

2017

SWOT analysis of the Neapolis University
The SWOT analysis of the Neapolis University is presented in the following table. The strengths and weaknesses are internal factors, while the opportunities and threats are external factors.

SWOT analysis of the Neapolis University

The SWOT analysis of the Neapolis University is presented in the following table. The strengths and weaknesses are internal factors, while the opportunities and threats are external factors.

<http://hdl.handle.net/11728/10839>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Στη Δημόσια Διοίκηση
(Master In Public Administration)**

Διπλωματική Εργασία

**SWOT ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

Φοιτήτρια: Έλενα Ζαχαρίου/ Αρ. Μητρώου: 1153303669

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Ιωάννης Βλάσσης

Πάφος 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες σηματοδοτούνται τεράστιες αλλαγές στον τρόπο ζωής και στους ρυθμούς της καθημερινότητας των ανθρώπων, ενώ οι τεχνολογικές εξελίξεις προστρέχουν και διείσδυσαν για τα καλά στο χώρο της υγείας. Ανάλογη δεν ήταν όμως και η εξέλιξη της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στην Κύπρο ως προς τη βελτίωση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού. Συνεπώς, αυτό οδήγησε στην αναζήτηση εναλλακτικών μορφών οργάνωσης και λειτουργίας του. Κομβικό σημείο και άξονας των προτεινόμενων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, αποτελεί η αναδιοργάνωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Σκοπός: Βασικός προσανατολισμός της παρούσας εργασίας είναι η επισήμανση των αδυναμιών των δημόσιων Κέντρων Υγείας (Κ.Υ) της χώρας μας, αλλά και η σκιαγράφηση των υφιστάμενων λειτουργικών δυνατοτήτων που δυνάμει θα μπορούσαν να αποτελέσουν την οργανωτική βάση ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Από την ανάλυση των πιο πάνω παραγόντων του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας, προκύπτουν οι αρχικές κατευθύνσεις που θα αποτελέσουν το σημείο εκκίνησης των Υπηρεσιών Υγείας, με απώτερο στόχο να εκμεταλλευτούν μελλοντικές ευκαιρίες και να αποφύγουν δυσάρεστες συνέπειες. Ακολουθεί η κατάθεση προτάσεων και δράσεων που θα μπορούσαν να αναπτυχθούν από το Υπουργείο Υγείας για την αναβάθμιση και βελτίωση των σημερινών δομών των Κέντρων Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Μέθοδος: Έγινε περιεκτική αναζήτηση δημοσιευμένων αγγλικών και ελληνικών άρθρων στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Medline και Google Scholar, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, επίπεδα φροντίδας υγείας, στρατηγικός σχεδιασμός και ανάλυση S.W.O.T με όλους τους δυνατούς συνδυασμούς.

Αποτελέσματα: Έγινε μια σημαντική προσπάθεια περιγραφής και ανάλυσης των Κέντρων Υγείας της ΠΦΥ στην Κύπρο, αναδεικνύοντας την παρούσα κατάσταση και υπογραμμίζοντας την ανάγκη για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και λειτουργίας τους. Από το σύστημα της ΠΦΥ αναδύονται ανισότητες που αφορούν τη γεωγραφική κατανομή, ποιότητα, αντιμετώπιση και πρόσβαση των ασθενών καθώς και την οικονομική τους επιβάρυνση.

Συμπεράσματα: Κορυφαία προϋπόθεση για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος αποτελεί η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας με οργανωτικό πυρήνα την ΠΦΥ. Το Υπουργείο Υγείας οφείλει να λάβει υπόψη την ανάγκη αναδιάρθρωσης και ανάπτυξης του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τον πολίτη. Με την εφαρμογή του κατάλληλου στρατηγικού σχεδιασμού και τη λήψη των απαιτούμενων πολιτικών αποφάσεων δύναται να επιτευχθεί ο επιδιωκόμενος στόχος.

SUMMARY

Over the last decades, there have been huge changes in people's lifestyle and rhythms while technological advances have penetrated well into the health sector. However, we have not achieved similar changes to the effectiveness of the health system in Cyprus in order to improve the health of the whole population. Consequently, this has led to the search for alternative forms of organization and operation procedures of the Health System. The central point and the axis of the proposed reformist interventions, is the reorganization of the Primary Health Care (PHC) system.

Purpose: The main focus of the present work is to highlight the weaknesses of the public health centers of our country and to outline the existing functionalities that could potentially constitute the organization basis for the development of the health system. The analysis of the above factors, internal and external environment of the Health Centers, gives rise to the initial directions that will be the starting point of the organization to exploit future opportunities and avoid unpleasant consequences. Next point is the submission of proposals and actions that could be developed by the Ministry of Health to upgrade and improve the current structures of the Health Centers of Primary Health Care.

Method: Comprehensive search for published English and Greek articles in the Medline and Google Scholar bibliographic databases was made using the following key words: Primary Health Care, Health Care Levels, Strategic Planning and S.W.O.T Analysis with all possible combinations.

Results: An important effort was made to describe and analyse the Health Centers of the PHC in Cyprus, highlighting the present situation, the need to improve their existing situation and functioning. The PHC system emerged inequalities regarding geographical distribution, quality, treatment and access due to weakened patient position, causing dissatisfaction and burdening him/her financially.

Conclusions: The Ministry of Health must take into account the need to restructure and develop the Primary Health Care Network in order to provide quality services to people. A major prerequisite for the reconstruction of the health system is the development of an integrated health system with an organizational core of the PHC system. By implementing appropriate strategic planning and making the necessary political decisions, the desired goal can be achieved.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τη χρονική αυτή στιγμή, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη και να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση και συγγραφή της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Ιδιαίτερα, θεωρώ βαθιά μου υποχρέωση να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στο Δρ. Ιωάννη Βλάσση, επιβλέπων καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, για την εμπιστοσύνη, την υπομονή, τις εποικοδομητικές του συμβουλές και τις εύστοχες του υποδείξεις πριν και καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της. Η επιστημονική του κατάρτιση, η καθοδήγηση, η συνεχής του υποστήριξη και το ειλικρινές του ενδιαφέρον ήταν καθοριστικοί παράγοντες και διαδραμάτισαν καταλυτικό ρόλο στην πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της.

Παράλληλα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις γνώσεις που μας παρείχαν μέσα από τη διδασκαλία των μαθημάτων τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς οφείλω στην οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη, υπομονή, κατανόηση και συμπαράσταση που έδειξαν.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας με θέμα «Ανάλυση S.W.O.T των Δημόσιων Κέντρων Υγείας στην Κύπρο» σηματοδοτεί την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσιας Διοίκησης και Διοίκησης Μονάδων Υγείας» 2015-2017 του Πανεπιστημίου Νεάπολης.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται η μελέτη των λειτουργικών και οργανωτικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τον τομέα της ΠΦΥ στην Κύπρο. Στην προσπάθεια αυτή, συνηγορεί η προσέγγιση του θέματος από δύο διαφορετικές πλευρές, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος αντίστοιχα.

Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο ερμηνεύονται και προσδιορίζονται οι έννοιες «επίπεδα φροντίδας υγείας» και η έννοια και το περιεχόμενο της «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)».

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η στρατηγική ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της αξιολόγησης και γίνεται αναφορά και επεξήγηση της ανάλυσης S.W.O.T και των επιπέδων και κριτηρίων αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια του στρατηγικού μάνατζμεντ και στη συνέχεια αναλύεται το θεωρητικό του υπόβαθρο ώστε να γίνουν κατανοητά τα στάδια του.

Όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της εργασίας αποτελείται αντίστοιχα από τέσσερα κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο αποτυπώνεται η δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Κυπριακό Σύστημα Υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ) στην Κύπρο. Γίνεται μια σημαντική προσπάθεια περιγραφής και ανάλυσης των Κέντρων Υγείας αναδεικνύοντας την παρούσα κατάσταση και υπογραμμίζοντας την ανάγκη για βελτίωση της.

Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται μια προσπάθεια αξιολόγησης των Κ.Υ με τη χρήση της ανάλυσης S.W.O.T.

Ακολούθως, στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η ανάπτυξη των στρατηγικών στόχων του Υπουργείου Υγείας για την αναδιοργάνωση του συστήματος ΠΦΥ. Διερευνά και προσεγγίζει μια σειρά παρεμβάσεων και μέτρων που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της οργάνωσης, της διαχείρισης και της αποδοτικότητας του τομέα της ΠΦΥ.

Στη συνέχεια ολοκληρώνεται η εργασία με την παρουσίαση των συμπερασμάτων και την παράθεση προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του συστήματος ΠΦΥ και τη μετεξέλιξη του σε ένα σύγχρονο Εθνικό Σύστημα Υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πολίτη.

Στα παραρτήματα της μελέτης εμπεριέχονται πρόσθετες πληροφορίες οι οποίες θεωρήθηκαν χρήσιμες για την πληρέστερη πληροφόρηση των αναγνωστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
SUMMARY	ii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	viii
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	ixx
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	3
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Έννοιες και Ορισμοί.....	5
1.1 Επίπεδα Φροντίδας Υγείας	5
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	7
1.2.1 Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	9
2.1 Ανάλυση Εσωτερικού Περιβάλλοντος.....	9
2.1.1 Φυσικοί πόροι.....	9
2.1.2 Ανθρώπινοι πόροι:	9
2.1.3 Τεχνολογικοί πόροι.....	9
2.1.4 Χρηματοδοτικοί πόροι.....	10
2.2 Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος.....	10
2.2.1 Πολιτικό Περιβάλλον (Political)	11
2.2.2 Οικονομικό Περιβάλλον (Economical).....	11
2.2.3 Κοινωνικό Περιβάλλον (Social)	11
2.2.4 Τεχνολογικό Περιβάλλον (Technological).....	11
2.2.5 Περιβαλλοντολογικό (Environmental).....	11
2.2.6 Νομικό Πλαίσιο (Legal).....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
3.1 Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	12
3. 2 Ανάλυση S.W.O.T	12
3.3 Επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας	14

3.4 Κριτήρια απόδοσης Υπηρεσιών Υγείας.....	15
3.5 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ	17
4.1 Έννοια και ορισμός της στρατηγικής.....	17
4.2 ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ	18
4.2.1 Ανίχνευση περιβάλλοντος.....	18
4.2.2 Διαμόρφωση στρατηγικής.....	19
4.2.3 Υλοποίηση στρατηγικής.....	20
4.2.4 Αξιολόγηση και Έλεγχος	20
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	22
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	23
1.1 Επίπεδα Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	26
2.1 Ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας στην Κύπρο.....	26
2.1.1 Οργάνωση - Λειτουργίες	26
2.1.2 Στελέχωση – Ανθρώπινοι πόροι.....	27
2.1.3 Κτηριακή Υποδομή.....	31
2.1.4 Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός.....	31
2.1.5 Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο	31
2.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.....	32
2.2.1 Πολιτικό περιβάλλον (Political Environment)	32
2.2.2 Οικονομικό περιβάλλον (Economical Environment)	32
2.2.2.1 Δαπάνες Υγείας.....	32
2.2.3 Κοινωνικό Περιβάλλον (Social)	35
2.2.3.1 Δημογραφικές Εξελίξεις	36
2.2.4 Τεχνολογικό περιβάλλον	36
2.2.5 Περιβαλλοντικές διαστάσεις (Environmental).....	37
2.2.6 Νομικό πλαίσιο (Legal).....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T.....	38
3.1.1 Δυνατά Σημεία (Strengths)	39
3.1.2 Αδύνατα Σημεία (Weakness)	40
3.1.3 Ευκαιρίες (Opportunities).....	47
3.1.4 Απειλές (Threats)	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	50
4.1 Διαμόρφωση Στρατηγικής.....	50
4.1.1 Αποστολή Υπουργείου Υγείας.....	50
4.1.2 Σκοπός του Υπουργείου Υγείας.....	50
4.1.3 Πολιτικές Υπουργείου Υγείας.....	50
4.1.4 Στρατηγική Υπουργείου Υγείας.....	51
4.2 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ.....	54
4.2.1 Αναπτυξιακή στρατηγική.....	54
4.2.2 Διορθωτική στρατηγική.....	56
4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	58
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64
ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	711
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	722
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	756
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	822
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Περιοχές κάλυψης με περιοδεύουσες ομάδες.....	822
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Υλικοτεχνολογικός εξοπλισμός.....	844
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΓεΣΥ (Γενικό Σχέδιο Υγείας).....	877

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Χάρτης με τα Κέντρα και Υπόκεντρα Υγείας στην Κύπρο.....	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ανθρώπινο Δυναμικό Αστικών Κέντρων Υγείας.	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Ανθρώπινο Δυναμικό Περιφερειακών και Αγροτικών Κέντρων Υγείας	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ανάλυση S.W.O.T της ΠΦΥ στην Κύπρο	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Αριθμός Επισκέψεων Ασθενών στα Κέντρα Υγείας 2012-2015	43

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας ανά Επίπεδο Περίθαλψης στην Κύπρο.....	6
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού	10
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Δομή Ανάλυσης S.W.O.T	12
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Επίπεδα Αξιολόγησης στο χώρο της Υγείας	15
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Υπόδειγμα Στρατηγικού Μάνατζμεντ	18
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Αναλογία Ιατρών σε χώρες της Ευρώπης για τα έτη 2010 και 2015.....	29
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Αναλογία Νοσηλευτών σε χώρες της Ευρώπης για τα έτη 2010 και 2015.....	29
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο σε σύγκριση με την Ε.Ε	33
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Σύγκριση Δημόσιων Δαπανών της Κύπρου με τις χώρες της Ε.Ε	33
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Σύγκριση Δημόσιας και Ιδιωτικής Δαπάνης για την Υγεία στην Κύπρο.....	34
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε.....	36

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Βλ.: Βλέπε

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

Α.Ε.Π: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Α.Κ.Υ: Αγροτικό Κέντρο Υγείας

ΓεΣΥ: Γενικό Σχέδιο Υγείας

ΔΦΥ: Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η.Κ.Α: Ηλεκτρονική Κάρτα Ασθενή

Η.Φ.Α: Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενή

Η.Φ.Υ: Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Κ.Κ.Ο: Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες

Κ.Δ: Κλινικοί Διαδρόμοι

Κ.Υ: Κέντρο Υγείας

Μ.Κ.Ο: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Μ.Μ.Ε: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Μ.Π.Υ: Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΣΥ: Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας

ΠΔΥ: Περιφερειακά Δίκτυα Υγείας

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Υ.Υ: Υπουργείο Υγείας

OECD: The Organization for Economic Co-operation and Development

P.E.S.T.E.L: Political-Economical-Social-Technological-Environmental-Legal

S.W.O.T: Strengths-Weakness-Opportunities-Threats

UNICEF: United Nations International Childrens Emergency Fund

W.H.O: World Health O

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, ο στρατηγικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαίος για να διασφαλιστεί το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία, αφού με την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας προβάλλει η απειλή ενός κόσμου χωρίς αξίες και συνοχή, όπου οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και οι ανισότητες στην υγεία μεγαλώνουν (Τούντας, 2008). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) καλεί τους αρμόδιους που διαμορφώνουν αποφάσεις για την υγεία, να επικεντρώνονται στη μείωση των ανισοτήτων και στην επιδίωξη βιώσιμων και υψηλής ποιότητας συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα κάθε χώρα μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλείται να προσφέρει φροντίδα υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο-ασθενή και τις ανάγκες του (European Commission, 2012).

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας (Υ.Υ) συνηγορεί υπέρ των άνωθεν οδηγιών και καταβάλλει προσπάθεια τήρησης τους στοχεύοντας ταυτόχρονα στο στρατηγικό του σχεδιασμό, για προστασία των πολιτών από ασθένειες, εξασφάλισης υγιούς περιβάλλοντος και διευκόλυνσης της πρόσβασης των πολιτών σε αξιόπιστες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Η στρατηγική του Υπουργείου θέτει άξονα πολιτικής την ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, την αντιμετώπιση απειλών για την υγεία και υιοθετεί την προσέγγιση «Υγεία σε όλες τις πολιτικές» (Στρατηγικό Σχέδιο, 2016-2018). Βασικός άξονας της νέας πολιτικής για την υγεία είναι το ευρύτερο κοινωνικό συμφέρον, ο περιορισμός της εμπορευματοποίησης της υγείας και η εξάλειψη των ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγείας. Η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) πρέπει να συγκεντρώνει το πρωταρχικό ενδιαφέρον όσων χαράσσουν πολιτική στον τομέα της υγείας. Η πραγμάτωση των στόχων του Υ.Υ, διοχετεύεται μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που αποτελεί τη σπονδυλική στήλη κάθε συστήματος υγείας. Η οργάνωση, η διοίκηση και η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών της ΠΦΥ επηρεάζουν καίρια την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του όλου συστήματος.

Δυστυχώς όμως, οι προσπάθειες για την οικοδόμηση ενός σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες του Κύπριου πολίτη για αξιοπρεπές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας υγείας ατόνησαν τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μην ολοκληρωθεί ποτέ αυτό το εγχείρημα, αλλά να αποτελεί στις μέρες μας τη σημαντικότερη πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει το Σύστημα Υγείας της χώρας μας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διατύπωση πρότασης για την αποτελεσματικότερη λειτουργία και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα, στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου για την ανάπτυξη της ΠΦΥ στην Κύπρο. Στο πλαίσιο της μελέτης, θα πραγματοποιηθεί ανάλυση και αξιολόγηση του εσωτερικού περιβάλλοντος των δημόσιων Κέντρων Υγείας στην Κύπρο ως προς την οργάνωση, διάρθρωση των υπηρεσιών και τις κύριες υποστηρικτικές τους λειτουργίες. Θα ακολουθήσει ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος των Κ.Υ ως προς την προσφορά υπηρεσιών στην περιοχή ευθύνης τους, τις δημογραφικές και επιδημιολογικές εξελίξεις, το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο, το ανθρώπινο δυναμικό, το οικονομικό περιβάλλον και τις περιβαλλοντικές

διαστάσεις. Στη συνέχεια με τη χρήση της ανάλυσης S.W.O.T θα γίνει αξιολόγηση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ), ανίχνευση και επισήμανση τόσο των δυνατών σημείων όσο και των πιθανών παραγόντων που επιδρούν δυσμενώς στην εύρυθμη λειτουργία τους. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι στρατηγικοί στόχοι του Υπουργείου Υγείας και προτείνονται στρατηγικές μετά την ανάλυση που προηγήθηκε. Τέλος, παρατίθενται προτάσεις που προκύπτουν από τη βιβλιογραφική αναδίφηση καθώς και από την ερευνητική προσπάθεια για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η μελέτη βασίστηκε σε στατιστικά δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) και από τη στατιστική βάση δεδομένων της Eurostat. Συνάμα λήφθηκαν στοιχεία από τη στατιστική υπηρεσία της Κύπρου και τις ετήσιες εκθέσεις του Υπουργείου Υγείας. Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία στο πεδίο της έρευνας της ΠΦΥ στην Κύπρο, είναι σχετικά περιορισμένη.

Για την καταγραφή και τη συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συνέντευξη με τον υπεύθυνο ιατρικό ή νοσηλευτικό λειτουργό των υπό εξέταση Κέντρων Υγείας. Χρησιμοποιήθηκε κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο από παρόμοια έρευνα (Τράντου, 2011), ώστε να καταγραφούν τα δεδομένα που αφορούν το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, για να διαμορφωθεί μια πληρέστερη αλλά και παραστατική εικόνα της υφιστάμενης οργανωτικής και λειτουργικής κατάστασης των δομών. Τα δεδομένα αυτά παρατίθενται και αναλύονται στο βαθμό που μπορούν να αξιοποιηθούν. Επιπρόσθετα, έγινε ανασκόπηση της εγχώριας και της διεθνούς βιβλιογραφίας προκειμένου να διερευνηθεί το εξωτερικό περιβάλλον μέσα από το οποίο τα Κέντρα Υγείας στην Κύπρο καλούνται να εκπληρώσουν το ρόλο και την αποστολή τους.

Η μεθοδολογία πραγματοποιήθηκε με την αναζήτηση των σχετικών άρθρων σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων MEDLINE και GOOGLE SCHOLAR χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Επίπεδα Φροντίδας Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός και ανάλυση S.W.O.T. Προκειμένου δε, να αυξήσουμε την απόδοση της αναζήτησης, χρησιμοποιήσαμε εναλλακτικά τις πιο πάνω λέξεις κλειδιά σε συνδυασμό με τις λέξεις όπως «και», «ή» με όλους τους δυνατούς εναλλακτικούς συνδυασμούς.

Από το σύνολο των μελετών που προέκυψαν αξιολογήθηκαν ως αποδεκτές για την εργασία οι δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες που πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Γλώσσα: Άρθρα μόνο στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.
- Πλήρης πρόσβαση στο κείμενο της δημοσίευσης χωρίς να απαιτείται χρηματική καταβολή για την αγορά του.
- Οι μελέτες να έχουν δημοσιευθεί σε αναπτυγμένες ή Ευρωπαϊκές χώρες που τα δεδομένα τους να είναι πλησιέστερα στα κυπριακά δεδομένα.
- Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα είδη ερευνητικών μεθοδολογικών προσεγγίσεων.

Αναφορικά με τα διαγράμματα έγινε η επιλογή να παραμείνουν στη μορφή που αντλήθηκαν από την αντίστοιχη πηγή, καθώς η απόδοση στην ελληνική γλώσσα ενδεχομένως να αλλοίωνε τη διαπλοκή δομών και σχέσεων.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο διατυπώνονται οι έννοιες “τα επίπεδα φροντίδας υγείας” και η “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού και στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες της αξιολόγησης, της ανάλυσης S.W.O.T, τα επίπεδα και τα κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο επεξηγείται η θεωρητική προσέγγιση του στρατηγικού μάνατζμεντ με την ανάλυση ορισμών και εννοιών για την καλύτερη κατανόηση του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Έννοιες και Ορισμοί

1.1 Επίπεδα Φροντίδας Υγείας

Τα συστήματα υγείας τα διακρίνουμε σε δύο μορφές περίθαλψης (εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη) και τρία επίπεδα (το Πρωτοβάθμιο, το Δευτεροβάθμιο και το Τριτοβάθμιο επίπεδο (Θεοδώρου κ.α, 2001).

Η ανοικτή περίθαλψη παρέχεται από υπηρεσίες **Πρωτοβάθμιου επιπέδου**. Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του ασθενή με το υγειονομικό σύστημα και αποβλέπει στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων για τα οποία δεν κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η ΠΦΥ παρέχεται από ένα πλέγμα μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά νοσοκομεία, τα ιδιωτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων κ.α.

Στο **Δευτεροβάθμιο** και **Τριτοβάθμιο επίπεδο** εντάσσονται οι υπηρεσίες που αποτελούν τη νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη που στοχεύει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Η **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ)** παρέχεται από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και προσφέρει νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευόμενο προσωπικό. Η ΔΦΥ αναφέρεται στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που απαιτούν εισαγωγή και νοσηλεία των αρρώστων σε νοσηλευτική μονάδα της περιοχής τους και περιλαμβάνει όλες τις βασικές, κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις (Μάνιου και Ιακωβίδου, 2009).

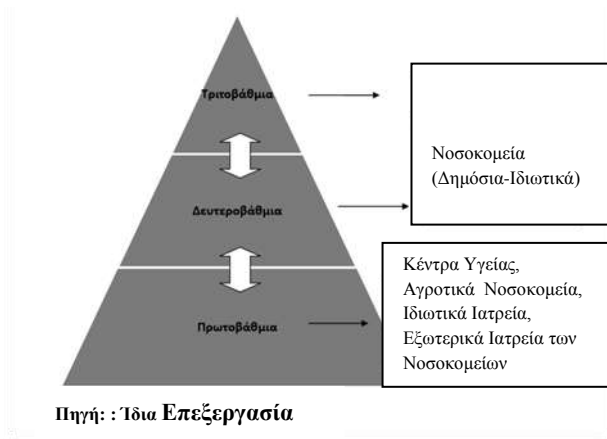
Η **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αναφέρεται στην αντιμετώπιση των σύνθετων και πολύπλοκων προβλημάτων υγείας στο περιφερειακό νοσοκομείο της ευρύτερης περιοχής.

Οι ειδικές περιπτώσεις που παραπέμπονται στην τριτοβάθμια περίθαλψη απαιτούν ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις και υψηλή τεχνολογική υποδομή, διάγνωση και θεραπεία. Τέτοιες υπηρεσίες προϋποθέτουν την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού και τη λειτουργία προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού. Πολλές φορές για την παροχή τριτοβάθμιας περίθαλψης είναι απαραίτητη η συνεργασία ιατρών από διάφορες ειδικότητες.

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε τρία επίπεδα περίθαλψης είναι χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων υγείας σε όλες τις χώρες και «εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας». Τα τρία επίπεδα φροντίδας υγείας βρίσκονται σε μια λειτουργική

διασύνδεση από την αποτελεσματικότητα της οποίας εξαρτώνται οι εκβάσεις των συστημάτων υγείας.

Διάγραμμα 1: Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης στην Κύπρο



Από τη θέση που κατέχει το υποσύστημα της ΠΦΥ στην πυραμίδα της ιεραρχίας, διαφαίνεται ο ιδιαίτερος ρόλος και η βαρύνουσα σημασία που ενέχει η ΠΦΥ για την αποτελεσματική διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος υγείας μίας χώρας.

Πρωτοβάθμια

- Διαγνωστική-Θεραπευτική (Εξωτερικά Ιατρεία)
- Επείγουσα (Τμήμα Επειγόντων)
- Ψυχιατρική Ιατρική
- Προληπτική Ιατρική
- Κοινωνική Ιατρική

Δευτεροβάθμια

- Νοσηλεία
- Εργαστηριακός έλεγχος για κάλυψη απαιτήσεων νοσηλείας
- Γενικές επεμβάσεις (καθετηριασμοί/γαστροσκοπήσεις, γενικές εγχειρήσεις κλπ)

Τριτοβάθμια

- Εξειδικευμένη νοσηλεία
- Υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις
- Υψηλά εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης
- Υψηλά εξειδικευμένος εξοπλισμός
- Υψηλό κόστος δημιουργίας, λειτουργίας και συντήρησης
- Απαιτεί υποστήριξη και άλλων ειδικοτήτων
- Αφορά λίγους, καλύπτει όμως μεγάλες πληθυσμιακές μονάδες (περιφέρεια)

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αναδύθηκε τη δεκαετία του 1970 ως η εναλλακτική ρεαλιστική απάντηση στη λειτουργική κρίση του ιατροκεντρικού και νοσοκομειοκεντρικού συστήματος. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες αντιμετώπιζαν την ασθένεια περιστασιακά και μεμονωμένα, αδυνατώντας να εξασφαλίσουν την πρόληψη της νόσου και να πετύχουν την προαγωγή της υγείας. Οι παραπάνω διαπιστώσεις επιβεβαίωσαν τη διεθνή αναγνώριση της ΠΦΥ, ως την απαραίτητη δομή για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας. Η ΠΦΥ επικυρώνεται το 1978 με τη διακήρυξη της συνδιάσκεψης της Άλμα-Άτα (Βλ. Παράρτημα Α). Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών – μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) και αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας (Φιλαλήθης, 2008).

Στη διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978, η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως η **«Βασική φροντίδα υγείας, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης»** (WHO, 1978).

Οι αρχές της διακήρυξης της Άλμα-Άτα παραμένουν πάντα επίκαιρες και αυτό επαναβεβαιώνεται συνεχώς με τη δέσμευση της διεθνούς υγειονομικής κοινότητας στα διαδοχικά διεθνή συνέδρια και συνελεύσεις (Ottawa-1986, Adelaide-1988, Sundsvall-1991, Jakarta-1997 κ.α). Αποκορύφωμα η 51^η Παγκόσμια Συνέλευση του Π.Ο.Υ το Μάιο του 1998, όπου αναπροσαρμόστηκε η Στρατηγική «Υγεία για Όλους» και τέθηκε ο στόχος μέσα στον 21^ο αιώνα να έχει διασφαλιστεί για όλους τους ανθρώπους ένα επίπεδο υγείας, που θα τους επιτρέπει να έχουν μία παραγωγική ζωή σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιάς κοινότητας που ενεργοποιεί και αξιοποιεί όσο το δυνατόν περισσότερο όλους τους διαθέσιμους πόρους. Το πλέγμα των υπηρεσιών της ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και συνθέτει τη βασικότερη προϋπόθεση για την εδραίωση της συνέχειας στη φροντίδα υγείας (WHO, 1992). Δεν είναι απλά και μόνο το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της παραδοσιακά καλούμενης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας. Με άλλα λόγια, ένα οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Αποτελεί την πύλη εισόδου του πληθυσμού στο σύστημα υγείας και την πρώτη του επαφή με τη διεπαγγελματική ομάδα υγείας (Κυριόπουλος κ.α, 1995).

