

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΡΟΛΙΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

COURSE:MPA601

Αρχές Διοίκησης και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ
ΚΑΙ Η ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ
ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (ΓεΣΥ)**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΑΝΤΡΕΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ

ΑΡ. ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 1143303758

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΣΣΗΣ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: σκοπός της εργασίας υπήρξε η αποσαφήνιση του συστήματος υγείας της Κύπρου (σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο) και η ενδεχόμενη μετάβαση στο ΓεΣΥ.

Μεθοδολογία: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις επιστημονικές διεθνείς βάσεις δεδομένων: EMBASE, GOOGLE SCHOLAR, PUBMED, WIELY και Iatrotek, και το υλικό αποτέλεσαν επιστημονικά άρθρα και βιβλία, στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν από κρατικές υπηρεσίες, και μέσα από ετήσιες εκθέσεις της κυπριακής στατιστικής υπηρεσίας.

Αποτελέσματα: Η οργάνωση του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο είναι αποκλειστική ευθύνη της κυβέρνησης. Στο σύστημα υγείας της Κύπρου συνυπάρχουν στοιχεία τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα, ενώ και στη χρηματοδότηση οι πόροι προέρχονται τόσο από τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και από την κοινωνική ασφάλιση όσο και από ιδιωτικές δαπάνες. Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας. Για την κάλυψη του κόστους ασθένειας υπάρχουν πέντε διαφορετικά συστήματα. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Συμπεράσματα: Το σύστημα υγείας στη χώρα μας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα και στάδια της διαδικασίας μετασχηματισμού των υγειονομικών πόρων σε αποτελέσματα υγείας. Παράλληλα, οι βασικές του δομές υστερούν σημαντικά σε οργανωτικό επίπεδο και σε καίρια ζητήματα.

Λέξεις κλειδιά: υγεία, υπηρεσίες, οργανισμός, σύστημα, ΓεΣΥ και Κύπρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί κυρίαρχο διαχρονικό ζητούμενο για τον άνθρωπο και τις κοινωνίες. Οι υπηρεσίες υγείας σκοπό έχουν την ικανοποίηση των σχετικών αναγκών για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας, και αυτό επιτυγχάνεται μέσω των οργανισμών υγείας. Για την επίτευξη των στόχων τους οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις χρειάζεται να εφαρμόζουν κάποιας μορφής συστηματικό σχεδιασμό. Αυτό απαιτείται πολύ περισσότερο στους οργανισμούς υγείας, όπου το περιβάλλον, εσωτερικό και εξωτερικό, μεταβάλλεται συνεχώς (Υφαντόπουλος, 2006).

Πρέπει να τονισθεί ότι τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης τόσο τα εθνικά όσο και τα φιλελεύθερα αλλά αυτά που μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα την κρίση είναι τα εθνικά που εσωκλείουν στις θέσεις τους την έννοια της κοινωνικής προστασίας και του κοινωνικού κράτους και δεν εμπεριέχουν μόνο έννοιες κέρδους, ή κόστους. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Η επένδυση στην υγεία έρχεται αντιμέτωπη με τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση και η κλιματική αλλαγή. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι τομείς είναι ανταγωνιστικοί μεταξύ τους. Αντίθετα, η εκπαίδευση και το περιβάλλον είναι δύο σημαντικοί προσδιοριστές για την υγεία και η ενίσχυση και η στήριξή τους ωφελεί και τον τομέα της υγείας. Η επιβράδυνση του ρυθμού βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού δίνει για μία ακόμη φορά έμφαση στην ανάγκη ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα και το σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010; Κυριόπουλος, 2010; Τούντας, 2004, 2006).

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποσαφήνιση του συστήματος υγείας της Κύπρου σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και η ενδεχόμενη μετάβαση στο ΓεΣΥ. Στη συνέχεια της μελέτης παρουσιάζεται η μεθοδολογία, το γενικό μέρος με αναφορά στις υπηρεσίες υγείας και τα συστήματα υγείας. Ακολούθως, παρουσιάζεται το ειδικό μέρος με αναφορά στο σύστημα υγείας της Κύπρου, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και την ενδεχόμενη μετάβαση στο ΓεΣΥ. Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη διαπραγματεύεται τη διάρθρωση του συστήματος υγείας της Κύπρου σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και η ενδεχόμενη μετάβαση στο ΓεΣΥ. Παραδείγματα πηγών στοιχείων που είναι χρήσιμα και χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη αποτελούν: τα στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν από κρατικές υπηρεσίες, αποτελέσματα και δεδομένα από προηγούμενες πρόσφατες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, ετήσιες εκθέσεις και συστάσεις για το ίδιο θέμα.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις επιστημονικές διεθνείς βάσεις δεδομένων EMBASE, GOOGLE SCHOLAR, PUBMED και WIELY, και το υλικό αποτέλεσαν επιστημονικά άρθρα και βιβλία. Η αναζήτηση έγινε χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: Health, Services, Organization, System and Cyprus. Αναζήτηση στην Iatrotek και Google scholar έγινε και με τις ελληνικές λέξεις κλειδιά: υγεία, υπηρεσίες, οργανισμός, σύστημα και Κύπρος, καθώς και ο συνδυασμός όρων. Επίσης, λήφθηκαν στοιχεία μέσω διαδικτύου από τον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου και της Κυπριακής Στατιστικής Υπηρεσίας.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιά η διάρθρωση του συστήματος υγείας της Κύπρου σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο;
- Ποιά τα δεδομένα σχετικά με τον υγειονομικό τομέα στην Κύπρο και την μετάβαση στο ΓεΣΥ;

Με την απάντηση των προαναφερόμενων ερωτημάτων θα γίνει κατανοητή η διάρθρωση του συστήματος υγείας της Κύπρου σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Με τη γνώση των δεδομένων σχετικά με τον υγειονομικό τομέα στην Κύπρο μπορεί να επιτευχθεί η ανάπτυξη των οργανισμών υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Η παράθεση των δεδομένων σχετικά με το σύστημα υγείας της Κύπρου, γίνονται κατανοητά τα τυχόν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Απώτερος σκοπός της παράθεσης όλων των δεδομένων είναι να καταστεί κατανοητό ότι μέσα από την αξιοποίηση της (στοχευόμενης) αλλαγής μπορεί επέλθει η ανάπτυξη των οργανισμών υγείας και η αλλαγή του συστήματος υγείας της Κύπρου σε ένα υγειονομικό σύστημα αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υπηρεσίες υγείας και συστήματα υγείας

Σήμερα οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από οργανωμένες μονάδες (π.χ. νοσοκομεία), που αποτελούν υποσυστήματα του ευρύτερου υγειονομικού συστήματος. Τα συστήματα αυτά είναι μεικτού τύπου, σύνθετα και ανοικτά, σε συνεχή αλληλεπίδραση με την κοινωνία και το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν. Εμφανίζονται σε μια μεγάλη ποικιλία, με διαφορετικά οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, μπορεί να χρηματοδοτούνται από διαφορετικές πηγές και να διαφέρουν ως προς τις υπηρεσίες που προσφέρουν, το βαθμό κάλυψης των αναγκών, την ελευθερία επιλογής, την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα. Αυτά είναι μόνο μερικά από τα χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας (Τούντας, 2008; Σακελλαρόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με την επιστημονική ορολογία η κοινωνική πολιτική αναφέρεται τόσο σε ένα σύνολο διαφορετικών μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, όσο και σε ένα αντικείμενο μελέτης και ανάλυσης των επί μέρους πολιτικών που την συγκροτούν. Είναι δηλαδή μια συλλογική κοινωνική πράξη με ποικίλες πτυχές και δράσεις, προσανατολισμένη στην από κοινού εξασφάλιση των συνθηκών διευρυμένης αναπαραγωγής της συνολικής κοινωνίας. Οι τομείς της κοινωνικής πολιτικής εντοπίζονται σε πολιτικές για την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση, την απασχόληση, την εκπαίδευση κλπ. Οι παραπάνω πολιτικές έχουν ως σκοπό να προστατεύσουν τους πολίτες και τους εργαζόμενους από τους κοινωνικούς κινδύνους των βιομηχανικών κοινωνιών. Η κριτική σε αυτή τη θέση είναι ότι η κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας καταστρατηγεί τις προσωπικές ελευθερίες και επιλογές του ατόμου, επιβάλλει δηλαδή ένα συγκεκριμένο τρόπο και είδος παροχών και υπηρεσιών, και λειτουργεί προς όφελος της καπιταλιστικής κοινωνίας, δημιουργώντας έναν 'υγιή' και σωματικά άρτιο εργάτη ή μισθωτό προς εκμετάλλευση από το κεφάλαιο (Σακελλαρόπουλος, 2001, 2011; Esping-Andersen, 2006; Esping-Andersen et al., 2006).

