρεσιών υγείας.

- Το υφιστάμενο σύστημα υγείας δεν παρέχει σωστή φροντίδα του ασθενούς. Η επικοινωνία μεταξύ του κρατικού και ιδιωτικού τομέα είναι σχεδόν ανύπαρκτη με τους δύο τομείς να αναπτύσσονται ανεξάρτητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα και την υπολειτουργία πολυδάπανου εξοπλισμού στον ιδιωτικό κυρίως τομέα.
- Δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας με αποτέλεσμα στις αστικές περιοχές να παρατηρείται συνωστισμός στα εξωτερικά

ιατρεία ενώ η φροντίδα που παρέχεται στους κατοίκους της υπαίθρου δεν είναι ικανοποιητική λόγω της ανεπάρκειας ιατρικού προσωπικού.

- Μεγάλο μέρος του πληθυσμού, περίπου το 80% κάνει χρήση του κρατικού τομέα δωρεάν ή με μικρή συμπληρωμή, με αποτέλεσμα την ανισότητα στην πρόσβαση και την άδικη κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Αυτή η κατάσταση πηγάζει από το θεσμό των εισοδηματικών κριτηρίων τα οποία αυξάνουν κατά πολύ τον αριθμό των δικαιούχων. Χαρακτηριστικά το 80% των ασθενών απευθύνεται στο 20% των ιατρών με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην έχουν ικανοποιητική ιατρική φροντίδα .

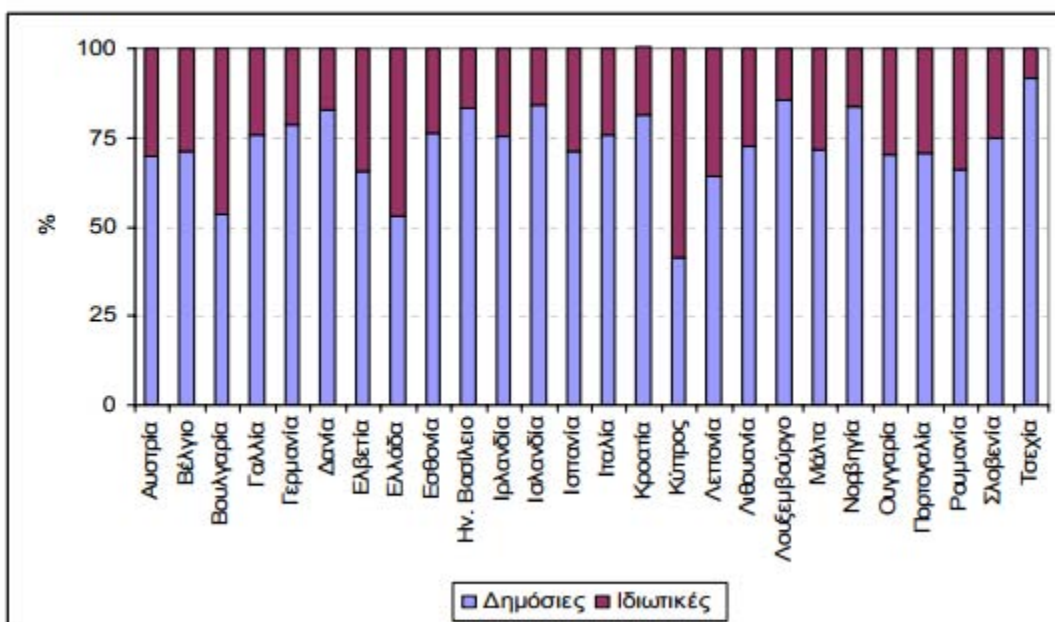
Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η απουσία συντονισμού μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα την ύπαρξη διπλών υποδομών και σπατάλης στην παροχή υπηρεσιών, ενώ μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα παραμένει αναξιοποίητο και ο τομέας αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα.

Με ένα σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που χαρακτηρίζεται οικονομικά μη βιώσιμο, καθώς οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό από τα εισοδήματα, με τις κοινωνικά ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού να πληρώνουν δυσανάλογα υψηλά ποσοστά για υπηρεσίες υγείας, η Κύπρος έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι η δεύτερη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά την Ελλάδα, με τις μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Κύρια χαρακτηριστικά της υφιστάμενης κατάστασης είναι η απουσία καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ποσοστό περίπου 50% των συνολικών δαπανών υγείας, καταβάλλονται απευθείας από τους ασθενείς (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Στοιχεία για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε χώρες της ΕΕ.

Διάγραμμα 6: Κατανομή δαπανών υγείας σε ιδιωτικές και δημόσιες, 2002



Πηγή: ΟΟΣΑ

Περίπου 80% των πολιτών είναι δικαιούχοι δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου, αλλά ο δημόσιος τομέας έχει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης μόνο του 50% περίπου του πληθυσμού, με αποτέλεσμα την υπερφόρτωση του δημοσίου τομέα, η οποία οδηγεί αναπόφευκτα στη δημιουργία λιστών αναμονής και σοβαρών καθημερινών λειτουργικών προβλημάτων.

Τα αποτελέσματα παλαιότερης έρευνας που έχει διεξαχθεί στο ΚΟΕ χρησιμοποιώντας στοιχεία για την περίοδο 1995-2002, δείχνουν ότι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας στις χώρες της ΕΕ είναι το κατά κεφαλή εισόδημα, το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση καθώς και το προσδόκιμο ζωής μετά τα 65. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2004) φαίνονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2004)



Πηγή: ΚΟΕ , 7/2006

Συγκεκριμένα, μια αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά 1% οδηγεί σε αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας κατά 0,46% ενώ μια αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά ένα έτος στη γέννηση ή μετά τα 65 οδηγεί σε αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας κατά 1,1%, και 1,9%, αντίστοιχα. (Μελέτη ΚΟΕ. www.erc.ucy.ac.cy , Ιούλιος 2006).

Η μελέτη του ΚΟΕ κατέδειξε όλες τις αδυναμίες, τα ελαττώματα αλλά και τους παράγοντες που διαμορφώνουν το ΓεΣΥ. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη μελέτη, παρατηρείται μια ετήσια αύξηση της τάξης του 4% που είναι αυτόνομη. Εκτός από αυτή την ετήσια αύξηση, οι κρατικές δαπάνες υγείας επηρεάζονται σημαντικά από το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65, καθώς μια αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 65 κατά 1% οδηγεί σε αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ δεν φαίνεται να επιδρά σημαντικά στις κρατικές δαπάνες υγείας, κάτι που δείχνει ότι αυτές σαφώς καθορίζονται από το πλαίσιο δημοσιονομικών περιορισμών και όχι του βιοτικού επιπέδου.

Αντίθετα, στην περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας η επίδραση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική: Αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά 1% οδηγεί σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά 0,8%. Τις ιδιωτικές

δαπάνες υγείας στην Κύπρο αυξάνει, επίσης, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65, όμως πολύ λιγότερο από ότι αυξάνει τις κρατικές δαπάνες. Ακόμη, η μελέτη του ΚΟΕ κατέδειξε ότι τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον κρατικό τομέα παρατηρείται μια ‘αυτοτροφοδότηση’ των δαπανών υγείας, με την έννοια ότι μια αύξηση κατά 1% στις δαπάνες της προηγούμενης περιόδου επιφέρει αύξηση 0,5% στις τρέχουσες δαπάνες.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις της μελέτης, αποτυπώνουν μια συνολική εικόνα του ΓεΣΥ από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του. Ειδικότερα τα κυριότερα σημεία, στα οποία μπορούμε να σταθούμε είναι:

- Ο κρατικός τομέας υγείας θα αντιμετωπίσει αυξανόμενες πιέσεις κυρίως λόγω γήρανσης του πληθυσμού, ενώ
- Ο ιδιωτικός τομέας υγείας θα αντιμετωπίσει αύξηση της ζήτησης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κυρίως λόγω αύξησης του κατά κεφαλή εισοδήματος (Πηγή= ΚΟΕ,7/2006 , www.ucy.ac.cy/erc/el).

Βασική ένδειξη αποτελεί η διαρκής αύξηση των δαπανών υγείας. Όμως, στην περίπτωση των κρατικών δαπανών προκύπτει το ερώτημα πώς θα αντιμετωπισθεί η αύξηση που θα προκύψει λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος υπάρχουν διαθέσιμοι διάφοροι τρόποι επίλυσης όπως, πρόσθετη χρηματοδότηση από αύξηση φορολογίας, μείωση ποιότητας παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών ή ακόμη μείωση εύρους παρεχόμενων υπηρεσιών από τους δημόσιους ιατρικούς φορείς. Επίσης, μια άλλη πληγή για τον Κύπριο πολίτη αποτελεί η ραγδαία αύξηση του αριθμού των ασθενών που έχει συσσωρευθεί σε μια λίστα αναμονής για τα χειρουργεία των κρατικών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα η λίστα αναμονής να ξεπερνάει τον ένα χρόνο, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ξεπερνάει ακόμη και τους δεκαοκτώ μήνες.

Το σύστημα υγείας της Κύπρου βρίσκεται σε ένα σημείο όπου η προσαρμογή διαγράφεται αναγκαία όσο ποτέ. Οι συνθήκες διαβίωσης πλέον αλλάζουν και η έντονη στροφή προς ένα πλαίσιο αυξημένων απαιτήσεων για χρήση ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών καθιστά τα σχέδια παλαιότερων ετών αναποτελεσματικά και αναχρονιστικά αφού είχαν σχεδιαστεί στη βάση συνθηκών που επικρατούσαν προηγούμενες δεκαετίες.

Η εξέλιξη της ιατρικής περίθαλψης δείχνει ότι το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, όχι μόνο επειδή η αγορά δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, αλλά και γενικότερα για σκοπούς κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας. Επιπλέον, η κρατική παρέμβαση πρέπει να εφαρμοστεί έτσι ώστε να αντιμετωπίζει τους πραγματικούς λόγους για τους οποίους η παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας δεν είναι ικανή να προσφέρει οικονομικά αποτελεσματική και κοινωνικά επιθυμητή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον πολίτη. Σημειώνεται ότι τέτοιοι λόγοι είναι η ελλιπής πληροφόρηση του αγοραστή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ο αποκλεισμός από τα ιδιωτικά συστήματα ασφαλιστικής κάλυψης ατόμων που δεν μπορούν να πληρώσουν ή είναι υψηλού κινδύνου και το ότι η ιδιωτική αγορά αγνοεί τις αρνητικές επιδράσεις του ασθενούς σε τρίτους.