1.2.1 Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μέσα στα πλαίσια λειτουργίας της ΠΦΥ η «ομάδα υγείας» αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα για την επίτευξη των στόχων της. Ο ρόλος της είναι καθοριστικός στην εκτίμηση και παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού της κοινότητας και τον προσδιορισμό των προβλημάτων που αυτός αντιμετωπίζει. Ειδικότερα, η ομάδα αυτή συγκροτείται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Κύριο στοιχείο της ομάδας είναι ο διεπιστημονικός της χαρακτήρας και η συνεργασία των μελών στηρίζεται στην κατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων, έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας να συνεισφέρει ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες του (Φιλαλήθης, 1996). Ένας μεγάλος αριθμός διεθνών μελετών αποδεικνύουν ότι η διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ είναι οικονομικά αποδοτική και μειώνει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, ενώ παράλληλα βελτιώνει τους δείκτες υγείας του πληθυσμού (Mitchel et al., 2012).

Αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος ΠΦΥ είναι και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Ο **οικογενειακός ιατρός** ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το σύστημα υγείας, διαδραματίζει το ρόλο του «τροχονόμου» του συστήματος υγείας και είναι αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται (Λιαρόπουλος, 2007). Ο οικογενειακός ιατρός ως «gatekeeper» αποκαθιστά την οργανωτική συνέχεια στην παροχή περίθαλψης και φέρει την ευθύνη της παραπομπής των ασθενών που χρήζουν ανάγκης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά τον τρόπο αυτό, εξασφαλίζεται η προσανατολισμένη υποστήριξη και καθοδήγηση των χρηστών από τον οικογενειακό ιατρό προς τα υπόλοιπα σημεία διανομής υγειονομικής φροντίδας. Έτσι, εξασφαλίζεται η ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, επιτυγχάνοντας την αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων και κατ' επέκταση τη μείωση του λειτουργικού κόστους του νοσοκομειακού τομέα όσο και την ορθολογικότερη και αποδοτικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έχει εξαιρετικά μεγάλη σημασία στην εκπλήρωση της λειτουργικής αποστολής των υπηρεσιών της ΠΦΥ.

Το λειτουργικό περιεχόμενο των υπηρεσιών της ΠΦΥ στηρίζεται και προωθείται μέσα από το οργανωτικό σχήμα των Κέντρων Υγείας. Τα **Κέντρα Υγείας** ενσωματώνουν σε τοπικό επίπεδο, το σύνολο των υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης που είναι αναγκαίες για τον πληθυσμό ευθύνης τους (Σουλιώτης, 2006). Τα Κ.Υ αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές ομάδες των κατά τόπους νοσοκομείων. Βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

2.1 Ανάλυση Εσωτερικού Περιβάλλοντος

Ως εσωτερικό περιβάλλον ορίζονται οι δυνάμεις μέσα στον οργανισμό που επηρεάζουν τόσο τον ίδιο, όσο και τη λειτουργία του. Στο εσωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνουμε όλους εκείνους τους παραγωγικούς συντελεστές που απασχολεί ο οργανισμός και όλες εκείνες τις δυνάμεις και γενικές συνθήκες που επικρατούν μέσα στον οργανισμό (Πετρίδου, 2011). Γίνεται μια εις βάθος ανάλυση του οργανισμού με στόχο να βρεθούν τα εσωτερικά στρατηγικά στοιχεία, οι δυνάμεις και οι αδυναμίες του οργανισμού που είναι πιθανό να καθορίσουν το κατά πόσο είναι ικανός να εκμεταλευτεί τις ευκαιρίες, ενώ παράλληλα να αποφύγει τις απειλές. Η λεπτομερής ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού αποτελεί σημαντικό μέρος μιας πετυχημένης στρατηγικής. Η ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος ονομάζεται και οργανωσιακή ανάλυση και ασχολείται με το να προσδιορίσει και να βελτιώσει τους πόρους ενός οργανισμού.

Το εσωτερικό περιβάλλον των οικονομικών οργανισμών αποτελούν όλα τα στοιχεία, τις δυνάμεις και τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για την επιτυχία των στόχων τους (Πετρίδου, 2011). Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η δομή, η κουλτούρα και οι πόροι του οργανισμού.

Η δομή αποτελεί ένα τυπικό σύστημα ιεραρχικών σχέσεων, το οποίο δείχνει πως οι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν τους πόρους.

Η κουλτούρα είναι κοινώς αποδεχόμενες αξίες, πιστεύω, προσδοκίες, έννοιες, παραδοχές, αρχές και άτυποι κανόνες που καθορίζουν το πως σκέφτονται και το πως αντιδρούν οι άνθρωποι ως προς τον οργανισμό, το περιβάλλον και τις σχέσεις του με αυτό.

Οι πόροι κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

2.1.1 Φυσικοί πόροι:

Συμπεριλαμβάνονται οι πόροι οι οποίοι έχουν υλική υπόσταση όπως οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, τα μηχανήματα.

2.1.2 Ανθρώπινοι πόροι:

Αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό ενός οργανισμού (ειδικότητες, προσόντα, εκπαίδευση, εμπειρία κτλ). Η ικανότητα των υπηρεσιών να εκπληρώσουν την αποστολή και το ρόλο τους συναρτάται απόλυτα από το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν. Για το λόγο αυτό η στελέχωση των υπηρεσιών αποτελεί σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης.

2.1.3 Τεχνολογικοί πόροι:

Η τεχνογνωσία, οι διαδικασίες τα τεχνολογικά συστήματα και η γενικότερη τεχνολογική υποδομή που εφαρμόζεται στον οργανισμό, αποτελούν τους τεχνολογικούς πόρους ενός οργανισμού.

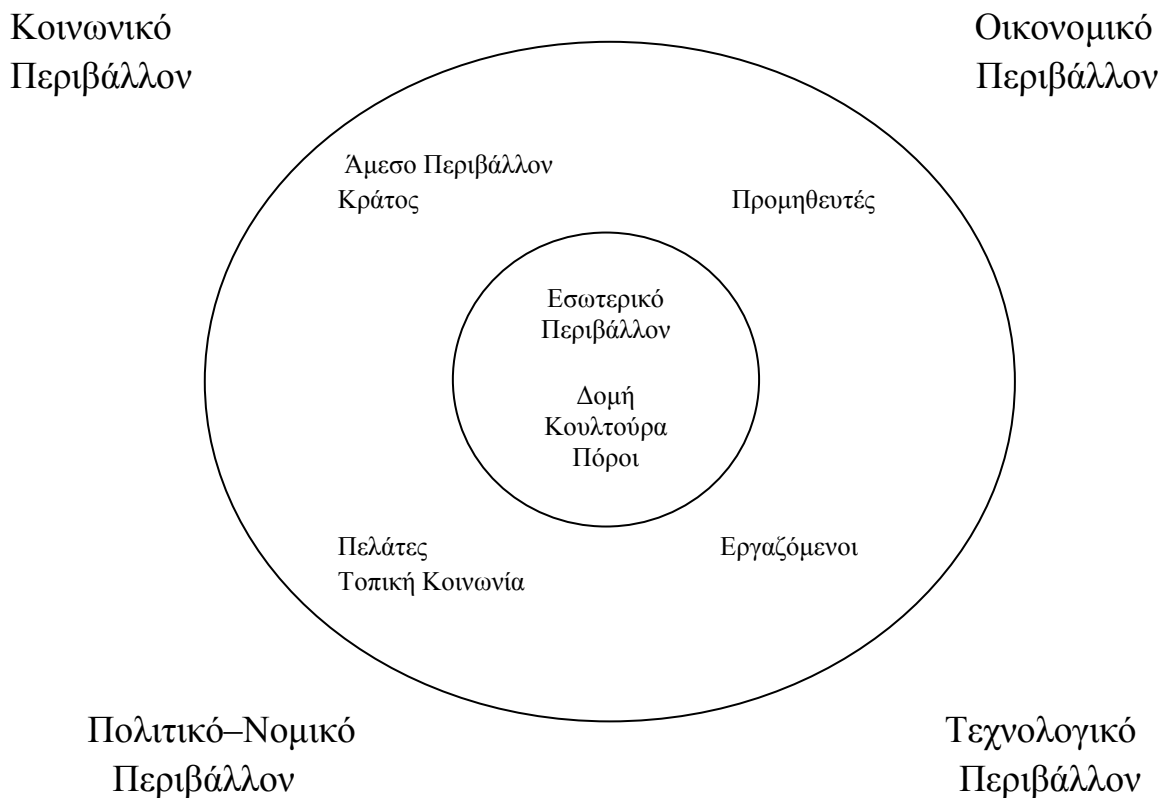
Η διοίκηση πρέπει να επιλέγει το κατάλληλο επίπεδο τεχνολογίας σε συνάρτηση με τους στόχους της και το ανάλογο επίπεδο ικανότητας των ανθρώπινων πόρων της, οι οποίοι είναι

αναγκαίοι για να λειτουργήσει η εφαρμοσμένη τεχνολογία (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2007).

2.1.4 Χρηματοδοτικοί πόροι:

Κάθε οργανισμός για τις συντελούμενες λειτουργίες του και για τη χρηματοδότηση της ανάπτυξής του, χρειάζεται χρηματοοικονομικούς πόρους.

Διάγραμμα 2: Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού



Πηγή: Wheelen, T.L & Hunger, D. J. (2012), Concepts in Strategic Management and Business Policy. 13th edition, Pearson Prentice Hall.

2.2 Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος

Ως εξωτερικό περιβάλλον ορίζονται οι δυνάμεις που βρίσκονται έξω από τα όρια του οργανισμού αλλά μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία του και την υλοποίηση ή μη του στόχου του.

Για την ανάλυση των σημαντικών μεταβλητών που επηρεάζουν το εξωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού θα χρησιμοποιηθεί το πλαίσιο P.E.S.T.E.L. Το πλαίσιο εργασίας

P.E.S.T.E.L κατηγοριοποιεί τις περιβαλλοντικές επιρροές σε έξι διαφορετικά είδη: Πολιτικές (Political), Οικονομικές (Economical), Κοινωνικές (Social), Τεχνολογικές (Technological), Περιβαλλοντικές (Environmental) και Νομικές (Legal) (Johnson, 2011).

2.2.1 Πολιτικό Περιβάλλον (Political Environment)

Η πολιτική διάσταση αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του πολιτικού συστήματος της χώρας, τις κυβερνητικές πολιτικές, τις διεθνείς σχέσεις με άλλα κράτη και ενώσεις κ.α. Το πολιτικό σύστημα μίας χώρας εκτός από τις βασικές ιδεολογικές κατεύθυνσεις που το προσδιορίζουν, επηρεάζει και με άλλους τρόπους τη λειτουργία των οργανισμών όπως η πολιτική σταθερότητα, ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης στην οικονομική ζωή της χώρας, η νομισματική σταθερότητα, οι διπλωματικές σχέσεις με άλλα κράτη και οι διακρατικές συμφωνίες (Πετρίδου, 2011).

2.2.2 Οικονομικό Περιβάλλον (Economical Environment)

Το οικονομικό περιβάλλον αναφέρεται κυρίως στην κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα οικονομικά μεγέθη της χώρας ή της περιοχής στην οποία δραστηριοποιείται μια επιχείρηση, καθώς και στις γενικότερες οικονομικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα και είναι πιθανόν να επηρεάσουν τη λειτουργία της (ακαθάριστο εθνικό προϊόν, επιτόκια, πληθωριστικές τάσεις, επίπεδο ανεργίας, διαθέσιμο εισόδημα κλπ) (Παπαδάκης, 2016).

2.2.3 Κοινωνικό Περιβάλλον (Social Environment)

Η κοινωνική διάσταση περιλαμβάνει τις πολιτιστικές αξίες των ανθρώπων ή κοινωνικών ομάδων, τη δημογραφική τους κατάσταση, τα στοιχεία που σχετίζονται με την εκπαίδευση τους, το πλέγμα των προσωπικών τους αξιών, στάσεων, τυπικών και άτυπων προτύπων συμπεριφοράς, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κ.α (Πετρίδου, 2011).

2.2.4 Τεχνολογικό Περιβάλλον (Technological Environment)

Η τεχνολογική διάσταση αναφέρεται στα τεχνολογικά επιτεύγματα, στη βελτίωση της παραγωγικότητας, αλλά και στις δαπάνες του οργανισμού για έρευνα και ανάπτυξη. Οι τεχνολογικές τάσεις και τα τεχνολογικά επιτεύγματα έχουν σημαντική επίδραση στον οργανισμό και στη στρατηγική του. Ορισμένες τεχνολογικές τάσεις παρουσιάζονται ως σημαντικές ευκαιρίες για τον οργανισμό ενώ άλλες ως εν δυνάμει απειλές αν δεν υπάρχει αρμονική προσαρμογή στις νέες τεχνολογίες. Οι τεχνολογικοί παράγοντες αναφέρονται σε νέες γνώσεις, τεχνικές ακόμη και δραστηριότητες που επηρεάζουν τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και λειτουργίας του οργανισμού.

2.2.5 Περιβαλλοντολογικό (Environmental)

Η περιβαλλοντολογική διάσταση σχετίζεται με την αλληλεπίδραση του φυσικού περιβάλλοντος στον οργανισμό.

2.2.6 Νομικό Πλαίσιο (Legal)

Η νομική διάσταση αναφέρεται στους νόμους και τα κανονιστικά πλαίσια που αφορούν προσλήψεις, προαγωγές, απολύσεις κ.α. Η προσθήκη ή η αφαίρεση ενός νομοθετικού ή

ρυθμιστικού περιορισμού από την κυβέρνηση μιας χώρας είναι δυνατό να δημιουργήσει σημαντικές στρατηγικές απειλές όσο και ευκαιρίες για τους οργανισμούς εκείνους που δραστηριοποιούνται στη συγκεκριμένη χώρα (Παπαδάκης, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

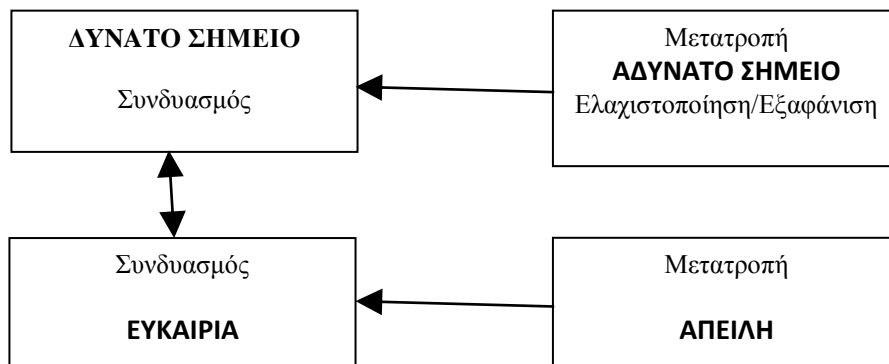
Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας υγείας. Στις υπηρεσίες υγείας η αξιολόγηση υποδεικνύει τον τρόπο για τη χάραξη πολιτικής υγείας αφού μέσω αυτής προσδιορίζονται οι υγειονομικές προτεραιότητες (Κυριόπουλος, Οικονόμου και Σουλιώτης, 2003). Πιο συγκεκριμένα μέσα από τη διαδικασία της αξιολόγησης δίνεται η δυνατότητα εντοπισμού τυχόν αδυναμιών, ελλείψεων και προβλημάτων της υπηρεσίας και αντιμετώπισης τους στη συνέχεια. Ακόμη, επιτυγχάνεται η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και η εισαγωγή νέων εφαρμογών και πρακτικών στη λειτουργία της. Βασικός της στόχος είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική ανακατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Τούντας, 2008).

3.2 Ανάλυση S.W.O.T

Η ανάλυση S.W.O.T πρωτοπαρουσιάστηκε τη δεκαετία του 1970 (Andrews, 1971) και προκύπτει από τις αγγλικές λέξεις: Strengths (Δυνατά σημεία - Πλεονεκτήματα), Weakness (Αδυναμίες - Μειονεκτήματα), Opportunities (Ευκαιρίες) και Threats (Απειλές). Είναι ένα σύγχρονο εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού. Τα στοιχεία που αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον, χαρακτηρίζονται ως πλεονεκτήματα (δυνάμεις) ή μειονεκτήματα (αδυναμίες), ανάλογα με το αν το περιβάλλον αυτό θεωρείται ότι ενισχύει ή αποδυναμώνει την προσπάθεια του οργανισμού. Τα υπόλοιπα στοιχεία που συμπληρώνουν το πλαίσιο της ανάλυσης S.W.O.T αφορούν το εξωτερικό περιβάλλον. Αποτελούν τις ευκαιρίες και τις απειλές που απορρέουν από ένα ευνοϊκό ή δυσμενές εξωτερικό περιβάλλον αντίστοιχα.

Η ανάλυση S.W.O.T χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την ανάλυση P.E.S.T.E.L για τη διερεύνηση του εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού.

Διάγραμμα 3: Δομή ανάλυσης S.W.O.T



Πηγή: Ίδια επεξεργασία

Γενικά, κατά την εφαρμογή της ανάλυσης επιχειρείται να απαντηθούν με όσο το δυνατόν πιο ποσοτικοποιημένο τρόπο ερωτήματα για την περιοχή όπως (https://en.wikipedia.org/wiki/SWOT_analysis):

Δυνάμεις:

- Ποια είναι τα πλεονεκτήματα;
- Ποιο είναι το πλέον ανταγωνιστικό προϊόν / υπηρεσία;
- Ποιοι είναι οι διαθέσιμοι πόροι που είναι μοναδικοί ή έχουν το μικρότερο συγκριτικά κόστος;
- Τι θεωρούν οι τοπικοί οικονομικοί παράγοντες ως ενδογενή δύναμη της περιοχής;

Αδυναμίες:

- Τι θα μπορούσε να βελτιωθεί;
- Τι θα έπρεπε να αποφευχθεί;
- Τι θεωρούν οι τοπικοί οικονομικοί παράγοντες ως ενδογενή αδυναμία του οργανισμού;

Ευκαιρίες

- Ποιες είναι οι καλές ευκαιρίες που προβάλλουν;
- Ποιες είναι οι ενδιαφέρουσες τάσεις που αφορούν την περιοχή;

Χρήσιμες ευκαιρίες μπορεί να θεωρηθούν:

- Αλλαγές στην τεχνολογία και τις αγορές, σε μικρή ή μεγάλη κλίμακα
- Αλλαγές στην κρατική πολιτική στο πεδίο ενδιαφέροντος
- Αλλαγές σε κοινωνικά μοτίβα, πληθυσμιακά προφίλ, αλλαγές τρόπου ζωής
- Τοπικά γεγονότα

Απειλές:

- Ποια εμπόδια εμφανίζονται συνήθως;
- Τι κάνουν οι ανταγωνιστές;
- Εμφανίζονται αλλαγές στις προδιαγραφές για τα ήδη παρεχόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες;
- Οι τεχνολογικές αλλαγές απειλούν ή ακυρώνουν την υφιστάμενη οικονομία της περιοχής;
- Υπάρχουν χρηματοδοτικά ή χρηματοοικονομικά προβλήματα;
- Αποτελεί κάποια από τις αδυναμίες πραγματική απειλή για την οικονομία της περιοχής;

Η ανάλυση S.W.O.T χρησιμοποιείται από έναν οργανισμό προκειμένου να εντοπίσει και να αξιοποιήσει τα δυνατά του σημεία, να επενδύσει πάνω σε αυτά και να εκμεταλευτεί τις μελλοντικές ευκαιρίες που θα παρουσιαστούν. Επιπρόσθετα ο οργανισμός μπορεί να ανακαλύψει τα αδύνατα του σημεία και να τα διορθώσει απόφευγοντας τις απειλές και τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί.

Οι πληροφορίες και οι γνώσεις που θα αποκτήσει μέσα από την ολοκλήρωση της διαδικασίας S.W.O.T μπορεί αντικειμενικά να καθοριστεί ως «η ταυτότητα του οργανισμού» και να δώσει τη δυνατότητα στον οργανισμό να προβεί σε μελετημένες και στρατηγικού περιεχομένου αποφάσεις για τη μελλοντική του λειτουργία.

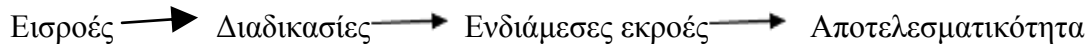
3.3 Επίπεδα αξιολόγησης των Υπηρεσιών και των Συστημάτων Υγείας

Οι υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας μπορούν να αναλυθούν και να αξιολογηθούν σε διαφορετικά επίπεδα. Έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις για τα επίπεδα αυτά. Σύμφωνα με τον Donabedian (1966) υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας:

- **Η αξιολόγηση των εισροών** αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Οι δείκτες εισροών είναι απλοί ποσοτικοί δείκτες με τους οποίους αξιολογείται το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και οι άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας. Γνωρίζοντας για παράδειγμα την επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού ενός Κέντρου Υγείας ή τον εργαστηριακό του εξοπλισμό είναι δυνατή η διατύπωση ορισμένων πρώτων εκτιμήσεων για την αξία του κέντρου.
- **Η αξιολόγηση της διαδικασίας** παροχής υπηρεσιών αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διαδικασία προσδιορίζεται με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα, προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία και αντικατοπτρίζει τη «συναλλαγή» του χρήστη με τον προμηθευτή. Οι δείκτες αξιολόγησης διαδικασιών είναι π.χ η αξιοπιστία διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών και χρόνου αναμονής.
- **Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών** χρησιμοποιείται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε περιπτώσεις όπου είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς τις εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας. Οι δείκτες ενδιάμεσων εκροών είναι π.χ απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων όπως χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα, εμβολιασμοί κ.α.
- **Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων** αποτελεί το τελικό στόχο της αξιολόγησης και γίνεται κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της υπηρεσίας ή αναδρομικά μετά την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Οι δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού είναι οι δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Η συνδυασμένη αξιολόγηση των τεσσάρων επιπέδων φροντίδας, με τη χρήση κατάλληλων δεικτών μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας ή συστημάτων υγείας (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Διάγραμμα 4: Επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας



Πηγή: Donabedian (1966)

3.4 Κριτήρια απόδοσης Υπηρεσιών Υγείας

Ο Cochrane (1972) πρότεινε ως βασικά κριτήρια αξιολόγησης, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Το κριτήριο της ισότητας αφορά πρωτίστως τα συστήματα υγείας, της αποτελεσματικότητας αφορά τα ιατρικά μέτρα, τα προγράμματα υγείας, τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας και το κριτήριο της αποδοτικότητας αφορά τα συστήματα και τις υπηρεσίες υγείας. Γι' αυτό και η ισότητα αποτελεί βασικό μέλημα της πολιτικής υγείας, η αποδοτικότητα αποτελεί μέλημα των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας και η αποτελεσματικότητα αποτελεί μέλημα των άμεσων παραγωγών, δηλαδή των ιατρών.

- **Η ισότητα** είναι η δυνατότητα για ισότιμη πρόσβαση, χρήση υπηρεσιών υγείας και παροχή ίδιας ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων (Οικονόμου, Τούντας και Νιάκας, 2007).
- **Η αποτελεσματικότητα** αποτελεί μία πολύ σημαντική διάσταση και ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων υγειονομικών υπηρεσιών σε αυτούς που δυνητικά μπορούν να ωφεληθούν από αυτές (Arañ et al., 2003).
- **Η αποδοτικότητα** αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους – οικονομικούς, υλικούς, ανθρώπινους που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με το βασικό στόχο των ασκούντων την ιατρική, την αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της ιατρικής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη, όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και την καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη δυνατή ποσότητα προϊόντος (Cochrane, 1972).

3.5 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Άλλα δευτερεύοντα κριτήρια για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι (Τούντας, 2008):

- **Η επάρκεια:** Εκφράζει το βαθμό της ποσοτικής ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στην παραγόμενη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού. Υπολογίζεται κυρίως με δείκτες κλινών ανά πληθυσμό, ιατρών και νοσηλευτών ανά πληθυσμό κλπ.
- **Η καταλληλότητα:** Προσδιορίζει την αντιστοιχία των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως το βαθμό κάλυψης του πληθυσμού, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.
- **Η διαθεσιμότητα:** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς (π.χ 24ωρη λειτουργία ενός Κέντρου Υγείας).
- **Προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα:** Προϋποθέτει την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό των ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας καθώς και από το χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία και το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση της.
- **Η αποδοχή:** Αποτιμά το βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας.
- **Η συνέχεια:** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική περίθαλψη (π.χ σύνδεση πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής περίθαλψης).
- **Η ανταποκρισιμότητα:** Πρόκειται για μία έννοια που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ και ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες και ανάγκες των πολιτών (π.χ αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα, δικαίωμα επιλογής κλπ). Η ανταποκρισιμότητα αξιολογεί κατά πόσο ικανοποιούνται οι προσδοκίες των ασθενών από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, αλλά και από τη συμπεριφορά των προμηθευτών (Δανηλίδου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

«Αν ο άνθρωπος συλλογίζεται και σκέφτεται για το μέλλον θα βρεί λύση στο δρόμο του. Αυτός ο οποίος δεν ανησυχεί για αυτό που είναι μακριά, σύντομα θα βρεί κάτι χειρότερο για να ανησυχεί» (Κουμφούκιος)

4.1 Έννοια και ορισμός της στρατηγικής

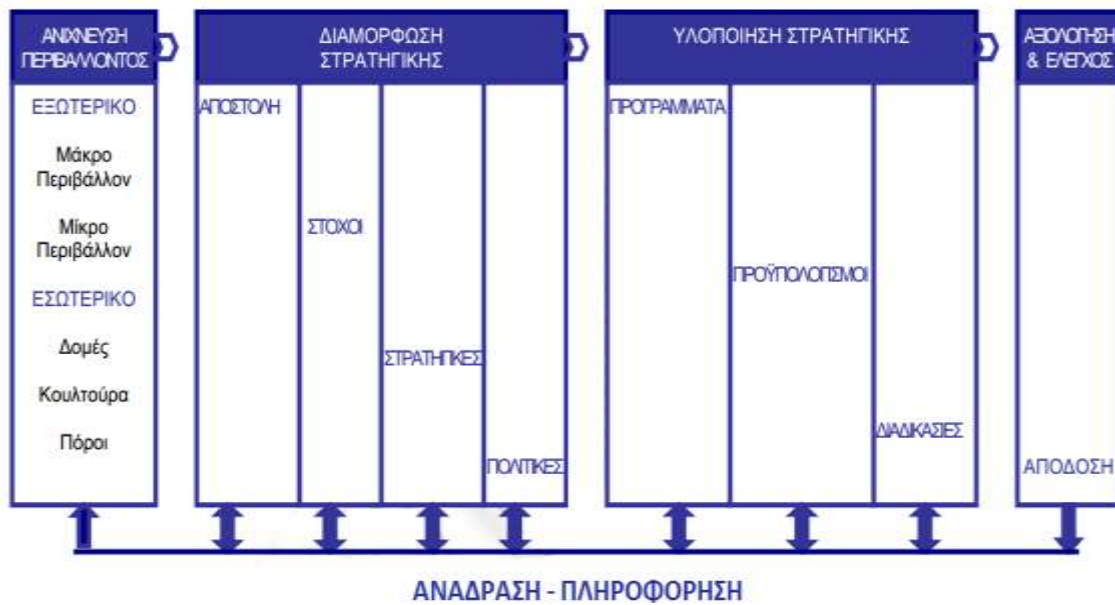
Στρατηγική είναι μία σειρά – ένα σύνολο αποφάσεων προσανατολισμένων προς την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και ενεργειών που αντικατοπτρίζουν τις ικανότητες και τους πόρους του οργανισμού σε σχέση με τις ευκαιρίες και τις απειλές του περιβάλλοντος στο οποίο αυτός δραστηριοποιείται (Coulter, 2002).

Επομένως η στρατηγική αποτελεί ένα σχέδιο δράσης που για να εκτελεστεί ή να υλοποιηθεί, απαιτείται μία σειρά συγκεκριμένων δράσεων ή τακτικών σχετικών μεταξύ τους (Σιώμοκος, 2004).

Το στρατηγικό μάνατζμεντ αποτελεί ένα πολύ σημαντικό όπλο για τον οργανισμό με την βοήθεια του οποίου είναι σε θέση να εκμεταλεύεται το παρόν και να σχεδιάζει το μέλλον, ενώ μπορεί να συνδυάζει με επιτυχία τις αλλαγές που γίνονται τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό του περιβάλλον. Ο οργανισμός λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες αυτές καθορίζει την αποστολή του, τους στόχους του, τις στρατηγικές του επιλογές αλλά και τον τρόπο υλοποίησης και αξιολόγησης αυτών.

Σύμφωνα με τους Wheelen και Hunger (2012) τα στάδια του στρατηγικού μάνατζμεντ είναι: 1. Διαμόρφωση στρατηγικής 2. Υλοποίηση στρατηγικής 3. Αξιολόγηση και Έλεγχος. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η δομή του μοντέλου του στρατηγικού μάνατζμεντ στο οποίο στηρίχθηκε η διπλωματική εργασία.

Διάγραμμα 5: Υπόδειγμα Στρατηγικού Μάνατζμεντ



Πηγή: Wheelen, T & Hunger, D. (2012), Concepts in Strategic Management and Business Policy: Toward Global Sustainability. 13th Edition, Pearson Prentice Hall.