Η κοινωνική πολιτική αποτελείται από δύο κυρίως τομείς, τον τομέα της κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την αναπλήρωση του εισοδήματος του ατόμου, τόσο άμεσα όσο και στο απώτερο μέλλον και τον τομέα που σχετίζεται με την επιθυμία της κοινωνίας όλοι οι

πολίτες να λαμβάνουν κάποια αγαθά και υπηρεσίες σε μειωμένη τιμή. Η κοινωνική πολιτική ασκήθηκε και ασκείται σύμφωνα με ορισμένες αρχές που αφορούν κυρίως τη διαπλοκή δημόσιου – ιδιωτικού τομέα και το χαρακτήρα και την έκταση της κρατικής παρέμβασης. Η σχέση της κοινωνικής πολιτικής με την αγορά και την οικογένεια ήταν πάντα ιδιαίτερα στενή. Αυτή η σχέση εξαρτάται από τις οικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε χώρας. Σύμφωνα με τον Titmuss διακρίνονται τρία διαφορετικά μοντέλα κράτους πρόνοιας:

A. Το υπολειμματικό, που διαμορφώθηκε την μεσοπολεμική περίοδο και στα πρώτα χρόνια μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο και βρήκε εφαρμογή στις ΗΠΑ. Η κάλυψη των αναγκών σ' αυτό το μοντέλο αποτελεί κατά κύριο λόγο ατομική ευθύνη των ίδιων των πολιτών, με την υποστήριξη της οικογένειας και της αγοράς. Η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη και επιβάλλεται ως «δίκτυ ασφαλείας», για την αποφυγή της κοινωνικής εξαθλίωσης ορισμένων ειδικών κατηγοριών του πληθυσμού, όταν οι άλλοι θεσμοί φροντίδας δεν λειτουργούν, ή δεν επαρκούν. Το μοντέλο αυτό έχει ταυτιστεί με την επιλεκτική κάλυψη των αναγκών από το κράτος και λειτουργεί κυρίως κατασταλτικά και όχι προληπτικά. Συμβάλλει στον στιγματισμό των αποδεκτών της κοινωνικής προστασίας. Ταυτίζεται με τις νεοφιλελεύθερες απόψεις για τον ελάχιστο ρόλο του κράτους.

B. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό, που συναντάται στις Σκανδιναβικές χώρες των δεκαετιών του '50 και του '60. Κύριο χαρακτηριστικό του η καθολική κάλυψη, με αποτέλεσμα να αποφεύγεται ο στιγματισμός και να ενισχύεται η πρόληψη. Αποκαλείται θεσμικό γιατί λειτουργεί με στόχο την εδραίωση θεσμών για την κάλυψη των αναγκών και αναδιανεμητικό γιατί αποσκοπεί στην αναδιανομή του πλούτου και των ευκαιριών, ως μέσο καταπολέμησης των ανισοτήτων. Κατακρίθηκε ως εξαιρετικά γραφειοκρατικό και σπάταλο, ενώ στα πλαίσια της ανανέωσης της σοσιαλδημοκρατίας στη δεκαετία του 1990 η αναδιανομή του πλούτου φάνηκε να υποχωρεί μπροστά στην ανάγκη για συγκράτηση των δαπανών και να αντικαθίσταται από την αναδιανομή του ρίσκου με ατομική ευθύνη. Όσον αφορά την καταπολέμηση των ανισοτήτων, έχει υποστηριχθεί ότι αν και σε πολλές περιπτώσεις βελτιώθηκαν οι συνθήκες διαβίωσης των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων, οι ανισότητες δεν περιορίστηκαν.

Γ. Το βιομηχανικό ή επιχειρηματικό, το οποίο δομήθηκε στη βάση του ατόμου που προσφέρει εργασία και όχι του ατόμου-πολίτη. Η κάλυψη δηλαδή των κοινωνικών αναγκών γίνεται στη βάση της εργασίας. Στοιχεία του προτύπου αυτού παρουσιάζονται στη Μεγάλη Βρετανία (βεβαίως η Μεγάλη Βρετανία παρουσιάζει και στοιχεία του υπολειμματικού προτύπου). Το μικτό ή νέο πλουραλιστικό πρότυπο, αναπτύχθηκε μετά την κρίση του ευρωπαϊκού μοντέλου

για το διευρυμένο κράτος πρόνοιας στις δεκαετίες του '70 και '80, ως μία διέξοδος από το δίλημμα δημόσιο ή ιδιωτικό. Αναζητήθηκε έτσι ένας «τρίτος δρόμος», για την υπέρβαση των αδυναμιών και των αντιφάσεων των μεταπολεμικών κρατών πρόνοιας. Αποβλέπει στην μείωση των δαπανών και την αύξηση της αποτελεσματικότητας, με εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Στη σύγχρονη εκδοχή του το μικτό πρότυπο αποτυπώνει την από κοινού παρέμβαση κράτους, αγοράς, οικογένειας και κοινωνίας των πολιτών, εμπλέκοντας έτσι διαφορετικούς φορείς για την κάλυψη αναγκών, με στόχο την εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών, την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών με λιγότερο κόστος και με περισσότερα δικαιώματα επιλογών στους χρήστες. Παρόλα αυτά δε λείπουν και οι ορκισμένοι εχθροί του που βλέπουν σε αυτό τη νομιμοποίηση της υποχώρησης των ευθυνών του κράτους και την επαναφορά του υπολειμματικού προτύπου (Σακελλαρόπουλος, 2001, 2011; Esping-Andersen, 2006; Esping-Andersen et al., 2006).

Το κράτος πρόνοιας ως όρος καταγράφει μια μορφή του αστικού, εθνικού κράτους, με κύρια χαρακτηριστικά τη διευρυμένη κοινωνική του λειτουργία και το βαθμό υπευθυνότητας για την κοινωνική προστασία και ευημερία των πολιτών του. Το κράτος πρόνοιας σε συμβολικό επίπεδο σημαίνει ποικίλα πράγματα σε διαφορετικές χώρες, όπως π.χ.

- Ένα ιδανικό σύστημα παροχών, όπου η κρατική παρέμβαση είναι έντονη όσον αφορά το ποιος αναλαμβάνει για την ευημερία των πολιτών.
- Ένα σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, που παρέχεται από το κράτος ως δίκτυο ασφαλείας.
- Ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας που διασφαλίζεται όχι μόνο από το κράτος, αλλά και από άλλους φορείς εθελοντικού χαρακτήρα. Το κράτος εδώ συνήθως έχει τη γενικότερη εποπτεία και καθορίζει αυστηρά το πλαίσιο και τους κανόνες παροχής των υπηρεσιών (Σακελλαρόπουλος, 2001, 2011; Esping-Andersen, 2006; Esping-Andersen et al., 2006).