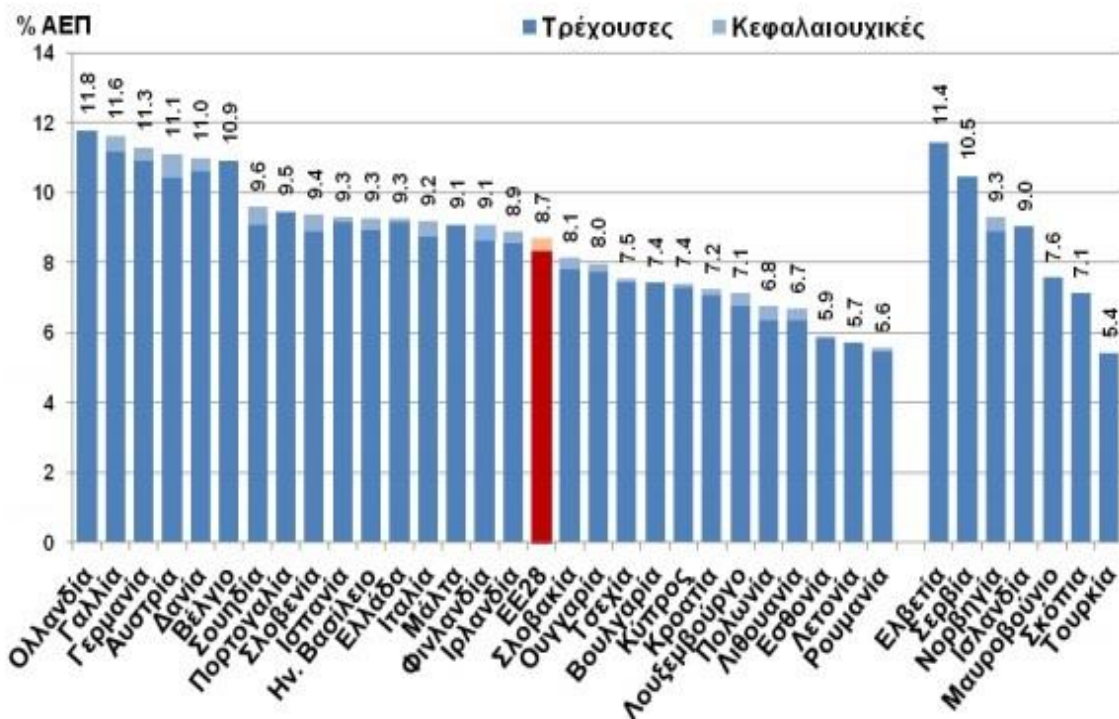
Παρόλο που έχουν γίνει προσπάθειες υλοποίησης του ΓεΣΥ μέχρι τώρα, η Κύπρος αποτελεί τη μοναδική χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν διαθέτει Εθνικό Σύστημα Υγείας τέτοιο που να καλύπτει αποτελεσματικά ολόκληρο τον πληθυσμό. Όπως αποτυπώθηκε μέχρι τώρα, το σύστημα υγείας που λειτουργεί στον δημόσιο τομέα, χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό υγείας, παρουσιάζεται από τους εκάστοτε κυβερνώντες ότι λειτουργεί στη βάση της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και πλήρους υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτή η εικόνα όμως αφορά μόνο ένα μέρος του συνόλου του πληθυσμού, αφού παρέχεται δωρεάν σε πολύτεκνους, ανάπηρους και χρόνιους ασθενείς. Δωρεάν με μικρή συμπληρωματική πληρωμή παρέχεται και για την περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων, των κρατικών αξιωματούχων και των στρατιωτικών. Δηλαδή το ΓεΣΥ που υλοποιείται μέχρι τώρα ουσιαστικά απευθύνεται μόνο σε ένα μέρος του πληθυσμού.

Αντίθετα για το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού, άτομα δηλαδή που δεν είναι οικονομικά ασθενή, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών από το σύστημα υγείας γίνεται με μια σειρά από κριτήρια για την παροχή δωρεάν περίθαλψης ή πληρωμής μειωμένων τελών ή όλων των τελών, ανάλογα με τα εισοδήματα και την οικογενειακή κατάσταση ενός εκάστου. Με τα κριτήρια αυτά καλύπτεται περίπου το 80% του πληθυσμού. Στην πράξη, όμως, δεν

εφαρμόζεται και δεν υπάρχει ισότιμη και καθολική κάλυψη με τη συμμετοχή όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας. Με άλλα λόγια βλέπουμε ότι η καθολική εφαρμογή του ΓεΣΥ για το σύνολο των πολιτών συναντάει εμπόδια, τα οποία προέρχονται όχι μόνο από την επιχειρησιακή οργάνωση αλλά και από τις δυσκολίες χρηματοδότησης οφειλόμενες βέβαια και στην παρατεταμένη μακροοικονομική δυσκαμψία.

Σημειώνεται ότι ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) θεωρεί ότι η Κύπρος δαπανά πολύ λίγα για την υγεία, ένα ποσοστό περίπου γύρω στο 7% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, σε σύγκριση με ποσοστό γύρω στο 8,5% του μέσου όρου που δαπανάται από τα κράτη-μέλη της Ε.Ε(Πίνακας 18), με καθοδική τάση τα τελευταία χρόνια.

Πίνακας 18: Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2012.



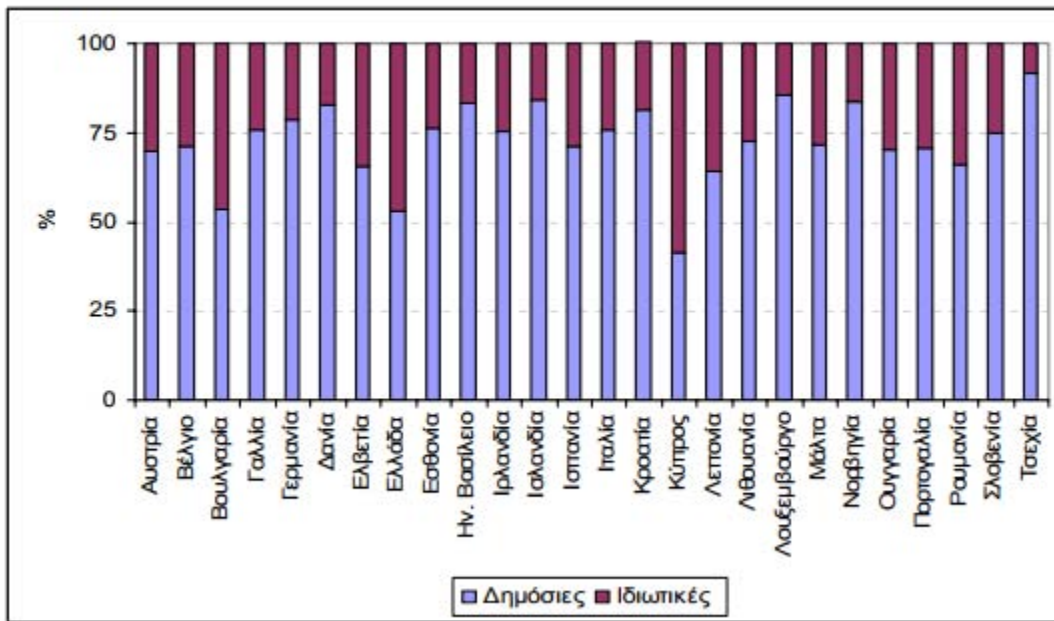
Πηγή: OECD Health Statistics, 2014.

Ο δημόσιος τομέας, με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες και τις δυσλειτουργίες του, η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης και η μη αποτελεσματική εξυπηρέτηση

και οι λίστες αναμονής οδηγούν μεγάλη μερίδα των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι, οι πολίτες καταφεύγουν στην ιδιωτική υγεία, με αποτέλεσμα να έχουμε έναν από τους ψηλότερους δείκτες δαπανών σε ιδιωτική υγεία στην Ε.Ε., με ποσοστό γύρω στο 51% των συνολικών δαπανών. Όταν η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία είναι αυξημένη, επιβαρύνονται οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί και δημιουργούνται τεράστιες ανισότητες μεταξύ των μελών τους, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα της κάθε οικογένειας. (Πίνακας 19)

Πίνακας 19: Στοιχεία για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε χώρες της ΕΕ.

Διάγραμμα 6: Κατανομή δαπανών υγείας σε ιδιωτικές και δημόσιες, 2002



Πηγή: ΟΟΣΑ

Κεφάλαιο 5

Νέα νομοθεσία για εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο

5.1 Γενικές αναφορές για την νέα νομοθεσία

Το 2017 αποτέλεσε έτος ορόσημο για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο, καθώς στις 16 Ιουνίου παραπέμφθηκαν στην ολομέλεια της Βουλής των Αντιπροσώπων, τρία νομοσχέδια που αφορούν την αυτονόμηση των νοσοκομείων και την προώθηση εφαρμογής του ΓεΣΥ για ψήφιση. Τα τρία Νομοσχέδια που αφορούν το Γενικό Σχέδιο Υγείας, πέρασαν ομόφωνα από την ολομέλεια της Βουλής. Συγκεκριμένα ενώπιον των Βουλευτών τέθηκαν τα νομοσχέδια περί Ίδρυσης Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Γενικοί) Κανονισμοί του 2017, και ο νόμος για διαμόρφωση λειτουργικού και θεσμικού πλαισίου για την εισαγωγή του ΓεΣΥ.

Η θετική αυτή εξέλιξη, ήταν το αποτέλεσμα μιας μεγάλης περιόδου διαβουλεύσεων, εισηγήσεων αλλά και ενστάσεων και διαφωνιών, από τους εμπλεκόμενους φορείς. Μετά από αρκετές διεργασίες στις 21 Ιουλίου 2016 επήλθε συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και κομμάτων για την κατάρτιση οδικού χάρτη για εφαρμογή του ΓεΣΥ. Σύμφωνα με τα απορρέοντα της σύσκεψης αυτής η πολιτική ηγεσία της Κύπρου συμφώνησε τα πιο κάτω:

1. Να προωθηθεί και να εφαρμοστεί ΓεΣΥ στην βάση των μελετών και των σχεδιασμών του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας.
2. Η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ως αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού.
3. Η ψήφιση των νομοσχεδίων για αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων και εφαρμογή του ΓεΣΥ να γίνει ταυτόχρονα και η εφαρμογή στην βάση χρονοδιαγραμμάτων που θα καθοριστούν
4. Εξίσου απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ολοκλήρωση της διαδικασίας το συντομότερο δυνατόν, της κατακύρωσης του διαγωνισμού για το λογισμικό του ΟΑΥ.

5. Να συνεχιστεί η προσπάθεια επίλυσης ή απάμβλυνσης των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο τομέας της δημόσιας υγείας και οι ασθενείς στα δημόσια νοσηλευτήρια.
6. Ο διάλογος κυβέρνησης – κομμάτων θα συνεχιστεί προκειμένου να καταλήξουν σε τελικές αποφάσεις (Πηγή : ΠΙΣ).

Η μεγάλη διαφωνία μεταξύ κυβέρνησης και των υπολοίπων υπήρξε η επιλογή μεταξύ πολυασφαλιστικού και μονοασφαλιστικού συστήματος υγείας. Η τελική κατάληξη ήταν η επιλογή του μονοασφαλιστικού συστήματος μέσα από συναίνεση και συμφωνία των κοινωνικών εταίρων ,το οποίο θα διαχειρίζεται ο ΟΑΥ. Οι λόγοι όπως διαφαίνεται μέσα από τη μελέτη του ΠΟΥ αλλά και διαφόρων άλλων υποστηρικτών της επιλογής του μονοασφαλιστικού συστήματος είναι οι ακόλουθοι:

- Χαμηλό κόστος .
- Εφαρμόζονται οι οικονομίες κλίμακας. Το επιχείρημα αυτό προτάσσεται στη βάση του μικρού αριθμού του κυπριακού πληθυσμού.
- Όλα τα χρήματα που θα εισπράττονται για την υγεία θα επενδύονται στην υγεία χωρίς έξοδα προώθησης ,συμβολαίων ή/και περιθώρια κέρδους. Σημειώνεται ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες στην Κύπρο σήμερα έχουν υψηλά κόστη, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό των εσόδων τους από ασφάλιστρα υγείας να μην δίδονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Δεν υπάρχει ανάγκη λειτουργίας του μηχανισμού εξισορρόπησης κινδύνων (risk equalization).
- Απλό και όχι περίπλοκο σύστημα. Υπάρχει λιγότερη ανάγκη για δημιουργία επιπρόσθετων αρχών ελέγχου και εποπτείας .
- Επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή διαχείριση κινδύνου, αφού υπάρχει μόνο μια δεξαμενή ασφαλιζομένων.