4.2 ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

4.2.1 Ανίχνευση περιβάλλοντος

Διενέργεια ανάλυσης του εσωτερικού περιβάλλοντος

Το εσωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνει τη δομή του οργανισμού, την κουλτούρα του, αλλά και τους πόρους τους οποίους διαθέτει. Με την ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού, επιδιώκεται η ανεύρεση εκείνων των μεταβλητών που μπορούν να αποτελούν τις δυνάμεις ή τις αδυναμίες του οργανισμού.

Διενέργεια ανάλυσης του εξωτερικού περιβάλλοντος

Η ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος είναι κρίσιμο βήμα για τη διαδικασία του στρατηγικού μάνατζμεντ. Με την ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού επισημαίνονται οι ευκαιρίες που ο οργανισμός μπορεί να εκμεταλλευτεί αλλά και τις απειλές που καλείται να εξουδετερώσει ή να εξομαλύνει. Οι ευκαιρίες και οι απειλές δεν είναι τίποτε άλλο παρά οι εξωτερικές περιβαλλοντολογικές τάσεις που βελτιώνουν ή εμποδίζουν αντίστοιχα την οργανωτική επίδοση του οργανισμού.

Με τη συμπλήρωση της ανάλυσης του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος οι μάνατζερς είναι έτοιμοι να διαμορφώσουν την κατάλληλη στρατηγική: 1.Αξιοποιούν τα προτερήματα του οργανισμού και τις εξωτερικές ευκαιρίες. 2.Περιορίζουν ή προστατεύουν τον οργανισμό από εξωτερικές απειλές και 3.Διορθώνουν κρίσιμες αδυναμίες (Κέφης, 2011). Η ανάλυση στους παραπάνω τομείς απαντά στην ουσία σε μια «ενδοσκόπηση» που δίνει καθαρή εικόνα για τη μελλοντική πορεία του οργανισμού.

Η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος ενός συστήματος, συνεισφέρει στην αξιολόγηση της καταλληλότητας της στρατηγικής που υιοθέτησε μέχρι σήμερα και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την ανάπτυξη νέας στρατηγικής προσανατολισμένης στους στόχους και τους σκοπούς του (Θάνου, 2011).

Αφού έχει ολοκληρωθεί η ανίχνευση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού, είναι πλέον σε θέση να εφαρμοστεί η ανάλυση S.W.O.T. Η βασική επιδίωξη του εργαλείου S.W.O.T είναι να αναγνωριστούν οι στρατηγικές εκείνες που ευθυγραμμίζουν, ταιριάζουν και συνδυάζουν τους πόρους και τις ικανότητες του οργανισμού με τις απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος στο οποίο δραστηριοποιείται. Μέσα από αυτήν την ανάλυση εντοπίζονται οι μεταβλητές – κλειδιά που επηρεάζουν τον οργανισμό, δίνοντας του τη δυνατότητα να αντιδράσει άμεσα και γρήγορα στις ταχύτητα μεταβαλλόμενες εξωτερικές συνθήκες, να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα του και να ισχυροποιήσει τη θέση του.

4.2.2 Διαμόρφωση στρατηγικής

Ο οργανισμός στη φάση αυτή καλείται να επιλέξει από ένα πλήθος στρατηγικών αυτή που ταιριάζει καλύτερα στην αποστολή, στο όραμα, στους στόχους και στην κουλτούρα του και να την προσαρμόσει στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του.

Σύμφωνα με τους Wheelen και Hunger (2009), η διαμόρφωση της στρατηγικής που συχνά αναφέρεται ως στρατηγικός σχεδιασμός έχει ως κύριο έργο την ανάπτυξη της αποστολής, τον καθορισμό των στόχων, την ανάπτυξη των αντίστοιχων στρατηγικών και τέλος τη δημιουργία και εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής.

Αποστολή

Η αποστολή του οργανισμού είναι ο λόγος για τον οποίο υπάρχει και ο σκοπός για τον οποίο δραστηριοποιείται (Παπαδάκη, 2016).

Αντικειμενικοί σκοποί

Περιγράφουν τα τελικά αποτελέσματα μιας προγραμματισμένης δραστηριότητας. Δηλώνουν τι θα πρέπει να επιτευχθεί και μέχρι πότε (Παπαδάκης, 2016).

Στρατηγική

Η στρατηγική του οργανισμού διαμορφώνει ένα αναλυτικό σχέδιο το πώς θα πετύχει την αποστολή και τους σκοπούς του.

Πολιτικές

Είναι οι κατευθυντήριες γραμμές που δρουν σαν συνδετικοί κρίκοι μεταξύ της διαμόρφωσης και της εφαρμογής της στρατηγικής (Παπαδάκης, 2016). Οι πολιτικές εξασφαλίζουν ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται σε καθημερινό επίπεδο στηρίζουν και συμπλέουν με το σκοπό, τους επιμέρους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού.

4.2.3 Υλοποίηση στρατηγικής

Η υλοποίηση της στρατηγικής είναι η διαδικασία μέσω της οποίας εφαρμόζονται οι αποφάσεις που λήφθηκαν στο προηγούμενο στάδιο της διαμόρφωσης. Η υλοποίηση της πραγματοποιείται με τη χρήση προγραμμάτων, προϋπολογισμών και διαδικασιών.

Τα προγράμματα είναι η περιγραφή των ενεργειών και των βημάτων που απαιτούνται για την επίτευξη ενός σχεδίου και σκοπός του είναι να προσανατολίσει τη στρατηγική προς δράση. Μετά την ανάπτυξη των προγραμμάτων, αρχίζει η διαδικασία για την ανάπτυξη των προϋπολογισμών.

Προϋπολογισμοί είναι η περιγραφή σε χρηματικές μονάδες των προγραμμάτων του οργανισμού. Ο προϋπολογισμός αποτελεί ένα λεπτομερές σχέδιο της στρατηγικής στην πράξη και συνήθως ζητείται για την έγκριση των προγραμμάτων. Η κατάρτιση ενός προϋπολογισμού ορίζει το ποσό που θα κοστίσει στον οργανισμό μία συγκεκριμένη διαδικασία, καθώς και τα κέρδη που αναμένονται από αυτή. Η κατάρτιση ενός προϋπολογισμού είναι ο τελευταίος πραγματικός έλεγχος που διαθέτει ένας οργανισμός για να διαπιστώσει πόσο εφαρμόσιμη είναι η στρατηγική που επέλεξε. Καμία στρατηγική ή πρόγραμμα δεν πρόκειται να εφαρμοστεί αν η απόδοση και τα αναμενόμενα κέρδη της επένδυσης δεν είναι ικανοποιητικά.

Διαδικασίες ή Πρότυπες Διαδικασίες Λειτουργίας: Το τρίτο και τελευταίο στάδιο της υλοποίησης της στρατηγικής είναι η διαμόρφωση ή αναθεώρηση των διαδικασιών, οι οποίες περιγράφουν με λεπτομέρεια κάθε ενέργεια που απαιτείται για την ολοκλήρωση ενός προγράμματος.

Τα στάδια της διαμόρφωσης και υλοποίησης της στρατηγικής αποτελούν τους δύο πυλώνες του στρατηγικού μανάτζμεντ και είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Ένας οργανισμός δεν αρκεί να διαμορφώσει και να επιλέξει την κατάλληλη στρατηγική, αλλά θα πρέπει να προβεί και στις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου η επιλεγείσα στρατηγική να υλοποιηθεί σωστά. Το στάδιο δημιουργίας μιας στρατηγικής επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο κατά πόσο οι στρατηγικές που θα επιλεγθούν μπορούν να οδηγήσουν τον οργανισμό, στο σκοπό και στους στόχους του. Ενώ το στάδιο της υλοποίησης μιας στρατηγικής επικεντρώνεται στην αποδοτικότητα, στο κατά πόσο δηλαδή οι στρατηγικές που εφαρμόζονται, θα οδηγήσουν στην αύξηση της παραγωγικότητας και της απόδοσης ή κερδοφορίας του οργανισμού.

4.2.4 Αξιολόγηση και Έλεγχος

Η αξιολόγηση και ο έλεγχος της στρατηγικής αποτελεί το τέταρτο και τελευταίο στάδιο της διαδικασίας του στρατηγικού μανάτζμεντ. Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα πραγματικά αποτελέσματα διαφόρων ενεργειών καταγράφονται και συγκρίνονται με τα επιθυμητά (Johnson, Scholes & Whittington, 2002). Η διαδικασία αξιολόγησης και ελέγχου της στρατηγικής εξετάζει κατά πόσο ο οργανισμός επιτυγχάνει τους σκοπούς που τέθηκαν στο στάδιο της διαμόρφωσης. Παρέχει την απαραίτητη πληροφόρηση στη διοίκηση του οργανισμού για να αξιολογήσει τα αποτελέσματα και να πάρει διορθωτικά μέτρα όπου

κρίνεται αναγκαίο, καθώς και να επιλύσει προβλήματα που πιθανόν να αναδυθούν. Η αξιολόγηση και ο έλεγχος αποτελούν πολύ σημαντικά στοιχεία για την πετυχημένη εφαρμογή της στρατηγικής και την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και γι' αυτό δεν πρέπει να απουσιάζουν από τη διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το δεύτερο μέρος της μελέτης, το ερευνητικό μέρος, περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται μια συνοπτική περιγραφή της δομής και της λειτουργίας των Κ.Υ στην Κύπρο. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον των Κ.Υ. Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται μια προσπάθεια αξιολόγησης των Κ.Υ με τη χρήση του εργαλείου S.W.O.T ανάλυσης. Τέλος, στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο περιγράφεται η στρατηγική πολιτική του Υπουργείου Υγείας. Γίνεται παράθεση προτάσεων για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης για τη μετεξέλιξη του συστήματος ΠΦΥ σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πολίτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

1.1 Επίπεδα Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο

Η οργάνωση της φροντίδας υγείας στην Κύπρο είναι δομημένη σε τρία επίπεδα, το Πρωτοβάθμιο, το Δευτεροβάθμιο και το Τριτοβάθμιο.

Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο είναι:

- Αγροτικά και Αστικά Κέντρα Υγείας
- Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων
- Ιδιωτικός Τομέας

- **Αγροτικά και Αστικά Κέντρα Υγείας**

Τα Κέντρα Υγείας διακρίνονται σε αστικού και αγροτικού τύπου. Τα αγροτικά Κ.Υ παρέχουν υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης και φροντίδας υγείας στον αγροτικό πληθυσμό. Είναι στελεχωμένα με ιατρό, νοσηλεύτη και φαρμακοποιό. Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές λειτουργούν πέντε μέρες την εβδομάδα με καθορισμένο ωράριο οχτώ ωρών. Σε μερικά από τα Κ.Υ υπάρχει υπηρεσία on call (εφημερία ετοιμότητας). Τα Κ.Υ αστικού τύπου καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη στα μεγάλα αστικά κέντρα. Στελεχώνονται και με ειδικούς ιατρούς όπως παθολόγους, ψυχίατρους, οδοντίατρους κλπ.

- **Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**

Τα εξωτερικά ιατρεία είναι μονάδες που υπάρχουν σε όλα τα αγροτικά και αστικά νοσοκομεία. Έχουν γιατρούς με ειδικότητες όπως γυναικολόγοι, παθολόγοι, χειρουργοί κ.α. Λειτουργούν πέντε μέρες την εβδομάδα με καθορισμένο ωράριο οκτώ ωρών.

- **Ιδιωτικός Τομέας**

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Κύπρο δύναται να παρέχει υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων, συμπεριλαμβανομένης και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Είναι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αφορούν τα μεγάλα αστικά νοσοκομεία.

Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η τριτοβάθμια ιατρική περίθαλψη παρέχεται συνήθως από τα μεγάλα αστικά νοσοκομεία και κλινικές, τα οποία έχουν περισσότερο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό και αρτιότερο τεχνολογικό εξοπλισμό.

Στην Κύπρο δεν υπάρχουν ξεχωριστά νοσοκομεία για τριτοβάθμια περίθαλψη αλλά στεγάζονται στην ίδια κτηριακή υποδομή. Όλα τα μεγάλα αστικά νοσοκομεία παρέχουν και τις τρεις βαθμίδες υγείας.

Πίνακας 1: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο παρέχεται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα με τις πιο κάτω δυνατότητες:

	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας
Υπηρεσίες	Διαφώτιση, Αγωγή Υγείας Πρόληψη Διαγνωστικές Θεραπευτικές Φαρμακευτικές Ψυχικής υγείας Κοινωνικής Νοσηλευτικής	Διαγνωστικές Θεραπευτικές Φαρμακευτικές Ψυχικής υγείας
Οι υπηρεσίες παρέχονται μέσω	6 Περιφερειακά Νοσοκομεία 1 Παιδιατρικό/Γυναικολογικό Νοσοκομείο 2 Αγροτικά Νοσοκομεία 39 Κέντρα Υγείας Άλλα 192 Υπόκεντρα (Με περιοδεύουσες ομάδες υγείας)	Ιδιώτες ιατροί σε solo Ιδιωτικές κλινικές Διαγνωστικά κέντρα Ακτινολογικά εργαστήρια Φαρμακεία

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

Στην Κύπρο στο δημόσιο τομέα λειτουργούν 39 Κ.Υ, εκ των οποίων τα 25 είναι αγροτικά. Εξυπηρετούν όχι μόνο τις κοινότητες στις οποίες εδρεύουν αλλά και περίπου 192 άλλες κοινότητες τις οποίες επισκέπτεται ιατρική ομάδα και εξυπηρετεί τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

2.1 Ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας στην Κύπρο

2.1.1 Οργάνωση - Λειτουργίες

Στα πλαίσια της ενότητας αυτής θα παρουσιαστούν τα όργανα διοίκησης καθώς και η οργανωτική διάρθρωση των Κέντρων Υγείας.

Η διάρθρωση και η οργανωτική δομή των αστικών Κ.Υ. απαρτίζεται από: α) Την ιατρική υπηρεσία β) Τη νοσηλευτική υπηρεσία και γ) Το βοηθητικό προσωπικό.

α) Η ιατρική υπηρεσία περιλαμβάνει την παθολογική κλινική, την ψυχιατρική κλινική την παιδιατρική, την οδοντιατρική και το φαρμακευτικό τμήμα.

β) Η νοσηλευτική υπηρεσία περιλαμβάνει τους νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής, κοινοτικής νοσηλευτικής και της ψυχικής υγείας.

γ) Το βοηθητικό προσωπικό περιλαμβάνει το προσωπικό καθαριότητας και το γραμματειακό προσωπικό.

Τα Κ.Υ. αστικού τύπου καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη στις πόλεις. Για τους ειδικούς ιατρούς και ψυχιάτρους ακολουθείται το σύστημα των ραντεβού.

Τα αγροτικά Κ.Υ. στελεχώνονται από τον ιατρό, το νοσηλευτή και το φαρμακοποιό. Παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ στην περιοχή ευθύνης τους. Το πληθυσμιακό μέγεθος που εξυπηρετούν στο πλαίσιο της αποστολής τους αυξάνεται με τις περιοδεύουσες ομάδες (Βλ. Παράρτημα Γ' - Πίνακας 1).

Τα Κέντρα Υγείας συνήθως λειτουργούν πέντε μέρες την εβδομάδα με καθορισμένο ωράριο οκτώ ωρών (07.30-15.00). Συνεχής υπηρεσία oncall (εφημερία ετοιμότητας) δια μέσου τηλεφώνου υπάρχει μόνο σε 5 Κ.Υ. (Ευρύχου, Κ. Πύργου, Αγρού, Παλαιχωρίου και Πεδουλά) ενώ σε άλλα 4 υπάρχει για 15 ημέρες (μέρα παρά μέρα) (Φύτης, Παναγιάς, Σαλαμιού και Ομόδους). Να σημειωθεί ότι στο Κ.Υ. Πλατρών, η oncall υπηρεσία είναι διαθέσιμη καθημερινά. Στο αστικό Κ.Υ. Παλαιού Νοσοκομείου Λευκωσίας το ωράριο λειτουργίας είναι πενθήμερο από 07.30-20.00. Απογευματινό ωράριο μέχρι τις 19.00 λειτουργεί στις Πλάτρες και Πεδουλά και στο αστικό Κ.Υ. Έγκωμης, την Τετάρτη από 15.00 – 18.00.

2.1.2 Στελέγωση – Ανθρώπινοι πόροι

Στον πιο κάτω πίνακα, παρουσιάζεται το απασχολούμενο προσωπικό κατά υπηρεσία την περίοδο διεξαγωγής της ερευνητικής εργασίας (κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο):

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ανθρώπινο Δυναμικό Αστικών Κέντρων Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ	Γενικοί Ιατροί Παθολόγοι Ιατροί	Άλλοι Ειδικοί Ιατροί	Φαρμα- κοποιοί	Νοσηλευτικό προσωπικό	Άλλο Νοσηλευτικό Προσωπικό
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ					
ΠΑΛΑΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	5	5	2	4	5
Κ.Υ ΚΑΪΜΑΚΛΙΟΥ	5	3	2	3	3
Κ.Υ ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Ι	6	1	2	3	3
Κ.Υ ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ ΙΙ	1	-	-	1	-
Κ.Υ ΑΓΛΑΝΤΖΙΑΣ	6	4	3	3	5
Κ.Υ ΑΓ. ΔΟΜΕΤΙΟΥ	3	2	1	2	3
Κ.Υ ΑΝΘΟΥΠΟΛΗΣ	2	-	1	2	-
Κ.Υ ΕΓΚΩΜΗΣ	4	3	1	3	6
Κ.Υ ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ	6	2	2	3	8
Κ.Υ ΛΑΤΣΙΩΝ	4	3	1	4	5
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΜΕΣΟΥ					
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΛΑΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΜΕΣΟΥ	9	4	8	3	35
Κ.Υ ΛΙΝΟΠΕΤΡΑΣ	4	2	3	3	5
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΑΡΝΑΚΑΣ					
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΛΑΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ	12	9	6	4	32
Κ.Υ ΚΟΚΚΙΝΩΝ	1	-	1	1	-
ΕΠΑΡΧΙΑ ΠΑΦΟΥ					

ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ					

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Ανθρώπινο Δυναμικό Περιφερειακών και Αγροτικών Κέντρων Υγείας

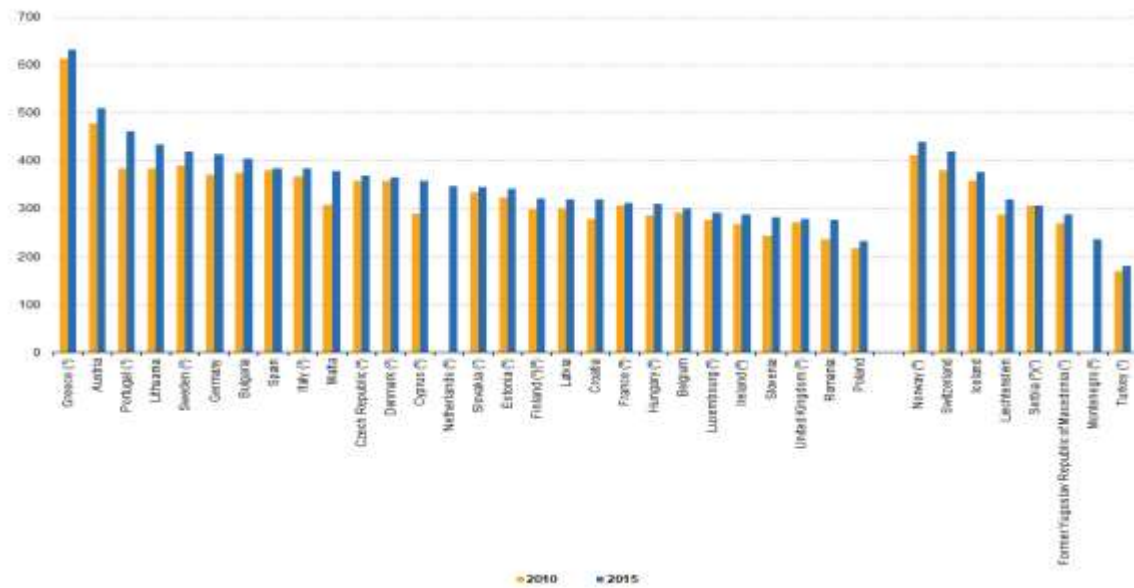
ΚΕΝΤΡΟ	Γενικοί Ιατροί Παθολόγοι Ιατροί	Άλλοι Ιατροί	Φαρμα- κοποιοί	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Άλλο Νοσηλευτικό Προσωπικό
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ					
Κ.Υ ΤΣΕΡΙΟΥ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΑΚΑΚΙΟΥ	4	2	3	4	4
Κ.Υ ΙΔΑΛΙΟΥ	3	3	2	3	3
Κ.Υ ΕΥΡΥΧΟΥ	3	1	2	8	3
Κ.Υ ΠΕΔΟΥΛΑ	1	-	1	4	-
Κ.Υ ΚΛΗΡΟΥ	3	2	2	2	3
Κ.Υ ΠΑΛΑΙΧΩΡΙΟΥ	2	-	1	2	-
Κ.Υ ΚΑΜΠΟΥ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΓΕΡΙΟΥ	1	-	1	1	-
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΜΕΣΟΥ					
Κ.Υ ΑΥΔΗΜΟΥ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΑΓΡΟΥ	2	2	1	4	3
Κ.Υ. ΠΕΛΕΝΑΡΙΟΥ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΟΜΟΔΟΥΣ	1	-	1	2	1
Κ.Υ ΠΛΑΤΡΩΝ	2	-	1	4	1
Κ.Υ ΠΑΧΝΑΣ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΚΕΛΛΑΚΙΟΥ	1	-	1	1	-
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΑΡΝΑΚΑΣ					
Κ.Υ ΚΟΦΙΝΟΥ	3	4	2	2	4
Κ.Υ ΑΘΗΑΙΝΟΥ	2	3	1	2	2
Κ.Υ ΛΕΥΚΑΡΩΝ	1	-	1	1	-
ΕΠΑΡΧΙΑ ΠΑΦΟΥ					
Κ.Υ ΠΑΝΑΓΙΑΣ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΦΥΤΗΣ	1	-	1	1	-
Κ.Υ ΣΑΛΑΜΙΟΥΣ	1	-	1	1	-
Κ.Υ Κ. ΠΥΡΓΟΥ	2	1	1	4	1
ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ					
Κ.Υ ΟΡΜΗΔΕΙΑΣ	1	1	1	2	3
Κ.Υ ΑΥΓΟΡΟΥ	1	1	1	1	-

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

Στα 9 από τα 14 αστικά Κ.Υ παρέχονται υπηρεσίες οδοντίατρου και ψυχίατρου, στα 3 παιδιάτρου, σε 2 δερματολόγου, ενώ στο Κ.Υ Λινόπετρας στη Λεμεσό παρέχονται και υπηρεσίες ενδοκρινολόγου.

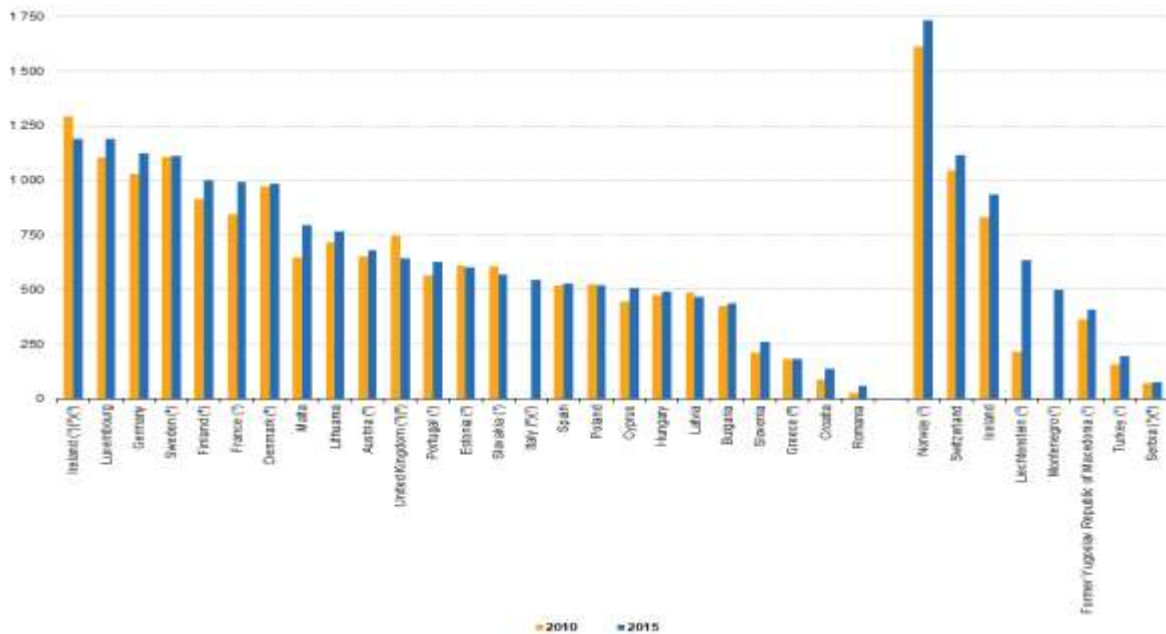
Σε 10 μόνο από τα 25 αγροτικά Κ.Υ παρέχονται επιπρόσθετες υπηρεσίες οδοντίατρου, σε 5 ψυχίατρου, σε 4 παιδιάτρου και μόνο στην Κοφίνου Λάρνακας παρέχονται υπηρεσίες δερματολόγου.

Διάγραμμα 6: Αναλογία Ιατρών σε χώρες της Ευρώπης για τα έτη 2010 και 2015



http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

Διάγραμμα 7: Αναλογία Νοσηλευτών σε χώρες της Ευρώπης για τα έτη 2010 και 2015



Πηγή: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα αστικά και αγροτικά Κέντρα Υγείας είναι δημόσια και οι σχετικές αναλογίες του διαθέσιμου προσωπικού ανά κέντρο είναι σύμφωνα με την πυκνότητα του πληθυσμού που καλύπτει το κάθε κέντρο χωρίς αυτό να σημαίνει ότι καλύπτονται οι ανάγκες και η ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας όλου του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της Eurostat (Διάγραμμα 6), όσον αφορά το ιατρικό δυναμικό, η αναλογία περίπου 3,6/1000 κατοίκους συνάδει με τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ε.Ε. Αυτό είναι παράδοξο γιατί παρά την πληθώρα ιατρών στην Κύπρο υπάρχει έλλειψη αυτών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές και ειδικότητες.

Εντελώς διαφορετική εικόνα παρουσιάζει η αναλογία νοσηλευτών, στην Κύπρο είναι περίπου 5/1000 και είναι πολύ πιο κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ε.Ε που είναι 8.2/1000 (Βλ. Διάγραμμα 7). Αυτό φυσικά έχει αρνητικό αντίκτυπο στην σωστή στελέχωση των περισσότερων Κ.Υ (Βλ. Πίνακες 3 και 4).

Σύμφωνα με τους πίνακες 3 και 4, πρέπει να επισημανθεί ότι η κατανομή του ιατρικού προσωπικού (ελλειπής στελέχωση των Κ.Υ με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων), το ωράριο και η συχνότητα εξυπηρέτησης καθώς και η υποστηρικτική μόνο παροχή φροντίδας υγείας (απλή ιατρική εξέταση και χορήγηση φαρμάκων) στα δημόσια αγροτικά Κέντρα Υγείας δεν είναι επαρκής, με αποτέλεσμα αρκετοί ασθενείς να αναγκάζονται να αποτείνονται στα αστικά δημόσια ή ιδιωτικά Κέντρα Υγείας για παροχή εξειδικευμένης φροντίδας υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια την υπερφόρτωση των δημόσιων αστικών Κέντρων Υγείας αλλά και την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών που καταφεύγουν σε ιδιωτικά Κ.Υ.

Τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των γενικών ιατρών είτε έχει μειωθεί είτε παρουσιάζει αργή αύξηση σε σχέση με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Έτσι και στη χώρα μας, στο δημόσιο τομέα για το έτος 2015 υπήρχαν 166 γενικοί ιατροί σε σχέση με 700 ειδικούς ιατρούς (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015) . Αυτό δημιουργεί ανησυχίες όσον αφορά τη πρόσβαση των ασθενών στη ΠΦΥ, αφού είναι οι γενικοί ιατροί που θα προβούν στη πρώτη αξιολόγηση των ασθενών και αν χρειάζεται να τους παραπέμψουν σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Η πυκνότητα και η ανισότητα στην κατανομή του ιατρικού προσωπικού αποτελούν δείκτες για την ενδελεχή διερεύνηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Οι σχεδιαστές των πολιτικών υγείας θα πρέπει να εστιάσουν στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού με στόχο μια ισομερή κατανομή ανθρώπινων πόρων. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού προτείνεται η δημιουργία κινήτρων για την αποκέντρωση του ιατρικού δυναμικού και τη στελέχωση των ημιαστικών και αστικών Κ.Υ.

Η άνιση κατανομή των ιατρών κατά ειδικότητα έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε βασικές ειδικότητες όπως τη γενική ιατρική, τη γενική χειρουργική και άλλες, ειδικά στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Αυτό δεν υποστηρίζει την ανάπτυξη του τομέα της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας.