Ο Esping-Andersen το 1990, με το πρωτοποριακό συγκριτικό και περιγραφικό σε βάθος έργο του διέκρινε τρεις τύπους κρατών πρόνοιας ή προνοιακών καθεστώτων (welfare regime):

A) Το συντηρητικό-κορπορατιστικό, (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Βέλγιο και Ολλανδία). Σε αυτό τον τύπο προνοιακού μοντέλου, η σχέση κράτους, οικογένειας και κοινωνίας των πολιτών δεν έχει τη μορφή της υποκατάστασης, αλλά ακολουθεί την αρχή της επικουρικότητας, ιδίως στις χώρες με ισχυρή καθολική θρησκευτική παράδοση. Επικρατεί η οριζόντια αναδιανομή και το όλο σύστημα αναπαράγει μία ιεραρχημένη δομή ανισότητας που

ενισχύει τη δημιουργία της «κοινωνίας των 2/3» (όπου το ένα τρίτο βρίσκεται σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού).

Β) Το κοινωνικό--δημοκρατικό, (Σκανδιναβικές χώρες) με κύριο χαρακτηριστικό την επικράτηση της καθολικής κάλυψης και την εκτεταμένη απο-εμπορευματοποίηση απαραίτητων αγαθών και υπηρεσιών, έχοντας ως πρότυπο ποιότητας ζωής αυτό του μέσου αστού. Είναι χαρακτηριστική η φράση ότι η κάλυψη ξεκινά με τη γέννηση του ατόμου και σταματά με το θάνατό του.

Γ) Το φιλελεύθερο προνοιακό καθεστώς στο οποίο προεξάρχον παράδειγμα αποτελεί η Αμερική. Ο ρόλος του κράτους σε αυτή την περίπτωση περιορίζεται στο να ενθαρρύνει την αγορά να αναλάβει συγκεκριμένες πρωτοβουλίες για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών.

Επειδή τα μοντέλα του Esping – Andersen δεν αποτυπώνουν με μεγάλη ακρίβεια ένα σύνολο Ευρωπαϊκών χωρών δημιουργήθηκε ένα τέταρτο μοντέλο. Το κενό ήρθε να καλύψει ο Ferrera, επινοώντας το νότιο ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο κράτους πρόνοιας, στο οποίο εντάσσονται χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία η Ιταλία και η Κύπρος. Σε αυτές τις χώρες η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και προστασίας, σε τέτοιο βαθμό ώστε να διαμορφώνει και το ρόλο του κράτους πρόνοιας. Η σχέση ιδιωτικού – δημόσιου είναι εκτεταμένη, αλλά καθορίζεται και αυτή από την κυρίαρχη μορφή της πελατειακής σχέσης κράτους-πολίτη. Χαρακτηρίζεται από μεγάλες ανισότητες και έλλειψη ισοτιμίας μεταξύ των πολιτών, ενώ τις τελευταίες δεκαετίες υφίσταται έντονες πιέσεις από το δημογραφικό πρόβλημα και τις μεγάλες εισροές μεταναστών (Σακελλαρόπουλος, 2001, 2011; Esping-Andersen, 2006; Esping-Andersen et al., 2006).

Σύμφωνα και με τα πιο πάνω το κοινωνικό κράτος βρίσκεται διαρκώς σε κρίση. Η κρίση αυτή είναι θεμελιώδης και αξίζει να σημειωθεί ότι παρότι η αμφισβήτηση του κοινωνικού κράτους εστιάζεται σε ένα πλήθος ερμηνευτικών σχημάτων και επιχειρημάτων που ξεκινούν από την αναποτελεσματικότητα του κράτους να εξαλείψει τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες, και φτάνουν ως και την ευθύνη του κράτους απέναντι στην εξάρτηση και την έλλειψη υπευθυνότητας του σύγχρονου πολίτη, οι κριτικές αλλά και τα εναλλακτικά μοντέλα ή κατευθύνσεις αλλαγής της κοινωνικής πολιτικής στερούνται εξειδικευμένης γνώσης και κατανόησης βασικών κοινωνικοπολιτικών αρχών. Παράλληλα θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η μεταμόρφωση ή αλλαγή, είναι αναμενόμενη και επιβεβλημένη από το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον των κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών δεδομένων (Σακελλαρόπουλος, 2001, 2011; Esping-Andersen, 2006; Esping-Andersen et al., 2006).

Στην Κύπρο η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας γίνεται βάσει δύο θεωρητικών εργαλείων, του υπολειμματικού και του θεσμικού. Το πρώτο διέπεται από την αντίληψη ότι το κράτος παρεμβαίνει και παρέχει υπηρεσίες πρόνοιας μόνο σε όσους αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους λόγω συγκεκριμένων παραγόντων (πχ. φτώχειας). Αντίθετα, το θεσμικό προκρίνει ότι όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες πρόνοιας. Σε περιόδους δε οικονομικής κρίσης -όπως η τρέχουσα-, το θεσμικό υποχωρεί έναντι του υπολειμματικού κράτους με αποτέλεσμα όλο και λιγότερες ομάδες του πληθυσμού να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Το κράτος πρόνοιας στην Κύπρο και η παροχή υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από ένα μίγμα φορέων και έναν πλουραλισμό όσον αφορά στην παραγωγή και διανομή τους. Πιο συγκεκριμένα οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό, το ιδιωτικό, και ανεπίσημο (οικογένεια και εθελοντικά δίκτυα). Ο ανεπίσημος τομέας αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό όλων των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου και απόδειξη αδυναμίας των λοιπών επίσημων τομέων και ειδικά του δημοσίου να καλύψουν τις προνοιακές ανάγκες του πληθυσμού. Το γεγονός ότι ο ανεπίσημος φορέας υποκαθιστά τον επίσημο είναι δείγμα υπολειμματικής ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας και της Κύπρου αλλά και της Ελλάδας, σε σχέση με τις λοιπές χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Αυτό οφείλεται κυρίως στα ποικίλα πολιτικο-ιστορικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της Κύπρου όπως η βρετανική αποικιοκρατία, οι δυσμενείς πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν με τις διακοινοτικές διαταραχές, τα πελατειακά σχήματα και τα προβλήματα δημόσιας διοίκησης, οι ομάδες συμφερόντων, η αργοπορημένη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη στο τομέα των υπηρεσιών και όχι στην εκβιομηχάνιση και η απουσία ισχυρής και διεκδικητικής εργατικής τάξης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. 1. Το σύστημα υγείας στην Κύπρο

Προσεγγίζοντας το σύστημα υγείας της Κύπρου με βάση την ταξινόμηση που προαναφέρθηκε αλλά και που προτείνεται από την επιστημονική κοινότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι σ' αυτό συνυπάρχουν στοιχεία τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα, ενώ και στη χρηματοδότηση οι πόροι προέρχονται τόσο από τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και από την κοινωνική ασφάλιση όσο και από ιδιωτικές δαπάνες. Για αυτούς τους λόγους, μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μικτό.

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο είναι, όπως άλλωστε και για τις περισσότερες χώρες, στενά συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα. Οι οικονομικές συνθήκες, άλλοτε ύφεσης και άλλοτε ανόδου, το ασταθές πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον και άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Τα περισσότερα από αυτά τα γεγονότα σημάδεψαν αρνητικά αυτή την πορεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του τομέα της υγείας.

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας. Για την κάλυψη του κόστους ασθένειας υπάρχουν πέντε διαφορετικά συστήματα. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Αναλυτικότερα για την κάλυψη του κόστους ασθένειας στην Κύπρο υπάρχουν πέντε διαφορετικά συστήματα. Το πρώτο είδος κάλυψης προσφέρεται από το κράτος και αφορά τα άπορα άτομα. Το κράτος προσφέρει δωρεάν κάλυψη σε όσους θεωρούνται φτωχοί με βάση εισοδηματικό κριτήριο (σήμερα με εισόδημα κάτω των 19.500 ευρώ είναι δωρεάν και στην οικογένεια 37.000 και αυξάνετε 1700 ανά εξαρτώμενο τέκνο). Τα δικαιούχα άτομα πρέπει να πιστοποιηθούν, για το επίπεδο του εισοδήματος τους από τον κοινοτάρχη κάθε κοινότητας από

την οποία προέρχονται ή από τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Τα άτομα αυτά δεν καταβάλλουν οποιοδήποτε τίμημα τη στιγμή που λαμβάνουν την εξυπηρέτηση εκτός από το τέλος των 3 ευρώ για εγγραφή στο γενικό ιατρό και 6 ευρώ στον ειδικό ιατρό (Το κράτος δημοσιεύει τα εισοδηματικά κριτήρια που διέπουν το σχέδιο αυτό και αλλάζουν).