- Μέγιστη δυνατή επιλογή παρόχων υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους του συστήματος, εφόσον όλοι οι παροχείς θα είναι συμβεβλημένοι με ένα μόνο οργανισμό.
- Μεγαλύτερη αγοραστική δύναμη για τη διασφάλιση καλύτερων τιμών ειδικά όσον αφορά στα φάρμακα και στα αναλώσιμα .
- Δυνατότητα εφαρμογής ενιαίου συστήματος πληροφορικής για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των παροχέων , διαφάνεια, έλεγχο του κόστους και βελτίωση της ποιότητας .
- Δυνατότητα εφαρμογής ενιαίων μεθόδων αμοιβής των παροχέων υπηρεσιών υγείας, κάτι που θα επιτρέψει την πιο αποτελεσματική συγκράτηση του κόστους.(<http://archive.in business news.com-13.2.2017>)

Μετά την καθοριστική αυτή εξέλιξη οι διεργασίες για παραπομπή των εν λόγω νομοσχεδίων στην Ολομέλεια, άρχισαν να γίνονται πιο εντατικές .

Από τον Απρίλιο του 2017,το υπουργείο υγείας άρχισε νέο κύκλο διαβουλεύσεων για διάστημα δύο εβδομάδων , με σκοπό να επιλυθούν, όσο το δυνατόν, οι διαφορές που αφορούν στους κανονισμούς για τα εργασιακά θέματα εντός της αυτονόμησης. Στη διάρκεια της συνεδρίασης της Επιτροπής Υγείας της Βουλής οι συντεχνίες των επαγγελματιών υγείας, αφού ενημέρωσαν τα μέλη της Επιτροπής για τις θέσεις τους η κάθε μία ξεχωριστά, ζήτησαν διευκρινίσεις για το καθεστώς των υπαλλήλων που θα επιλέξουν να ενταχθούν στον αυτονομημένο οργανισμό, αλλά και όσων θα παραμείνουν στο καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων που ισχύει σήμερα. Οι διευκρινίσεις και ανησυχίες τους αφορούσαν κυρίως στο ωράριο εργασίας, τα δικαιώματα και ωφελήματα των εργαζομένων εντός και εκτός αυτονομημένου οργανισμού.

5.1.1 Κατάληξη των μακροχρόνιων διαβουλεύσεων.

Τον Μαΐο του 2017, οι εντατικές διαβουλεύσεις και συναντήσεις ειδικά των τελευταίων μηνών καρποφόρησαν, με αποτέλεσμα οι πλείστες εκ των διαφωνιών πάνω στα εργασιακά ζητήματα να ξεπεραστούν. Εξάλλου όπως έγινε γνωστό κατά τη συνεδρία της Επιτροπής Υγείας, κάποιες εκ των αλλαγών που σημειώθηκαν τις τελευταίες δύο εβδομάδες, αφορούν τις κατηγορίες του προσωπικού εντός αυτονομίησης. Οι εν λόγω κατηγορίες ήταν:

- Οι δημόσιοι υπάλληλοι που θα αποφασίσουν εντός 18 μηνών αν θα μεταφερθούν στους αυτονομημένους οργανισμούς
 - Οι υφιστάμενοι δημόσιοι υπάλληλοι που θα παραμείνουν δημόσιοι
 - Οι έκτακτοι ορισμένου και αορίστου χρόνου που θα αποφασίσουν εντός 18 μηνών αν θα παραμείνουν ως έχουν ή θα μεταπηδήσουν στο νέο καθεστώς του αυτονομημένου οργανισμού.
 - Αυτοί που είναι ωρομίσθιοι και θα πάνε στον νέο καθεστώς και
 - Το νεοεισερχόμενο προσωπικό
- Ακόμη όπως σημειώθηκε, συμφωνήθηκαν τα πιο κάτω:
- Δεν θα γίνονται μετακινήσεις αλλά μόνο αποσπάσεις δημοσίων υπαλλήλων
 - Να αφαιρεθούν όλα τα σχέδια υπηρεσίας
 - Η άδεια ασθενείας θα περιοριστεί αισθητά
 - Η παραχώρηση τιμαριθμικού επιδόματος
 - Η ακύρωση προσαύξησης σε περίπτωση δύο αρνητικών αξιολογήσεων σε διάστημα τριών ετών

Στη διάρκεια της συνεδρίας οι εκπρόσωποι των εκτάκτων γιατρών του δημοσίου έθεσαν και το θέμα της αναγνώρισης της προϋπηρεσίας, το οποίο ο Υπουργός Υγείας δεσμεύτηκε να επιλύσει.

5.1.2 Η συμφωνία για τις συνεισφορές.

Σε συμφωνία και για τις συνεισφορές στο ΓεΣΥ καταλήγουν τελικά το Υπουργείο Υγείας με τους Κοινωνικούς Εταίρους (ΠΕΟ, ΣΕΚ, ΔΕΟΚ, ΠΑΣΥΔΥ, ΚΕΒΕ) πλην της ΟΕΒ.

Οι συνεισφορές έχουν ως ακολούθως:

-2,65% για τους εργαζόμενους

-2,9% για τους εργοδότες

-4,7% για το κράτος

-4% για τους αυτοεργοδοτούμενους

-2,65% για τους συνταξιούχους και τους εισοδηματίες.

Μέσα από την αποδοχή και τη συνεννόηση που είχε γίνει με τους εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων και όπως διαφάνηκε και από το τελικό διάλογο, εντός Ιουνίου 2017 η κοινοβουλευτική επιτροπή υγείας αποφάσισε να οδηγήσει τα νομοσχέδια ενώπιον της Ολομέλειας της Βουλής των Αντιπροσώπων.

Οι διαφορετικές απόψεις για μια πρόνοια στη νομοθεσία του νομοσχεδίου της αυτονομίας με την οποία να διασφαλίζεται πως για μια πενταετία, ο αυτόνομος οργανισμός θα τυγχάνει κρατικής στήριξης για όλα τα ελλείμματα που θα προκύπτουν, φαίνεται να καθυστερούσε την ολοκλήρωση της συζήτησης και την ψήφιση των νομοσχεδίων για την αυτονομία και το ΓεΣΥ. Τελικά το Υπουργικό Συμβούλιο λαμβάνει

οριστική απόφαση για κρατική στήριξη των νοσηλευτηρίων για πέντε χρόνια μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Από τον Μάρτιο του 2019, τρεις μήνες δηλαδή πριν την εφαρμογή της εξωνοσοκομειακής μορφής του Γενικού Σχεδίου Υγείας (Ιούνιος 2019), έχουν καθοριστεί οι ακόλουθες συνεισφορές:

-1,70% για τους εργαζόμενους

-1,85% για τους εργοδότες

-1,65% για το κράτος

-2,55% για τους αυτοεργοδοτούμενους

-1,70% για τους συνταξιούχους και τους εισοδηματίες.

Ένα χρόνο αργότερα, τον Μάρτιο του 2020, τρεις μήνες δηλαδή πριν την πλήρη εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή μορφή), όπως έχει ήδη αναφερθεί οι συνεισφορές που θα ισχύουν, όπως αυτές προέκυψαν μετά από τη συμφωνία με τους Κοινωνικούς Εταίρους είναι οι εξής:

-2,65% για τους εργαζόμενους

-2,9% για τους εργοδότες

-4,7% για το κράτος

-4% για τους αυτοεργοδοτούμενους

-2,65% για τους συνταξιούχους και τους εισοδηματίες

5.1.3 Σκοποί των δύο νομοσχεδίων και των νέων κανονισμών.

Σκοπός του πρώτου νομοσχεδίου που ψήφισε η Βουλή είναι η ίδρυση οργανισμού δημόσιου δικαίου, ο οποίος θα αναλάβει την ευθύνη της λειτουργίας όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων και των κέντρων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας στις περιοχές που ελέγχονται από τη Δημοκρατία καθώς και την ευθύνη για την εφαρμογή της διοικητικής και οικονομικής αυτονομίας στα δημόσια νοσηλευτήρια.

Σκοπός του δεύτερου νομοσχεδίου, είναι να επιτευχθεί η πλήρης εναρμόνιση με την οδηγία της ΕΕ σχετικά με τη διαφάνεια των μέτρων που ρυθμίζουν τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση και την κάλυψη του κόστους τους στα πλαίσια ασφαλιστικών συστημάτων υγείας. Επίσης η διασφάλιση της καλύτερης λειτουργίας του ΓεΣΥ με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου και πιο λειτουργικού νομοθετικού πλαισίου για την εισαγωγή του ΓεΣΥ έτσι ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών για παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σκοπός των νέων κανονισμών είναι η ρύθμιση του εργασιακού πλαισίου που θα εφαρμόζεται για το προσωπικό που θα προσληφθεί από τον αυτόνομο οργανισμό που θα ιδρυθεί με βάση τις διατάξεις του νέου νόμου.

Όσον αφορά τις συνεισφορές, με το νέο καθεστώς ,η πρώτη φάση καλώς εχόντων των πραγμάτων, όπως ήδη αναφέρθηκε τίθεται σε εφαρμογή από την 1η Μαρτίου 2019 , και αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η δεύτερη φάση έναρξης καταβολής των νέων συνεισφορών, η οποία θα τεθεί σε εφαρμογή την 1 Μαρτίου 2020, θα αφορά την εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Η πλήρης εφαρμογή του ΓεΣΥ αναμένεται να ισχύσει από την 1η Ιουνίου 2020. Το ανώτατο ποσό συμπληρωμής που θα καλούνται να πληρώσουν οι ασθενείς είναι €300 ανά έτος και €75 για χαμηλοσυνταξιούχους και λήπτες Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος.

Το κράτος δύναται να καλύπτει δια χρηματοδότησης τυχόν ελλείμματα του Οργανισμού για τα πέντε πρώτα χρόνια που θα ακολουθήσουν αμέσως μετά την εισαγωγή και λειτουργία της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας του Γενικού Συστήματος Υγείας, σύμφωνα με τον περί Ελέγχου Δημοσίων Ενισχύσεων Νόμο και τις σχετικές περί κρατικών ενισχύσεων πρόνοιες της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Νοείται ότι η πιο πάνω χρηματοδότηση τελεί υπό την προϋπόθεση της ομαλής τήρησης της διαδικασίας υλοποίησης της οικονομικής και διοικητικής αυτονόμησης κατά τις κατευθυντήριες οδηγίες που θα εκδίδει κατά καιρούς το Υπουργικό Συμβούλιο, κατόπιν σχετικής εισήγησης του Υπουργού Υγείας.

5.2. Βασικές πρόνοιες της νομοθεσίας για την εφαρμογή του ΓεΣΥ

Με όσα έχουν ήδη αναφερθεί το ΓεΣΥ έχει σχεδιαστεί για να είναι καθολικό, κοινωνικά αλληλέγγυο, ολοκληρωμένο και προσβάσιμο. Δηλαδή συμμετέχουν όλοι με συνεισφορές στην βάση των εισοδημάτων τους, καλύπτεται όλος ο πληθυσμός, παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας και δίνει το δικαίωμα επιλογής στον ασθενή. Καλύπτονται όλες οι υπηρεσίες από ιατρούς σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, φάρμακα, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις (C.T. , X-ray,MRI κ.ά.) ή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και άλλες υπηρεσίες υγείας όπως καθορίζονται στην νέα νομοθεσία για το ΓεΣΥ. Όσον αφορά το ερώτημα ποιος θα διαχειρίζεται το ΓεΣΥ, με βάση την νομοθεσία περί ΓεΣΥ η διαχείριση του είναι ευθύνη του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας.

5.2.1. Σύσταση και λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ):

Ο νόμος για την σύσταση και λειτουργία του ΟΑΥ ψηφίστηκε το 2001 και τροποποιήθηκε το 2017. Από το 2003 άρχισε την λειτουργία του. Είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και διοικείται από ενδεκαμελές συμβούλιο. Το Διοικητικό Συμβούλιο απαρτίζεται από εκπροσώπους της κυβέρνησης, των εργοδοτών και των εργαζομένων καθώς και

εκπρόσωπο των ασθενών. Τα δύο ex-officio μέλη είναι ο Γ.Δ. του Υπουργείου Υγείας και ο Γ.Δ. του Υπουργείου Οικονομικών. Αποτελείται από τον πρόεδρο και τα μέλη του Συμβουλίου. Σκοπός του Συμβουλίου είναι η προώθηση προς εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Ο ΟΑΥ διαχειρίζεται το ταμείο που ιδρύεται. Εξασφαλίζει και παρέχει στους δικαιούχους την προβλεπόμενη Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διεξάγει αναλογιστικές μελέτες για την οικονομική κατάσταση του ταμείου, διαθέτει πόρους για σκοπούς έρευνας, διαφώτισης και επιμόρφωσης και παρέχει κίνητρα και υποτροφίες για μεταπτυχιακές σπουδές. Επίσης ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας προβαίνει σε κάθε πράξη και ενέργεια η οποία είναι συναφής με τις νομικές του αρμοδιότητες.