2.1.3 Κτηριακή Υποδομή

Η κτηριακή υποδομή των αστικών Κέντρων Υγείας ανήκει στο κράτος, εκτός από το Κ.Υ Αγίου Δομετίου που ανήκει στον τοπικό Δήμο και του Στροβόλου Ι που είναι ενοικιαζόμενο. Από τα αγροτικά Κ.Υ, τα 11 μόνο είναι ιδιοκτησία του κράτους, τα 12 ανήκουν στην τοπική αυτοδιοίκηση και το Κ.Υ Κελλακίου ενοικιάζεται.

Βασικό στοιχείο της κτηριακής υποδομής είναι η προσβασιμότητα των ατόμων με οποιαδήποτε μορφή κινητικής δυσκολίας και το οποίο πληρούν τα 37 Κ.Υ, εκτός από δύο αγροτικά, του Πεδουλά και του Κάμπου.

Από τα Κ.Υ, μόνο τα 9 έχουν ανακαινιστεί ή είναι στεγασμένα σε καινούργια κτηριακά συγκροτήματα. Δεκατρία από αυτά είναι σε εγκαταστάσεις που κρίνονται ικανοποιητικές, ενώ σημαντικό είναι ότι 17 από τα 39 Κ.Υ κρίνονται μη ικανοποιητικά και χρειάζονται ανακαίνιση.

Οι εξεταστικοί χώροι τριών Κ.Υ και οι χώροι αναμονής μόνο τεσσάρων Κ.Υ δεν κρίθηκαν ικανοποιητικοί.

Αρνητικό, μπορεί να χαρακτηριστεί το γεγονός ότι κανένα από τα αγροτικά Κ.Υ δεν υποστηρίζεται από ακτινολογικό και μικροβιολογικό τμήμα.

2.1.4 Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός

Σε ότι αφορά τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, 25 από τα Κέντρα Υγείας διαθέτουν ικανοποιητικό αριθμό μηχανημάτων και βασικό εξοπλισμό ιατρικής τεχνολογίας. Ωστόσο στα υπόλοιπα 14 κρίνεται απαραίτητη η προμήθεια βασικών μηχανημάτων ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού όπως καρδιογράφους, ζυγαριές ακριβείας και οθόνες παρακολούθησης καρδιακής λειτουργίας.

Σχετικά με τη πληροφοριακή υποδομή μόνο στα 25 από τα 39 Κ.Υ λειτουργεί διαδίκτυο. Στο γραφείο εγγραφής ασθενών υπάρχει μηχανογράφηση μόνο στα 20 Κ.Υ, ενώ η φαρμακευτική υπηρεσία διαθέτει πρόγραμμα μηχανογράφησης στα 29 από τα Κ.Υ.

Άλλος Εξοπλισμός

Σε γραφειακό εξοπλισμό, στα 19 Κ.Υ που δεν υπάρχει μηχανογράφηση ασθενών, δεν υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής, ενώ στο Κ.Υ Λατσιών οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές χρειάζονται αντικατάσταση.

Για την παροχή υπηρεσιών σε όλα τα υπόκεντρα υπάρχει διάθεση οχημάτων μετακίνησης. Ασθενοφόρο για τη διακομιδή των ασθενών διαθέτουν μόνο 7 από τα Κ.Υ, ενώ όλα τα Κ.Υ διαθέτουν τον απαιτούμενο πυροσβεστικό εξοπλισμό.

2.1.5 Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο

Ο δημόσιος τομέας τυγχάνει διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την 1η Αυγούστου 2013, έχουν τεθεί σε ισχύ οι νέες ρυθμίσεις που αφορούν την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια. Οι νέες ρυθμίσεις περιλαμβάνουν νέες προϋποθέσεις

για εξασφάλιση ταυτοτήτων νοσηλείας, κατάργηση της κατηγορίας δικαιούχων «B», διαφοροποίηση των εισοδηματικών κριτηρίων, εισαγωγή νέων τελών για τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από κατ' ιδίαν πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες..

Με την εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στο σύντομο μέλλον, το σύστημα θα συγκεντρώνει χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας και θα παρέχει περιεκτική ιατρική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page01_gr/page01_gr?OpenDocument).

2.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η διερεύνηση και αξιολόγηση του εξωτερικού περιβάλλοντος της ΠΦΥ, με σκοπό να προσδιοριστούν οι μεταβλητές που επηρεάζουν τον οργανισμό, δίνοντας του έτσι τη δυνατότητα να αντιδράσει άμεσα και γρήγορα στις μεταβαλλόμενες εξωτερικές συνθήκες.

2.2.1 Πολιτικό περιβάλλον (Political Environment)

Το πολιτικό και νομικό περιβάλλον στην Κύπρο μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης που επικρατεί, χαρακτηρίζεται από αστάθεια. Τα μνημόνια που ψηφίστηκαν επηρέασαν δυσμενώς το σύστημα υγείας. Η μείωση των συντάξεων και των μισθών και οι αυξημένες άμεσες και έμμεσες φορολογίες μείωσαν την αγοραστική δυνατότητα των πολιτών προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς μη έχοντας την οικονομική δυνατότητα αναγκάζονται να αποταθούν στο δημόσιο τομέα, ο οποίος λόγω υπερφόρτωσης δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους.

2.2.2 Οικονομικό περιβάλλον (Economical Environment)

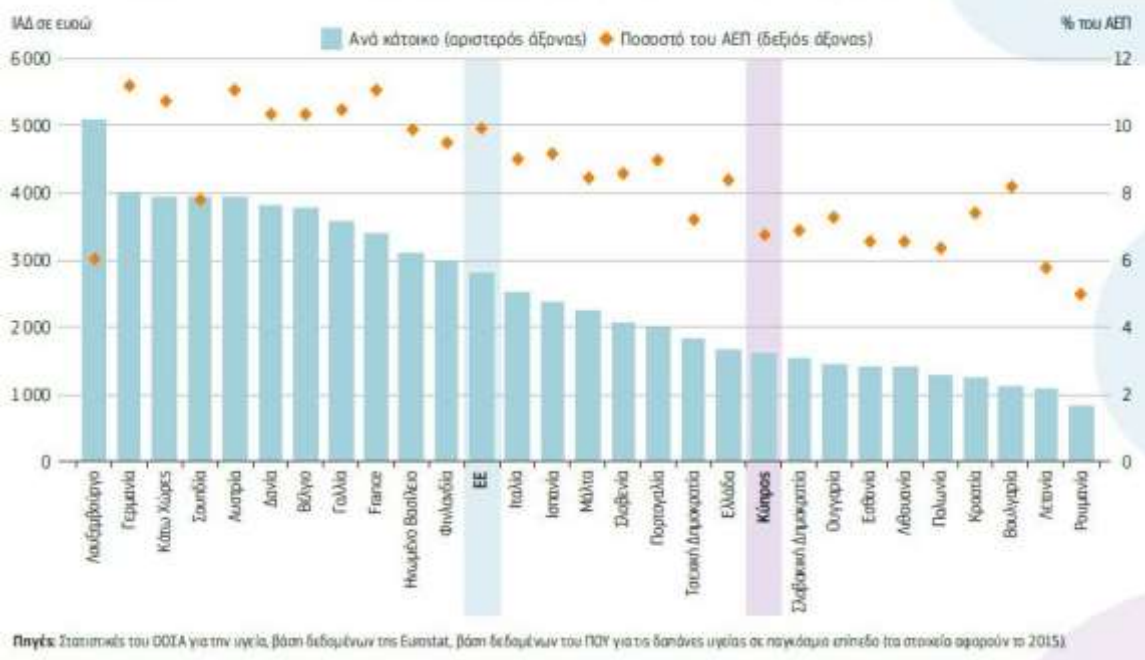
Το ευρύτερο οικονομικό περιβάλλον σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο επηρεάζει όλες τις λειτουργίες των υπηρεσιών ΠΦΥ, ιδιαίτερα τις οικονομικές και συνεπώς επηρεάζει και κάθε παραδοχή πάνω στην οποία στηρίζονται οι οικονομικές αναλύσεις.

2.2.2.1 Δαπάνες Υγείας

Όπως παρουσιάζεται στο διαγράμμα 8, το ποσοστό 7,1% του Α.Ε.Π (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) για το 2015, ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη, ενώ ο μέσος όρος στην Ε.Ε ήταν στο 9,9%. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας το 2015 ήταν από τις χαμηλότερες στην Ε.Ε. Από την ένταξη της στην Ε.Ε το 2004, η Κύπρος διαθέτει κάθε έτος μικρότερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία (3,4% των συνολικών δημόσιων δαπανών το 2015).

Διάγραμμα 8: Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο σε σύγκριση με την Ε.Ε

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονται σε λιγότερο από τα δύο τρίτα του μέσου όρου της Ε.Ε

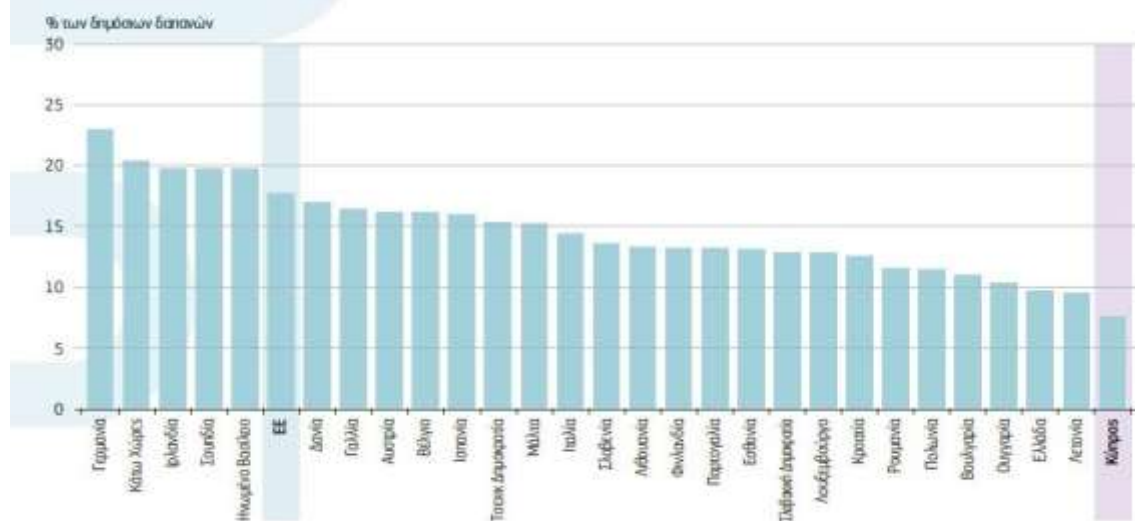


Πηγή: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cyprus_cypriot.pdf

Οι δαπάνες υγείας είναι χαμηλότερες στην Κύπρο συγκριτικά με την πλειονότητα των χωρών της Ε.Ε (Διάγραμμα 8). Το 2015 η Κύπρος διέθεσε 1592 ευρώ ανά κάτοικο για υγειονομική περίθαλψη τη στιγμή που ο μέσος όρος της Ε.Ε ήταν 2797 ευρώ (OECD, 2017).

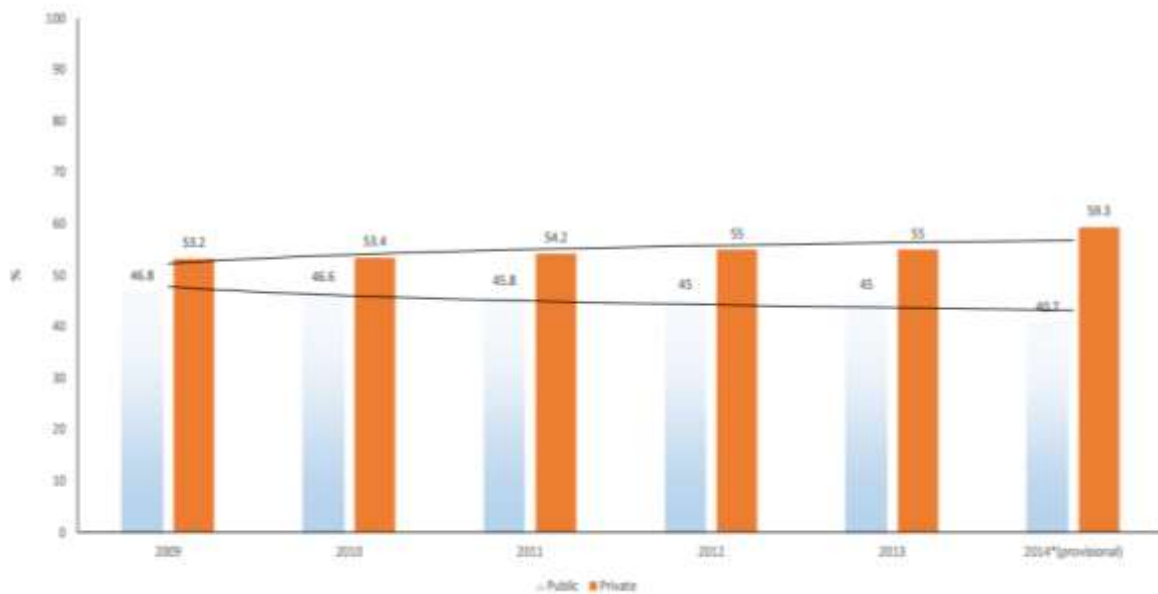
Διάγραμμα 9: Σύγκριση των Δημόσιων Δαπανών Υγείας της Κύπρου με τις χώρες της Ε.Ε

Η Κύπρος διαθέτει το μικρότερο ποσοστό των δημοσίων δαπανών της για την υγεία από κάθε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε



Πηγή: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cyprus_cypriot.pdf

Διάγραμμα 10: Σύγκριση Δημόσιας και Ιδιωτικής Δαπάνης για την υγεία στην Κύπρο



Πηγή: http://mof.gov.cy/assets/modules/wnp/articles/201705/297/docs/cyprus_healthcare_reform.pdf

Σύμφωνα με το διάγραμμα 10, από το 2009 μέχρι και το 2014 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ήταν πάντοτε χαμηλότερες από τις ιδιωτικές. Όταν η ιδιωτική δαπάνη υγείας είναι αυξημένη επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς. Αυτό καταπατά τις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, αυτών της ελευθερίας, της ωφελιμότητας, της δικαιοσύνης και της ισότητας στην πρόσβαση και ακυρώνει το δωρεάν χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος (Χαραλάμπους και Σωκράτους, 2009). Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας ίσως υποδεικνύει ότι οι ιδιωτικές μονάδες καλύπτουν σε ένα βαθμό την αδυναμία των δημόσιων μονάδων να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο ρόλο τους (Tountas et al., 2005). Η στροφή προς τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αδυναμία του δημόσιου τομέα να καλύψει την αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών λόγω της μη προσαρμογής του στα νέα τεχνολογικά δεδομένα. Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος της βιοϊατρικής τεχνολογίας λόγω της δυνατότητας ταχύτερης προσαρμογής στις τεχνολογικές εξελίξεις καθώς και της διάθεσης μεγάλων κεφαλαίων για την αγορά και αναβάθμιση εξελιγμένων συστημάτων.

Επιπρόσθετα, η λειτουργία των δύο παράλληλων συστημάτων υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού, χωρίς επικοινωνία και συντονισμό μεταξύ τους, δεν επιτρέπει τη δυνατότητα στους ασθενείς να μεγιστοποιήσουν τα αποτελέσματα των ιατρικών υπηρεσιών συνδυάζοντας τις δύο αυτές παροχές (Νεκτάριου, 2012). Επομένως παρατηρείται επανάληψη της παροχής ίδιων υπηρεσιών και φαινόμενα σπατάλης οικονομικών πόρων. Το κατακερματισμένο πλαίσιο παροχής Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας αποδυναμώνεται ακόμη περισσότερο με την παρεμβολή των ιατροφαρμακευτικών ταμείων τα οποία δεν εξυπηρετούν ενιαίους κανόνες και επομένως ενισχύουν την παραπάνω αρνητική κατάσταση.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 9, στην Κύπρο ο δημόσιος τομέας συνεισφέρει το χαμηλότερο ποσοστό στις συνολικές δαπάνες για την υγεία, απ' όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. Το χαμηλό ποσοστό οφείλεται στην απουσία Γενικού Σχεδίου Υγείας αφού η Κύπρος είναι η μόνη χώρα μέλος της Ε.Ε που δεν έχει εισαγάγει ένα τέτοιο σχέδιο. Γι' αυτό μεγάλο μέρος του κόστους για την υγεία επωμίζονται άμεσα οι ασθενείς όταν πρέπει να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό σημαίνει πως η κατανάλωση υπηρεσιών σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από το εισόδημα του πολίτη και κατά συνέπεια τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα είναι σε δυσμενέστερη θέση. Επομένως η ισότητα στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας ακυρώνεται σημαντικά και αυτό θεωρείται αδυναμία για την κυπριακή κοινωνική πολιτική.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο που αξίζει να επισημανθεί, είναι το πώς κατανέμονται οι πόροι ανά επίπεδο περίθαλψης. Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων δαπανών απορροφά η νοσοκομειακή περίθαλψη (περίπου 200 εκ.) ακολουθεί η ΠΦΥ με πολύ χαμηλότερα ποσοστά (περίπου 5 εκ.), (<http://www.treasury.gov.cy/treasury/treasurynew.nsf/All/297D2C72D254DF80C225814B003A51FF?OpenDocument>) σε αντίθεση με τις διακυρήξεις της Άλμα-Άτα το 1978, για επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι πολιτικές υγείας των τελευταίων δεκαετιών εστιάζονται κυρίως στην υποστήριξη και ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι η ΠΦΥ δεν συνιστά υψηλή προτεραιότητα στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας. Η άνιση κατανομή των πόρων επιφέρει την άνιση κατανομή των υγειονομικών φροντίδων, με αποτέλεσμα περιοχές της υπαίθρου ή και αστικά κέντρα, ενώ έχουν αυξημένες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας, τους παρέχονται λιγότερες και κακής ποιότητας υπηρεσίες. Έτσι αυτοί που έχουν περισσότερες ανάγκες ιατρικής φροντίδας έχουν και τις λιγότερες πιθανότητες να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτές.

2.2.3 Κοινωνικό Περιβάλλον (Social)

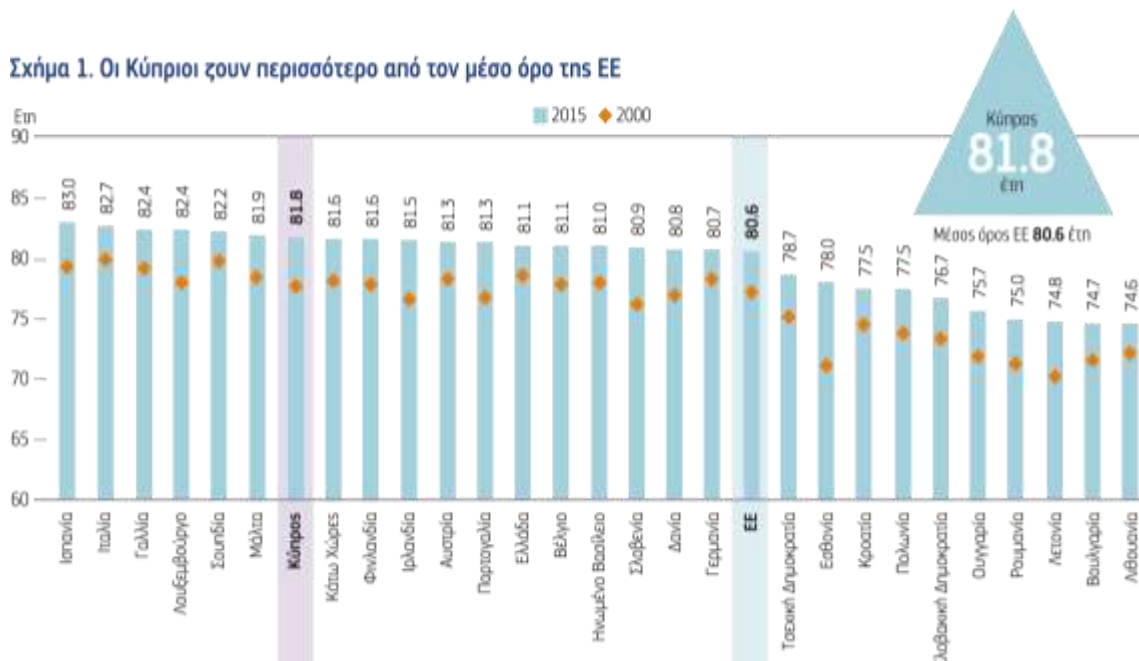
Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της Κύπρου παρουσιάζεται με αρκετές προκλήσεις οι οποίες απορρέουν από την οικονομική κρίση. Κατά το 2012 η οικονομία συρρικνώθηκε κατά 2,4% και το ποσοστό ανεργίας ανήλθε στο 11,8% του εργατικού δυναμικού. Συγχρόνως, το 32,1% του πληθυσμού το 2013, έβρισκε πολύ δύσκολο να ανταπεξέλθει στα συνήθη και απαραίτητα έξοδα του και αυτό το ποσοστό αυξάνεται στο 59,6% για τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας (Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2014). Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του πληθυσμού επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο υγείας και κατ' επέκταση τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Η αύξηση της φτώχειας και η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών έχει ως επακόλουθο τη μείωση του ποσοστού των πολιτών που έχουν πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και την αύξηση εισροής στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ενόψει των στενών δημοσιονομικών κανόνων, η παροχή ποιοτικών δημόσιων υπηρεσιών υγείας από το κράτος αποτελεί σημαντική πρόκληση.

2.2.3.1 Δημογραφικές Εξελίξεις

Ένας άλλος παράγοντας που απεικονίζει το ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον της Κύπρου είναι οι δημογραφικές εξελίξεις. Είναι δεδομένο ότι οι μεταβολές του πληθυσμού ανά φύλο, ηλικία, περιοχή αποτελούν βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η αλλαγή δημογραφικού προτύπου (πληθυσμιακή γήρανση) και η επερχόμενη συρρίκνωση του ενεργού πληθυσμού, δημιουργούν νέο σκηνικό που απαιτεί τη χάραξη νέων πολιτικών προσαρμοσμένων σε αυτά τα δεδομένα. Στην πραγματικότητα η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αντανακλά τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι δημογραφικοί δείκτες επιβεβαιώνουν το ψηλό επίπεδο υγείας του κυπριακού πληθυσμού. Το 2015 το προσδόκιμο επιβίωσης για το σύνολο του πληθυσμού στην Κύπρο ήταν 81,8 ενώ για τις χώρες της Ε.Ε ήταν 80,6. Τα μεγέθη αυτά είναι ψηλότερα από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το προσδόκιμο ζωής συνεχίζει τη σταθερή ανοδική του πορεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (Βλ. Διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε



Πηγή: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cyprus_cypriot.pdf

Παράλληλα, η γήρανση του πληθυσμού θα προκαλέσει αλλαγές στα πρότυπα νοσηρότητας με υπεροχή των χρόνιων νοσημάτων (π.χ Σακχαρώδης διαβήτης, εκφυλιστικές αρθροπάθειες και άλλα χρόνια θανατηφόρα νοσήματα). Αυτό θα ενισχύσει τη ζήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ενδεχομένως τροποποίηση του είδους των υπηρεσιών αυτών, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στα πλαίσια χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας.

2.2.4 Τεχνολογικό περιβάλλον

Η συνεχής τεχνολογική ανάπτυξη στο χώρο της υγείας επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη τους. Σήμερα, με την τεράστια εξάπλωση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών και την ευρύτατη διάδοση του διαδικτύου, τα

ζητήματα της χρήσης των τεχνολογιών στην υγεία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των πολιτικών υγείας. Το προηγμένο τεχνολογικό περιβάλλον μπορεί να αξιοποιηθεί ώστε να προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες υγείας.

Κατ' αρχάς τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) παίζουν πλέον τεράστιο ρόλο στην ενημέρωση των πολιτών που ήδη παρατηρείται με την εύκολη πρόσβαση που έχουν όλοι στην πληροφορία και στην ιατρική γνώση. Αυτό σημαίνει πως ο πολίτης θα έχει μεγαλύτερο έλεγχο στη θεραπεία του. Ο πολίτης θα είναι πλέον ο «συμπαγωγός» της υγείας του, θα συνεισφέρει στο κόστος παραγωγής αλλά και θα συμβάλει στην ίδια την παραγωγή της υγείας (Φιλαλήθης, 2002). Αυτό θα οδηγήσει τον ασθενή – καταναλωτή στην αύξηση των προσδοκιών του και σε μεγαλύτερη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Προσδοκίες στις οποίες ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να ανταποκριθεί πλήρως με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την αύξηση των δημόσιων δαπανών.

Η τηλεματική και η τηλεϊατρική είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου. Ανοίγουν νέες προοπτικές για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της υγείας. Οι στατιστικές υπηρεσίες ήταν κατά κάποιο τρόπο «νεκροταφεία στοιχείων» διότι μαζεύονταν πολλά δεδομένα αλλά δεν αξιολογούνταν. Τώρα με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές είναι δυνατή η αξιολόγηση κάθε μονάδας υγείας είτε στο επίπεδο της κλινικής, είτε στο επίπεδο του νοσοκομείου (Φιλαλήθης, 2002).

Φυσικά η ανάπτυξη και σε αρκετές περιπτώσεις η αλόγιστη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και η επέκταση των ιατρικών και διαγνωστικών υπηρεσιών σε νέες δραστηριότητες, αποτελούν ιδιαίτερα επιβαρυντικό στοιχείο για τις υγειονομικές δαπάνες.

Οι συνεχείς και ραγδαίες εξελίξεις στο πεδίο της τεχνολογίας προκαλεί έντονες πιέσεις στο σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας για την εγκατάσταση και χρήση της. Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία απαιτεί μεγάλες κεφαλαιουχικές δαπάνες για την αγορά και εγκατάσταση της. Απορροφά σημαντικούς πόρους για τη χρήση, συντήρηση και ανανέωση της, αλλά και για την πρόσληψη και εκπαίδευση νέου προσωπικού.

2.2.5 Περιβαλλοντικές διαστάσεις (Environmental)

Οι περιβαλλοντικές παραμέτρους μιας περιοχής σαφώς επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και της ποιότητας ζωής γενικότερα. Έρευνα του Διεθνούς Ινστιτούτου Κύπρου για την Περιβαλλοντική και Δημόσια Υγεία (2016) έδειξε ότι περίπου το 35% των εφήβων μεταξύ 15 – 18 ετών είναι καπνιστές καθώς και ότι ο μισός περίπου ανδρικός πληθυσμός της Κύπρου είναι είτε παχύσαρκος είτε υπέρβαρος. Επιπρόσθετα στην ίδια έρευνα τονίζεται ότι παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά πρόωρης θνησιμότητας στην ύπαιθρο της Κύπρου σε σύγκριση με τα αστικά κέντρα (<https://www.cut.ac.cy/news/article/?languageId=100&contentId=131731>).