Το δεύτερο είδος κάλυψης αφορά εργοδοτούμενους στους οποίους προσφέρεται κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με σχέδιο που λειτουργούν οι εργοδότες ή τα εργατικά συνδικάτα. Τα σχέδια αυτά είναι είτε δωρεάν με βάση τους όρους εργοδότησης ή έναντι συνεισφοράς που εισπράττεται από τις απολαβές των εργοδοτούμενων (όπως οι δημόσιοι υπάλληλοι). Η δωρεάν κάλυψη με εισφορές των δικαιούχων προσφέρεται από το κράτος και τους ημικρατικούς οργανισμούς μέσω των όρων εργοδότησης τους έναντι ποσοστού από τις μηνιαίες αποδοχές των εργαζομένων. Συνάμα καλύπτονται και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων. Τα σχέδια αυτά καλύπτουν Δημοσίους Υπαλλήλους και Υπαλλήλους Ημικρατικών Οργανισμών. Η κάλυψη από εργοδοτικά σχέδια και σχέδια εργατικών συνδικάτων έναντι καταβολής συνεισφοράς καλύπτει εργοδοτούμενους και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων και προσφέρονται σε εργοδοτούμενους κυρίως μεγάλων εταιρειών του ιδιωτικού τομέα. Το κυριότερο σύστημα είναι αυτό των υπαλλήλων του Τραπεζικού τομέα και μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων, Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία (ΠΕΟ), Συνομοσπονδία Εργαζομένων Κύπρου (ΣΕΚ) και Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου (ΔΕΟΚ) να εξηγήσεις τι σημαίνουν αυτά τα αρχικά. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής πληρώνει τη στιγμή της εξυπηρέτησης και το σχέδιο καλύπτει είτε ολόκληρο είτε μέρος του κόστους ανάλογα με τις πρόνοιες του κάθε σχεδίου. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τα άτομα που καλύπτονται από αυτά τα σχέδια ούτε και ποσοστά ή αριθμούς εργοδοτούμενων.

Ο τρίτος τρόπος κάλυψης του κόστους ασθένειας είναι όταν άτομα θα χρειαστούν υπηρεσίες υγείας προσφεύγουν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είτε και/ή στις δημόσιες με πληρωμή του κόστους περίθαλψης από τους ίδιους αποκλειστικά.

Ο τέταρτος τρόπος κάλυψης παρέχετε από Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης, δηλαδή ο ασφαλιζόμενος πληρώνει σύμφωνα με το σχέδιο και το κόστος ασθένειας καταβάλλετε από την ασφαλιστική εταιρεία ή ο ασθενής πληρώνει το κόστος εξυπηρέτησης και επιστρέφεται είτε όλο είτε μέρος, ανάλογα με το σχέδιο και το είδος της περίθαλψης σ' αυτό.

Ο πέμπτος τρόπος κάλυψης παρέχετε από το κράτος και αφορά κάλυψη προς όλους τους Κύπριους για θεραπεία στο εξωτερικό για ειδικότητες που δεν προσφέρονται στην Κύπρο. Μέσω του σχεδίου αυτού το κράτος καλύπτει το κόστος θεραπείας με εισοδηματικά κριτήρια. Παρέχεται πλήρη κάλυψη για φτωχά άτομα. Το μέρος του κόστους που καλύπτεται μειώνεται με βάση το επίπεδο του εισοδήματος της οικογενείας του ασθενή. Το κράτος δεν καλύπτει το κόστος μετάβασης ούτε τα έξοδα των συνοδών.

Συνάμα με την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), οι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου που δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κυπριακή Δημοκρατία, μπορούν να τυγχάνουν δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εάν αρρωστήσουν ή πάθουν ατύχημα όταν βρίσκονται στο εξωτερικό, σε άλλη χώρα-μέλος της ΕΕ και του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ΕΟΧ, (Ισλανδία, Λίχτενσταϊν, Νορβηγία).

Πιθανό, σύμφωνα με την κάλυψη του κόστους ασθένειας από τα πέντε προαναφερθέντα συστήματα, κάποια άτομα να έχουν διπλή και τριπλή κάλυψη. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των ατόμων που κάθε σύστημα καλύπτει. Τα στοιχεία που υπάρχουν αφορούν μόνο το ωρομίσθιο κυβερνητικό προσωπικό και το ωρομίσθιο προσωπικό ημι-κρατικών οργανισμών και μόνο για το έτος 2010, τα προηγούμενα έτη δεν γινόταν καταγραφή. Συγκεκριμένα το 2010 κάλυπτε 11767 μέλη ωρομίσθιου κυβερνητικού προσωπικού, 171 μέλη ωρομίσθιου προσωπικού ημι-κρατικών οργανισμών, 19082 εξαρτώμενους (ωρομίσθιου κυβερνητικού και ημι-κρατικού προσωπικού) και 2722 συνταξιούχους με 2325 εξαρτώμενους τους (Ετήσια Έκθεση 2010).

Η πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας εξασφαλίζεται με βάση την υπηκοότητα αλλά και το καθεστώς απασχόλησης (δημόσιοι υπάλληλοι) και καταβολής εισφορών. Θεωρητικά πρόσβαση στο σύστημα έχει όλο το σύνολο του νόμιμου πληθυσμού, στην πράξη όμως υπάρχουν σημαντικά εμπόδια, όπως λίστες αναμονής, άτυποι μηχανισμοί παράκαμψης των προβλεπόμενων διαδικασιών πρόσβασης, μ ύπαρξη ειδικοτήτων σε κάποια νοσηλευτήρια, αυξάνοντας περαιτέρω το κόστος και τις ανισότητες. Αν και με την ίδρυση του ΓεΣΥ πρωταρχικός στόχος είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, ο στόχος αυτός δεν προβλέπεται να επιτευχθεί, αν και το σύστημα βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο.

Όσο αφορά το ανθρώπινο δυναμικό (πίνακες 1-6) με τη πάροδο των ετών όλο και αυξανόταν. Ενδεικτικά ο αριθμός των ιατρών κατά το 2010 ανήρχετο στους 2296 σε σύγκριση με το 2008 κατά το οποίο ο συνολικός αριθμός των ιατρών ήταν 2218 και το 2007 ήταν 2143. Ο δημόσιος τομέας αριθμούσε 741 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ή ποσοστό 32,3% και ο

ιδιωτικός τομέας 1555 ή ποσοστό 67,7%. Ο αριθμός ατόμων ανά ιατρό ήταν 348 το 2010, 358 το 2008 και 366 για το 2007 (Ετήσια Έκθεση 2007; 2008; 2010).