5.2.2. Ίδρυση και λειτουργία Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΥ)

Με βάση τον νόμο 73(1)2017 που ψηφίστηκε πρόσφατα από την Βουλή των Αντιπροσώπων ιδρύεται «Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας» ο οποίος αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Ο Οργανισμός έχει ουσιαστικά την ευθύνη για την λειτουργία, τη διαχείριση, τον έλεγχο, την εποπτεία και την ανάπτυξη των δημοσίων νοσηλευτηρίων και των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης έχει την ευθύνη για εφαρμογή της διοικητικής και οικονομικής αυτονομίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Ο Οργανισμός διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο που διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο και αποτελείται από τον πρόεδρο ο οποίος θα πρέπει να έχει εμπειρία πέραν των δέκα χρόνων στην διοίκηση αντίστοιχου μεγέθους οργανισμών και μέλη από τους τομείς της Ιατρικής, της δημόσιας υγείας, των οικονομικών, της διοίκησης επιχειρήσεων ή του ευρύτερου τομέα τη υγείας.

Σκοποί του Οργανισμού είναι μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ να διασφαλίζει την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους πολίτες, να αναπτύσσει εκπαιδευτικές,

ακαδημαϊκές και ερευνητικές δραστηριότητες στον τομέα των επιστημών υγείας. Επίσης εκδίδει πρωτόκολλα, οδηγίες και κατευθυντήριες γραμμές και οτιδήποτε άλλο έχει σαν στόχο την προώθηση της ορθής πρακτικής στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ταυτόχρονα αναπτύσσει επιχειρηματικές δραστηριότητες συναφείς με τις υπηρεσίες υγείας. Σκοπός είναι η όσον το δυνατόν καλύτερη και προσοδοφόρα εκμετάλλευση της περιουσίας που του ανήκει ή του έχει παραχωρηθεί για χρήση με σκοπό την επίτευξη των στόχων του.

5.2.3. Νόμος για εναρμόνιση με τις οδηγίες της Ε.Ε. και οι νέοι κανονισμοί για το εργασιακό πλαίσιο

Όπως έχει περιγραφεί ήδη σκοπός του δεύτερου νομοσχεδίου ήταν να προωθήσει μέτρα και κανονισμούς ώστε να επέλθει εναρμόνιση με τις οδηγίες της ΕΕ. Σκοπός είναι η ρύθμιση των τιμών των φαρμάκων και η κάλυψη του κόστους τους στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας. Επίσης η διασφάλιση του νομοθετικού πλαισίου για καλύτερη λειτουργία του ΓεΣΥ , έτσι ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες των ασθενών για παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών.

Επίσης οι νέοι κανονισμοί που ψηφίστηκαν έχουν σαν στόχο τη ρύθμιση του εργασιακού πλαισίου που θα εφαρμοστεί για το προσωπικό που θα μεταφερθεί ή θα προσληφθεί στον νέο αυτόνομο οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Κεφάλαιο 6

Απόψεις κομμάτων, επιστημονικών φορέων και συνδικαλιστικών οργανώσεων για το ΓεΣΥ.

Τα σημερινά προβλήματα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο , όπως έχουν περιγραφεί , έκαναν πλέον επιτακτική την ανάγκη για άμεση μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας.

Οι διάφοροι κοινωνικοί φορείς, κόμματα, συνδικαλιστικές οργανώσεις και επιστημονικοί φορείς στην μεγάλη τους πλειοψηφία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν να επιλυθούν αποτελεσματικά μόνο μέσα από την ψήφιση και την εφαρμογή της νομοθεσίας για το ΓεΣΥ. Με την εφαρμογή του ΓεΣΥ πείσθηκαν ότι επιτυγχάνονται οι ακόλουθοι σημαντικοί στόχοι :

- Συγκράτηση των δαπανών της υγείας και ταυτόχρονα οικονομική βιωσιμότητα του όλου συστήματος
- Συνεργασία και συντονισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα , κάτι που σήμερα είναι υποβαθμισμένα.
- Παροχή ολοκληρωμένου πακέτου καλύψεων και καθολική κάλυψη του πληθυσμού.
- Ισότιμη μεταχείριση των δικαιούχων πολιτών.
- Ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών όπως γιατρού , φαρμακείου , κλινικού εργαστηρίου κ.α.
- Έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, (Πηγή: ΟΑΥ,2012).

Μετά το 2001 που ψηφίστηκε ο βασικός νόμος για το ΓεΣΥ , ακολούθησε μια μακρά περίοδος συζητήσεων, παλινδρομήσεων και συγκρούσεων μεταξύ των διαφόρων φορέων. Τα βασικά στάδια της πορείας αυτής μετά το 2001 ήταν τα εξής:

- 2003: Ίδρυση και έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας(ΟΑΥ),και η ετοιμασία της οικονομικής μελέτης του Δρ. Hsiao.

- 2006: Στρατηγική εφαρμογής του ΓεΣΥ μέσα από τις αναλογιστικές μελέτες των Mckinsey και έναρξη το 2007 υλοποίησης αυτής της στρατηγικής. Κατάθεση τροποποιητικού νομοσχεδίου του ΓεΣΥ στη Βουλή.
- 2008: Παρουσίαση της αναλογιστικής μελέτης των Mercer.
- 2012: Σημαντικός σταθμός αναδεικνύεται η λήψη της πολιτικής απόφασης από το Υπουργικό Συμβούλιο για προώθηση της εφαρμογής του ΓεΣΥ.
- 2016: Συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και πολιτικών κομμάτων για την κατάρτιση οδικού χάρτη για εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Στην συνέχεια όπως ήταν αναμενόμενο ακολούθησε μια μακρά χρονική περίοδος συζητήσεων, αλλαγή χρονοδιαγραμμάτων αλλά και συγκρούσεων μεταξύ των κοινωνικών φορέων και της κυβέρνησης, αλλά και των εργοδοτικών οργανώσεων με τελική κατάληξη την ομόφωνη ψήφιση από την Βουλή της νέας νομοθεσίας για το ΓεΣΥ τον Ιούνιο του 2017. Συνοπτικά οι θέσεις των βασικών κομμάτων και φορέων είναι οι ακόλουθες :

6.1. Ανορθωτικό Κόμμα Εργαζομένου Λαού – ΑΚΕΛ

Το ΑΚΕΛ , το κόμμα της Κυπριακής Αριστεράς με μια μακρά ιστορία και πορεία στα πολιτικά πράγματα της Κύπρου, είχε ταχθεί ήδη από την δεκαετία του 1960 με συνεδριακή του απόφαση, υπέρ της εισαγωγής ενός Γενικού Συστήματος Υγείας προσβάσιμου και ποιοτικού για όλους τους πολίτες, με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.

Όλα τα χρόνια που προηγήθηκαν έγιναν πολλές προσπάθειες από το ΑΚΕΛ για προώθηση του ΓεΣΥ χαρακτηρίζοντας το κόμμα και την Κυπριακή Αριστερά ως ατμομηχανή για το ΓεΣΥ στην υπηρεσία του λαού και των αναγκών της κοινωνίας. (Γραφείο Τύπου ΑΚΕΛ 17.6.2017) Αντέδρασε με σθένος σε μεθοδεύσεις για αλλαγή του χαρακτήρα του ΓεΣΥ, ειδικά στην προσπάθεια για μετατροπή του από μονοασφαλιστικό σε πολυασφαλιστικό . Επίσης αντιτάχθηκε στα συμφέροντα που απεργάζονταν την αλλαγή του συμφωνημένου πλαισίου του ΓεΣΥ και εκτροχιασμό των εξελίξεων για εφαρμογή του. (<http://24h.com.cy>)

Το ΑΚΕΛ χαρακτήρισε την ομόφωνη ψήφιση της νομοθεσίας για το Γενικό Σύστημα Υγείας ως την μεγαλύτερη προοδευτική, δημοκρατική και εκσυγχρονιστική μεταρρύθμιση και ως εθνική κατάκτηση. Ταυτόχρονα χωρίς να μειώνει την προσπάθεια των υπόλοιπων πολιτικών δυνάμεων δηλώνει ότι θα συνεχίσει τον αγώνα και τις προσπάθειες για να γίνει το ΓεΣΥ από θεωρία πράξη. (Γραφείο Τύπου ΑΚΕΛ-17.6.2017)

6.2. Δημοκρατικός Συναγερμός – ΔΗΣΥ

Ο Δημοκρατικός Συναγερμός ως το κατεξοχήν κυβερνητικό κόμμα βρέθηκε πολλές φορές στο στόχαστρο άλλων πολιτικών δυνάμεων που το κατηγόρησαν ότι με θέσεις ή ενέργειες του προσπάθησε αυθαίρετα να επιχειρήσει την ανατροπή του νομικού πλαισίου για το ΓεΣΥ, εξυπηρετώντας ιδιωτικά συμφέροντα του μεγάλου κεφαλαίου. Ειδικά τα τελευταία χρόνια πέρασε μέσα από αντιφάσεις και παλινωδίες μεταξύ μονοασφαλιστικού και πολυασφαλιστικού συστήματος υγείας. (δήλωση εκπρ. Τύπου ΑΚΕΛ 17/07/2014) Ο Δημοκρατικός Συναγερμός παρά τις εσωτερικές του αντιθέσεις για το ΓεΣΥ, (μονοασφαλιστικό, πολυασφαλιστικό, ενδιάμεσο ΓεΣΥ κλπ.) τα τελευταία χρόνια υποστήριξε την προώθηση της νομοθεσίας για το εθνικό σύστημα υγείας. Θεωρεί την ψήφιση της νομοθεσίας ως κατάκτηση για όλο τον πληθυσμό που θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των πολιτών. Επίσης χαιρέτησε της εποικοδομητική στάση όλων των κομμάτων τα οποία όπως αναφέρει σε ανακοίνωση του με εποικοδομητικές παρεμβάσεις βοήθησαν την τελική έκβαση της ψηφοφορίας στη Βουλή των Αντιπροσώπων αναφέροντας ότι το ποτάμι δεν γυρίζει πίσω (<http://24h.com.cy> / 6/2017).