2.2.6 Νομικό πλαίσιο (Legal)

Η ανυπαρξία θεσμικού πλαισίου που διέπει τη λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό αποστερεί από ένα σαφές ρυθμιστικό πλαίσιο που θα έθετε τους όρους και τις προϋποθέσεις άσκησης του επαγγέλματος με τρόπον ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T

Ο πίνακας που ακολουθεί, αποτελεί μια συνοπτική παρουσίαση των δυνατών και αδύνατων σημείων της λειτουργίας των Κ.Υ στην Κύπρο, καθώς και των ευκαιριών παρέμβασης και των ενδεχόμενων κινδύνων σε σχέση με τους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης:

3.1 Πίνακας 5: Ανάλυση S.W.O.T της ΠΦΥ του Κυπριακού Συστήματος Υγείας

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
<p>Υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το διαθέσιμο προσωπικό Εκπαιδευμένο προσωπικό Αποφυγή άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών και της άσκοπης νοσηλείας Καλή γεωγραφική θέση Εύκολη πρόσβαση σε Κέντρα και Υπόκεντρα υγείας Διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας Οικονομικά οφέλη των χρηστών Αξιοπιστία Αποφυγή μακροχρόνιων νοσηλείων/αποσυμφόρηση των νοσοκομείων Χαμηλό κόστος λειτουργίας Εφαρμογή πρωτοκόλλων και τεκμηριωμένες φροντίδες Μικρός πληθυσμός, μικρή γεωγραφική κατανομή Διευκόλυνση στατιστικών καταγραφών Πολιτική βούληση για αλλαγή του υφιστάμενου συστήματος Εφαρμογή eHealth Λειτουργία δημόσιας και ιδιωτικής ιατρικής σχολής</p> <p><u>ΕΥΚΑΡΙΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ</u></p> <p>Επιμόρφωση του προσωπικού/Ανάπτυξη κουλτούρας συνεχούς εκπαίδευσης Ανάπτυξη ηλεκτρονικής υγείας/Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών Εξωτερική ανατροφοδότηση του συστήματος (εξωτερικοί συνεργάτες, νέες τεχνολογίες) Δυνατότητες χρηματοδότησης/Χρηματοδότηση δράσεων της ΠΦΥ από διεθνείς οργανισμούς Μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, εφαρμογή ΓεΣΥ Γεωγραφική θέση της Κύπρου-προσέλκυση ταξιδιωτών υγείας Συνεργασία με ακαδημαϊκά ιδρύματα εξωτερικού Ενθάρρυνση έρευνας Συμμετοχή στην Ευρωπαϊκή Ένωση Κατάλληλη αξιοποίηση των πολιτικών και κατευθυντήριων οδηγιών της Ε.Ε</p>	<p>Άνιση πρόσβαση Έλλειψη Κέντρα Υγείας αστικού τύπου Περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών /Υπερφόρτωση εξωτερικών ιατρείων Μη ολοκληρωμένη διασύνδεση ΠΦΥ με υπηρεσίες ΔΦΥ Μη ύπαρξη διαδικασίας παραπομπής σε εξειδικευμένους ιατρούς Γραφειοκρατία Ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη/εξέταση είναι παρατεταμένος Περιορισμένη αξιοπιστία Ανεπαρκής στελέχωση και δυσαναλογία προσωπικού προς πληθυσμό – Έλλειψη προσωπικού Απουσία οικογενειακού ιατρού Έλλειψη κινήτρων για το ανθρώπινο δυναμικό Κτηριακές εγκαταστάσεις που χρειάζονται συντήρηση/ανακαίνιση Ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής Απουσία Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας Απληρωμένη διοικητική δομή του Υπουργείου Υγείας/ Συγκεντρωτισμός αποφάσεων στο κεντρικό επίπεδο Ψυχική και σωματική κόπωση εργαζομένων Αδυναμία μέτρησης ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας/ Απουσία συστηματικής αξιολόγησης των υπηρεσιών ΠΦΥ Οικονομικό κόστος επαρκούς στελέχωσης των δομών Υψηλό κόστος οικονομικών κινήτρων στελέχωσης απομακρυσμένων περιοχών Οικονομικό έλλειμμα - χαμηλός κρατικός προϋπολογισμός Ανυπαρξία συστήματος ελέγχου Ακατάλληλο και ανομοιόμορφο ωράριο εργασίας προσωπικού Πεπαλαιωμένη βιοϊατρική τεχνολογία Απουσία προγραμματισμού και σχεδιασμού Απουσία αρχείου στρατηγικού σχεδιασμού νοσημάτων Μη ολοκλήρωση/ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, μηχανογράφηση) Ανυπαρξία θεσμικού πλαισίου</p> <p><u>ΑΠΕΙΛΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ</u></p> <p>Δυσμενής οικονομικά δεδομένα (οικονομική κρίση) Αύξηση προσδόκιμου ζωής/αύξηση χρόνιων παθήσεων και εμφάνιση νέων ασθενειών Διεύρυνση ιδιωτικού τομέα-Σύγχρονες μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα Συνεχής αύξηση κόστους υγείας Ανεπαρκής συνεργασία των κοινωνικών φορέων Αυξανόμενες απαιτήσεις και προσδοκίες ασθενών/συνοδών Αλλαγή τεχνολογίας (Αναγκαιότητα της χρήσης ακριβής τεχνολογίας για τη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) Η ύπαρξη σημαντικού αριθμού οικονομικών μεταναστών</p>

Πηγή: Ίδια επεξεργασία

3.1.1 Δυνατά Σημεία (Strengths)

Ως δυνατά σημεία θεωρούνται τα ισχυρά σημεία των Κέντρων Υγείας της ΠΦΥ τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί προσπάθεια διατήρησής τους. Τα κυριότερα σημεία είναι:

- **Η υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.** Διαθέτει οργανωμένα Κ.Υ και εξωτερικά ιατρεία. Τα αστικά Κ.Υ περιλαμβάνουν υπηρεσίες από ψυχίατρο, οδοντίατρο, τις οποίες προσφέρουν επισκέπτες ιατροί είτε σε εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη βάση.
- **Η πολύ καλή γεωγραφική θέση των Κέντρων Υγείας** τόσο των αστικών όσο και των αγροτικών, είναι στοχευμένη και καλύπτει σχεδόν ολόκληρη την επικράτεια της Κυπριακής Δημοκρατίας.
- **Η πρόσβαση στα Κέντρα και Υπόκεντρα Υγείας** είναι περισσότερο εύκολη και βολική για τους ασθενείς σε αντίθεση με την επίσκεψη στο νοσοκομείο. Το οδικό δίκτυο προς τις αγροτικές περιοχές είναι πολύ καλό και η πρόσβαση σ' αυτά είναι εύκολη αλλά και σύντομη. Ο χρόνος μετάβασης από το Κ.Υ στο πιο απόμακρο σημείο (χωριό) της περιοχής ευθύνης του, δεν ξεπερνά τα σαράντε λεπτά με μια ώρα.
- **Αποφυγή άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών και της άσκοπης νοσηλείας.** Ουσιαστικά ο ρόλος των μονάδων ΠΦΥ είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα με σκοπό τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999) .
- **Διαθέτει έμπειρο, εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό** συμβάλλοντας έτσι θετικά, τόσο στην καλύτερη παροχή της ΠΦΥ, όσο και στην αντίληψη των ασθενών για τον επαγγελματισμό του προσωπικού των Κ.Υ.
- **Η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας** στην ΠΦΥ είναι καθοριστική για την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση του χρήστη.
- **Οικονομικά οφέλη των χρηστών.** Πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών με την επίσκεψη τους στα Κέντρα και Υπόκεντρα Υγείας καθώς και στα δημόσια νοσοκομεία επωφελείται με το χαμηλό οικονομικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών απ' ότι στον ιδιωτικό τομέα.
- **Αποτελεί μια πηγή συστηματικής καταγραφής** σε τοπικό επίπεδο των δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων του πληθυσμού, στοιχειοθετώντας μια αξιόπιστη βάση δεδομένων που είναι σε θέση να εκτιμήσει τις πραγματικές ανάγκες της κοινότητας.
- Με την πρόσφατη ψήφιση του νομοσχεδίου για την εισαγωγή του ΓεΣΥ στην Κύπρο, επιβεβαιώνεται η **πολιτική βούληση για την αλλαγή του υφιστάμενου συστήματος υγείας.**
- **Η εισαγωγή της Ηλεκτρονικής Υγείας (ehealth).** Η εφαρμογή του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας (ΟΠΣΥ) σε όλο και περισσότερα Κέντρα Υγείας και η εισαγωγή του συστήματος συνταγογράφησης και επεξεργασίας τιμολογίων των

Φαρμακευτικών Υπηρεσιών στα περισσότερα Κέντρα Υγείας (Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2014).

3.1.2 Αδύνατα Σημεία (Weakness)

Η εικόνα της ΠΦΥ στην Κύπρο, όχι μόνο δεν ανταποκρίνεται στους στόχους και τα πρότυπα που έχει θέσει η διεθνής κοινότητα, αλλά εμφανίζει μια ενδογενή παθογένεια που την καθιστά σχεδόν ανίκανη να ανταποκριθεί στη λειτουργική της αποστολή. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, η ΠΦΥ αναδεικνύεται ο ασθενέστερος κρίκος και η “αχίλλειος φτέρνα” του υγειονομικού μας συστήματος.

Χαρακτηριστικά αδύνατα σημεία των Κέντρων Υγείας τα οποία χρήζουν μέτρα βελτίωσης είναι:

- Η διανομή των υπηρεσιών ΠΦΥ πραγματοποιείται μέσω δύο τομέων του δημόσιου και του ιδιωτικού χωρίς να υπάρχει κάποιος στοιχειώδης συντονισμός. Επομένως παρατηρούνται φαινόμενα σπατάλης όπως και επανάληψης της παροχής ίδιων υπηρεσιών. Το κατακερματισμένο πλαίσιο παροχής των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας αποδυναμώνεται ακόμη περισσότερο με την παρεμβολή σωρείας ιατροφαρμακευτικών ταμείων εργοδοτών και εργαζομένων, συγκεκριμένα αριθμούν στο σύνολο τριάντα-πέντε τα οποία δεν εξυπηρετούν ενιαίους κανόνες και επομένως ενισχύουν την πιο πάνω αρνητική κατάσταση. Αξιοσημείωτη είναι η έλλειψη ελέγχου που παρουσιάζουν τα πιο πάνω ταμεία, όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών με αποτέλεσμα οι προμηθευτές κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων να μην υπολογίζουν τον παράγοντα κόστους και κατά συνέπεια να συμβάλλουν στην όξυνση των συνολικών δαπανών (Παναγιώτου, 2006).
- **Το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι καθολικής κάλυψης** παρά την καλή γεωγραφική κάλυψη των Κέντρων και Υπόκεντρων Υγείας. Περίπου το 25% του πληθυσμού δεν καλύπτεται από το δημόσιο σύστημα, το ψηλότερο ποσοστό στην Ε.Ε (OECD, 2017). Συμπερασματικά το σύστημα υγείας δεν προσφέρει την απαραίτητη προστασία από τις οικονομικές επιβαρύνσεις των ασθενειών.
- **Η άνιση πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες** απασχολεί έντονα το Υπουργείο Υγείας. Αν και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θεωρείτο στο παρελθόν ως κοινωνικό αγαθό, σήμερα βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης. Είναι λοιπόν φυσικό να παρατηρούνται προβλήματα στην πρόσβαση σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους.
- **Η έλλειψη Κέντρων Υγείας αστικού τύπου** υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ (Βλ. Πίνακα 6). Η ολοένα αυξημένη ζήτηση οδηγεί σε επιβάρυνση των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα με μεγάλες λίστες αναμονής και συνωστισμό στα ιατρεία, με σοβαρές επιπτώσεις στην άμεση και ποιοτική εξυπηρέτηση του ασθενή. Στον αντίποδα βρίσκεται ο ιδιωτικός τομέας με άμεση εξυπηρέτηση, καλύτερο εξοπλισμό και εγκαταστάσεις αλλά με υψηλό οικονομικό κόστος υπηρεσιών.

Όταν το ρόλο του παρόχου ΠΦΥ αναλαμβάνουν κυρίως τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες ιατροί είναι με υψηλό κόστος για τα συμβεβλημένα ταμεία και με αμφίβολα αποτελέσματα (Υφαντόπουλος, 2006).

- Υπάρχουν **περιοχές που δεν καλύπτονται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ**, όπως στην επαρχία Πάφου η περιοχή της Πέγειας και των Κουκλιών, στην επαρχία Λεμεσού της Παρεκκλησιάς και του Κολοσσίου και στην επαρχία Λάρνακας, η περιοχή της Δρομολαξιάς.
- **Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών** κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, αναγκάζει τους ασθενείς να προσφεύγουν στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς. Το ακατάλληλο δημοσιούπαλληλο ωράριο ή άλλοτε το σύστημα του καθήκοντος αναμονής (oncall) σε αρκετά Κέντρα Υγείας αναστέλλει ή διακόπτει την πρόσβαση των ασθενών σε αυτά.
- **Μη ολοκληρωμένη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΦΥ)**. Η έλλειψη διασύνδεσης των Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τα υπόλοιπα επίπεδα παροχής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος. Η διάσπαση της οργανικής συνέχειας της φροντίδας επιφέρει ελλειπή αξιοποίηση του δυναμικού των μονάδων υγείας, αυξημένο κόστος λειτουργίας και διαφυγή εσόδων. Ανεπαρκείς υπηρεσίες στο πρωτοβάθμιο επίπεδο οδηγούν μεταξύ άλλων σε άσκοπες νοσοκομειακές εισαγωγές, παράταση των ημερών νοσηλείας και κατάχρηση εξειδικευμένων και δαπανηρών τριτοβάθμιων υπηρεσιών.
- Σήμερα, που οι Κύπριοι πολίτες έχουν όσο ποτέ άλλοτε ανάγκη τις υγειονομικές υπηρεσίες ΠΦΥ του κράτους, έρχονται αντιμέτωποι με ένα ιδιαίτερα βεβαρημένο σύστημα και μια σκληρή και απρόσωπη **γραφειοκρατία** (Πέτρου, 2005). Δηλώνουν δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες ΠΦΥ, γιατί σπαταλούν τριπλάσιο χρόνο για να εξυπηρετηθούν συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ ο **χρόνος αναμονής για επίσκεψη/εξέταση είναι παρατεταμένος**. Οι ανεπάρκειες στην οργάνωση του συστήματος ΠΦΥ, οι καθυστερήσεις και οι υποδομές των νοσηλευτηρίων προβληματίζουν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Μίτλεττον, 2012).
- **Περιορισμένη αξιοπιστία**: Οι ασθενείς καταφεύγουν είτε σε άλλους ιατρούς εντός του συστήματος είτε σε ιδιώτες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αφενός μεν πρόσθετων δαπανών και την υπερφόρτωση του συστήματος και αφετέρου δε, την άρση της δωρεάν περίθαλψης.
- **Η ανεπαρκής στελέχωση** με ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των δομών στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς στο χώρο διαμονής και εργασίας των ασθενών (Βλ. Πίνακα 4). Η μη στελέχωση των αγροτικών Κ.Υ και η υποστελέχωση των αστικών με άλλες ειδικότητες ιατρών, αποτελεί το κατεξοχήν πρόβλημα οργάνωσης και λειτουργίας των Κ.Υ, με τους ασθενείς να μην καθίσταται δυνατό να εξεταστούν όταν το

επιθυμούν, αλλά να παραπέμπονται σε μακροχρόνια ραντεβού, αφού στα δημόσια νοσοκομεία οι λίστες αναμονής είναι πολύ μεγάλες.

- Η ανεπαρκής στελέχωση των Κ.Υ οδηγεί τους εργαζόμενους σε δυσαρέσκεια λόγω φόρτου εργασίας με συνέπεια στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τη δυσαρέσκεια των χρηστών.
- Οι ελλείψεις σε προσωπικό αποτρέπουν την ανάπτυξη της απαιτούμενης σχέσης ιατρού-ασθενή. Η ορθολογική επάνδρωση των τμημάτων για ποιοτική και αποδοτική φροντίδα υγείας, γιατί η σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας έχει άμεση επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας υγείας (European Commission, 2012). Η ικανοποίηση του ασθενή σχετίζεται με την ευγένεια και τον επαγγελματισμό του προσωπικού και ιδιαίτερα του γιατρού, το χρόνο που του αφιερώνει για την εξέταση και τις εξηγήσεις που του δίνει σχετικά με το νόσημα του, τη φύση και το χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται (European Commission, 2012, Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012).
- **Οι ανεπαρκείς και ακανόνιστες επισκέψεις των ομάδων υγείας στα υπόκεντρα** ανάλογα με τις εκάστοτε δυνατότητες του κατά τόπου αρμόδιου κέντρου, σημειώνεται ως σοβαρή αδυναμία (Βλ. Παράρτημα Γ'- Πίνακας 1).
- **Περίπου το ήμισυ των κτηριακών εγκαταστάσεων των Κ.Υ χρειάζονται ανακαίνιση**, γεγονός που δημιουργεί αρνητική εικόνα και μειώνει το κύρος των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Βλ. Παράρτημα Γ'- Πίνακας 2).
- **Περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών / Υπερφόρτωση εξωτερικών ιατρείων.** Παρά την ύπαρξη αγροτικών και ημιαστικών Κ.Υ, λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας σε αυτά, παρατηρείται ότι οι ασθενείς κατακλύζουν τα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων αστικών Κ.Υ.

Πίνακας 6: Αριθμός Επισκέψεων Ασθενών στα Κ.Υ 2012 – 2015

ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	Αριθμός Επισκέψεων			
	2012	2013	2014	2015
Κέντρο Υγείας Παλαιού Νοσοκομείου Λευκωσίας	65.249	68.490	67183	67.365
Κέντρο Υγείας Αγίου Δομετίου	39.883	19.432	15.629	16.021
Κέντρο Υγείας Στροβόλου	53.694	45.107	39.648	39.347
Κέντρο Υγείας Στροβόλου II	7.896	8.111	7.643	7.261
Κέντρο Υγείας Καϊμακλίου	43.121	37.089	33.809	34.197
Κέντρο Υγείας Αγλαντζιάς	52.337	44.267	37.698	37.462
Κέντρο Υγείας Λατσιών	19.424	18.204	13.378	12.431
Κέντρο Υγείας Ιδαλίου	30.924	29.211	25.883	25.138
Κέντρο Υγείας Ακακίου	35.834	33.403	30.302	31.883
Κέντρο Υγείας Ευρύχου	25.599	17.482	14.494	14.604
Κέντρο Υγείας Πεδουλά	3.768	3.768	3.128	2.883
Κέντρο Υγείας Κλήρου	19.938	20.501	19.730	20.883
Κέντρο Υγείας Παλαιχωρίου	8.326	7.870	7.335	7.225
Κέντρο Υγείας Δευτεράς/Ανθούπολης	11.804	14.449	11.946	11.160
Κέντρο Υγείας Κάμπου	2.061	2.144	2.286	1.899
Κέντρο Υγείας Λακατάμειας	52.592	45.221	43.488	42.707
Κέντρο Υγείας Τσερίου	8.072	7.375	8.033	8.230
Κέντρο Υγείας Έγκωμης	27.030	24.871	24.392	26.206
Κέντρο Υγείας Γερίου	6.450	6.904	6.865	7.090
ΣΥΝΟΛΟ	514.182	446.599	412.870	413.992

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΜΕΣΟΥ	Αριθμός Επισκέψεων			
	2012	2013	2014	2015
Εξωτερικά Ιατρεία Παλαιού Νοσοκομείου Λεμεσού	159.160	182.526	165.862	162.184
Κέντρο Υγείας Αυδήμου	4.140	4.578	4.405	4.228
Κέντρου Υγείας Αγρού	7.631	7.332	7.148	7.403
Κέντρου Υγείας Πελενδρίου	Δ.Ε	Δ.Ε	Δ.Ε	Δ.Ε
Κέντρο Υγείας Ομόδους	4.358	4.012	3.347	3.240
Κέντρο Υγείας Πλατρών	7.147	8.754	7.930	7.033
Κέντρο Υγείας Πάχνας	7.115	6.674	6.000	5.838
Κέντρο Υγείας Κελλακίου	4.677	4.748	4.844	4.401
Κέντρο Υγείας Λινόπετρας	35.687	34.319	38.848	40.350
ΣΥΝΟΛΟ	229.915	252.943	238.384	234.677

ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΑΡΝΑΚΑΣ	Αριθμός Επισκέψεων			
	2012	2013	2014	2015
Εξωτερικά Ιατρεία Παλαιού Νοσοκομείου Λάρνακας	140.835	138.263	133.719	135.224
Αστικό Κέντρο Κοκκίνων	9.307	10.249	9.910	10.741
Κέντρο Υγείας Αθηαίνου	9.078	8.761	8.179	7.388
Κέντρο Υγείας Λευκάρων	6.449	7.805	5.924	5.880
Κέντρο Υγείας Κοφίνου	26.475	25.481	21.305	21.117
ΣΥΝΟΛΟ	192.144	190.559	179.037	180.350

ΕΠΑΡΧΙΑ ΠΑΦΟΥ	Αριθμός Επισκέψεων			
	2012	2013	2014	2015
Κέντρο Υγείας Παναγιάς	8.153	6.294	4.841	4.534
Κέντρο Υγείας Σαλαμιούς	3.898	3.450	2.585	3.044
Κέντρο Υγείας Φύτης	4.764	4.168	3.295	3.157
Κέντρο Υγείας Κ. Πύργου	6.999	6.251	5.382	4.766
ΣΥΝΟΛΟ	23.814	20.163	16.103	15.501

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ	Αριθμός Επισκέψεων			
	2012	2013	2014	2015
Εξωτερικά Ιατρεία Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου	40.661	Δ.Ε	Δ.Ε	Δ.Ε
Κέντρο Υγείας Αυγόρου	16.051	15.373	13.870	13.898
Κέντρο Υγείας Ορμήδειας	26.275	18.258	14.066	14.685
ΣΥΝΟΛΟ	80.524	33.631	27.936	28.583

(Όπου Δ.Ε = Μη διαθέσιμα στοιχεία)

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

- **Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού** έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να μην έχει σταθερό σημείο αναφοράς, περιορίζεται η συνέχεια στη φροντίδα και αναγκάζεται να καταφεύγει σε άσκοπη περιπλάνηση εντός του συστήματος προκαλώντας έτσι πληθωρισμό επισκέψεων.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έχει εξαιρετικά μεγάλη σημασία στην εκπλήρωση της λειτουργικής αποστολής των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει στους ασθενείς, υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρειάζονται οι ασθενείς στο σπίτι τους ή ακόμη στο χώρο εργασίας τους, εκπληρώνοντας το αίτημα της προσπελασιμότητας (Ανδριώτη κ.α, 1996). Με τη δυνατότητα του οικογενειακού ιατρού να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς στο σύστημα και να τον καθοδηγεί μέσα σ' αυτό, εξασφαλίζεται η ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, απαλλάσσοντας τα δημόσια νοσοκομεία από το μεγάλο βάρος παροχής της ΠΦΥ. Έχει αποδειχτεί ότι τουλάχιστον στο 80% των ασθενών είναι δυνατή η αποτελεσματικότερη και λιγότερο δαπανηρή διάγνωση και θεραπεία τους σε δομές εκτός νοσοκομείου (Φιλαλήθης, 1993). Υπογραμμίζεται η ικανότητα του πρωτοβάθμιου επιπέδου να συμβάλει αποφασιστικά στον έλεγχο και τη συγκράτηση των δαπανών των υπόλοιπων βαθμίδων περίθαλψης.

Ο κύπριος ασθενής έχει το δικαίωμα επιλογής ιατρού στο δημόσιο τομέα από τον οποίο επιθυμεί να παρακολουθείται και αν κριθεί αναγκαίο από τον ιατρό, τότε παραπέμπεται σε ειδικό ιατρό για περαιτέρω θεραπεία ή για δευτεροβάθμια φροντίδα. Μπορεί όμως και από μόνος του να καταλήξει στον ειδικό ιατρό μέσω ραντεβού. Αυτό καταδεικνύει ότι οι ιατροί που εργάζονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ δεν είναι οι απόλυτοι «θυροφύλακες» της ΠΦΥ, ούτε και οι αποκλειστικοί παραπομποί στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

- **Η απουσία του θεσμού του κοινοτικού νοσηλευτή και της διεπιστημονικής ομάδας** σε αρκετά αγροτικά Κ.Υ (Βλ. Πίνακα 3). Η παρουσία τους στα Κ.Υ της υπαίθρου είναι πολύ σημαντική για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ.
- **Έλλειψη κινήτρων για το ανθρώπινο δυναμικό.** Η έλλειψη κινήτρων του προσωπικού για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας και τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου. Το θεσμικό πλαίσιο αμοιβών στο δημόσιο δεν δίνει τη δυνατότητα οικονομικών κινήτρων για βελτίωση

της απόδοσης με αποτέλεσμα αρκετοί ιατροί να εγκαταλείπουν το δημόσιο σύστημα υγείας.

- **Ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής.** Πολλές δομές είναι ελλειπείς και ανεπαρκείς σε εξειδικευμένο προσωπικό και σε βασικό ιατρικό εξοπλισμό. Επίσης, παρατηρείται διαφορά ποιότητας και διαβίωσης μεταξύ περιφερειακών και αγροτικών νοσοκομείων με τα Κέντρα και Υπόκεντρα Υγείας. Οι υφιστάμενες εγκαταστάσεις σε αρκετά Υπόκεντρα Υγείας τα οποία διαθέτουν και συντηρούν οι κοινότητες, είναι ακατάλληλες και ανεπαρκείς. Στερούνται κυρίως επάνδρωσης με σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό. Η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών ή τον έμμεσο αποπροσανατολισμό των χρηστών προς τον ιδιωτικό τομέα.

Οι οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες στα Κέντρα και Υπόκεντρα Υγείας δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη σχέσης ασθενούς-ιατρού και την οικειοθελή διαρκή δέσμευση του ασθενή με το Κέντρο Υγείας (Καλοκαιρινού κ.α, 2015).

- **Έλλειψη Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος** από τις υπάρχουσες δομές. Επί του παρόντος το Υ.Υ διαθέτει σημαντικό αριθμό πληροφοριακών συστημάτων σε λειτουργία, με το μεγαλύτερο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας (ΟΠΣΥ), να αποτελείται από 13 υποσυστήματα και να καλύπτει τις ανάγκες των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας και Αμμοχώστου και αριθμού Κέντρων Υγείας. Το Πληροφοριακό Σύστημα TPA (The Precision Alternative) του οποίου η υλοποίηση άρχισε τον Απρίλιο του 1995 στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, προσφέρει μέχρι σήμερα τις υπηρεσίες του και στα υπόλοιπα νοσοκομεία της Κύπρου. Το TPA καλύπτει κυρίως διοικητική λειτουργικότητα και όχι κλινική. Διαθέτει πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης φαρμάκων. Το σύστημα αυτό λειτουργεί σε όλα τα νοσοκομεία, τις φαρμακευτικές αποθήκες και σε πολλά Κέντρα Υγείας (https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page20_gr/page20_gr?OpenDocument).
- **Το γραφειοκρατικό σύστημα** οργάνωσης και διοίκησης επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας. Η **έλλειψη ηλεκτρονικού αρχείου καταγραφής ασθενών** συνιστά ακόμη ένα μεθοδολογικό πρόβλημα που δυσχεραίνει τη λειτουργία των Κ.Υ, εφόσον μόνο 20 από τα 39 Κ.Υ διαθέτουν μηχανογράφηση ασθενών.
- Η **απουσία τήρησης του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου** δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο το διατομεακό συντονισμό και το σχεδιασμό προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας. Για παράδειγμα, η χειρόγραφη τήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς αποτελεί ένα χρονοβόρο καθήκον των επαγγελματιών υγείας, ενώ πολλές φορές παρατηρείται ατελής ενημέρωση του καθώς και φαινόμενα απώλειας του.
- Η **απηργαιωμένη διοικητική δομή του Υπουργείου Υγείας** και η απουσία ανεξάρτητης δομής του τομέα της ΠΦΥ με χωριστούς προϋπολογισμούς στρέφεται από μόνη της ενάντια στη στρατηγική του Υπουργείου Υγείας (Μάτσης, 2008). Το ιατροφαρμακευτικό μας σύστημα χαρακτηρίζεται οικονομικά μη βιώσιμο επειδή οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό από τα εισοδήματα και οι οικονομικά ασθενέστερες ομάδες πληθυσμού είναι αναγκασμένες να πληρώνουν δυσανάλογα υψηλά ποσά για την υγεία τους (Γαβριήλ, Θεοδώρου και Μίτλεττον, 2012). Τα συστήματα

υγείας για να είναι βιώσιμα πρέπει να μεταρρυθμίζονται και να αναζωογονούνται, διαφορετικά καταρρέουν, ενώ το σύστημα υγείας της Κύπρου παραμένει το ίδιο από το 1960 (Πατσαλής, 2014).

- **Παρατηρείται ψυχική και σωματική κόπωση του προσωπικού** ειδικά των ιατρών λόγω αυξημένων εφημεριών και περιοδειών, καθώς πρέπει να παρασχεθούν υπηρεσίες εκτός των 39 αστικών και αγροτικών Κ.Υ και σε άλλα 192 υπόκεντρα.
- **Αδυναμία μέτρησης ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας.** Με το σημερινό τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας, δεν καταγράφεται με κανένα τρόπο ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών ώστε να μπορεί το σύστημα να ανατροφοδοτείται και να βελτιώνεται. Δεν υπάρχει σύστημα κλινικού ελέγχου ή διασφάλισης της ποιότητας.
- **Οικονομικό έλλειμμα - χαμηλός κρατικός προϋπολογισμός.** Η οικονομική κρίση ώθησε ένα μεγάλο μέρος των ασθενών να απευθύνεται στα δημόσια νοσοκομεία για την κάλυψη των αναγκών τους επιβαρύνοντας το δημόσιο σύστημα υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης εισοδήματος οι ασθενείς επιστρέφουν στο δημόσιο σύστημα από το οποίο οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν ή σε πολύ χαμηλό κόστος. Επιπρόσθετα η ελλειπής χρηματοδότηση της ΠΦΥ οδήγησε σε υποστελέχωση των δομών, αδυναμίες στις υλικοτεχνικές υποδομές και καθυστέρηση στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών (μηχανογράφηση, ενσωμάτωση ηλεκτρονικού φακέλλου κ.α).
- **Ανυπαρξία συστήματος ελέγχου** ιδιαίτερα στη συνταγογραφία και στις παραπομπές για εξετάσεις υψηλού κόστους με αποτέλεσμα την επιβάρυνση του κράτους με μεγάλα ποσά για εξετάσεις και φάρμακα.
- **Τα Κέντρα Υγείας εξαρτώνται «ασφυκτικά» από τα νοσοκομεία** στα οποία υπάγονται και των οποίων αποτελούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες. Αυτό αποτελεί τροχοπέδη για τη λειτουργία τους καθώς χρηματοδοτούνται μέσω των προϋπολογισμών τους, στερώνοντας τους έτσι το αυτοδύναμο για την κάλυψη των αναγκών τους.
- **Απουσιάζει η συστηματική έρευνα στην ΠΦΥ.** Δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία συστηματική έρευνα για την ΠΦΥ στην Κύπρο.
- **Ανυπαρξία θεσμικού πλαισίου** για τη διοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

3.1.3 Ευκαιρίες (Opportunities)

Ως ευκαιρίες θεωρούνται οι παράγοντες ή τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος τα οποία το Υπουργείο Υγείας πρέπει να εκμεταλλευτεί και να αξιοποιήσει στη στρατηγική του για την επίτευξη της αποστολής του. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- **Επιμόρφωση του προσωπικού.** Η ανάπτυξη και διεύρυνση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας δημιουργεί την ανάγκη επιμόρφωσης του προσωπικού σε υπάρχοντα, αλλά και σε νέα πεδία όπως το μάνατζμεντ, τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας κλπ.
- **Εισαγωγή Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας.** Η ανάπτυξη ηλεκτρονικής υγείας είναι βασική κίνηση που μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την εσωτερική λειτουργία της κάθε δομής.

Μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας θα γίνεται οργάνωση και λειτουργία όλων των πρωτοβάθμιων μονάδων με αποτέλεσμα τη δραστική αναβάθμιση των παρεχόμενων

υπηρεσιών. Το ηλεκτρονικό σύστημα θα καταγράφει τον ασθενή και την πορεία του στις υπηρεσίες του συστήματος, τον παραπέμποντα ιατρό, το συμβεβλημένο προμηθευτή που προσφέρει τη συγκεκριμένη υπηρεσία, την εξέλιξη της θεραπείας, την κοστολόγηση και την εκκαθάριση του λογαριασμού (Νεκτάριου, 2012). Η παραπομπή των ασθενών από τους προσωπικούς ιατρούς προς τα διαγνωστικά κέντρα ή για περαιτέρω περίθαλψη θα γίνεται μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος αναλόγως της διαθεσιμότητας των κλινών. Αυτό θα έχει εξασφαλίσει την αυτοματοποίηση των διαδικασιών, την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας στη διεκπεραίωση καθημερινών εργασιών και τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος.

Μεγάλη συμβολή σ' αυτό έχει η εισαγωγή της **ηλεκτρονικής κάρτας του ασθενή (Η.Κ.Α)**, η οποία δίνει νέες δυνατότητες: Αναβάθμιση και ασφαλή πιστοποίηση της υπάρχουσας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε άυλη μορφή, μείωση της γραφειοκρατίας, αύξηση της διαφάνειας, φορητότητα των ιατρικών αρχείων, διασφάλιση της δημόσιας υγείας με βάση τις πληροφορίες που παρέχονται και δυνατότητα συνέχειας της θεραπείας από διαφορετικούς γιατρούς χωρίς την ανάγκη επανάληψης εξετάσεων (Σουλιώτης κ.α, 2013).

Πυρήνας των σύγχρονων Νοσοκομειακών Πληροφοριακών Συστημάτων αποτελεί και ο **ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή (Η.Φ.Α)**. Αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την παροχή προσωποκεντρικής και συνεχούς ιατρικής φροντίδας με ασφάλεια και αυτοαποτελεσματικότητα (Heard et al., 2000). Με την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρείται ότι θα καταστεί εφικτή η αξιοποίηση ιατρικών πληροφοριών τόσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών, όσο και για την πληρέστερη και ακριβέστερη αποτύπωση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Ο φάκελος αυτός θα συνοδεύει υποχρεωτικά τον ασθενή σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης με όλες τις ασφαλιστικές δικλίδες για την προστασία των προσωπικών του δεδομένων.

Στις σημαντικές καινοτομίες που αναμένεται να παίξουν σημαντικό ρόλο στο χώρο της υγείας περιλαμβάνεται η **τηλεϊατρική** και η **τηλεϋγεία**. Η εισαγωγή τηλεϊατρικών πληροφοριακών συστημάτων και η προσθήκη των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας στην εθνική τηλεπικοινωνιακή υποδομή, θα ενισχύσει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της συνεχούς φροντίδας υγείας σε ότι αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη μεταθεραπευτική παρακολούθηση του ασθενούς. Συμβάλλει στην κατάργηση των ανισοτήτων σε θέματα παροχής ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται σε απομακρυσμένες και απρόσιτες περιοχές. Η τηλεϊατρική επιτρέπει τη λειτουργία εξειδικευμένων ειδικοτήτων ιατρικής σε μικρά νοσοκομεία όπου η παρουσία ειδικών είναι ασύμφορη και αδύνατη. Στην Κύπρο το 2001 εγκαινιάστηκε το πρόγραμμα τηλεϊατρικής, τηλεϊστοπαθολογίας και τηλεσυμβουλευτικής που συνδέει ηλεκτρονικά το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με το Ογκολογικό Κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.

- **Εξωτερική ανατροφοδότηση του συστήματος (εξωτερικοί συνεργάτες, νέες τεχνολογίες)**. Σε μια εποχή με ραγδαία εξέλιξη το σύστημα υγείας χρειάζεται την

εξωτερική ανατροφοδότηση από πρόσωπα με τεχνογνωσία. Σύναψη συνεργασιών με ιατρικούς ομίλους του εξωτερικού με σκοπό την ανάπτυξη νέων καινοτόμων υπηρεσιών.

- **Δυνατότητες χρηματοδότησης.** Ταυτόχρονα δημιουργείται η ανάγκη αναζήτησης πηγών χρηματοδότησης προκειμένου να διατηρηθεί η αναδυόμενη δομή και να βελτιωθεί. Η χρηματοδότηση άλλωστε είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη νέων δράσεων και νέων δυνατοτήτων των Κ.Υ.
- Τέλος, η λειτουργία των Κέντρων Υγείας κινείται σύμφωνα με τις **κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης** στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3.1.4 Απειλές (Threats)

Ως απειλές θεωρούνται οι παράγοντες ή τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας τα οποία θα πρέπει να ανησυχήσουν το σύστημα Δημόσιας Υγείας και που εγκυμονούν κινδύνους να οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή τους, αν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για τη λήψη μέτρων αντιμετώπισης τους.

Οι κυριότερες είναι οι πιο κάτω:

- **Οικονομική ύφεση και περικοπές κονδυλίων.** Η συνεχόμενη μείωση των προϋπολογισμών των υπηρεσιών ΠΦΥ αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για τη βιωσιμότητα των Κέντρων Υγείας. Μια ενδεχόμενη μείωση θα επιβάρυνε ή θα αναιρούσε τους ρυθμούς εξέλιξης του συστήματος.
- **Γήρανση του πληθυσμού, αύξηση των χρόνιων παθήσεων και εμφάνιση νέων ασθενειών.** Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας συνδέεται με την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων και διαφοροποιεί το είδος των ζητούμενων υπηρεσιών. Η αύξηση της ηλικίας και η χειροτέρευση του επιπέδου υγείας οδήγησαν όχι μόνο στη μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας αλλά κυρίως μετέβαλαν το είδος και το χαρακτήρα των υγειονομικών αναγκών και κατ' επέκταση το βαθμό χρήσης και έντασης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας φαίνεται και από τον αυξημένο αριθμό επισκέψεων των εξωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσηλευτήρια (Πίνακας 6).
- **Αλλαγή της τεχνολογίας.** Η εξέλιξη της τεχνολογίας αποτελεί έναν ιδιαίτερο ενθαρρυντικό στοιχείο στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο το πλεονέκτημα αυτό, μπορεί να αποτελέσει και σοβαρό κίνδυνο για τις υπηρεσίες υγείας εφόσον δεν θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα τη διαμόρφωση ολοκληρωμένου επενδυτικού προγράμματος με στόχο τον εκσυγχρονισμό και τη διαρκή ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.
- Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη **δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας** και αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των πολιτών για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα. Η υπέρμετρη αυτή προκλητή ζήτηση έχει ως συνέπεια το κόστος να μετακυλιέται στους πολίτες χωρίς να μεταφράζεται πάντα σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η

ποιότητα και η αποτελεσματικότητα φθείρονται από το υψηλό κόστος που απαιτείται από τον ιδιωτικό τομέα (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2012). Επομένως, η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης εκθέτουν την ΠΦΥ σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό και καταστρατηγούν το χαρακτήρα της δωρεάν υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Διαμόρφωση Στρατηγικής

Η οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Η διοίκηση του Υπουργείου Υγείας αποτελεί το βασικό συντελεστή του συστήματος υγείας στην Κύπρο.

4.1.1 Αποστολή Υπουργείου Υγείας

Η διασφάλιση ενός συστήματος υγείας της χώρας το οποίο να είναι ανθρωποκεντρικό, να δίνει έμφαση στην πρόληψη και να στοχεύει στην ενίσχυση της κοινωνικής προσφοράς μέσα από τη συνεχή αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με επαγγελματισμό και σεβασμό, ισότιμα προς όλους τους πολίτες (Στρατηγικό Σχέδιο Υ.Υ, 2018-2020).

4.1.2 Σκοπός του Υπουργείου Υγείας

Η ΠΦΥ έχει στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας η οποία να είναι οικονομικά αποδοτική και συνεχής. Κύριος στόχος της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας είναι η διασφάλιση οικονομικά αποδοτικής και αποτελεσματικής χρήσης των πόρων προς όφελος της υγείας των πολιτών, με προτεραιότητες που καθορίζονται στη βάση των αναγκών των ασθενών για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων στην υγεία (Στρατηγικό Σχέδιο Υ.Υ, 2018-2020).

4.1.3 Πολιτικές Υπουργείου Υγείας

Η πολιτική υγείας περιλαμβάνει «το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα της υγείας της χώρας της με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτών των στόχων» (Κουρής και Σουλιώτης, 2007). Επίσης οι πολιτικές υγείας μιας χώρας, θα πρέπει να αποβλέπουν στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της, στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων (Υφαντόπουλος, 2006).

Το Υ.Υ είναι αρμόδιο για τη διαχείριση του δημόσιου τομέα, είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διαχείριση και τη ρύθμιση του τομέα της υγείας. Έχει προχωρήσει σε ετοιμασία και εφαρμογή οδικού χάρτη για τις απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις (Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας, 2018-2020):

- Αναδιάρθρωση του Συστήματος Υγείας της Χώρας.
- Ενίσχυση και αναβάθμιση της Ηλεκτρονικής Υγείας (eHealth).
- Ενίσχυση της ενεργούς και αποτελεσματικής παρουσίας στο ευρωπαϊκό και διεθνές γίγνεσθαι.
- Προώθηση της προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.
- Διαχείριση, εκπαίδευση και ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.
- Ανάπτυξη δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και καινοτομίας.

4.1.4 Στρατηγική Υπουργείου Υγείας

Στόχος 1: Βέλτιστη λειτουργία του Συστήματος Υγείας.

Στόχος 2: Αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία του Υ.Υ.

Στόχος 3: Προαγωγή της υγείας και πρόληψη ασθενειών.

Στόχος 1: Βέλτιστη λειτουργία του Συστήματος Υγείας

(Στρατηγικό Σχέδιο Υ.Υ, 2018-2020)

1. Μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας της Κύπρου

Το Υ.Υ έχει ετοιμάσει οδικό χάρτη μεταρρυθμίσεων μέσω:

- Της αυτονόμησης των δημόσιων νοσηλευτηρίων
- Του εκσυγχρονισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Της εισαγωγής της Ηλεκτρονικής Υγείας
- Της ίδρυσης Πανεπιστημιακών Κλινικών
- Της ίδρυσης Κυπριακού Οργανισμού Φαρμάκων
- Της εισαγωγής του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ)

2. Συντονισμός της στρατηγικής σε θέματα πολιτικής

Για την επίτευξη της βέλτιστης λειτουργίας του συστήματος υγείας θα πρέπει να αναπτυχθεί στρατηγική σε θέματα πολιτικής:

Αναδιάρθρωση του Υ.Υ ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες που θα προκύψουν λόγω των μεταρρυθμίσεων.

Δημιουργία Μονάδας Στρατηγικού Προγραμματισμού στο επίπεδο της διοίκησης του Υ.Υ. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έχει η Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας (ΜΠΥ).

Προώθηση του ιατρικού τουρισμού.

Προώθηση συνεργασίας με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), ιδιωτικά νοσηλευτήρια και άλλα ινστιτούτα.

3. Οργάνωση και λειτουργία Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Η διεύθυνση των νοσηλευτικών υπηρεσιών με στόχο την επίτευξη ενός αποδοτικού και αποτελεσματικού συστήματος υγείας δραστηριοποιείται στα ακόλουθα:

- Διασφάλιση παροχής ποιοτικής νοσηλευτικής και μαιευτικής φροντίδας, ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και εσωτερικού ελέγχου.
- Διασφάλιση συνεχούς εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης του νοσηλευτικού προσωπικού και προώθηση της έρευνας και τεκμηριωμένης πρακτικής.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής υγείας, πρόληψης και αποκατάστασης στην κοινότητα μέσω των αστικών και αγροτικών Κ.Υ.

4. Ενίσχυση Ευρωπαϊκών και Διεθνών σχέσεων

Το Κλιμάκιο Ευρωπαϊκών Θεμάτων (ΚΕΘ) του Υ.Υ προωθεί τη συμμετοχή του σε Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς.

5. Αναβάθμιση Ηλεκτρονικής Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο χρειάζεται ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα με διοικητική και κλινική υποστήριξη

- Επέκταση/Εφαρμογή του ΟΠΣΥ σε όλα τα Δημόσια Νοσηλευτήρια και Κέντρα Υγείας σε όλες τις επαρχίες.
- Εγκατάσταση Wi-fi σε όλα τα Δημόσια Νοσηλευτήρια και Κέντρα Υγείας.

Μελλοντικός στόχος του Υπουργείου Υγείας είναι: **Η δημιουργία Περιφερειακών Δικτύων Υγείας (ΠΔΥ)** για την ανταλλαγή πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο μεταξύ όλων των νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, περιφερειακών ιατρειών καθώς και των ιδιωτών γιατρών. Τα ΠΔΥ θα δίνουν τη δυνατότητα στους παροχείς υγείας να έχουν πρόσβαση στη σωστή πληροφορία όποια στιγμή θελήσουν για την καλύτερη και ποιοτικότερη παροχή ιατρικής φροντίδας

(https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page20_gr/page20_gr?OpenDocument&print).

Με τη δημιουργία των ΠΔΥ θα προσφέρεται:

- άμεση πρόσβαση στη συνταγογράφηση και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων.
- άμεση μεταφορά πληροφοριών για τον κάθε ασθενή.
- διευθέτηση ραντεβού με νοσοκομεία.
- ενιαίος ιατρικός φάκελος.
- τηλεϊατρική, τηλεφροντίδα και τηλεπαρακολούθηση (έξυπνα σπίτια) και υπηρεσίες υποβοηθούμενης αυτόνομης διαβίωσης (Ambient Assisted Living - AAL).
- κλινικά πρωτόκολλα και οδηγίες θεραπείας ασθενών.
- διοικητικά και διαχειριστικά συστήματα.

Στόχος 2: Αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία του Υπουργείου Υγείας

Η διαχείριση των εσωτερικών διαδικασιών του Υ.Υ, περιλαμβάνει τους εξής άξονες εργασίας (Στρατηγικό Σχέδιο Υ.Υ, 2018-2020):

1. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού

Το Υ.Υ στοχεύοντας στη βελτίωση των λειτουργικών του διαδικασιών λαμβάνει σοβαρά υπόψη τον ανθρώπινο παράγοντα και εστιάζει κυρίως στα εξής:

- Συνεχής βελτίωση των υφιστάμενων διαδικασιών διαχείρισης του προσωπικού.

- Δημιουργία ηλεκτρονικού αρχείου προσωπικού.
- Ετοιμασία διαδικασιών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας και λειτουργών του Υπουργείου.
- Συνεχιζόμενη βελτίωση και ανάπτυξη του προγράμματος εκπαίδευσης στην ειδικότητα των ειδικευομένων ιατρών στα δημόσια νοσηλευτήρια.

2. Λογιστική και Χρηματοοικονομική Διαχείριση

Η χρηματοοικονομική διαχείριση περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων, την κινητικότητα των πόρων, την εκταμίευση και τη λογιστική αναφορά, επιπρόσθετα από τη διαχείριση των χρηματοοικονομικών του Υ.Υ.

3. Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών

Η Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών έχει ως στόχο: α) Την εξασφάλιση της συνέχειας στην αγορά ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αναλώσιμων, εξοπλισμού, αγοράς υπηρεσιών και φαρμάκων, για την ικανοποίηση των αναγκών στα δημόσια νοσηλευτήρια και β) Την ολοκλήρωση της κωδικοποίησης όλων των περιουσιακών στοιχείων και του εξοπλισμού όλων των δημοσίων νοσηλευτηρίων και θέσπιση μηχανισμού για την ανακατανομή τους όπου αυτό χρειάζεται, σε συνεργασία με τα τμήματα/υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

4. Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου

Θεσπίστηκε Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου η οποία είναι ανεξάρτητη συμβουλευτική ομάδα και σχεδιάστηκε για να παρέχει προστιθέμενη αξία και βελτίωση στις λειτουργικές διαδικασίες και στα συστήματα χρηματοοικονομικής διαχείρισης και ελέγχου του Υ.Υ, μέσω ειδικών, τακτικών και έκτακτων ελέγχων.

5. Επιδοτούμενοι Ασθενείς και Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη / Ταυτότητες Νοσηλείας / Τιμολόγηση Ευρωπαίων Ασθενών

Η δραστηριότητα αυτή καλύπτει την επιδότηση των ασθενών σε πολύ εξειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες που δεν παρέχονται στα Δημόσια Νοσηλευτήρια, την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη, τη χορήγηση δικαιωμάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και έκδοση ταυτοτήτων νοσηλείας και την τιμολόγηση των Ευρωπαίων ασθενών στη βάση των Ευρωπαϊκών κανονισμών.

6. Γενικά Διοικητικά Θέματα

Με την εισαγωγή και βελτίωση των διαδικασιών διαχείρισης και παρακολούθησης των διοικητικών θεμάτων που αφορούν το Υ.Υ και την αξιολόγηση των προγραμμάτων κρατικών ενισχύσεων μετά την εφαρμογή τους.

Στόχος 3: Προαγωγή της υγείας και πρόληψης των ασθενειών

(Στρατηγικό Σχέδιο Υ.Υ, 2018-2020)

Το Υ.Υ είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη των στρατηγικών και πολιτικών προαγωγής της υγείας, πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης των ασθενειών με έμφαση στην ανάπτυξη προγραμμάτων που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

1. Ανάπτυξη στρατηγικής για προαγωγή της υγείας και πρόληψης των ασθενειών

Το Υ.Υ με τη βοήθεια εμπειρογνομόνων του Π.Ο.Υ και τη χρήση ειδικού εργαλείου το οποίο ετοιμάστηκε από τον Π.Ο.Υ (W.H.O Public Health Assessment Tool 2004), αξιολόγησε τις δυνατότητες της Κύπρου στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Το έργο αυτό

ολοκληρωθήκε το 2015. Χαρτογράφησε την κατάσταση σε όλους τους τομείς της Δημόσιας Υγείας και αποτέλεσε τον οδηγό για αναβάθμιση των μέτρων που λαμβάνονται στον τομέα για την επόμενη πενταετία (Στρατηγικό Σχέδιο, 2016-2018). Σ' αυτό το πλαίσιο θα ετοιμασθεί το 2018 η Εθνική Στρατηγική για την προαγωγή και προστασία της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας.

2. Έγκαιρη ανίχνευση / διάγνωση

Η στρατηγική του Υ.Υ περιλαμβάνει την οργάνωση και λειτουργία πληθυσμιακών προγραμμάτων διάγνωσης και πρώιμης ανίχνευσης ασθενειών που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες πληθυσμού.

4.2 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Η υλοποίηση της στρατηγικής συνιστά μια σημαντική διαδικασία καθώς μια στρατηγική όσο καλά διαμορφωμένη και να είναι δεν είναι πετυχημένη αν δεν υλοποιηθεί σωστά και αποδοτικά. Το Υ.Υ επιλέγει την κατάλληλη στρατηγική καθώς και τις επιμέρους πολιτικές και προγράμματα που συμβαδίζουν με την αποστολή του.

Είναι βέβαιο ότι η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών της ΠΦΥ είναι αναγκαίες σήμερα όσο ποτέ άλλοτε. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα παρθούν πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής υγείας με κύριο στόχο την πρόληψη της αρρώστιας, την προαγωγή του επιπέδου υγείας καθώς και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών παροχής Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Η ανάπτυξη του θεσμού της ΠΦΥ πρέπει να στηριχτεί θεσμικά, διοικητικά και τεχνικά.

4.2.1 Αναπτυξιακή στρατηγική

Η στρατηγική που πρέπει να εφαρμοστεί πρωτίστως είναι αναπτυξιακή με στόχο να δημιουργήσει νέες υποδομές και υπηρεσίες ώστε να ικανοποιήσει τη ζήτηση στην περιοχή. Με έμφαση την πρόληψη, την προαγωγή, την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας, τη μείωση των ανισοτήτων και την άρση των εμποδίων, να διασφαλίζει την προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας στο σωστό τόπο και χρόνο (Αθανασάκης κα, 2013).

Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής αντιμετώπισης όλων αυτών των προκλήσεων είναι η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Η αναβάθμιση της ΠΦΥ είναι στις άμεσες προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας με την υιοθέτηση στρατηγικής αποκέντρωσης και ορθολογικής κατανομής ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση για όλους τους κατοίκους. Με σκοπό τη διαφύλαξη της ισότιμης πρόσβασης, γίνεται ο καταμερισμός της χώρας σε τομείς ΠΦΥ. Με την τομεοποίηση αποδίδεται ρητή ευθύνη ενός καθορισμένου πληθυσμού σε μια υγειονομική ομάδα κάτι που υποχρεώνει την ομάδα αυτή να αναλάβει στοχευμένες πρωτοβουλίες ώστε να προσεγγίσει τις αποκλεισμένες και τις ευπαθείς ομάδες.

Κτηριολογική Ανάπτυξη

Η ανέγερση νέων Κέντρων Υγείας είτε αστικού ή υπαίθριου τύπου θα ωφελήσει πολλαπλά δεδομένου ότι θα δώσει τη δυνατότητα της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής ποιότητας σε όλο τον πληθυσμό, ενώ παράλληλα θα αποσυμφορήσει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες,

συμβάλλοντας έτσι στην αναβάθμιση τους. Στην αρχή της λειτουργίας των νέων θεσμών είναι απαραίτητη η δημιουργία επιλεγμένων Κέντρων Υγείας αστικού-τύπου πιλοτικών, τα οποία θα αναλάβουν την εκτίμηση των αναγκών και την αξιολόγηση των υπηρεσιών ενώ συγχρόνως θα αποτελέσουν και τα εκπαιδευτικά κέντρα του πιο πάνω εγχειρήματος με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ. Είναι ευνόητο ότι η ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σ' αυτή την κατεύθυνση θα συνδεθεί με τον περιορισμό των νοσοκομείων αποκλειστικά στο νοσοκομειακό τους ρόλο και την απαλλαγή τους απ' όλες τις δραστηριότητες που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα.

Αναβάθμιση των κτηριακών υποδομών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των υφιστάμενων μονάδων. Η ενίσχυση των Κ.Υ θα ενισχύσει την εικόνα των υπηρεσιών ΠΦΥ μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας και του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανακατασκευή των χώρων των Κ.Υ, όσο η επέκταση και ο εκσυγχρονισμός τους, αναμένεται να δώσει λύσεις στα χωροταξικά τους προβλήματα.

Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού

Για την αποτελεσματική υλοποίηση της στρατηγικής απαιτείται η συμμετοχή όλων των εργαζομένων.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σύγχρονων πολιτικών υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη ικανών και καταρτισμένων στελεχών σε όλους τους τομείς διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας μέσα από την εφαρμογή του συστήματος υγείας (Τούντας, 2008). Δεδομένων των ραγδαίων μεταβολών, τόσο σε θέματα βιοϊατρικής τεχνολογίας και στη χρήση αυτής, όσο και στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενειών, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη συνεχούς κατάρτισης, του ιατρικού/νοσηλευτικού και του διοικητικού/τεχνικού προσωπικού.

Με την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής πρέπει να παρέχεται κάθε δυνατή διευκόλυνση με βάση την οποία κάθε λειτουργός υγείας θα επιμορφώνεται καθ'όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του. Η πλήρης ανάπτυξη και η καλή λειτουργία του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ προϋποθέτει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων στις δομές του με σκοπό να εξοικειωθούν με έννοιες, λειτουργίες, δεξιότητες και πρακτικές που απαιτεί το δίκτυο αυτό. Υπό την έννοια αυτή κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωση ολόκληρου του προσωπικού που υπηρετεί την ΠΦΥ στο περιεχόμενο και τα χαρακτηριστικά της. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό το οποίο θα παρέχει αυτές τις υπηρεσίες, θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση για αυτήν τη μορφή φροντίδας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών που στελεχώνουν την ΠΦΥ για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων στη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα σύμφωνα με τις συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών.

Αναφέρεται ότι σε αρκετές χώρες (Αυστραλία, ΗΠΑ, Ν. Ζηλανδία, Ισπανία κ.α) κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μετά από τη δική τους εκτίμηση συνταγογραφούν προκαθορισμένο εύρος φαρμάκων καθώς επίσης παραπέμπουν σε ειδικούς ιατρούς (Buchan & Calman, 2004). Η σχετικά περιορισμένη προθυμία των ιατρών να ασχοληθούν με τον τομέα της ΠΦΥ και ειδικά στις αγροτικές περιοχές μπορεί εν μέρει να αντιμετωπιστεί με την

εργοδότηση νοσηλευτών υψηλής εκπαιδευτικής στάθμης στους οποίους θα ανατεθούν αυξημένες αρμοδιότητες.

4.2.2 Διορθωτική στρατηγική

Ο οργανισμός παράλληλα θα αναπτύξει διορθωτική στρατηγική με στόχο τη βελτίωση των ήδη προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, τη μείωση του κόστους, την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του (Θάνου, 2011). Μέσα από τον εξορθολογισμό και τη βελτίωση της λειτουργίας των υφιστάμενων δόμων, διαδικασιών και δράσεων, θα πετύχει τον επιχειρησιακό εκσυγχρονισμό (Lawrence, 2001). Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τόνωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας κατέχουν θέση υψηλής προτεραιότητας στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας και των προγραμμάτων ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα.

Οι υπηρεσίες των Κ.Υ πρέπει να είναι διαθέσιμες σε ημερήσια βάση από 08.00 – 18.00 και όπου απαιτείται να λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως με στόχο να διασφαλίζεται η εξυπηρέτηση όλων των ασθενών. Επιπρόσθετα θα πρέπει να υιοθετηθεί το σύστημα του καθήκοντος αναμονής στα πλείστα Κέντρα Υγείας της υπαίθρου, ειδικότερα στα απομακρυσμένα, αλλά και σ' αυτά που καλύπτουν περιοχές με μεγάλους πληθυσμούς.

Η αναβάθμιση των Κ.Υ στην ύπαιθρο έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ηλικιωμένους και τους χρόνιους ασθενείς και εξυπηρετεί δε και την πολιτική αναζωογόνηση της. Η αποκέντρωση θα συμβάλει στην αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών σε εικοσιτετράωρη βάση στον τόπο διαμονής τους.

Η βελτίωση των υπηρεσιών στα υπόκεντρα με καλύτερο προγραμματισμό των περιοδειών από την άποψη της συχνότητας, διάρκειας και τακτικότητας των επισκέψεων, θα συμβάλει σημαντικά στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συγκροτημένη λειτουργία της ΠΦΥ είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που αυτή προσφέρει, έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η βελτίωση της ποιότητας με στοχευμένες δράσεις.

Στη διαμόρφωση πολιτικής στον τομέα της υγείας πρωταρχικό στόχο έχει η αποτύπωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με την ανάπτυξη μηχανισμών και εργαλείων αξιολόγησης της. Για την εκτίμηση της απόδοσης των υπηρεσιών ΠΦΥ αναπτύχθηκε ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο – από μια διεθνή ομάδα ερευνητών το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 15 γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής και καλείται EUROPEP (Grol and Wensing, 2000). Από την άποψη αυτή, η εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων στο χώρο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την υλοποίηση ορθολογικού μάνατζμεντ και λήψης αποφάσεων στον τομέα της αποτελεσματικής διαχείρισης και του αναπτυξιακού προγραμματισμού τους (Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012).

Αναμφισβήτητα, ένα αναγκαίο μέτρο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται (Παπανικολάου, 2007). Οι περιοδικές μελέτες ικανοποίησης εισάγουν στην πολιτική υγείας και στη διοίκηση, τις απόψεις, τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των καταναλωτών (Λέντζας κ.α, 2010). Αποτελούν μια μορφή ανατροφοδότησης του συστήματος υγείας από την κοινωνία, που συνδράμει στον εντοπισμό των προβλημάτων και στη λήψη διορθωτικών μέτρων (Vuori, 1987). Η καταγραφή της γνώμης των ασθενών με τη χρήση ερωτηματολογίων αποκτά όλο και μεγαλύτερη αξία και λαμβάνεται υπόψη στη διαμόρφωση πολιτικής για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Curray et al., 1997). Τα ευρήματα τέτοιων ερευνών επειδή βασίζονται σε υποκειμενικές απόψεις δεν αρκούν για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και πάντοτε πρέπει να συμπληρώνονται με άλλους δείκτες και στοιχεία ικανά να προσδώσουν μια περισσότερο αντικειμενική πολυκριτηριακή προσέγγιση στο ζήτημα (Μητρόπουλος κ.α, 2004).