Αριθμός νοσοκομειακών κλινών 1960 - 2013 (Πίνακας 1)

	1960	1980	2000	2006	2013
Νοσοκομειακές κλίνες	2592	3438	3147	2864	2938
Δημόσιος Τομέας	1592	2087	1510	1430	1525
Ιδιωτικός Τομέας	1000	1351	1637	1434	1413

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής σελ.24
Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.21

Αριθμός Γιατρών 1960 - 2013 (Πίνακας 2)

Προσωπικό / Τομέας	1960	1980	2000	2006	2013
Γιατροί	391	560	1800	1950	2777
Δημόσιος Τομέας	87	234	512	645	962
Ιδιωτικός Τομέας	304	326	1288	1305	1815

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής σελ.24
Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.21

Αριθμός Οδοντιάτρων 1960 - 2013 (Πίνακας 3)

Προσωπικό / Τομέας	1960	1980	2000	2006	2013
Οδοντίατροι	143	161	619	715	829
Δημόσιος Τομέας	87	234	512	645	38
Ιδιωτικός Τομέας	134	125	586	674	791

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής σελ.24
Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.21

Αριθμός Νοσηλευτικού προσωπικού 1960 - 2013 (Πίνακας 4)

Προσωπικό / Τομέας	1960	1980	2000	2006	2013
Νοσηλευτικό προσωπικό	746	1707	2933	3361	4261
Δημόσιος Τομέας	486	1427	2200	2691	3310
Ιδιωτικός Τομέας	260	280	733	670	951

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής σελ.24
Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.21

Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά αυξήθηκαν μακροχρόνια οι γιατροί, οδοντογιατροί, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό καταλήγοντας σε μεγάλη βελτίωση των αναλογιών πληθυσμού προς το προσωπικό. Συνάμα παρατηρείται ότι ο κύριος όγκος των ιατρών και οδοντογιατρών είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα. Ενώ οι δυο

υποτομείς συγκεντρώνουν την ίδια δυναμικότητα σε κλίνες, 1524 ο ιδιωτικός τομέας και 1516 ο δημόσιος, ο ιδιωτικός τομέας εργοδοτεί νοσηλευτικό προσωπικό που αριθμεί 788 σε σχέση με 3018 στο δημόσιο τομέα. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι ο δημόσιος τομέας προσφέρει πολύ καλύτερους όρους εργοδότησης από τον ιδιωτικό, με κυριότερο αυτό της μονιμότητας αλλά και της ψηλότερης αμοιβής (Ετήσια Έκθεση 2007; 2008; 2010; Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων 2006; 2013).

Αριθμός Παραϊατρικό προσωπικό 1960 - 2013 (Πίνακας 5)

Προσωπικό / Τομέας	1960	1980	2000	2006	2013
Παραϊατρικό προσωπικό	151	324	556	873	1078
Δημόσιος Τομέας	151	324	556	873	1078
Ιδιωτικός Τομέας					

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.255
Τα δεδομένα για το παραϊατρικό προσωπικό υπάρχουν μόνο για τον δημόσιο τομέα

Συνολική απασχόληση υπηρεσιών υγείας 2000 - 2013 (Πίνακας 6)

	2000	2003	2006	2009	2013
Νοσοκομεία / Κλινικές σύνολο Προσωπικού	6299	6969	7921	7891	9038
Δημόσιος Τομέας	3692	4244	5272	4848	5481
Ιδιωτικός Τομέας	2607	2725	2649	3043	3557

Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής σελ.293
Πηγή Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013, Τμήμα Στατιστικής σελ.251
Αναφέρεται στη απασχόληση σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού (από το 2011 υπολογίζονται και οι ειδικευόμενοι γιατροί)
Δεν υπάρχουν στοιχεία για το παραϊατρικό προσωπικό του Ιδιωτικού τομέα

Ο υγειονομικός τομέας στην Κύπρο παρουσιάζει αρκετές και σοβαρές ανεπάρκειες. Οι κυριότερες ανεπάρκειες του υφιστάμενου συστήματος υγείας σύμφωνα με τους Samoutis & Paschalides (2011) είναι:

1. Απουσιάζει ο συντονισμός και η συνέχεια στην φροντίδα των ασθενών. Απουσία δομημένης επικοινωνίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με δευτεροβάθμια φροντίδας υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Συνεχής μείωση της εντύπωσης των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα.
2. Απουσία αξιόπιστης μέτρησης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών για την λήψη ενημερωμένων αποφάσεων. Έλλειψη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, ηλεκτρονικού φακέλου υγείας. Έλλειψη δεικτών ποιότητας.

3. Υψηλό κόστος πληρωμών για τον ασθενή (out of pocket) με μη ελεγχόμενη ποιότητα. Έλλειψη διαφάνειας στον όγκο και τα κόστη των υπηρεσιών υγείας (κοστολόγηση). Πτωχή οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων που επιδεινώθηκε με την οικονομική κρίση.
4. Απουσία ανεξάρτητης αρχής που θα διαχειρίζεται το σύστημα υγείας. Τριπλός ρόλος του Υπουργείου υγείας (σχεδιασμός πολιτικής, ρυθμιστής, παροχέας και αγοραστής υπηρεσιών) με αποτέλεσμα την σύγκρουση συμφερόντων.
5. Απουσία ορθολογικού προγραμματισμού των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό και σε υλικοτεχνικές ανάγκες. Απουσία στρατηγικής ανάπτυξης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με βάση την αναμενόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας που οδηγεί σε σπατάλη και κατάχρηση..
6. Δυσκολίες και ανισότητα στην πρόσβαση, νεποτισμός και διαφθορά. Συνεχώς αυξανόμενες λίστες αναμονής. Ένδο κομματικό και άλλο για εξασφάλιση προτεραιότητας.
7. Έλλειψη προληπτικής και κοινοτικής ιατρικής. Απουσία ολοκληρωμένου σχεδίου μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (π.χ καρκίνο). Απουσία προγραμμάτων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων.

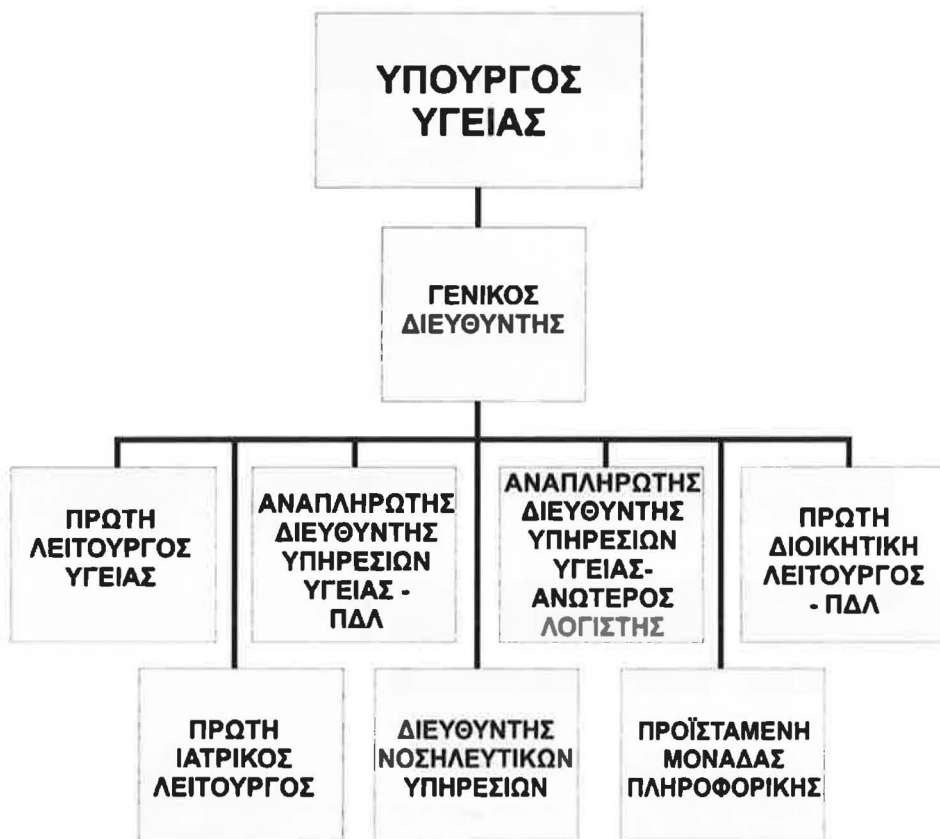
2. 2. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο

Η οργάνωση του υγειονομικού τομέα στην Κύπρο είναι αποκλειστική ευθύνη της κυβέρνησης. Το υπουργείο υγείας είναι ο κύριος φορέας πολιτικής για θέματα υγείας. Χαρακτηριστικά το όραμα του υπουργείου υγείας σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση (2010) είναι η διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού και η παροχή σε αυτόν αναβαθμισμένης ποιοτικά ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με έλεγχο των δαπανών και ταυτόχρονα σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς. Συνάμα προσδιορίζει πολιτική και είναι υπεύθυνο για την οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, που εξυπηρετούν τους πολίτες. Εφαρμόζει σχέδιο αποστολής ασθενών στο εξωτερικό και υλοποιεί όλα τα απαραίτητα μέτρα προληπτικής ιατρικής/δημόσιας υγείας.