6.3. Δημοκρατικό Κόμμα – ΔΗΚΟ

Το Δημοκρατικό Κόμμα είχε ταχθεί από την αρχή υπέρ ενός σχεδίου υγείας που θα έφερνε την μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας ούτως ώστε οι πολίτες να απολαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα διατήρησε κάποιους προβληματισμούς και ανησυχίες σε ότι αφορά την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. (www.newsit.com.cy, 9/6/2017) Σύμφωνα με θέσεις του κόμματος είχε προταθεί η άμεση εφαρμογή ενός ενδιάμεσου σχεδίου για μια μεταβατική περίοδο μέχρι την εφαρμογή του τελικού ΓεΣΥ. Βασικές πρόνοιες αυτού του σχεδίου ήταν η κάλυψη των συνταξιούχων, των δημοσίων υπάλληλων με 1,5% συνεισφορά, κίνητρα για ιδιωτικές ασφαλίσεις, και άμεση αναδιοργάνωση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Φυσικά αυτή η θέση δεν έγινε δεκτή από τους υπόλοιπους φορείς με τον φόβο εκτροχιασμού του ΓεΣΥ. Τελικά το Δημοκρατικό Κόμμα στήριξε την νομοθεσία για το ΓεΣΥ ψηφίζοντας τους βασικούς νόμους μαζί με τα υπόλοιπα κόμματα τον Ιούνιο του 2017. (<http://politis.com.cy> 16/3/2017)

6.4. Σοσιαλιστικό Κόμμα ΕΔΕΚ

Η ΕΔΕΚ εδώ και αρκετά χρόνια υποστήριξε την προσπάθεια για εφαρμογή του ΓεΣΥ θεωρώντας ότι θα οδηγήσει σε επίλυση τα σοβαρά και χρόνια προβλήματα του τομέα της υγείας στην Κύπρο. Πρότεινε ενδιάμεσα την εφαρμογή σταδιακού προγράμματος με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, ξεκινώντας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, την αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων και των πρώτων βοηθειών και μεταφορά ασθενών στον ιδιωτικό τομέα. Αυτή η πρόταση δεν έγινε αποδεκτή από τις υπόλοιπες πολιτικές δυνάμεις. Η ΕΔΕΚ πρότεινε επίσης την αναβάθμιση των αγροτικών κέντρων υγείας και την ενίσχυση της προληπτικής ιατρικής καθώς και την ευθύνη εποπτείας και εφαρμογής του σχεδίου να την έχει ο ΟΑΥ. (<http://www.reporter.com.cy>, 18/3/2016) Μέσα στην αμέσως προηγούμενη χρονική περίοδο η ΕΔΕΚ πρότεινε διάφορες τροποποιήσεις οι οποίες έτυχαν συζήτησης με τους υπόλοιπους φορείς και το Υπουργείο Υγείας, όπως π.χ. η πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα φάρμακα, η αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων την οποία

πρότεινε όπως γίνει σε 3 επίπεδα : μια διοικητική δομή που θα προσφέρει ευελιξία και ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, ορθολογική ανάπτυξη του επιστημονικού και ιατρικού προσωπικού και τρίτο την οικονομική βιωσιμότητα των νοσηλευτηρίων (<http://stockwatch.com.cy> 9/3/2017). Τελικά η ΕΔΕΚ υπερψήφισε τα νομοσχέδια για το ΓεΣΥ στηρίζοντας την εφαρμογή του.

6.5. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ)

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) χαιρέτισε την ψήφιση των μεταρρυθμιστικών νομοσχεδίων του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) και της αυτονόμησης των δημόσιων νοσηλευτηρίων από τη Βουλή, τα οποία, όπως τονίζει, είναι εξαιρετικής σημασίας για την ανάπτυξη και βελτίωση του τομέα της υγείας στην Κύπρο. Σε ανακοίνωσή του, ο ΟΑΥ ανέφερε πως παραμένει προσηλωμένος και θα συνεχίσει σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, να εργάζεται εντατικά για την επιτυχή εφαρμογή του ΓεΣΥ στα πλαίσια των χρονοδιαγραμμάτων που καθορίζονται στο Νόμο. Πρόσθεσε πως η υγεία των πολιτών είναι κοινωνικό και πολιτικό δικαίωμα, το οποίο διασφαλίζεται με την εφαρμογή του πολυπόθητου ΓεΣΥ, σημειώνοντας πως η σημερινή ψήφιση του νομοσχεδίου του ΓεΣΥ αποτελεί ορόσημο και είναι καθοριστικής σημασίας για τις περαιτέρω εξελίξεις. Είναι ένα σχέδιο υγείας κοινωνικά δίκαιο, καθολικό, αλληλέγγυο, το οποίο διασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Το νομοσχέδιο, όπως ψηφίστηκε, είναι το αποτέλεσμα της μεγαλύτερης κοινωνικής και πολιτικής συναίνεσης από τη μια και επιστημονικής και τεχνοκρατικής τεκμηρίωσης από την άλλη.

Ο Οργανισμός ασφάλισης υγείας που ιδρύθηκε το 2003 μετά την ψήφιση του πρώτου νομοσχεδίου για το ΓεΣΥ είναι ο κατεξοχήν θεσμός που θα έχει και την κύρια ευθύνη για την υλοποίηση του σχεδίου υγείας.

6.6. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ)

Ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος τάχθηκε υπέρ της εφαρμογής ενός ορθά μελετημένου και δομημένου Εθνικού Σχεδίου Υγείας και επαναδιατύπωσε με υπευθυνότητα και σοβαρότητα την αμετάκλητη θέλησή του να συμβάλει εποικοδομητικά με όλες του τις δυνάμεις στη μεταρρύθμιση και αναβάθμιση του τομέα της Υγείας, που θα επιλύει σημερινά προβλήματα και όχι να οδηγεί σε παρωχημένες πολιτικές σε σχέση με τον προτεινόμενο σχεδιασμό.

Σε ανακοίνωσή του, ο ΠΙΣ ανέφερε πως αφουγκράζεται τις ανησυχίες που εκφράστηκαν από την ΟΕΒ και το ΚΕΒΕ, αλλά και τις θέσεις που συχνά εγείρονται από τα συνδικαλιστικά όργανα των Ιατρών του Δημοσίου και αφορούν την εκτίμηση ότι αν δεν γίνει σωστή αναδιάρθρωση και αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων του δημοσίου, δεν θα επιτύχει η εφαρμογή του σχεδίου. Αυτό ουσιαστικά θα δημιουργήσει ασύμμετρα προβλήματα στη σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, τόσο όσον αφορά την απρόσκοπτη παροχή ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς τους ασθενείς, όσο και στην εύρυθμη λειτουργία του τομέα της υγείας γενικότερα. (ΠΙΣ, Δελτίο τύπου, 2/2016)

Επιπρόσθετα, ο ΠΙΣ ανέφερε πως θεωρεί επιτακτική ανάγκη να προηγηθεί κατάρτιση ιατρικών και κλινικών πρωτοκόλλων, τα οποία θα καθορίζουν τη μέθοδο, αλλά και την ελάχιστη ποιότητα των παρεχόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών που θα προσφέρονται στους πολίτες, προσθέτοντας ότι : “μόνο με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε ως πολιτεία να διασφαλίσουμε την καθολική και απρόσκοπτη παροχή ποιοτικών ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών στον τόπο μας, αλλά και παράλληλα με ασφάλεια να υπολογίσουμε το απαιτούμενο κόστος της λειτουργίας του ΓεΣΥ`. Εξέφρασε ακόμα την εκτίμηση πως ο διαθέσιμος προϋπολογισμός για το ΓεΣΥ θα πρέπει να είναι επαρκής και να διασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία του από την αρχή της εφαρμογής του, αλλά και να εξασφαλίζει τα εχέγγυα του συνεχούς εκσυγχρονισμού και της αναβάθμισης των ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών προς όφελος των ασθενών.

Ο ΠΙΣ θεωρεί ότι η Πολιτεία οφείλει να διασφαλίζει τα συμφέροντα των πολιτών ως κόρη οφθαλμού προς το καλώς νοούμενο συμφέρον μιας υγιούς και ευημερούσας κοινωνίας και καλεί όλους τους συμβαλλόμενους φορείς να συμπορευθούν μαζί του, έτσι ώστε να διασφαλισθεί ότι η πολιτεία θα προχωρήσει με την εφαρμογή ενός βιώσιμου και λειτουργικού ΓεΣΥ, το οποίο θα εκσυγχρονίζει και δεν θα υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς μας και δεν θα οδηγεί στην εξαθλίωση του ιατρικού επαγγέλματος.

6.7. Παγκύπρια Συντεχνία Δημοσίων Υπαλλήλων ΠΑΣΥΔΥ

Η Παγκύπρια Συντεχνία Δημοσίων Υπαλλήλων υποστήριξε με ανακοινώσεις της το ΓεΣΥ και δεν αντιτάχθηκε στην εισαγωγή του. Στήριξε τις προσπάθειες της κυβέρνησης και την στρατηγική της για σταδιακή εφαρμογή του ΓεΣΥ, για αντιμετώπιση των προβλημάτων που ταλανίζουν την δημόσια υγεία. Συμφώνησε ότι τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να προετοιμαστούν για να είναι έτοιμα να ανταγωνιστούν τα ιδιωτικά. Η ΠΑΣΥΔΥ ακόμα δηλώνει ότι συμφωνεί πλήρως με τις αρχές της αλληλεγγύης και της καθολικότητας στις οποίες στηρίζεται το ΓεΣΥ, το οποίο πρέπει να προετοιμαστεί και να εφαρμοστεί σωστά για να είναι λειτουργικό και βιώσιμο.

Επίσης η ΠΑΣΥΔΥ συμφώνησε ότι θα αποδεχθεί τις συνεισφορές έτσι όπως έχουν καθοριστεί και για τα μέλη της, νοούμενου ότι όλοι θα συνεισφέρουν, ανεξαρτήτως σε ποια κατηγορία εργαζομένων ανήκουν, έτσι ώστε να στηριχτεί αυτή η εκ βάθρων μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. (www.politisnews.com.cy – 11/4/2017) Σε ανακοίνωση της όμως η ΠΑΣΥΔΥ δηλώνει ότι μετά την ψήφιση του νομοσχεδίου θα απαιτήσει μέσω δικαστηρίου όπως το κράτος ως εργοδότης καταβάλλει τις συνεισφορές επικαλούμενη τους όρους εργοδότησης στη δημόσια υπηρεσία. « Πρέπει όλοι να καταλάβουν ότι στους όρους εργοδότησης της δημόσιας υπηρεσίας προνοείται ότι ο εργοδότης, το Κράτος δηλαδή, είναι υπόχρεος να εξασφαλίζει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους υπαλλήλους του» , τονίζει σε ανακοίνωση της η ΠΑΣΥΔΥ.

6.8. Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών (ΠΑΣΥΚΙ):

Η Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών (ΠΑΣΥΚΙ), έχει ανακοινώσει ότι παραμένει σταθερή και προσηλωμένη στον τελικό στόχο και όραμα, που όλοι ενστερνίζονται αλλά και που όλοι διατυμπανίζουν, δηλαδή την εφαρμογή ενός βιώσιμου και καθολικού γενικού σχεδίου Υγείας. Με αφορμή τη διαρροή του εγγράφου στον Τύπο που η ΠΑΣΥΚΙ υπέβαλε ως απάντηση στα σημεία που περιέχονται στην πρόταση του Προέδρου της Δημοκρατίας και της κυβέρνησης για τα θέματα υγείας προς τα Συνδικαλιστικά Κινήματα, η Συντεχνία των Κυβερνητικών Ιατρών αναφέρει ότι αυτό “ομοιάζει με ένα επικοινωνιακό παιχνίδι που σκοπό έχει να τορπιλίσει την όλη διαδικασία αλλά επίσης έντεχνα να προχωρήσει σε μετάθεση ευθυνών”.

Προ της εφαρμογής και υλοποίησης του ΓεΣΥ., σημειώνεται, υπάρχει η αδήριτη ανάγκη να προηγηθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα εκσυγχρονισμού και αναδιοργάνωσης, ούτως ώστε, η περίοδος που ακολουθεί της Διοικητικής και Οικονομικής Αυτονομησης, να προετοιμάσει τα Κρατικά Δημόσια Νοσηλευτήρια ώστε να μπορέσουν να διαδραματίσουν το βαρυσήμαντο ρόλο που τους αποδίδουν σε περιβάλλον ΓεΣΥ., προς όφελος πρωτίστως του τελικού αποδέκτη των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, του Κύπριου πολίτη, του Κύπριου ασθενή.