Οι Papp et al (2014) αφού μελέτησαν ομάδες ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε επτά ευρωπαϊκές χώρες κατέληξαν ότι οι κύριες διαστάσεις ποιότητας της ΠΦΥ είναι η προσβασιμότητα, η ισότητα, η καταλληλότητα και η ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Η ανάπτυξη και η χρήση των δεικτών ποιότητας είναι σημαντικό βήμα στην προσπάθεια βελτίωσης της παροχής φροντίδας υγείας στους ασθενείς.

Το Υπουργείο Υγείας έχει συστήσει ομάδες ετοιμασίας, εφαρμογής και παρακολούθησης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (ΚΚΟ), κλινικών διαδρόμων (ΚΔ) και εργαστηριακών αλγόριθμων (Πρωτοκόλλων) για την ΠΦΥ. Οι ΚΚΟ / ΚΔ και οι εργαστηριακοί αλγόριθμοι που έχουν αναπτυχθεί στηρίζονται σε ενδεδειγμένες επιστημονικές εκδόσεις αξιόπιστων οργανισμών (π.χ το Βρετανικό Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας – National Institute of Clinical Excellence - NICE) και έχουν συνταχθεί από επιστημονική αξιολόγηση και προσαρμογή τους στα δεδομένα της Κύπρου (https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page50_gr/page50_gr?OpenDocument). Η εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων αποτελεί εργαλείο βέλτιστης ιατρικής πρακτικής για την αναβάθμιση της ποιότητας της περίθαλψης, τον ομοιόμορφο τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών και με παράλληλη μείωση του κόστους των δαπανών υγείας. Αναμένεται οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αυτές τις οδηγίες και να τις χρησιμοποιούν ως υποστηρικτικό εργαλείο. Αναμφίβολα δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του.

Τέλος, είναι αναγκαία η συγκρότηση ομάδας έμπειρων προσώπων υπεύθυνων για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τοπικές και περιφερειακές ανάγκες, υποβάλλοντας σχετικές προτάσεις στο Υπουργείο Υγείας. Επιβάλλεται η δημιουργία χωριστού τμήματος Ιατρικού Ελέγχου (Medical Audit Department) το οποίο θα βρίσκεται κάτω από τη διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας και θα διενεργεί αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι αξιολογήσεις θα αφορούν:

- i. Το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σ' όλα τα επίπεδα.
- ii. Το βαθμό ικανοποίησης των μελών της ομάδας της ΠΦΥ: ιατρών, φαρμακοποιών, νοσηλευτών κτλ.
- iii. Αξιολόγηση του επιπέδου παροχής ΠΦΥ σε διάφορα θέματα όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κ.α.

Το Medical Audit είναι βασικό μέσο μεταρρύθμισης των υπηρεσιών υγείας για τον έλεγχο της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας. Συγκεκριμένα παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου της παρεχόμενης ποιότητας ιατρικής φροντίδας, ανίχνευσης των αναγκαίων αλλαγών, τη βελτίωση της και επίτευξη συμφωνίας για δράση και εφαρμογή τους.

Με βάση τα παραπάνω το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε το Μάιο του 2004 Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας (ΜΠΥ) της οποίας αποστολή είναι η δημιουργία κατάλληλων μηχανισμών συλλογής, διάδοσης και χρήσης έγκυρων, έγκαιρων και συμβατών με πληροφορίες υγείας με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το σύγχρονο αυτό Σύστημα Παρακολούθησης Υγείας ενισχύει σημαντικά το ρόλο του Υπουργείου Υγείας ως στρατηγικό σχεδιαστή, παραγωγό πολιτικής και ρυθμιστή του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επίσης συμβάλλει στην ενίσχυση συνεργασίας με φορείς του εξωτερικού όπως τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας του καταναλωτή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG SANCO), της Στατιστικής Υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page70_gr/page70_gr?OpenDocument.

4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Από τη στιγμή που αρχίζει η υλοποίηση των στρατηγικών στόχων απαιτείται η ύπαρξη ελεγκτικού μηχανισμού με τη μέτρηση της προόδου, τον εντοπισμό των παρεκκλίσεων από το σχεδιασμό και την υπόδειξη των απαραίτητων διορθωτικών ενεργειών. Βάση της αξιολόγησης αυτής η διοίκηση του οργανισμού είναι σε θέση να ενεργεί όχι μόνο αντιδραστικά αλλά και προληπτικά λαμβάνοντας τα απαραίτητα μέτρα για την επίτευξη των σκοπών του.

Η παραπάνω διαδικασία θα πρέπει να πραγματοποιείται βάσει του προκαθορισμένου χρονικού ορίζοντα που έχει τεθεί για την επίτευξη των στόχων. Η περίοδος του ενός έτους κρίνεται η πιο κατάλληλη καθώς τότε αποτιμάται χρηματοοικονομικά ένας οργανισμός.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής αντιμετώπισης όλων αυτών των προκλήσεων είναι η αναδιοργάνωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο ΠΦΥ. Με βάση αυτή τη διαπίστωση διατυπώνονται οι ακόλουθες προτάσεις:

- Ένα αναδιοργανωμένο Υπουργείο Υγείας ώστε να είναι ένα σύγχρονο ευέλικτο και επιτελικό όργανο που να σχεδιάζει, να διοικεί και να συντονίζει καλύτερα το χώρο της υγείας με τρόπο βιώσιμο, διαφανή και κοινωνικά αποδεκτό.
- Στον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας, ώστε η ΠΦΥ να αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας, ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να δρουν υποστηρικτικά.
- Η δημιουργία ενός βιώσιμου συστήματος υγείας, το οποίο να καλύπτει τους στόχους της ΠΦΥ: πρώτη επαφή, συνεχιζόμενη φροντίδα, συντονισμένη φροντίδα, ολοκληρωμένη φροντίδα (Shi, Masis & Guanais, 2012).
- Εναρμόνιση με το ευρωπαϊκό κεκτημένο και υιοθέτηση των κατευθυντήριων οδηγιών του Π.Ο.Υ σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.
- Οι μεταρρυθμίσεις να διασφαλίζουν την καθολική και ισότιμη χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Η οργάνωση και διανομή των υπηρεσιών με τρόπο που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού και χωρίς να κινδυνεύουν από εξαιρέσεις εξαιτίας της οικονομικής τους θέσης.
- Άμεση εκπόνηση ενός έγκυρου Υγειονομικού Χάρτη που να περιλαμβάνει την πλήρη καταγραφή των υφιστάμενων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Με γνώμονα τον Υγειονομικό Χάρτη να υπάρξει επανασχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας με τη δημιουργία νέων μονάδων όπου χρειάζεται, τη συγχώνευση μονάδων και κυρίως τη στελέχωση αυτών με το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό. Πρόκειται για μια κρίσιμη παράμετρο ως προς την αποκατάσταση των υφιστάμενων ανισοτήτων πρόσβασης.
- Να γίνει αναδιάταξη και αναβάθμιση των μονάδων ΠΦΥ στις αστικές και ειδικά αγροτικές περιοχές. Η ίδρυση των νέων Κ.Υ να προβλέπεται με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού που θα εξυπηρετούν, τις συγκοινωνιακές συνθήκες αλλά και την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στη γύρω περιοχή.
- Η ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Γειτονιάς στις πόλεις. Η υλοποίηση της καινοτομίας αυτής θα δώσει τη δυνατότητα άμεσης παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε όλο τον πληθυσμό. Παράλληλα θα αποσυμφορήσει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες συμβάλλοντας έτσι στην αναβάθμιση τους.
- Τα Κ.Υ να αποτελούν αυτοδύναμες μονάδες διατηρώντας τη διοικητική και οικονομική τους αυτοτέλεια και να είναι σε θέση να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στην περιοχή ευθύνης τους.
- Να υιοθετηθούν στρατηγικές που να ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων που αφορούν την υγειονομική τους κάλυψη.

Η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την κοινότητα και με άλλες υπηρεσίες υγείας είναι επιβεβλημένη. Η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη και η εμπέδωση υψηλού

επιπέδου υγείας στον πληθυσμό είναι απαραίτητη να γίνεται σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία (Κυριαζής και συν, 2010; Σαρίδη και συν, 2009).

- Η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Φέρει ευθύνη παραπομπής των ασθενών που χρήζουν ανάγκης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η προσανατολισμένη καθοδήγηση των χρηστών προς τα υπόλοιπα επίπεδα διανομής υγειονομικής φροντίδας, εξασφαλίζοντας παράλληλα και τη συνέχεια της. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπρόσθετα ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών οι οποίοι πλέον γνωρίζουν εκ των προτέρων τις διαδικασίες και τα δικαιώματά τους σε σχέση με την παροχή φροντίδας υγείας. Αναμφισβήτητα οι βελτιώσεις αυτές, συντελούν στην ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων υγείας.
- Ο οικογενειακός ιατρός δεν αποτελεί πανάκεια για τη δόμηση μιας ολιστικής ΠΦΥ. Επιβεβλημένη είναι η ενίσχυση των Κ.Υ με διεπιστημονική ομάδα υγείας με κοινό στόχο την ολοκληρωμένη προσέγγιση του χρήστη.
- Η καθιέρωση του νοσηλευτή ΠΦΥ, ο οποίος παρέχει τις υπηρεσίες του στο Κ.Υ και συνεπικουρεί το έργο του οικογενειακού ιατρού.
- Ανάπτυξη συστήματος δια βίου εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού. Να προωθηθεί η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει την ΠΦΥ για αυτήν τη μορφή φροντίδας. Ένα καλά εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και απαιτήσεις του πληθυσμού και συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, είναι μια από τις τρεις παραμέτρους της πολιτικής των ανθρώπινων πόρων, η οποία συνοψίζεται ως εξής «τα κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα στις σωστές αναλογίες και στις κατάλληλες θέσεις εργασίας» (WHO, 2006).
- Θέσπιση ισχυρών μισθολογικών και άλλων κινήτρων για τη μακροχρόνια στελέχωση των Κέντρων Υγείας σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.
- Θέσπιση συστήματος ιατρικών αμοιβών στο δημόσιο τομέα που να συνδέεται μέσα από ένα πλαφόν με την ποιότητα και την ποσότητα ιατρικής εργασίας. Το σύστημα πληρωμής προάγει τον ανταγωνισμό μεταξύ των γιατρών δημιουργώντας έτσι κίνητρο παροχής μίας υψηλού επιπέδου υπηρεσίας.
- Έλεγχος στην ιατρική δημοσιογραφία με περιορισμούς των εισακτέων στις ιατρικές σχολές.
- Επαρκή στελέχωση των Κ.Υ με ανθρώπινο δυναμικό σε αριθμό τέτοιο που να δίνει τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στο έργο τους. Η στελέχωση των Κ.Υ στις αγροτικές περιοχές και με άλλες ειδικότητες υγείας.
- Η λήψη μέτρων για την εξασφάλιση της επάρκειας ιατρών στις ειδικότητες όπου υφίστανται ελλείψεις όπως η γενική ιατρική, η κοινωνική ιατρική και η ιατρική της εργασίας.
- Η αναβάθμιση και η προσθήκη νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού θα ενισχύσει την εικόνα των Κ.Υ καθιστώντας τη λειτουργία τους περισσότερο αυτόνομη.
- Η εγκατάσταση συστήματος τηλεϊατρικής σε όλες τις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές.

- Η εισαγωγή του ηλεκτρικού φακέλου για κάθε ασθενή είναι σπουδαίας σημασίας για την ενίσχυση της αποδοτικότητας και της ασφάλειας του συστήματος, καθώς και για την παρακολούθηση της πρακτικής των ιατρών και της συμμόρφωσης τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες.
- Η εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, στόχος της οποίας είναι η διευκόλυνση της πρόσβασης του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας και η αποτελεσματική παροχή των αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικά με την υγεία του.
- Η εισαγωγή της μηχανοργάνωσης σε όλα τα Κ.Υ με στόχο την αυτοματοποίηση των διαδικασιών, την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης η οποία μέσω από τον έλεγχο θα στοχεύει στη μείωση των επαναλήψεων συνταγογράφησης φαρμάκων και της ζήτησης σε υπηρεσίες.
- Προτείνεται να δημιουργηθούν και να υιοθετηθούν άμεσα εργαλεία αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας και των διαπροσωπικών κλινικών και διαχειριστικών δεξιοτήτων των ιατρών της ΠΦΥ.
- Προτείνεται σύστημα μέτρησης ικανοποίησης των εργαζομένων και των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ. Δημιουργία και ενεργοποίηση μηχανισμών αξιοποίησης της γνώμης των χρηστών υγείας αφού άλλωστε αυτή θα δράσει καταλυτικά στην επιτυχία του όλου εγχειρήματος.
- Αύξηση των χορηγούμενων κονδυλίων από τον κρατικό προϋπολογισμό για την ΠΦΥ.
- Η εφαρμογή «σφαιρικού προϋπολογισμού» δηλαδή προϋπολογισμού με βάση τις ανάγκες, εισροές, εκροές και σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχονται από τα κέντρα κόστους. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός διασφαλίζει ότι η πραγματική δαπάνη για κάθε κατηγορία παροχέα δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό που προσυμφωνήθηκε για το συγκεκριμένο οικονομικό έτος. Εώς σήμερα ο προϋπολογισμός δεν ήταν παρά αυτός του προηγούμενου έτους με την προσθήκη του πληθωρισμού.
- Προώθηση της Κύπρου στην παγκόσμια αγορά υγείας ώστε να εδραιωθεί ο τουρισμός υγείας και να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές.
- Η δημιουργία του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου κρίνεται αναγκαία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ.
- Ενίσχυση της πολιτικής βούλησης προκειμένου να βελτιωθεί η ΠΦΥ και να γίνει το σύστημα υγείας αυτό που πρέσβευε από την αρχή της δημιουργίας του, δηλαδή ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Άμεση εφαρμογή του χρονοδιαγράμματος εφαρμογής του ΓεΣΥ.

Η εξασφάλιση όλων των πιο πάνω παραμέτρων, θα βοηθήσει την ευκολότερη πρόσβαση του πληθυσμού στο σύστημα, τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη δικαιότερη κατανομή του βάρους της ασθένειας και την αποτελεσματικότητα του συστήματος με συνεπακόλουθο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σύγχρονη κοινωνία η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε συνάρτηση με την οικονομική ευημερία που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει τον ασθενή-καταναλωτή στην αύξηση των προσδοκιών του και στη μεγαλύτερη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα υγείας πρέπει να προσανατολιστούν σε νέους στόχους και δράσεις εφόσον η διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών διασφαλίζεται μόνο με την ανάπτυξη υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στα αιτήματα της πρόληψης και προαγωγής της υγείας και όχι στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων, είναι η βαθμιαία απομάκρυνση από το νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο και η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο ΠΦΥ με πυρήνα πλέον τα Κέντρα Υγείας στην κοινότητα, στελεχωμένα με διεπιστημονικές ομάδες κοινωνικά ελεγχόμενες και υπεύθυνες να παρέχουν σε συγκεκριμένο πληθυσμό, ένα ολοκληρωμένο φάσμα ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

Συνοψίζοντας, τα συμπεράσματα που προκύπτουν σύμφωνα με τη σχετική ανάλυση S.W.O.T του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος των Κέντρων Υγείας στην Κύπρο διαπιστώθηκε ότι η «αχίλλειος πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ. Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η ανυπαρξία του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των Κ.Υ, των μηχανισμών ελέγχου και η έλλειψη διασύνδεσης με τη νοσοκομειακή μονάδα συνθέτουν σήμερα την εικόνα του συστήματος. Ο κύπριος πολίτης εξυπηρετείται σε μεγάλο βαθμό από τις υπηρεσίες ΠΦΥ του ιδιωτικού τομέα αφού οι αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες δεν καλύπτουν σε αναμενόμενο βαθμό τις ανάγκες υγείας του. Υπό τις συνθήκες αυτές δεν υπάρχει ισότιμη και καθολική κάλυψη καθώς και πλήρης συμμετοχή των πολιτών στο σύστημα υγείας γεγονός που δεν μπορεί να το κατατάξει στην κατηγορία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί σ' άλλες ανεπτυγμένες χώρες.

Είναι πασιφανές ότι η επιτυχημένη ανασυγκρότηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ στηρίζεται στη στρατηγική ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του συστήματος υγείας. Προτείνεται ένα σύστημα ΠΦΥ το οποίο θα έχει ως πυρήνα τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου και με επέκταση του Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας σ' όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια και Κέντρα Υγείας και προσαρμογής τους στις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και όλα αυτά κάτω από τον ενισχυμένο εποπτικό ρόλο του Υπουργείου Υγείας. Κρίνεται απαραίτητη η καθιέρωση της 24ώρης συνεχούς λειτουργίας όλων των πρωτοβάθμιων δομών η οποία θα συμβάλει σημαντικά στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών στις τοπικές κοινότητες καθώς θα εξαλειφθούν σημαντικά προβλήματα πρόσβασης σε άλλες δομές αποτρέποντας έτσι τη παράλληλη ροή των ασθενών προς το νοσοκομειακό τομέα. Η ΠΦΥ στοχεύει στην σταθερή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τον οικογενειακό ιατρό να λειτουργεί ως ένα είδος «φίλτρου» των περιπτώσεων που προσέρχονται στη νοσοκομειακή φροντίδα με κύριο στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών. Αναμφισβήτητα ο διαμεσολαβητικός του ρόλος συντελεί στην

ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων υγείας διότι κατετευθύνει τους ασθενείς προς το κατάλληλο επίπεδο περίθαλψης.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, μέσω της τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής και πρωτοκόλλων, ιδιαίτερα δε για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Είμαστε λοιπόν στην αφετηρία μιας σημαντικής μεταρρυθμιστικής τομής που εμπνέεται από τις αρχές του Π.Ο.Υ και της διακηρύξης της Άλμα Άτα το 1978. Αρχές και αξίες που διέπονται από την κουλτούρα της ΠΦΥ που διασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας και καθολική κάλυψη χωρίς αποκλεισμούς και διακρίσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία αυτών των μεταρρυθμίσεων είναι η ύπαρξη πολιτικής δέσμευσης και κατά συνέπεια υποστήριξης του εγχειρήματος διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας.

Για να γίνει όμως αυτό κατορθωτό, χρειάζεται η καθιέρωση και η εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) με τη ριζική αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο κύριος πολίτης έχει το ζωτικό δικαίωμα να απολαμβάνει και να απαιτεί υψηλού επιπέδου ΠΦΥ και αυτό θα επιτευχθεί με την καθιέρωση και εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) που θα είναι ο θεμέλιος λίθος του όλου συστήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andrews, K. (1971), *The Concept of Corporate Strategy* R.D. Irwin Homewood, IL, Ch 1-5.
- Arah, OA., Klazinga, NS., Delnoij, DMJ., Asbroek, AHA & Custers, T. (2003), Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, vol.15, no.5, pp. 337-398.
- Buchan, J & Calman, L. (2004), Skill mix and policy change in the health workforce. Nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers*, no.17, pp. 24-29, Paris.
- Cochrane, Al. (1972), *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Coulter, M. (2002), “*Strategic Management in Action*” 2nd edition, Prentice Hall, p.7.
- Curry, AC., Keogh, W & Hogg, GM. (1997), Promoting a quality of service culture in health care: Review of a Scottish initiative. *Health Services Management Research*, vol.10, no.2, pp. 69-78.
- Donabedian, A. (1966), Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, pt. 2, pp.166-203.
- European Commission. (2012), Patient Involvement. Eurobarometer Qualitative Study. [online]. Available from: www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf [Accessed 17 April 2017].
- Grol, R & Wensing, M. (2000), *Patients evaluate general / family practice. The Europep instrument*. Mediagroep KUN/UMC.
- Heard, S., Grivel, T., Schloeffel, P & Doust, J. (2000), *The benefits and difficulties of introducing a national approach to electronic health records in Australia. Report to the Electronic Health Records Taskforce*. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Flinders University, Australia.
- Shi, L., Masis, DP & Guanais, FC. (2012), Measurement of Primary Care, Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool.
- Johnson, G., Scholes, K & Whittington, R. (2002), “*Exploring Corporate Strategy – Text and Cases*” 6th edition. Financial Times Prentice Hall, Italy.
- Johnson, G. (2011), *Βασικές αρχές στρατηγικής των επιχειρήσεων*. Μετάφραση από τα αγγλικά από Νικολάου, Η. (2009). Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα.
- Lawrence, F.W. (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Εκδόσεις: Mediforce. Services S.A. Αθήνα.

Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V & Von Kohorn, I. (2012), *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC.

OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Κύπρος: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285118-el>

Papp, R., Bordas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T & Balogh, S. (2014), "Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions". *BMC Family Practice*, Vol. 15, pp.128.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E & Souliotis, K. (2005), The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, vol. 74, no. 2, pp. 167-180.

Vuori, H. (1987), Patient Satisfaction – An Attribute or Indicator of the Quality of Care. *Quality Review Bulletin*, vol.13, no. 3, pp.106-108.

WHO (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. WHO, Geneva. [On line]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf> [Accessed 13 February 2018].

WHO (1992). The Role of Health Centers in the Development of Urban Health Systems. Report of a Who Study on Primary Health Care in Urban Areas, Geneva. [On line]. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1488850> [Accessed 13 February 2018].

WHO (2006), Working together for Health. The World Health Report. WHO, Geneva.

Wheelen, T & Hunger, D. (2009), *Concepts in Strategic management and Business Policy: Achieving Sustainability*. 12th International, Pearson Edition, pp. 65 & 224.

Wheelen, T & Hunger, D. (2012), *Concepts in Strategic management and Business Policy: Toward Global Sustainability*. 13th Edition, Pearson Prentice Hall.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασάκης, Κ., Βαφειάδη, Γ., Γαρυφαλλός, Α., Γιαννίρη, Σ., Δόλγερας, Α., κα (2013), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ. 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση [online]. Available: www.iatronet.gr/photos/enimerosi/EOPYY_first%20draft%202015_10%20Final.pdf [Accessed 13 February 2018].

Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση, Ε και Κυριόπουλος, Γ. (1996), «Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Συγκλίσεις και Διαφοροποιήσεις» Στο Κυριόπουλος, Γ και Φιλαλήθης, Τ. (Επιμ.): *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ και Μίτλεττον, Ν. (2012), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Ερευνητική εργασία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), σελ. 720-730.

Δανιηλίδου, Α. (2009), *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Δίκαιος, Κ και Χλέτσος, Μ. (1999), Υπηρεσίες υγείας – Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Β, ΕΑΠ Πάτρα.

Θάνου, Μ. (2011), *Στρατηγικός σχεδιασμός και βελτίωση της λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων: Η περίπτωση του Γ. Ν. Γιαννιτσών*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ και Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις: Παπαζήσης, Αθήνα.

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε. κ.α. (2015), Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00_master_document.pdf (Assessed February 14, 2018)

Κέφης, Β.Ν. (2011), *Διοίκηση Επιχειρήσεων. Αρχές και Εφαρμογές*. Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα.

Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ και Φιλαλήθης, Τ. (2007), «Οι “Περιπέτειες” των Μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: μια Ιστορική Επισκόπηση». *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, τόμος 5, τεύχος 1.

Κυριαζής, Ι., Ρεκλείτη, Μ και Σαρίδη, Μ. (2010), «Δείκτες παχυσαρκίας, διατροφικοί και άλλοι παράγοντες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αστικών περιοχών του νομού Αττικής». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(6): 937 – 943.

Κυριόπουλος, Γ., Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση, Ε., Boerma, W και Μερκούρης, ΜΠ. (1995), Η πρώτη επαφή των γενικών γιατρών με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 7: 107-116.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ και Σουλιώτης, Κ. (2003), «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια». Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.

Κωνσταντίνου, Ε και Μητρόπουλος, Ι. (2012), Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα Κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5): 614-622.

Λέντζας, Ι., Θεοδωροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσόπουλου, Χ., Μαντζουράνης, Γ και Μητρόπουλος, Ι. (2010), Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 22: 9-23.

Λιαρόπουλος, Α. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Α' τόμος. Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Μάνιου, Μ και Ιακωβίδου, Ε. (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 380-400.

Μάτσης, Σ. (2008), Μελέτη Ιατροφαρμακευτικής Περιθάλψης στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας.
file:///C:/Users/User/Downloads/Study_on_National_Health_System%20(14).pdf

Μητρόπουλος, Ι., Γούναρης, Χ και Σισσούρας, Α. (2004), Πολυκριτήρια Ανάλυση για την Αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας. *Ιατρικά Χρονικά*, 27: 523-536.

Νεκτάριου, Μ. (2012), Στρατηγικό σχέδιο για τον εκσυγχρονισμό της υγείας. [On line]. Available from: www.tovima.gr/society/article/?aid=454787 [Accessed 30 January 2018.]

Οικονόμου, Ν.Α., Τούντας, Γ και Νιάκας, Δ. (2007), Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1): 48-57.

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας. (2012), Πρόταση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Λευκωσία. [on line]. Available from: www.hio.org.cy/docs/protasi_efarmoghs_gesy_april2012.pdf [Accessed 30 January, 2018].

Παναγιώτου, Γ. (2006), *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο*. Πτυχιακή εργασία, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας.

Παπαδάκης, Β.Μ. (2016), *Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*. Εκδόσεις: Ε. Μπένου, Αθήνα.

Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, 175 – 176.

Πατσαλής, Φ. (2014), Αναμορφώνοντας το Κυπριακό Σύστημα Υγείας: Προοπτικές και Ευκαιρίες. [on line]. Available from: <http://www.greeknewsonline.com/omilia-tou-ipourgou-igias-tis-kiprou-f-patsali-sti-nea-iorki/>

Πετρίδου, Ε. (2011), *Διοίκηση-Management. Μια εισαγωγική προσέγγιση*. Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις: Σοφία, Θεσσαλονίκη.

Πέτρου, Γ. (2005), Οι Υγειονομικές Υπηρεσίες στην Κύπρο. [online]. Available from: <http://www.kykkos.org.cy/imkt.cy.net/05/T05-062.pdf>. [Accessed 30 January, 2018].

Σαρίδη, Μ., Τόσκα, Α., Παππά, Β., Λιαροπούλου, Α., Αγγελή, Δ και Μπίρπας, Κ. (2009), « Γνώση και συμπεριφορά εφήβων σχετικά με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(3): 355 – 365.

Σουλιώτης, Κ.Ν. (2006), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Εκδόσεις: Παπαζήση, ΑΕΒΕ, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ και Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα. [On line]. Available from: https://www.pis.gr/images/site/.../436_protasi_ep_epitropisPFY.pdf [Accessed February 14, 2018].

Σιώμκος, Γ. (2004), «Στρατηγικό Μάρκετινγκ» Εκδόσεις: Σταμούλη, Αθήνα, σελ: 43, 45-46.

Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας (2016-2018). [online]. [Accessed 2 July 2015].

Στρατηγικό Σχέδιο Υπουργείου Υγείας (2018-2020). [online]. [Accessed 15 October 2017].

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2015), Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων. Κυπριακή Δημοκρατία.

Τζωρτζάκης, Κ και Τζωρτζάκη, Α.Μ. (2007), *Οργάνωση και Διοίκηση (Το Management της νέας εποχής)*. 4^η Έκδοση. Εκδόσεις: Rosili, Αθήνα.

Τούντας, Γ. (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις: Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τούντας, Γ και Οικονόμου, Ν.Α. (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελλήνων Ιατρικής*, 24(1): 7-21.

Τράντου, Α. (2011), *Οργάνωση και Λειτουργία Κέντρων Υγείας και Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα*. Τελική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας, (2014), Στρατηγική για την Κοινωνική Πολιτική 2014 – 2020.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006), *Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*. Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα.

Φιλαλήθης, Τ. (1993), «Οι ανάγκες υγείας και η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στο Κυριόπουλος, Γ και Νιάκας, Δ. (επιμ.): *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.

Φιλαλήθης, Τ. (1996), «Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας και η γενική οικογενειακή ιατρική» στο Κυριόπουλος Γ και Φιλαλήθης Τ. (επιμ): *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ: 235-249.

Φιλαλήθης, Τ. (2002), Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο: Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ' Αιώνα. «*Επιθεώρηση Υγείας*», 13: 13-16.

Φιλαλήθης, Α. (2008), 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(03), σελ.108-110.

Χαραλάμπους, Α. (2016), *Το σύστημα υγείας της Κύπρου, η ενδεχόμενη μετάβαση του ΓεΣΥ και η απεικόνιση του μέσω φωτογραφικού υλικού*. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Νεάπολης.

Χαραλάμπους, Α και Σωκράτους, Σ. (2009), Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στην Βάση των Κυριότερων Θεωριών του κράτους Πρόνοιας. *Νοσηλευτική*, 48(2): 136-142.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Wikipedia, SWOT analysis: https://en.wikipedia.org/wiki/SWOT_analysis. (Assessed February 13, 2018).

Eurostat statistics, (September, 2017): http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals, (Assessed February 13, 2018).

Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας Κύπρου, Σύστημα Υγείας στην Κύπρο (21/11/2014): www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page01_gr/page01_gr?OpenDocument. (Assessed February 13, 2017).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κύπρος Προφίλ Υγείας, 2017: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cyprus_cypriot.pdf. (Assessed February 13, 2018).