Αναλυτικότερα το υπουργείο υγείας της Κύπρου, σύμφωνα με το οργανόγραμμα του υπουργείου που ακολουθεί πιο κάτω, διοικείται από τον εκάστοτε υπουργό υγείας, ο οποίος διορίζεται από τον εκάστοτε πρόεδρο της Κυπριακής Δημοκρατίας. Ο δεύτερος σε τάξη

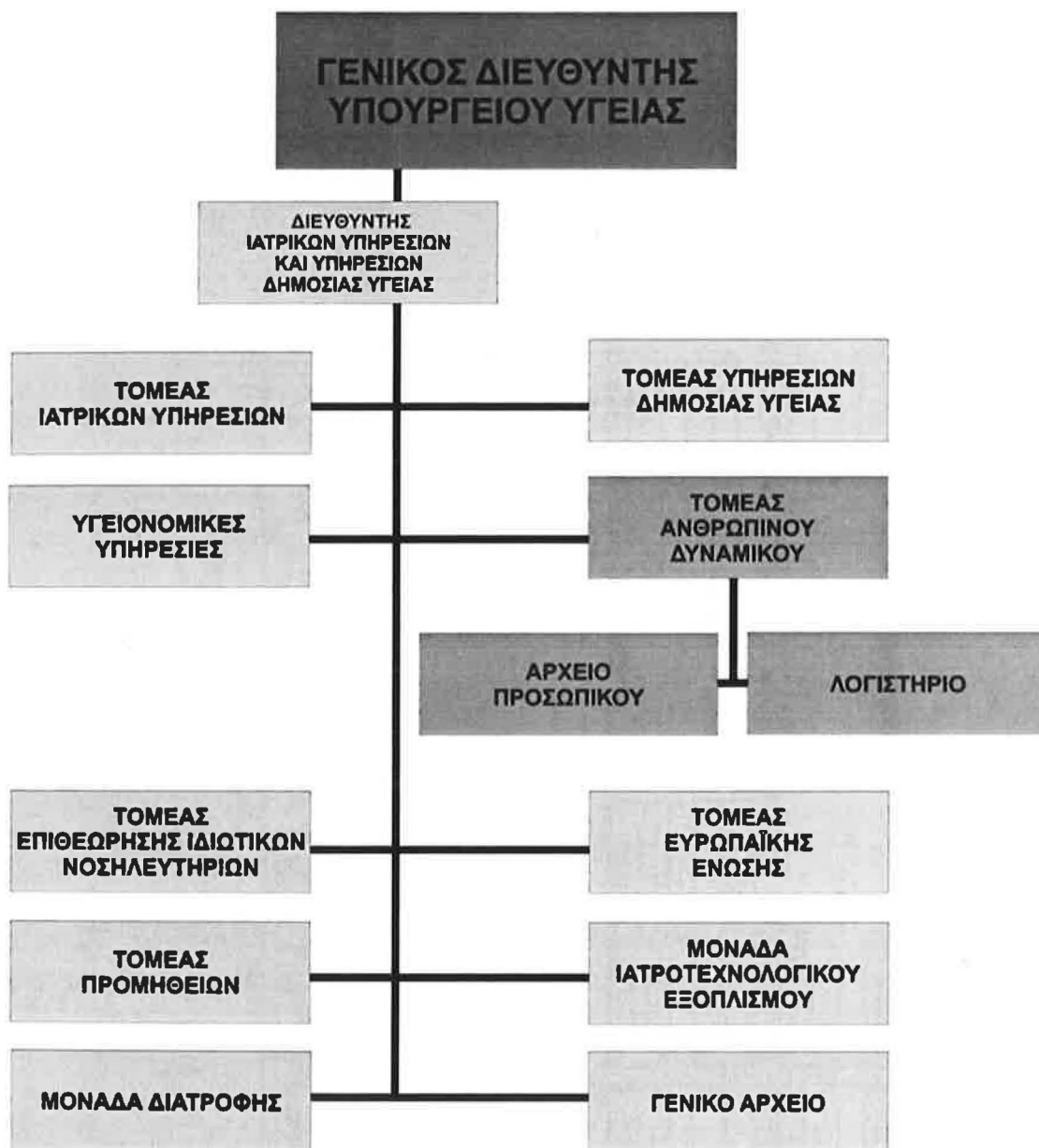
διοικητικά είναι ο γενικός διευθυντής και ακολουθούν επτά κρατικοί λειτουργοί, ο κάθε ένας απ' αυτούς ξεχωριστά σε κάθε τομέα (οργανόγραμμα υπουργείου υγείας).

Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας



Το τμήμα ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας διαρθρώνεται σύμφωνα με το πιο κάτω οργανόγραμμα του τμήματος των ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας ως εξής:

Οργανόγραμμα Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας



Το οργανόγραμμα των φαρμακευτικών υπηρεσιών διαρθρώνεται σύμφωνα με το πιο κάτω οργανόγραμμα του τμήματος των φαρμακευτικών υπηρεσιών ως εξής:

19 από 28



Κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας είναι 5 οργανισμοί: Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Επιτροπή Εποπτείας Ψυχικά Ασθενών και η Επιτροπή Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Το υπουργείο υγείας χαράζει μιαν εθνική στρατηγική για την υγεία. Αυτή η στρατηγική πρέπει να αποσκοπεί στην εφαρμογή ενός βιώσιμου και υψηλής ποιότητας συστήματος υγείας με ένα ανθρωποκεντρικό-ασθενοκεντρικό μοντέλο πρόληψης, φροντίδας και αποκατάστασης και να επικεντρώνεται στην μείωση των ανισοτήτων. Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα με την εφαρμογή εθνικής στρατηγικής για την υγεία πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του συστήματος υγείας, αφού εντοπίζονται οι ικανότητες, ισχυροποιούνται οι αδυναμίες και ταυτόχρονα οι ευκαιρίες με την σωστή διαχείριση, μπορούν να μετατραπούν σε πλεονεκτήματα.

Το Υπουργείο Γεωργίας έχει μερικές ευθύνες για θέματα δημόσιας υγείας. Ελέγχει τις γεωργικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες που επηρεάζουν την δημόσια υγεία μέσω της προμήθειας τροφίμων. Στο Υπουργείο Εργασίας ανήκει η ευθύνη για θέματα υγείας του εργατικού δυναμικού και παροχής περίθαλψης στους εργοδοτούμενους μέσω του συστήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τέλος, στις Τοπικές αρχές ανήκει μέρος της ευθύνης για θέματα δημόσιας υγείας που είναι υπεύθυνες για εφαρμογή μέτρων ελέγχου των υποστατικών για δημόσια υγεία όπως αποχετεύσεις, εμβολιασμούς, οργάνωση υπηρεσιών υγείας για τους δημότες της κάθε περιοχής.

Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Ο δημόσιος τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας με πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, δευτεροβάθμιες υπηρεσίες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες. Ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας για κέρδος και είναι οργανωμένος με δύο κύριους άξονες. Ο ένας είναι η πρωτοβάθμια και ο άλλος η δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί προσφέρουν θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υποστήριξης σε χρόνιους ασθενείς.

Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ)

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα άρχισε από τις αρχές του 2015 η εφαρμογή του ΓεΣΥ. Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) αποτελεί προσπάθεια για υιοθέτηση μιας ολοκληρωμένης και σύγχρονης πολιτικής για την υγεία, η οποία στόχο έχει να διασφαλίζει στους πολίτες της χώρας το αυτονόητο: καθολική πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας μέσα από ένα σύστημα καθολικό και λειτουργικό, αποδοτικό, οικονομικά βιώσιμο, που θα παρέχει

αποτελεσματική κοινωνική προστασία σε εκείνους που την έχουν ανάγκη με τρόπο που να σέβεται τα χρήματα των φορολογουμένων και τους πόρους που θα διαχειρίζεται.