Η ΠΑ.ΣΥ.Κ.Ι. αναφέρει ότι ουδέποτε απέρριψε οποιαδήποτε πρόταση μεταρρύθμισης στον τομέα της Υγείας αλλά πάντοτε με σοβαρότητα και αίσθημα ευθύνης μετά από σοβαρή σκέψη και προβληματισμό, στο πλαίσιο πάντοτε του νενομισμένου διαλόγου και της διαβούλευσης βάσει του Κώδικα Εργασιακών Σχέσεων της Κυπριακής Δημοκρατίας, τοποθετήθηκε επί των προτάσεων του Υπουργείου Υγείας, καταλήγοντας σε τελική συμφωνία. Αναμένεται στη συνέχεια η περαιτέρω συζήτηση και ολοκλήρωση των ζητημάτων που αφορούν το εργασιακό πλαίσιο και τη μισθοδοσία των Γιατρών στα πλαίσια του σχεδίου Υγείας. Σε ανακοίνωση του το Δ.Σ. της Παγκύπριας Συντεχνίας των Κυβερνητικών Ιατρών δηλώνει ότι υποστηρίζει μια σωστή και καλά μελετημένη

αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων η οποία να είναι πάνω σε στέρεες βάσεις, όπως και την εφαρμογή του ΓεΣΥ προς όφελος των πολιτών(<http://www.reporter.com.cy-30.9.2016>).

6.9. Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία ΠΕΟ

Η ΠΕΟ τάχθηκε υπέρ της εφαρμογής ενός ΓεΣΥ όπως ψηφίστηκε το 2001, με το οποίο διασφαλίζεται καθολικότητα στην κάλυψη, εισφορές με βάση τα εισοδήματα και τις οικονομικές δυνατότητες των εισφορέων, και υπηρεσίες υγείας με βάση τις ανάγκες του καθενός σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε ανακοίνωση της, η ΠΕΟ αναφέρει ότι στη συζήτηση των Νομοσχεδίων του ΓεΣΥ, ενώπιον της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Υγείας, ο Υπουργός Υγείας και οι εκπρόσωποι του Υπουργείου Οικονομικών μετέφεραν θέση της κυβέρνησης για ίση συνεισφορά εργαζομένων και εργοδοτών καθώς και για αυξημένες και καθολικές συμπληρωμές οι οποίες υπάρχει πιθανότητα να αυξάνονται στην πορεία. Η ΠΕΟ αντιτάχθηκε σε αυτήν την πρόταση αναφέροντας ότι «Θα ήταν φοβερά παράδοξο και προκλητικό σε μια εποχή που οι κοινωνικές ανισότητες έχουν διευρυνθεί σε βάρος των μισθωτών και των ευάλωτων ομάδων της κοινωνίας, να επιδιωχθεί από οποιονδήποτε ανατροπή σε βάρος των εργαζομένων της ήδη καθορισμένης αναλογίας». Η ΠΕΟ υποστήριξε ότι οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, όπως οι χαμηλοσυνταξιούχοι, που έχουν περισσότερη και συχνότερη ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι απαραίτητο να τυγχάνουν διαφορετικής μεταχείρισης.

Σε ανακοίνωση της η ΠΕΟ χαιρετίζει την καταρχήν έγκριση των νομοσχεδίων για το ΓεΣΥ, εξέλιξη η οποία είναι αποτέλεσμα της σθεναρής αντίθεσης και των πιέσεων που ασκήθηκαν από το συνδικαλιστικό κίνημα, κόμματα και την κοινωνία στις προσπάθειες της κυβέρνησης για να εφαρμόσει πολυασφαλιστικό σύστημα. Υποστήριξε την σωστή λειτουργία ενός ασφαλιστικού οργανισμού του ΟΑΥ ο οποίος θα λειτουργεί κάτω από κοινωνικό έλεγχο και θα έχει την ευθύνη λειτουργίας του ΓεΣΥ. Επίσης αναφέρει ότι θα συνεχίσει να παρακολουθεί στενά την πορεία υλοποίησης όσων εξαγγέλλονται και γενικά τις εξελίξεις που αφορούν το Γενικό Σχέδιο Υγείας. (<https://www.peo.org.cy>)

6.10. Συνομοσπονδία Εργατών Κύπρου ΣΕΚ

Η ΣΕΚ απαιτεί το ΓΕΣΥ να εφαρμοσθεί όπως σχεδιάστηκε μέχρι σήμερα και οι κοινωνικοί εταίροι που θα είναι και οι βασικοί συνεισφορείς στη λειτουργία του να έχουν ουσιαστικό και σημαντικό ρόλο και λόγο στη διαχείριση και στη διοίκηση του.

Η ΣΕΚ σε καμιά περίπτωση δεν πρόκειται να δεχθεί να φτιάξουμε ένα ΓΕΣΥ στα πρότυπα του Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπου διαμέσου της κυβερνητικής διαχείρισης το κράτος κατάφερε να δανειστεί τα λεφτά του Ταμείου και να συσσωρεύσει χρέη που ξεπερνούν τα 7.5 δισεκατομμύρια ευρώ».

Επίσης το Γενικό Συμβούλιο της ΣΕΚ στις 19/2/15 αφού εκφράζει την αγωνία του για τη διαίωνηση της κατάστασης, απορρίπτει την ιδέα για την εισαγωγή πολυασφαλιστικού συστήματος υγείας και απορρίπτει επίσης κάθε σκέψη για την υπερσυγκέντρωση εξουσιών στο πρόσωπο του εκάστοτε υπουργού υγείας. Ανεξάρτητα απ' όλα τα πιο πάνω συμπεραίνεται πως, ενώ η βασική νομοθεσία για το ΓΕΣΥ ψηφίστηκε πριν από αρκετά χρόνια, η αναβλητικότητα των πολιτικών δυνάμεων και κυβερνήσεων και τα διάφορα διαπλεκόμενα συμφέροντα στερούν από τους πολίτες το δικαίωμα να έχουν ένα ποιοτικό σχέδιο υγείας που θα τους καλύπτει όλες τις ανάγκες σε περίθαλψη, από τη σύλληψη μέχρι και το θάνατο.(<http://www.sek.org>)

6.11. Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου ΔΕΟΚ

Η Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου εξέφρασε από την αρχή την πλήρη στήριξη της στην ιδέα προώθησης προς εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας με σκοπό την μεταρρύθμιση στον τομέα της Υγείας το συντομότερο δυνατό. Μέχρι την υλοποίηση του ΓεΣΥ η ΔΕΟΚ τάχθηκε υπέρ της αυτονόμησης και αναδιοργάνωσης των δημόσιων νοσηλευτηρίων και το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει συστηματικά και καθημερινά να βελτιώνει να αναβαθμίζει και να αναπτύσσει τις δομές και τις διαδικασίες στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Σύμφωνα με τη ΔΕΟΚ τα δημόσια νοσοκομεία είναι το καταφύγιό όλων των ομάδων των πολιτών, των εργαζομένων με χαμηλούς μισθούς, των ανέργων, των πολύτεκνων οικογενειών και των συνταξιούχων, και όλων όσων έχουν πραγματική ανάγκη. Τέλος, χαιρέτησε την ψήφιση των νομοσχεδίων για το ΓεΣΥ και δήλωσε ότι θα παρακολουθεί την πορεία υλοποίησής τους. (<http://reporter.com.cy-30.9.2016>)

6.12. Ομοσπονδία Εργοδοτών και Βιομηχάνων ΟΕΒ

Η ΟΕΒ ως ο κατεξοχήν εκπρόσωπος των εργοδοτικών οργανώσεων αντιτάχθηκε από την αρχή στους σχεδιασμούς για την εισαγωγή ενός μονοασφαλιστικού σχεδίου υγείας όπως τελικά εγκρίθηκε από την Βουλή των Αντιπροσώπων . Σε επιστολή που απέστειλε στην κυβέρνηση και τα πολιτικά κόμματα έθεσε δυο βασικά για την ίδια ζητήματα :

1. Η έναρξη καταβολής των εισφορών των εργαζομένων και των επιχειρήσεων στο ταμείο να ξεκινήσει μόνο αφού υπάρξει μελέτη πως στη πράξη έχει επιτύχει η οικονομική, διοικητική και οργανωτική αυτονόμηση όπως τέθηκε αρχικά και
2. Κατά την εφαρμογή του ΓεΣΥ να ληφθούν υπόψιν τα ιδιωτικά σχέδια υγείας που υπάρχουν καθώς και άλλα συλλογικά συστήματα υγείας, όπως αυτά της ΕΤΥΚ, των Ημικρατικών Οργανισμών, κλπ.

Η πρόταση της ΟΕΒ προνοεί όπως δοθεί η επιλογή στους εργοδότες και τους εργαζόμενους είτε να ενταχθούν στο ΓεΣΥ είτε να διατηρήσουν τα υφιστάμενα τους ασφαλιστικά σχέδια και ταμεία υγείας, αναβαθμίζοντας τα ώστε να απολαμβάνουν ισάξιες καλύψεις με τους υπόλοιπους εργαζόμενους , καταβάλλοντας την διαφορά μεταξύ ασφαλίστρου και της συνεισφοράς που τους αναλογεί με βάση τα εισοδήματά τους .

Η συγκεκριμένη ρύθμιση προτείνεται να λειτουργήσει για περίοδο τριών χρόνων και μετά την περίοδο αυτή να μελετηθεί ο όλος σχεδιασμός σε βάθος με την εμπειρία αυτών των τριών πρώτων χρόνων. Η ΟΕΒ αναφέρει από την μία ότι δεν αντιτίθεται στο ΓεΣΥ αλλά από την άλλη θεωρεί ότι ως απαραίτητη προϋπόθεση για εφαρμογή του Σχεδίου Υγείας

είναι η διοικητική και οικονομική αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και πιστεύει ότι οι υπολογισμοί για το πραγματικό κόστος της κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού δεν έχουν ολοκληρωθεί. Ταυτόχρονα αναφέρει ότι δεν υπάρχει συμφωνία με τους ιδιώτες γιατρούς και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και εκφράζει φόβους για επιπτώσεις στα δημόσια οικονομικά της χώρας. (<http://www.kathimerini.com.cy>-15.5.2017)

Κεφάλαιο 7

Διαπιστώσεις , Συμπεράσματα , Προτάσεις

Αναμφίβολα τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και στην Κύπρο συμβάλλουν στην διατήρηση της καλής υγείας του πληθυσμού και στην πρόληψη και αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών, επιδημιών και άλλων ανεπιθύμητων προβλημάτων στον τομέα της δημόσιας υγείας. Παράλληλα οι δυσλειτουργίες και τα προβλήματα που παρατηρούνται στα συστήματα υγείας, δημιουργούν αναπόφευκτα και δυσκολίες στην αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας.

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο παρά τις δυσλειτουργίες και τα προβλήματα του, έχει να παρουσιάσει πολύ καλά αποτελέσματα όσον αφορά το επίπεδο υγείας του Κυπριακού πληθυσμού το οποίο μπορεί να συγκριθεί ευνοϊκά με αυτό των αναπτυγμένων χωρών.

Όπως φαίνεται και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όσον αφορά τα μετρήσιμα κριτήρια, η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής είναι στα ίδια επίπεδα με εκείνη των αναπτυγμένων χωρών, η μητρική θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στο μηδέν, ενώ το ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας είναι ελάχιστα ψηλότερο (πίνακας 20).

Φυσικά τα αποτελέσματα αυτά, που κατατάσσουν την Κύπρο ψηλά ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και σε συγκεκριμένους ευνοϊκούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν την Κυπριακή κοινωνία δια μέσου της ιστορικής εξέλιξης. Είναι αυτό που θα ονομάζαμε ``Κυπριακό παράδοξο της υγείας``, όπως ακριβώς ο καθηγητής Τάσος Φιλαλήθης αποκαλεί παρόμοιο φαινόμενο στην Ελλάδα ως ``το Ελληνικό παράδοξο της υγείας`` (Φιλαλήθης Τ., ομιλία 10/2002). Τέτοιοι παράγοντες είναι η Μεσογειακή διατροφή, η σχετικά καλή διατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος, οι συνθήκες και ο τρόπος ζωής, οι καλές κλιματολογικές συνθήκες της Κύπρου, οι δεσμοί της οικογένειας που ακόμα διατηρούνται ισχυροί κ.ά..

Πίνακας 20: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κύπρο κατά το 2004 έως 2013.

Fetal, neonatal and infant deaths*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fetal (deadborn fetus of 22 or more completed wks of gestation)	-	-	-	-	-	-	-	34	42	42
Early neonatal (0-6 days)	10	24	15	9	18	11	18	13	24	5
Late neonatal (7-27 days)	3	4	4	5	4	7	2	3	4	3
Post neonatal (28-365 days)	16	11	8	13	10	14	8	10	7	7
Infant deaths (<1 yr) (0-365 days)	29	39	27	27	32	32	28	26	35	15

Year	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Live births Cyprus**	8309	8243	8731	8575	9205	9608	9801	9622	10161	9341
Total births Cyprus (Live + Stillbirths)	-	-	-	-	-	-	-	9656	10203	9383
Fetal mortality rate per 1000 total births								3,5	4,1	4,5
Early neonatal mortality rate per 1000 live births	1,2	2,9	1,7	1,0	2,0	1,1	1,8	1,4	2,4	0,5
Late neonatal mortality rate per 1000 live births	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	0,7	0,2	0,3	0,4	0,3
Post neonatal mortality rate per 1000 live births	1,9	1,3	0,9	1,5	1,1	1,5	0,8	1,0	0,7	0,7
Infant mortality rate per 1000 live births	3,5	4,7	3,1	3,1	3,5	3,3	2,9	2,7	3,4	1,6

* Source: Death Registry 2004-2013, Health Monitoring Unit, Ministry

** Source: Demographic Report 2013, Statistical Service of

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων της Κύπρου

Παρόλα αυτά, και παρά την πρόοδο που έχει παρατηρηθεί ταυτόχρονα έχουν συσσωρευθεί πολλά και σοβαρά προβλήματα στην λειτουργία και στη συνολική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στην Κύπρο. Γι' αυτό μετά από μεγάλη καθυστέρηση, πολλές συζητήσεις και έντονες αντιπαραθέσεις η πολιτειακή και πολιτική εξουσία αλλά και οι διάφοροι εμπλεκόμενοι φορείς στην Κύπρο, κατέληξαν σε συμφωνία για την επιδιωκόμενη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Αποτέλεσμα αυτής της συναίνεσης ήταν η ομόφωνη ψήφιση τον Ιούνιο του 2017 της νομοθεσίας για το ΓεΣΥ.

Για την επιτυχία όμως της εισαγωγής του ΓεΣΥ, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αναδιοργάνωση του δημόσιου τομέα υγείας στο επιτελικό και επιχειρησιακό επίπεδο. Έτσι θα μπορέσει να υλοποιήσει και να επιφέρει τον τελικό του σκοπό που είναι η ικανοποίηση των πολιτών, των χρηστών δηλαδή της υγείας.

Συνοψίζοντας λοιπόν και έχοντας ως βάση και τα θέματα που έχουν παρατεθεί στην εργασία αυτή, καταλήγουμε σε κάποιες χρήσιμες διαπιστώσεις και συμπεράσματα, αλλά ταυτόχρονα καταγράφονται και ορισμένες προτάσεις και εισηγήσεις.

7.1. Διαπιστώσεις

Ένα από τα βασικά θέματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες είναι η διαχείριση του συστήματος δημόσιας υγείας, προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά για τους πολίτες που είναι η υγεία. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής διαμορφώνει συνεχώς νέα δεδομένα για το σχεδιασμό του συστήματος υγείας σε πολλά κράτη αλλά και στην Κύπρο, δημιουργώντας νέες αυξημένες απαιτήσεις και ταυτόχρονα νέες ανάγκες για μεταρρυθμίσεις και εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας.

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας, οι νομικές ρυθμίσεις και οι θεσμοί που αναφέρονται στην παροχή υγείας στον λαό υποδηλώνουν το επίπεδο και την κατεύθυνση του πολιτισμού της χώρας αυτής.

Η οργάνωση της δημόσιας υγείας στην Κύπρο πριν την ανεξαρτησία της το 1960 βρισκόταν σε υποτυπώδη κατάσταση ενώ η Κύπρος κυρίως κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας υπέφερε από επιδημίες, έλλειψη νοσοκομείων και νοσηλευτικών δομών αλλά και γιατρών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον πληθυσμό. Αργότερα και κυρίως κατά την περίοδο της Αγγλοκρατίας άρχισαν να αναπτύσσονται σχετικά οι υποδομές και γενικότερα η ανάπτυξη του συστήματος υγείας.

Η νεοσύστατη Κυπριακή Δημοκρατία μαζί με τα υπόλοιπα προβλήματα που κληρονόμησε από την αποικιοκρατία ήταν και τα προβλήματα στην υγεία. Έτσι έθεσε ως βασικό στόχο την αναβάθμιση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό τον λόγο άρχισαν οι συζητήσεις και οι μελέτες για αναδιοργάνωση και επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα οι προσπάθειες για συνεχή βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Ένα σύγχρονο σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σήμερα προβλήματα που ξεπερνούν τον ιστορικό προορισμό του τομέα της υγείας που ήταν η περίθαλψη ατόμων που το είχαν ανάγκη. Η πρόοδος της ιατρικής γνώσης και της τεχνολογίας, η άνοδος του εισοδήματος και των προσδοκιών των πολιτών, η γήρανση του πληθυσμού και οι πεπερασμένοι πόροι που μπορούν να διατεθούν για την υγεία σε σχέση με άλλες ανάγκες, είναι θέματα που απασχολούν την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα ευρίσκονται σε περίοπτη θέση στην χάραξη της πολιτικής υγείας σε κάθε κράτος.

Η ανάγκη για τις επιδιωκόμενες αλλαγές στο σύστημα υγείας της Κύπρου έχει προκύψει εδώ και αρκετά χρόνια. Η συσσώρευση των διαχρονικών και σημαντικών διαρθρωτικών προβλημάτων στον τομέα της υγείας στην Κύπρο, οδήγησε τις πολιτικές και κοινωνικές δυνάμεις μπροστά στον κίνδυνο κατάρρευσης των δημόσιων νοσηλευτηρίων να πάρουν σημαντικές και καθοριστικές αποφάσεις. Μετά από συζητήσεις και υποσχέσεις δεκαετιών ομόφωνα το 2001 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος για το ΓεΣΥ, με βάση τον οποίο ιδρύθηκε το 2013 ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ενώ τον Ιούνιο του 2017 ψηφίστηκε η νέα βασική νομοθεσία για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Η έλλειψη στρατηγικής ανάπτυξης, η γραφειοκρατική διοίκηση και η ελλιπής οικονομική διαχείριση οδήγησαν σε μη επαρκείς και ποιοτικά μη αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη πολιτικής βούλησης και οι μακροχρόνιες αντιπαραθέσεις επί των προτεινόμενων αλλαγών στο σύστημα υγείας, αλλά και η απροθυμία διαχρονικά των κυβερνήσεων να προχωρήσουν στις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις οδήγησαν στη συσσώρευση σημαντικών προβλημάτων στον τομέα της υγείας.

Κύρια χαρακτηριστικά της υφιστάμενης κατάστασης στον τομέα της υγείας στην Κύπρο είναι η απουσία καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η μη παροχή ικανοποιητικής φροντίδα υγείας, ενώ δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα

πρωτοβάθμιας φροντίδας με αποτέλεσμα αρκετοί ασθενείς να καταφεύγουν στα τμήματα των Πρώτων Βοηθειών. Η Κύπρος δαπανά πολύ λίγα για την υγεία, ενώ ένα ποσοστό 51% των συνολικών δαπανών για την υγεία καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Αυτά όλα δημιουργούν μια μεγάλη κοινωνική ανισότητα στην υγεία.

Η Κύπρος αποτελεί ουσιαστικά τη μοναδική χώρα της Ευρώπης που δεν διαθέτει μέχρι τώρα, Εθνικό Σύστημα Υγείας, τέτοιο που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Το σύστημα υγείας που λειτουργεί μέχρι σήμερα ουσιαστικά απευθύνεται μόνο σε ένα μέρος του πληθυσμού. Περίπου 70-80% των πολιτών είναι δικαιούχοι δωρεάν πρόσβασης σε ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας που μπορεί όμως να εξυπηρετήσει λιγότερο από το 50% του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολύ σοβαρά καθημερινά προβλήματα.

Την τελευταία 25ετία έχουν ανεγερθεί καινούργια Γενικά Νοσοκομεία σε όλες τις πόλεις της Κύπρου, τα οποία προσφέρουν όλα τα επίπεδα νοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Το σύνολο όμως των νοσοκομειακών κλινών υπολείπεται του μέσου όρου της ΕΕ, όπου έχουμε περίπου 600 κλίνες ανά 100,000 κατοίκους. Αυτό δημιουργεί αρκετά προβλήματα και αύξηση στις λίστες αναμονής.

Κατόπιν μακροχρόνιων διαβουλεύσεων όλων των εμπλεκόμενων φορέων, τον Ιούνιο του 2017 η Βουλή ψήφισε ομόφωνα τη νέα νομοθεσία για το ΓεΣΥ, η οποία περιλαμβάνει την προώθηση εφαρμογής του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των νοσοκομείων. Η εφαρμογή του ΓεΣΥ που θα είναι μονοασφαλιστικό και κοινωνικά δίκαιο, θα είναι προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες, θα προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και θα έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Πιστεύεται ότι με την ολοκλήρωση της εφαρμογής του θα επιλύσει πολλά από τα σημαντικά προβλήματα που ταλανίζουν σήμερα τον τομέα της υγείας στην Κύπρο.

7.2. Συμπεράσματα

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού σε θέματα υγείας, δημιούργησαν την ανάγκη αναζήτησης της κατάλληλης πολιτικής για εφαρμογή ενός

σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας. Ένα σύστημα που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του Κύπριου πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλό επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας παρά τα διαχρονικά προβλήματα, και την οικονομική κρίση έχει καταφέρει να διατηρηθεί σε ένα αξιοζήλευτο επίπεδο και αυτό αντικατοπτρίζεται στην ανταπόκριση των μονάδων παροχής υγείας, αλλά και στην γενικότερη διοικητική πολιτική που ακολουθείτε. Αυτό δείχνουν οι διάφοροι δείχτες υγείας. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην Κύπρο έχει βελτιωθεί και συγκρίνεται με αυτό των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών Χωρών. Συμβολή στο υψηλό αυτό επίπεδο υγείας έχουν και οι συνθήκες ζωής στην Κύπρο, όπως οι κλιματολογικές συνθήκες και η μεσογειακή διατροφή. Παρ' όλα αυτά, ο τομέας υγείας στην Κύπρο χρήζει μεταρρυθμίσεων και εξισορρόπησης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με στόχο την επίτευξη αριστείας προς όφελος του συνόλου του Κυπριακού λαού.

Η παρατεταμένη μακροοικονομική δυσκαμψία, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, οι εσωτερικές συγκρούσεις αλλά και οι έριδες μεταξύ των διαφόρων πολιτικών δυνάμεων και εμπλεκόμενων φορέων, δεν επέτρεψαν την έγκαιρη προώθηση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Οι σοβαρές αντιπαραθέσεις επί των προτεινόμενων αλλαγών της νομοθεσίας για το ΓεΣΥ, προκάλεσε σοβαρές καθυστερήσεις και συσσώρευση σημαντικών προβλημάτων στον τομέα της υγείας, και κυρίως στην λειτουργία και ικανοποιητική ανταπόκριση των δημόσιων νοσηλευτηρίων τα οποία δέχονται σοβαρές πιέσεις τα τελευταία χρόνια.