Στο πλαίσιο των πιο πάνω, υιοθετείται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού, ο οποίος μαζί με τον Παιδίατρο, απαρτίζουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του συστήματος και ρυθμίζουν την πρόσβαση προς τους Ειδικούς Ιατρούς. Παράλληλα, η απευθείας πρόσβαση στους Ειδικούς Ιατρούς θα είναι δυνατή υπό προϋποθέσεις.

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, με βάση τις πρόνοιες του επικαιροποιημένου μνημονίου, θα τεθεί σε εφαρμογή σε τρεις (3) φάσεις, με την πλήρη εφαρμογή του να τοποθετείται στα μέσα του 2016 (κάτι το οποίο μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει):

- Φάση Α (01/07/2015) – Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Επισκέψεις στον οικογενειακό ιατρό και σε παιδίατρο).
- Φάση Β (01/01/2016) – Επιπρόσθετες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Επισκέψεις σε όλες τις ειδικότητες Ιατρών και εξωνοσοκομειακά φάρμακα).
- Φάση Γ (01/07/2016) - Πλήρης εφαρμογή του ΓεΣΥ. Περιλαμβάνονται, επιπρόσθετα, όλες οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις, νοσηλεία εσωτερικών ασθενών κ.α.

Ο σχεδιασμός της λειτουργίας του ΓεΣΥ θα στηριχθεί στην παροχή ασφάλισης μέσω κρατικού ασφαλιστικού φορέα. Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας θα μελετήσει την πιθανή εφαρμογή ανοικτού συστήματος, το οποίο θα επιτρέπει τη συμμετοχή περισσότερων από έναν ασφαλιστικών οργανισμών, δεδομένου ότι θα παρέχει οφέλη στον πολίτη και τον ασθενή και δεδομένου ότι ένα τέτοιο σύστημα θα διασφαλίζει λειτουργικότητα, αποτελεσματικότητα και οικονομική βιωσιμότητα. Για το θέμα αυτό όπως αναφέρεται θα διεξαχθεί ειδική μελέτη, η οποία θα αξιολογεί τη λειτουργικότητα, την οικονομική βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα ενός ανοικτού ή κλειστού ΓεΣΥ.

Επιπρόσθετα, όπως καταγράφεται και στο επικαιροποιημένο μνημόνιο, υφίσταται ανάγκη να γίνει καθορισμός και αποσαφήνιση του ρόλου, της διακυβέρνησης και των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, ειδικότερα σε ότι αφορά τη στρατηγική πολιτική, τον έλεγχο του προϋπολογισμού, την εποπτεία, τον έλεγχο και τη ρύθμιση του Γενικού Συστήματος Υγείας.

Συνάμα, σύμφωνα με το επικαιροποιημένο μνημόνιο το γενικό σχέδιο υγείας θα είναι αρχικά βασισμένο σε ένα κλειστό ασφαλιστικό σύστημα. Το σύστημα μπορεί να εξελιχθεί σε πολυασφαλιστικό, εφόσον μπορούν να εξασφαλιστούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και οικονομικής προσιτότητας. Στην τελική εφαρμογή του ΓεΣΥ, η συνεισφορά των εργαζομένων θα ανέρχεται στο 2,55% επί των απολαβών τους, οι εργοδότες θα καταβάλλουν 3,55%, οι αυτοεργοδοτούμενοι 4,55%, οι συνταξιούχοι 2,55% και το κράτος 4,6%.

Σύμφωνα με το Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ, <http://www.hio.org.cy>) διαμορφώθηκε Σχέδιο Στρατηγικής, το οποίο πάντα σύμφωνα με τον ΟΑΥ περιλαμβάνει και περιγράφει σε λεπτομέρεια όλους τους σχεδιασμούς για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και τη μετάβαση από το υφιστάμενο στο νέο σύστημα υγείας. Περιλαμβάνει τη στρατηγική και την αρχιτεκτονική ενός συστήματος πληροφορικής που να υποστηρίζει το Σύστημα, τις αρχές και προϋποθέσεις για την εφαρμογή του θεσμού του Προσωπικού και του Ειδικού Ιατρού καθώς και την εκτέλεση κλινικών εξετάσεων, την παροχή φαρμάκων και άλλων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών, τον καταρτισμό του σφαιρικού προϋπολογισμού, την επικοινωνιακή πολιτική και την οργανωτική δομή του ΟΑΥ. Σαν αποτέλεσμα του Σχεδίου Στρατηγικής, συγκεκριμενοποιήθηκαν οι στόχοι που επιδιώκεται να επιτευχθούν στη βάση λεπτομερούς οδικού χάρτη, καθώς και οι ενέργειες που αφορούν στις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του προτεινόμενου Συστήματος Υγείας είναι τα ακόλουθα:

- Χρηματοδότηση από εισφορές των εργοδοτών, των μισθωτών, των αυτοεργοδοτούμενων, των εισοδηματιών και του Κράτους, το οποίο θα επωμισθεί και το μεγαλύτερο βάρος
- Αγορά υπηρεσιών υγείας τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από το δημόσιο τομέα
- Ελεύθερη επιλογή του παροχέα υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή
- Εφαρμογή του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού
- Οικονομική αυτονομία με τη σύσταση του Ταμείου Ασφάλισης Υγείας
- Σφαιρικός προϋπολογισμός (τα έξοδα δεν θα ξεπερνούν τα έσοδα) και μηχανισμός αναπροσαρμογής των τιμών αποζημίωσης προς τους παροχείς και

- Καθολική κάλυψη.

2. 3. Ενδεχόμενη μετάβαση στο ΓεΣΥ και προτεινόμενες λύσεις

Στην Κύπρο, η προσφορά υπηρεσιών υγείας, τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα, συνεχίζει να παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ανεπάρκειας, ανισοκατανομής και ανισότητας. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων, προκειμένου να υπάρξει επαρκής χρηματοδότηση, σύγχρονη διοίκηση και ισομερής ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Πρόληψης. Όμως, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σύγχρονων πολιτικών υγείας προϋποθέτουν την ύπαρξη ικανών και καταρτισμένων στελεχών, σε όλους τους τομείς διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας μέσα από την εφαρμογή συστήματος υγείας (Τούντας, 2006).

Γενικά οι όποιες μεταρρυθμίσεις δεν πρέπει να διαταράσσουν τις βασικές αρχές και τους στόχους των συστημάτων υγείας που είναι: Διασφάλιση της υγείας των πολιτών, επάρκεια και ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, διαφάνεια, ισότητα και ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας των πολιτών. Οι προτεινόμενες λύσεις που πρέπει να ληφθούν για ανασυγκρότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο έλεγχος της προσφοράς υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε ακριβές επενδύσεις τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα και η υποκατάσταση μέρους της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Όπως επίσης, η ορθή αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας με την εφαρμογή εθνικού συστήματος υγείας το οποίο θα παρέχει καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, θα διασφαλίζει την ελεύθερη επιλογή παροχέα από τους ασθενείς και ανάπτυξη ανταγωνισμού ποιότητας μεταξύ των προμηθευτών.

Ακόμη η συνεχής ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με εισαγωγή των αναγκαίων καινοτόμων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, με πρώτο αυτό της μελέτης και εφαρμογής ενός ΕΣΥ, είναι επιτακτική ανάγκη για την προσφορά και παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας στη Κύπρο. Έτσι, η αναμόρφωση του τομέα της υγείας με συνεχή προσπάθεια για αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας/αποδοτικότητας

των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της στρατηγικής για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο.