Σήμερα στην Κύπρο λειτουργεί ένα κατακερματισμένο σύστημα υγείας, όπου ο πολίτης δεν εξυπηρετείται αποτελεσματικά στον δημόσιο τομέα, καλύπτει εξ' ολοκλήρου ο ίδιος το κόστος της νοσηλείας του στον ιδιωτικό τομέα ενώ δεν τον καλύπτουν διάφορα ταμεία ικανοποιητικά. Όσον αφορά δε τις ιδιωτικές ασφάλειες στην υγεία δεν παρέχουν ικανοποιητικά πακέτα, ενώ μικρή μόνο μερίδα του πληθυσμού μπορεί να καλύψει τα αυξημένα ασφάλιστρα. Έτσι λοιπόν η προώθηση των μεταρρυθμίσεων και η εφαρμογή

του ΓεΣΥ θα επιλύσει σε μεγάλο βαθμό αυτά τα προβλήματα και τις δυσλειτουργίες. Ο ΟΑΥ θα αναλάβει την οικονομική διαχείριση του συστήματος και η ίδρυση του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας θα διασφαλίσει την ορθή διαχείριση των δημόσιων νοσηλευτηρίων .

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το ΓεΣΥ όπως έχει ψηφιστεί η νομοθεσία τον Ιούνιο του 2017, πρέπει να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα του μέσω μιας σωστής διοικητικής δομής, αλλά και συνεχούς ελέγχου της ομαλής λειτουργίας των νοσηλευτηρίων. Επομένως απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή εφαρμογή του ΓεΣΥ αποτελούν μια σειρά από αλλαγές στα κρατικά νοσηλευτήρια με πλήρη εφαρμογή του νέου νομοθετικού πλαισίου με τρόπο που να οδηγεί στην αυτονόμηση και αυτοδιοίκηση τους.

7.3. Προτάσεις

Η Κυπριακή Δημοκρατία εισήλθε στον 21^ο αιώνα κουβαλώντας σημαντικά προβλήματα στον τομέα της Υγείας που διαχρονικά δημιουργούσαν σοβαρά δυσλειτουργικά προβλήματα.

Προσήλωση πρέπει να υπάρξει στην αυστηρή εφαρμογή της νομοθεσίας για το ΓεΣΥ και στην αναδιοργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων, με εμπλοκή όλων των φορέων με έλεγχο της πορείας υλοποίησης και τήρησης των χρονοδιαγραμμάτων που έχουν τεθεί. Απαραίτητη θα είναι ίσως και η λήψη διορθωτικών μέτρων όπου χρειάζεται για να πετύχει η πορεία αυτή, και να μην παραμείνει η νομοθεσία κενό γράμμα.

Αξιοποίηση με πρακτικό τρόπο των θετικών στοιχείων που αφορούν τις συνθήκες της Κύπρου. Δηλαδή ανάδειξη της μεσογειακής διατροφής και των κλιματολογικών συνθηκών, της προστασίας του περιβάλλοντος, των συνθηκών και του τρόπου ζωής των Κυπρίων, των δεσμών της οικογένειας που ακόμα διατηρούνται αρκετά ισχυροί και που θα πρέπει να προστατευτούν και να ενισχυθούν .

Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων στην Υγεία. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, και την μείωση της επισκεψιμότητας στα τμήματα των πρώτων βοηθειών. Επίσης θα φέρει βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας υγείας προς τους πολίτες, οι οποίοι σήμερα είναι αρκούντως ενημερωμένοι, για τα θέματα της υγείας τους. Καταπολέμηση με αποτελεσματικό τρόπο του κινδύνου από τη μάλιστα των τροχαίων ατυχημάτων, τους κινδύνους από τις ουσίες εξάρτησης, το κάπνισμα κ.α. με την ανάπτυξη συγκεκριμένων προγραμμάτων.

Αξιοποίηση όλων των εξελίξεων στην ανάπτυξη της Ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Ανάπτυξη μικρών και ευέλικτων μονάδων υγείας και εκπαίδευση στελεχών στις νέες μεθόδους θεραπείας (Λαπαροσκοπική και Ρομποτική χειρουργική, μικροχειρουργική κ.α.), και επίσης ανάπτυξη σύγχρονων μονάδων εντατικής θεραπείας. Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα να είναι η γρήγορη διακίνηση των ασθενών. Αναβάθμιση των υπηρεσιών ασθενοφόρων, ανάπτυξη της τηλεϊατρικής και πλήρης αξιοποίηση της τεχνολογίας. Ανάπτυξη προγραμμάτων για εφαρμογή της δια βίου μάθησης και εκπαίδευσης των στελεχών της υγείας. Όλα αυτά φυσικά εξυπακούουν την αύξηση των δαπανών για την υγεία, τουλάχιστον στα επίπεδα του μέσου όρου της Ε.Ε.

Εισαγωγή μέσω των μεταρρυθμίσεων που προτείνονται με την νέα νομοθεσία, του management και της σύγχρονης διοίκησης των μονάδων υγείας, (Health Management), γνωρίζοντας ότι η νέα νομοθεσία προβλέπει την συλλογική διοίκηση των νοσηλευτηρίων μέσα από ένα στρατηγικό σχεδιασμό, ο οποίος θα πρέπει να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της λειτουργίας των νοσοκομείων. Η στρατηγική διοίκηση είναι κυρίαρχη σχολή σκέψης στην σημερινή εποχή, όπου με σωστό προγραμματισμό δηλαδή προσδιορισμό των στόχων, της στρατηγικής και των τακτικών ενεργειών και μέσων ,θα επιτευχθούν οι στόχοι για ένα ποιοτικό σύστημα υγείας, που θα ικανοποιεί τους πολίτες της χώρας μας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>
- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <http://www.mednet.gr/archives/2005>
- Γραφείο Τύπου ΑΚΕΛ, Δελτίο Τύπου 17-06-2017
- Δηλώσεις Εκπροσώπου Τύπου ΑΚΕΛ 17-07-2014
- Εκδόσεις Πολιτιστικού Κέντρου πρώην Λαϊκής Τράπεζας 2004.
- Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. , Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση , 2001
- Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. , Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση , 2001(σελ.181)
- Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. , Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση , 2001 (σελ.183)
- Καλογεροπούλου Μ, Μπουρδουκούτας Π, (2007). Υπηρεσίες υγείας, Τόμος Α Εκδόσεις Κλειδάριθμος , Αθήνα
- Κέντρο Οικονομικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Κύπρου, <http://www.erc.ucy.ac.cy>
- Κοντιάδης Ξ. , Σουλιώτης Κ. , Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 2005 (σελ. 183-191)
- Κυπριακή Ακαδημία Δημόσιας διοίκησης <http://politis.com.cy>
- Κυριόπουλος Γ. ΛιονήςΧ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ.,(2003), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο
- Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2007) *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου
- Λιαρόπουλος Λυκούργος, οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας Τόμος Α΄, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2007, ανατύπωση 2015
- Λιαρόπουλος Λ. ,(2005), Τα εγώ του ΕΣΥ, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις

- Μ.Βρυωνίδου-Λιάγκου, Η Ιατρική στην Κύπρο : Από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία, Εκδόσεις Πολιτιστικού Κέντρου πρώην Λαϊκής, 2006
- ΟΑΥ, Πρόταση για εφαρμογή του ΓεΣΥ Ιούνιος 2012
- Οικονομικές Στατιστικές Υγείας 2005, Τμήμα Στατιστικής
- Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, δελτίο τύπου 2012
- Σταμάτης .Α, Κώστα .Ντ., Hsiao .W, Rose .L, Sheldon .T, Harrison .S, Maynard .A, Ensor .T, Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, 1992
- Στατιστική Υγείας και Νοσοκομείων της Κύπρου, Στατιστική Υπηρεσία 2006
- Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων, 2006, Τμήμα Στατιστικής
- Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας της Κύπρου 2016-2018, εκδόσεις 2015
- Συμεών Μάτσης, Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο και το ΓεΣΥ, μελέτη, Λευκωσία 2008
- Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι. (2005) Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Οικονομικά της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(1), Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2005, 73-96
- Φιλαλήθης Τάσος, 2002, Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο: Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ΄ Αιώνα, `Επιθεώρηση Υγείας`
- Φιλαλήθης Τάσος 2015, «Κοινωνία και υγεία. Οργάνωση υπηρεσιών: Μοντέλα Συστημάτων Υγείας» Έκδοση 1.0, Ηράκλειο 2015.
- Φωτογραφικό Αρχείο Πάφου.

2. Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Agrotou A., and Kalakouta .O, «Health For all in Cyprus: Current situation, progress and prospects», Easter Mediterranean Health Journal, No 4, 2000.
- Chavreeul K , Berg Brigham K.,Durand - Zaleski I., Hernandez-Quevedo C. (2015). France: Health System Review. Health systems in transition, 17(3):1-218
- Demographic Report 2013, Statistical Service of Cyprus Health Monitoring Unit, Ministry of Health
- Eurostat Database Completed With Data From OECD Health Statistics 2016
- Georgiadis A., (2001), History of Cyprus Medicine and Nursing during the British rule (1878-1960). Nicosia, Cyprus : Self published
- Georgiadis A., (2001), History of Cyprus Medicine and Nursing during the British rule (1878-1960). Nicosia, Cyprus : Self published
- Haynes, D.M. (2001). Imperial medicine: Patrick Manson and the conquest of tropical disease. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Hook, G. (2009). Britons in Cyprus 1878-1914 (Doctoral Dissertation). Austin: University of Texas.
- Hsiao W.,Jakam,M., A study of the Costs of the National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus, Harvard School of Public Health, 2003.
- Ioannis Dimitrakopoulos, R.N. Dimos Dimitriadis R.N., Constantina Kaloudi R.N. and Sapountzi – Krepia D. (2015). Healthcare services in Cyprus during the Ottoman period (1571-1878). International journal of caring sciences, 8 (3), 747-755
- OECD, Health statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
- OECD Health Statistics 2014: Eurostat Statistics Database: WHO global health Expenditure Database

- Quality and Costs of Primary Care In Europe between 2011-2013, Van Der Berg et al.(2016)
- Varnava A., (2009), British imperialism in Cyprus, 1878-1915: the incosequential possession (Vol.157) Manchester : Manchester University press.

3. Διαδικτυακές Πηγές

- <https://ygeia.news.com>, 6/2017
- <https://ygeia.news.com>, 6/2016
- <https://www.moh.gov.cy>
- <https://www.moh.gov.cy>
- <https://www.hio.org.cy>
- <https://www.moh.gov.cy>
- <https://www.moh.gov.cy>
- <https://www.sigmalive.com>
- <http://www.erc.ucy.ac.cy> , Μελέτη ΚΟΕ 06/2006
- <http://www.erc.ucy.ac.cy>
- <http://www.erc.ucy.ac.cy>
- <http://archive.inbusinessnews.com/13-02-2017>
- <http://24h/com.cy> 06/2017
- <http://www.newsit.com.cy> 09/06/2017
- <http://politis.com.cy> 16/03/2017
- <http://reporter.com.cy> 18/03/2016
- <http://stockwatch.com.cy> 09/03/2017
- <http://politis.com.cy> 11/04/2017
- <http://reporter.com.cy> 30/09/2016
- <http://www.peo.org.cy>
- <http://www.sek.org.cy>

- <http://reporter.com.cy30/09/2016>
- <http://kathimerini.com.cy15/05/2017>
- https://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/healthier_en.pdf
- www.hio.org.cy/docs/protasi_efarmoghs_gesy_april2012.pdf
- <http://www.etyk.org.cy>
- https://ec.europa.eu/commission/index_en

Δρ. Κώστας Μαυρομμάτης M.B. , M.D.
Consultant Urological Surgeon
E-mail: mavrommatisc@yahoo.com
Τηλ.Οικίας: 26818080 , Κινητό: 99655575

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης Κατεύθυνση Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Θέμα Διπλωματικής Εργασίας:

Ειδικότερες νομικές ρυθμίσεις περί οργάνωσης
και λειτουργίας εθνικών συστημάτων υγείας.

Η περίπτωση της Κύπρου.

Παρούσα κατάσταση, προβλήματα, προοπτικές.

Σελίδες: 107

Επιβλέπων Καθηγητής: Κωνσταντίνος Αθανασόπουλος

2017