Για την υλοποίηση των προαναφερθέντων χρειάζονται αρκετές αλλαγές και δράσεις με αποφασιστικότητα συντονισμό και εργατικότητα. Οι σημαντικότερες μπορεί να είναι η αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και κατά συνέπεια και των υπηρεσιών υγείας με πλήρη αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και συγκράτηση, σε περίοδο οικονομικής κρίσης, των δαπανών υγείας. Η εισαγωγή του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου των τμημάτων και υπηρεσιών του υπουργείου, αλλά και την καταγραφή των στατιστικών στοιχείων και από τον ιδιωτικό τομέα. Η προώθηση της έρευνας και στην ανάπτυξη της Κυπριακής καινοτομίας στο χώρο της υγείας. Η αναδιοργάνωση των Δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας και εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης, αλλά και την ένταξή τους στο ΓεΣΥ.

Η εισαγωγή και πλήρης μηχανογράφηση των Δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας. Η εφαρμογή στρατηγικών προγραμμάτων, εποπτείας και ελέγχου για μείωση του χρόνου αναμονής για κλινικές/παρακλινικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις (υπερωριακή απασχόληση – επικαιρόποίηση των λιστών αναμονής). Η συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση για όλους/ες τους λειτουργούς υγείας, δημόσιου και μη τομέα, για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις νέες επιστημονικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

Συνάμα, η Κύπρος θα μπορούσε να εισαγάγει και να εφαρμόσει το ταχύτερο δυνατόν τα εξής:

1) Diagnosis Related Groups (DRGs) στα νοσοκομεία της (όπως έκανε η Ελβετία). 2) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (με σημαντικές εξοικονομήσεις όπως έκανε η Ελλάδα). 3) Μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, π.χ. τιμολόγηση, εισαγωγή σύγχρονων διαδικασιών αξιολόγησής τους, π.χ. Health Technology Assessment, ενίσχυση του θεσμού των κλινικών φαρμακοποιών (Η Ουγγαρία πέτυχε άνω του 40% μείωση των φαρμακευτικών δαπανών). 4) Βελτίωση της ποιότητας και ειδικότερα της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας (π.χ. διοικητικές μεταρρυθμίσεις όπως αυτοδιοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων) και ελάττωση της απάτης, σπατάλης, κατάχρησης (όπως έκανε η Γερμανία, η Ολλανδία, η Πολωνία και η Σουηδία), αναδιανομή των επενδύσεων στην υγεία μετά από μελέτες κόστους/οφέλους (cost-effectiveness and value based care) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αντικρίζοντας τον τομέα της υγείας στην ολότητά του (όπως έκανε η Αγγλία). 5) Αύξηση των φόρων σε επιβλαβή για την υγεία προϊόντων (τσιγάρα, αλκοόλ) όπως έκανε π.χ. η Εσθονία και η Βουλγαρία. 6) Εφαρμογή ολοκληρωμένων προληπτικών προγραμμάτων με θετικό κόστος-όφελος, π.χ. μείωση ποσοστού καπνιστών (προγράμματα διακοπής ή υιοθετώντας την απλή

συσκευασία όπως έκανε η Αυστραλία), ενθάρρυνση υγιεινής διατροφής, άσκησης, προληπτικών ελέγχων όπως τα παραδείγματα της Ουγγαρίας και του Βελγίου. 7) Λήψη μέτρων για βελτίωση των παρεχόμενων γηριατρικών υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψη ότι πρόκειται για ευάλωτο πληθυσμό, π.χ. δημιουργία γηριατρικών κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία για παροχή εξειδικευμένης φροντίδας, σταδιακή ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. 8) Προωθώντας την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, που θα μπορούσε να είχε προστατεύσει τον Κύπριο ασθενή αλλά και τους επαγγελματίες υγείας στη δύσκολη περίοδο που διερχόμαστε. Φυσικά όλα τα πιο πάνω επιβάλλουν την ύπαρξη μακροχρόνιου και αξιόπιστου στρατηγικού σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας, κάτι που μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει στην Κύπρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία συμπεραίνεται ότι το σύστημα υγείας στη χώρα μας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα και στάδια της διαδικασίας μετασχηματισμού των υγειονομικών πόρων σε αποτελέσματα υγείας. Παράλληλα, οι βασικές του δομές υστερούν σημαντικά σε οργανωτικό επίπεδο και σε καίρια ζητήματα.

Τα κράτη αντιμετωπίζουν δημοσιονομικούς περιορισμούς όσον αφορά την βιωσιμότητα των προϋπολογισμών τους για την υγεία ενώ ο τομέας βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο φάσμα δεδομένων, όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των προσδοκιών για υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και η εμφάνιση νέων, αποτελεσματικότερων αλλά και δαπανηρότερων τεχνολογιών. Συμπληρωματικά οι μετακινήσεις πληθυσμών και η μετανάστευση είναι μερικά από τα νέα δεδομένα σε διασυνοριακό επίπεδο και ταυτόχρονα προκλήσεις για τη δημόσια υγεία κυρίως στην Κύπρο. Η οικονομική κρίση έχει πλήξει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και τη δυνατότητα επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και των συστημάτων υγείας, με υπαρκτό κίνδυνο να προκληθεί περαιτέρω υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και ταυτόχρονα μεγιστοποίηση των ήδη μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων. Η Υγεία δεν είναι μόνο πολύτιμο αγαθό από μόνη της, αλλά και μοχλός ανάπτυξης. Μόνο ένας υγιής πληθυσμός μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το οικονομικό δυναμικό του ενώ οι δαπάνες για την υγεία δεν είναι μόνον έξοδο αλλά και επένδυση.

Είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός, ότι με την καθιέρωση του GeSY, η χώρα μας θα εισέλθει σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης ανάπτυξης. Το μόνο θετικό στοιχείο σχετικά με την τρέχουσα οικονομική κατάσταση στην Κύπρο είναι ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης. Πράγματι, υπάρχουν συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις που θα επιτρέψουν στη χώρα να ανακτήσει το χαμένο έδαφος. Οι μεταρρυθμίσεις σχετικά με το κλάδο της υγείας, τις οποίες συμφώνησε η Κύπρος με τους δανειστές της, στη πλειοψηφία τους κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση και πρέπει να υποστηριχθούν. Σ' ό,τι αφορά το σύστημα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιονεί αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Esping Andersen G., Gallie D., Hemerijck J., Myles J. (2006) Γιατί Χρειαζόμαστε ένα Νέο Κοινωνικό Κράτος, (ελλ. μτφρ.), Αθήνα.
- Esping-Andersen G, (2006) Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας, (ελλ. μτφρ.), Αθήνα.
- European Health for All database (2010). Cyprus Medical Association. Registry of Medical Specialties in Cyprus. WHO Regional Office for Europe.
- Κυριόπουλος Γ., (1997), «Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλλημα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα ή Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β, (2009), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 27(5): 834-840.
- Λιαρόπουλος Α.Α. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος Τ. (2001), *Υπερεθνικές κοινωνικές πολιτικές την εποχή της παγκοσμιοποίησης. Η κοινωνική πολιτική Διεθνών Οργανισμών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2011) Αναζητώντας το Νέο Κοινωνικό Κράτος.
- Samoutis G. & Paschalides C (2011). When will sun shine on Cyprus NHS?.*Lancet*.
- Τούντας Γ., (2006), *Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας*, Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 23(1):72-83.
- Τούντας Γ. (2007), «Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 23(1):72-83.
- Τούντας Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία ,Εισαγωγή,(σελ21-27), κεφάλαιο 2, Οργάνωση Συστημάτων Υγείας,(σελ.21-27)

Υπουργείο Υγείας. *Ετήσια έκθεση 1980, 1990, 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία.

Υπουργείο Υγείας. *Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων 2006, 2013*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία.

Υφαντόπουλος Γ. (2006), «Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική», Gutenberg-Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα.

WHO, (2009) *The financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. World Health Organization, Geneva.

Ιστοσελίδες:

<http://www.moh.gov.cy>

<http://www.hio.org.cy>