«Μεταρρύθμιση του τομέα της Υγείας στην Κύπρο μέσα από την οπτική του Υπουργείου Οικονομικών», Γιώργος Παντελή Οικονομικός Διευθυντής Υπουργείο Οικονομικών, 18 Μαΐου, 2017: http://mof.gov.cy/assets/modules/wnp/articles/201705/297/docs/cyprus_healthcare_reform.pdf. (Assessed February 13, 2018).

Τ.Ε.Π.Α.Κ. 2η Ημερίδα Δημόσιας Υγείας Ερευνητικά αποτελέσματα στην Κύπρο: <https://www.cut.ac.cy/news/article/?languageId=100&contentId=131731>. (Assessed February 13, 2018).

Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας: <http://www.treasury.gov.cy/treasury/treasurynew.nsf/All/297D2C72D254DF80C225814B003A51FF?OpenDocument>. (Assesed February 13, 2018).

Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας Κύπρου, (21/11/2014), Ηλεκτρονική υγεία: https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page20_gr/page20_gr?OpenDocument. (Assessed February 13, 2018)

Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας Κύπρου, Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες:
https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page50_gr/page50_gr?OpenDocument (Assesed February 13, 2018).

Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας Κύπρου, Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας,
https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page70_gr/page70_gr?OpenDocument, (Assesed February 13, 2018).

Declaration of Alma Ata: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
(Assesed February 13, 2018).

Εφημερίδα «Ο Πολίτης», Η Βουλή ψήφισε τα νομοσχέδια για το ΓεΣΥ:
<http://politis.com.cy/article/ora-gesi-sti-vouli---i-olomelia-psifizi-ektos-aprooptou-ta-nomoschedia-16/06/2017>,
<http://politis.com.cy/article/ora-gesi-sti-vouli---i-olomelia-psifizi-ektos-aprooptou-ta-nomoschedia>, (Assesed February 13, 2018).

Cyprus Legal portal. Νομοθεσία για το ΓεΣΥ:
[https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BDBC9/\\$file/%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BDBC9/$file/%CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf). (Assesed February 13, 2018).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄: Διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ, 6-12 Σεπτεμβρίου 1978

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία έλαβε χώρα στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων, διατυπώνει επί του παρόντος την ακόλουθη Διακήρυξη:

I

Η Διάσκεψη επισημαίνει για μίαν ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της ότι η Υγεία (η οποία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας) αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων πέραν του τομέα της υγείας.

II

Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας - ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά – είναι αφενός μεν πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.

III

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη βασισμένη σε μια νέα διεθνή οικονομική τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προώθηση και προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.

IV

Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα αλλά και καθήκον να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.

V

Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους των κυβερνήσεων, των διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας στις ερχόμενες δεκαετίες πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το

έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια που θα τους επιτρέψει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος της ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

VI

Η ΠΦΥ αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί, ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.

VII

Η ΠΦΥ

1. Αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και αναπτύσσεται βάση αυτών. Στηρίζεται δε, στην εφαρμογή σχετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνες κοινωνικών, βιοϊατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και την εμπειρία της δημόσιας υγείας.
2. Εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας ανάλογες υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: -Εκπαίδευση που αφορά τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους -Διασφάλιση επαρκούς σίτισης και προαγωγής σωστής διατροφής και επαρκή παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και αποχέτευσης -Μητρική και παιδική φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού -Ανοσοποίηση έναντι των κυρίων μεταδοτικών λοιμώξεων -Πρόληψη και έλεγχος τοπικών ενδημικών νόσων -Κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων -Προμήθεια βασικών φαρμάκων.
4. Εμπλέκει πέραν του τομέα της υγείας όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και σε όλες τις μορφές τους· συγκεκριμένα: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.α και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων.

5. Αξιώνει και προάγει τη μέγιστη κοινοτική και ατομική αυτοδυναμία και συμμετοχή στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αξιοποιώντας πλήρως τοπικές, εθνικές και άλλες διαθέσιμες πηγές και με αυτό το στόχο αναπτύσσει μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει.

6. Πρέπει να στηρίζεται σε ενιαίες, λειτουργικές και αλληλοεξαρτώμενες υπηρεσίες παραπομπής οδηγώντας σε σταδιακή βελτίωση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους και δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.

7. Στηρίζεται τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών όπως επίσης και πρακτικών θεραπειών εφόσον χρειάζεται κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα.

VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την ΠΦΥ ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.

IX

Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα. Σε αυτό το πλαίσιο η κοινή έκθεση του W.H.O και της UNICEF για την ΠΦΥ συνιστά μια σταθερή βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και τη λειτουργία της σε παγκόσμιο επίπεδο.

X

Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται αυτή τη στιγμή σε εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μια γνήσια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού δύναται και οφείλει να απελευθερώσει επιπλέον πόρους οι οποίοι μπορούν να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη από την οποία η ΠΦΥ ως ουσιώδες τμήμα της, οφείλει να διεκδικήσει το κατάλληλο μέρος.

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλεί για επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση, προκειμένου να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σε ένα πνεύμα τεχνικής συνεργασίας και σε συμφωνία με μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παροτρύνει τις κυβερνήσεις του WHO, της UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς,

καθώς επίσης διμερείς και πολυμερείς οργανισμούς, Μ.Κ.Ο, οικονομικούς οργανισμούς, εργαζομένους υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να στηρίζουν μια εθνική και διεθνή δέσμευση για παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να παράσχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική στήριξη σε αυτή, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διάσκεψη καλεί όλους τους προαναφερθέντες να συνεργαστούν στην εισαγωγή, ανάπτυξη και διατήρηση της ΠΦΥ σε συμφωνία με το πνεύμα και το περιεχόμενο της Διακήρυξης.

(http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρών ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας της σπουδάστριας Έλενας Ζαχαρίου του μετεκπαιδευτικού προγράμματος Δημόσιας Διοίκησης – Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Πανεπιστημίου Νεάπολης. Η εργασία πραγματεύεται την οργάνωση, λειτουργία, κτηριακή υποδομή και υλικοτεχνικό εξοπλισμό των Δημόσιων Κέντρων Υγείας στην Κύπρο. Το ερωτηματολόγιο αυτό προσβλέπει στην άντληση των αναγκαίων πληροφοριών από τους λειτουργούς των υπό εξέταση Κ.Υ και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκπόνηση της εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο διεξήχθη μεταξύ Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2017, υπό μορφή τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους προϊσταμένους ή τους αντικαταστάτες των Κ.Υ, τα ονόματα και τα αποτελέσματα των οποίων κρατούνται σε έγγραφη μορφή.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την κατανόηση και το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου.

Έλενα Ζαχαρίου

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα

Δημόσιας Διοίκησης – Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Πανεπιστημίου Νεάπολης.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. Στοιχεία που αφορούν το φορέα

1) Στον πίνακα που ακολουθεί συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Τίτλος Μονάδας	
Πόλη	
Ταχ. Κωδ.	
Διεύθυνση	
Τηλέφωνο	
Email	
Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας	Όνοματεπώνυμο:
	Ειδικότητα:

2) Ανθρώπινο Δυναμικό

Στον πίνακα που ακολουθεί συμπληρώστε τα στοιχεία σχετικά με τη σύνθεση, κατά είδος, ειδικότητα και αριθμό του προσωπικού που απασχολείται κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο.

ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ (Συμπεριλαμβανομένων των Βοηθών Νοσοκόμων)			
ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ			
ΣΥΝΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ (Π.Χ. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ, ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)			
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ & ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			
ΣΥΝΟΛΟ			

B. Κτηριακή Υποδομή – Υλικοτεχνολογικός Εξοπλισμός

- 1) Πότε συστάθηκε το Κέντρο Υγείας;.....
- 2) Ποιο είναι το νοσοκομείο αναφοράς;.....
- 3) Ποιο είναι το καθεστώς ιδιοκτησίας της κτηριακής υποδομής;
 - A. Ιδιόκτητο
 - B. Τοπικής αυτοδιοίκησης
 - Γ. Υπό ενοικίαση
- 4) Ποιά είναι η κατάσταση λειτουργίας της κτηριακής υποδομής;
 - A. Πολύ ικανοποιητική
 - B. Ικανοποιητική
 - Γ. Χρειάζεται ανακαίνιση
- 5) Σημειώστε **ν** για τον εξοπλισμό και τους χώρους που περιλαμβάνει το Κ.Υ.
 - Τμήμα Α΄ Βοηθειών
 - Ασθενοφόρο
 - Βασικός διαγνωστικός εξοπλισμός (π.χ. σφυγμομανόμετρο, ωτοσκόπιο κτλ)
 - Εξεταστήρια
 - Γραφεία ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού
 - Εργαστήρια
 - Χώροι αναμονής ασθενών
 - Βοηθητικοί χώροι
 - Άλλο
- 6) Υπάρχει διευκόλυνση πρόσβασης για ΑμεΑ και άλλων ευπαθών ομάδων (π.χ ράμπες) ;
ΝΑΙ / ΟΧΙ
- 7) Υπάρχουν επαρκείς εξεταστικοί χώροι για τους ασθενείς; ΝΑΙ / ΟΧΙ
- 8) Υπάρχουν επαρκείς χώροι αναμονής για τους ασθενείς; ΝΑΙ / ΟΧΙ
- 9) Υπάρχει διαθέσιμος πυροσβεστικός εξοπλισμός; ΝΑΙ / ΟΧΙ
- 10) Το Κ.Υ διαθέτει κλιματισμό; ΝΑΙ / ΟΧΙ
- 11)Υπάρχει διαθέσιμο διαδίκτυο ή/και μηχανογράφηση στο Κ.Υ; Διευκρινίστε:
 - Διαδίκτυο ΝΑΙ / ΟΧΙ
 - Μηχανογράφηση Εγγραφών ΝΑΙ / ΟΧΙ
 - Μηχανογράφηση Φαρμακείου ΝΑΙ / ΟΧΙ

12) Υπάρχουν ελλείψεις σε ιατροτεχνολογικό ή άλλο εξοπλισμό;

Διευκρινίστε:.....

.....

13) Υπάρχει κάλυψη με ασθενοφόρο του Κ.Υ; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Γ. Λειτουργία

1) Πως γίνεται ο προγραμματισμός των ραντεβού;.....

2) Ποιος ο συνήθης χρόνος αναμονής για το επόμενο ραντεβού;.....

3) Σημειώστε με **ν** τις υπηρεσίες που παρέχονται από το Κ.Υ;

Α. Ιατρική εξέταση

Β. Νοσηλευτική φροντίδα

Γ. Παροχή φαρμάκων

Δ. Άλλες υπηρεσίες. Αν ναι ποιες;.....

4) Ποιό είναι το ωράριο λειτουργίας του Κ.Υ;

.....

.....

5) Ποιά διαδικασία ακολουθείται για την παραπομπή ενός ασθενή σε άλλο δημόσιο ιατρικό κέντρο;.....

.....

6) Το Κ.Υ σας καλύπτει με περιοδεύουσες ομάδες άλλες περιοχές; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε περιοχές (κοινότητες) και συχνότητα περιοδείας.

.....

.....

.....

Δ. Ηλεκτρονική Διοίκηση και Ποιοτική Ανάπτυξη

1) Η οργάνωση των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υποστηρίζεται από Πληροφοριακά Συστήματα; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ναι, αυτά διασυνδέονται με Πληροφοριακά Συστήματα άλλων μονάδων; ΝΑΙ / ΟΧΙ

2) Εφαρμόζονται τεχνολογίες τηλεϊατρικής που να επιτρέπουν εξ' αποστάσεως ενημέρωση και παρακολούθηση ατόμων που χρήζουν φροντίδας; ΝΑΙ / ΟΧΙ

3) Υφίστανται προτυποποιημένες διαδικασίες οργάνωσης της εργασίας; ΝΑΙ / ΟΧΙ

4) Προβλέπονται τρόποι αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών; ΝΑΙ / ΟΧΙ

5) Γίνεται καταγραφή των περιστατικών που παραπέμπονται σε άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ε. Αξιολόγηση: Στοιχεία για τη χρήση των υπηρεσιών της μονάδας και δείκτες αποτελεσματικότητας.

1. Υπάρχουν ποσοτικοί δείκτες επίτευξης του έργου του Κέντρου Υγείας σας; ΝΑΙ / ΟΧΙ
Αν ναι, ποιοι και με τι συχνότητα παρακολουθούνται;

.....
.....

2. Κατά την άποψη σας τι χρειάζεται να βελτιωθεί στην εργασία σας για να γίνει το σύστημα ακόμη πιο αποδοτικό προς το κοινό;

.....
.....
.....

Τριάντου, Α. (2011), *Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας και Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα*. Τελική Εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Περιοχές κάλυψης με περιοδεύουσες ομάδες

ΕΠΑΡΧΙΑ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΧΩΡΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΟΔΕΥΟΥΣΕΣ ΟΜΑΔΕΣ/ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	ΑΝΘΟΥΠΟΛΗΣ	Ανάγνα, Καπέδες, Άγιος Μάμας, Ψημολόφου, Δευτερά (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ ΙΙ	Στρόβολος ΙΙ (2 φορές την εβδομάδα) , Στρόβολος ΙΙΙ, Άσπρες, Καλός Σαμαρείτης (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΤΣΕΡΙΟΥ	Τσέρι (4 φορές την εβδομάδα) , Καμπιά, Αναλύοντας (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΙΔΑΛΙΟΥ	Δάλι (5 φορές την εβδομάδα) , Αγία Βαρβάρα, Μαθιάτης, Λύμπια, Πέρα Χωριό Νήσου, Λυθροδόντας (Μία φορά την εβδομάδα) , Ποταμιά (Ανά 15νθήμερο)
	ΓΕΡΙΟΥ	Γέρι (4 – 5 φορές την εβδομάδα) , Κόκκινες (Ανά δεκαπενθήμερο)
	ΠΑΛΑΙΧΩΡΙΟΥ	Παλαιχώρι, Πλατανιστάσα, Άλωνα, Φαρμακάς, Καμπί, Ασκάς, Φτερικούδι, Απλίκι, Άγιος Επιφάνιος (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΑΚΑΚΙΟΥ	Ακάκι (5 φορές την εβδομάδα) , Κοκκινотреμυθιά, Περιστερώνα (Τρεις φορές την εβδομάδα) , Παλιομέτοχο (Δύο φορές την εβδομάδα) , Ορούντα, Κάτω Μονή, Μάμμαρι, Δένια, Μένοικο, Άγιος Τρεμιθιάς (Μία φορά την εβδομάδα) , Αγία Μαρίνα Ξυλιάτου (Ανά 2 μήνες) .
	ΠΕΔΟΥΛΑ	Πεδουλάς (Τρεις φορές την εβδομάδα) , Γερακιές, Παλιόμυλος, Πρόδρομος, Αγ. Δημήτρης, Καμινάρια, Τρεις Ελιές, Μουτουλλάς, Λεμύθου (Ανά 15νθήμερο)
	ΚΛΗΡΟΥ	Κλήρου (Δύο φορές την εβδομάδα) , Αγροκηπιά, Αγ. Ιωάννης, Πέρα Ορεινή, Πολιτικό, Εργάτες (Μία φορά την εβδομάδα) , Μιτσερό, Γούρρι (Ανά 15νθήμερο)
	ΕΥΡΥΧΟΥ	Ευρύχου (5 φορές την εβδομάδα) , Αστρομερίτης (Μία φορά την εβδομάδα) , Βυζακιά, Νικητάρι, Ποτάμι (Ανά 15νθήμερο) Σπήλια, Αγία Ειρήνη, Καννάβια (Μία φορά το μήνα)
ΛΕΜΕΣΟΣ	ΠΑΛΑΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΜΕΣΟΥ	Σπιτάλι, Παραμύθα (Ανά 15νθήμερο) , Κολόσσι, Επισκοπή, Ερήμη, Μοναγρούλι, Ασγάτα, Ακρωτήρι (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΑΓΡΟΥ	Αγρός (5 φορές την εβδομάδα) , Αγ. Θεόδωρος, Κάτω Μύλος, Άγιος Ιωάννης, Αψιού, Ζωοπηγή, Λουβαράς, Άγιος Κων/νος, Άγιος Παύλος, Καλό Χωριό (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΑΥΔΗΜΟΥ	Αυδήμου (Δύο φορές την εβδομάδα) , Παραμάλι, Πραστεϊό, Αλέκτορα, Άγιος Θωμάς, Πλατανίσκια, Ανώγυρα, Αυδήμου, Πισσούρι (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΚΕΛΛΑΚΙΟΥ	Κελλάκι (Τρεις φορές την εβδομάδα) , Παρεκκλησιά (Μία φορά την εβδομάδα) , Πύργος, Διερώνα, Επταγώνια, Αρακαπάς, Βάσα Κελλακίου (Ανά 15νθήμερο)
	ΟΜΟΔΟΥΣ	Όμοδος (Δύο φορές την εβδομάδα) , Μαλιά, Βάσα Κοιλανίου Ποταμιά, Βουνί, Άρσος (Μία φορά την εβδομάδα)
ΠΛΑΤΡΩΝ	Πάνω Πλάτρες (Πέντε φορές την εβδομάδα) Τριμίκλινη, Άλασσα, Απαισιά, Άγιος Γεώργιος, Συλίκου, Κοιλάνι, Πέρα Πέδι, Μαντριά, Φοινί, Λάνια, Δωρά, Μονάγρι, Κάτω Πλάτρες (Μία φορά την εβδομάδα) , Μονιάτης, Άγιος Μάμας, Λιμνάτι (Ανά 15νθήμερο)	

	ΠΕΛΕΝΔΡΙΟΥ	Πελένδρι (Μία φορά την εβδομάδα με ιατρό, τέσσερις φορές την εβδομάδα κατ' οίκον φροντίδα)
	ΠΑΧΝΑΣ	Πάχνα (Δύο φορές την εβδομάδα) , Σούνι, Σωτήρα, Καντού, Κυβίδες, Δωρά, Άγιος Αμβρόσιος, Άγιος Θεράπων, Λόφου (Μία φορά την εβδομάδα)
ΛΑΡΝΑΚΑ	ΠΑΛΑΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΝΑΚΑΣ	Δρομολαξιά, Μενεού, Μαζωτός, Τερσεφάνου, Κυβισίλι, Κλαυδιά, Καλό Χωριό, Ψευδάς, Αγία Άννα, Περβόλια, Κίτι, Πύλα, Κελιά, Τρούλλοι, Ορόκλινη, Λιβάδεια (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΚΟΚΚΙΝΩΝ	Συνοικισμός Κόκκινες (Τρεις φορές την εβδομάδα) Τσιακκιλερό, Άγιοι Ανάργυροι (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΚΟΦΙΝΟΥ	Κοφίνου (Πέντε φορές την εβδομάδα) , Μοσφιλωτή, Σιά (Μία φορά την εβδομάδα) , Άγιος Θεόδωρος, Χοιροκίτια, Αναφωτία, Μεννόγια, Αλαμινός, Αγγλισίδες, Αλεθρικό, Μαρί, Ζύγι, Καλαβασός, Τόχνη, Κόρνος, Πυργά, Ψεματισμένος, Μαρώνι (Ανά 15νθήμερο)
	ΑΘΗΑΙΝΟΥ	Αθηαίνου (Πέντε φορές την εβδομάδα) , Αβδελλερό (Μία φορά το μήνα) , Αραδίππου (Δύο φορές την εβδομάδα)
	ΛΕΥΚΑΡΩΝ	Λεύκαρα (4 – 5 φορές την εβδομάδα) , Βαβατσινιά, Οδού, Μελίνη (Μία φορά την εβδομάδα) Λάγια, Βάβλα, Κάτω Δρύς, Άγιος Βαβατσινιάς, Ορά (Ανά 15νθήμερο)
ΑΜΜΟΧΩ-ΣΤΟΣ	ΟΡΜΗΔΕΙΑΣ	Ορμήδεια (Τρεις φορές την εβδομάδα) , Ξυλοτύμπου, Ξυλοφάγου (Μία φορά την εβδομάδα)
	ΑΥΓΟΡΟΥ	Αυγόρου (Δύο φορές την εβδομάδα) , Βρυσούλες, Λιοπέτρι, Δασάκι Άχνας (Μία φορά την εβδομάδα)
ΠΑΦΟΣ	ΠΑΝΑΓΙΑΣ	Παναγιά (Δύο φορές την εβδομάδα) , Στατός, Πενταλιά (Μία φορά την εβδομάδα) , Αξύλου, Αμαργέτη, Χούλου, Λεμόνα, Κοιλίνια, Γαλαταριά, Λετύμπου (Ανά 15νθήμερο)
	ΣΑΛΑΜΠΟΥΣ	Σαλαμιού (Μία φορά την εβδομάδα) , Κελοκέδαρα, Τραχυπέδουλα, Άγιος Γεώργιος, Μαμώνια, Κέδαρες, Φιλούσα, Άγιος Νικόλαος, Πραιτώρι, Κούκλια, Αναρίτα, Χολέτρια, Άγιος Ιωάννης, Αρμίνου, Μέσανα (Ανά 15νθήμερο)
	ΦΥΤΗΣ	Φύτη (Δύο φορές την εβδομάδα από νοσηλευτή μόνο και μία φορά την εβδομάδα με ιατρό) , Καλλέπεια, Στρουμπί, Θελέτρα (Ανά 15νθήμερο) , Κανναβιού, Κρήτου Μαρόττου, Άγιος Δημητριανός, Σίμου, Δρινιά, Δρύμου (Μία φορά το μήνα) , Πολέμι (Μία φορά την εβδομάδα)

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Υλικοτεχνολογικός εξοπλισμός

Κέντρο Υγείας	Κτηριακές εγκαταστάσεις/ Καθεστώς/ Πρόσβαση σε Ανάπηρα άτομα	Εξεταστικοί χώροι/ Χώροι αναμονής	Κλιματισμός/ Διαδίκτυο/ Μηχανογράφηση	Ιατροτεχνικός και άλλος εξοπλισμός/ Πυροσβεστικός εξοπλισμός	Κάλυψη με ασθενοφόρο
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ					
Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει / Δεν διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	NAI
Στροβόλου I	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ενοικιάζεται/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Στροβόλου II	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός Δεν διαθέτει/ Δεν διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	OXI
Έγκωμης	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Ανθούπολης	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Αγίου Δομετίου	Πολύ ικανοποιητικές/ Δημοτικό/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Αγλαντζιάς	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Λατσιών	Πολύ ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	OXI
Λακατάμειας	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	NAI
Τσερίου	Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	OXI
Ιδαλίου	Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό/ NAI	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	OXI
Ακακίου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ NAI	Μη Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	OXI

Ευρύχου	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Πεδουλά	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Κοινοτικό/ ΟΧΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Κλήρου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Μη Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Παλαιχωρίου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Κάμπου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Κοινοτικό/ ΟΧΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Μη ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Γερίου	Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Δεν διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΕΜΕΣΟΥ					
Παλιό Νοσοκομείο Λεμεσού	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει / Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Λινόπετρας	Πολύ Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Πελενδρίου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Κοινοτικό/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Δεν διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Αυδήμου	Χρειάζεται ανακαίνιση/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Αγρού	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός Μόνο θέρμανση/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Όμοδους	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Πλατρών	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Μη Ικανοποιητικός /Μη Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ

Πάχνας	Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Κελλακίου	Χρειάζεται ανακαίνιση / Ενοικιαζόμενο / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Δεν διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΑΡΝΑΚΑΣ					
Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Μη Ικανοποιητικός / Μη Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός Διαθέτει/ Δεν διαθέτει το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Κοκκίνων	Πολύ ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Κοφίνου	Πολύ Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
Αθηαίνου	Χρειάζεται ανακαίνιση / Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Δεν διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Λευκάρων	Πολύ ικανοποιητικές/ Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
ΕΠΑΡΧΙΑ ΠΑΦΟΥ					
Παναγιάς	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Φύτης	Χρειάζεται ανακαίνιση / Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Σαλαμιούς	Πολύ Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Δεν διαθέτει / Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Κάτω Πύργου	Ικανοποιητικές/ Ιδιόκτητο/ ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει μόνο το φαρμακείο	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	ΝΑΙ
ΕΠΑΡΧΙΑ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ					
Ορμήδειας	Χρειάζεται ανακαίνιση / Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός Διαθέτει/ Διαθέτει	Ικανοποιητικός / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ
Αυγόρου	Πολύ Ικανοποιητικές/ Κοινοτικό / ΝΑΙ	Ικανοποιητικός/ Ικανοποιητικός	Ικανοποιητικός/ Διαθέτει/ Διαθέτει	Υπάρχουν ελλείψεις / Ικανοποιητικός	ΟΧΙ

Πηγή: Ίδια Επεξεργασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ': ΓεΣΥ (Γενικό Σχέδιο Υγείας)

Το ΓεΣΥ είναι ένα σύγχρονο σύστημα υγείας που έχει ως κύριο στόχο την προσφορά υπηρεσιών υγείας στους πολίτες με βάση τις ανάγκες τους. Το ΓεΣΥ διασφαλίζει:

- Καθολική κάλυψη και ισότιμη μεταχείριση
- Ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας
- Υπηρεσίες υγείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου
- Ελεύθερη επιλογή παροχέα της προτίμησης του ασθενή
- Δίκαιη κατανομή του κόστους των υπηρεσιών

Οι υπηρεσίες που θα προσφέρονται από το ΓεΣΥ είναι:

1. Φροντίδα υγείας που παρέχεται από ιατρούς σε περιβάλλον εξωτερικού ιατρείου
2. Νοσοκομειακή περίθαλψη
3. Υπηρεσίες από τα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών
4. Φάρμακα
5. Κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις
6. Υπηρεσίες υγείας από νοσηλευτές, κλινικούς ψυχολόγους, κλινικούς διαιτολόγους, φυσιοθεραπευτές, μαίες, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές
7. Υπηρεσίες προληπτικής οδοντιατρικής για παιδιά
8. Υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας και ιατρικής αποκατάστασης

Δικαιούχοι του ΓεΣΥ είναι:

1. Κύπριοι πολίτες οι οποίοι έχουν τη συνήθη διαμονή τους στις ελεγχόμενες από την κυβέρνηση της δημοκρατίας περιοχές.
2. Ευρωπαίοι πολίτες που διαμένουν και εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα μόνιμης διαμονής στις ελεγχόμενες από την κυβέρνηση της δημοκρατίας περιοχές.
3. Πολίτες τρίτης χώρας οι οποίοι έχουν τη μόνιμη διαμονή τους στις ελεγχόμενες από την κυβέρνηση της δημοκρατίας περιοχές.

Πώς χρηματοδοτείται το ΓεΣΥ;

Το ΓεΣΥ χρηματοδοτείται από εισφορές. Είναι αλληλέγγυο αφού οι εισφορές γίνονται στη βάση των εισοδημάτων. Με αυτό τον τρόπο συνεισφέρουν όλοι και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτοί που τις έχουν ανάγκη, οι ασθενείς.

Το ΓεΣΥ χρηματοδοτείται από εισφορές από:

- A. Το κράτος
- B. Τους εργοδότες
- Γ. Τους μισθωτούς
- Δ. Τους αυτοτελώς εργαζόμενους
- E. Τους συνταξιούχους και
- ΣΤ. Τους εισοδηματίες

Η είσπραξη των εισφορών γίνεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Τμήμα Φορολογίας και το Γενικό Λογιστήριο.

Πέραν των εισφορών οι ασθενείς συμμετέχουν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν με μικρά ποσά συμπληρωμών κατά τη λήψη της υπηρεσίας.

Πότε αρχίζει η εφαρμογή του και ποιες οι κύριες πρόνοιες της τελευταίας τροποποίησης:

Στις 16/06/2017 ψηφίστηκε ο νόμος που τροποποιεί τα δύο νομοσχέδια που αφορούν το ΓεΣΥ στην Κύπρο. Με το πρώτο νομοσχέδιο ιδρύεται ο Οργανισμός Δημοσίου Δικαίου, ο οποίος θα αναλάβει την ευθύνη λειτουργίας όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων και των κέντρων παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις περιοχές που ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία, καθώς και την ευθύνη για την εφαρμογή της διοικητικής και οικονομικής αυτονόμησης στα δημόσια νοσηλευτήρια.

Με το δεύτερο νομοσχέδιο τίθεται στόχος η επίτευξη της πλήρους εναρμόνισης με την οδηγία της Ε.Ε, σχετικά με τη διαφάνεια των μέτρων που ρυθμίζουν την τιμολόγηση των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση και την κάλυψη του κόστους των, μέσα στα πλαίσια ασφαλιστικών συστημάτων υγείας καθώς και τη διασφάλιση της καλύτερης λειτουργίας του ΓεΣΥ, με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου και πιο λειτουργικού νομοθετικού πλαισίου για την εισαγωγή του, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών για παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Όσον αφορά τις συνεισφορές για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με το νέο καθεστώς του οποίου η εφαρμογή τίθεται σε πρώτη φάση από την 1^η Μαρτίου 2019, οι εργαζόμενοι θα καταβάλλουν το 1,70% του μισθού τους, οι εργοδότες το 1,85% , το κράτος το 1,65%, οι αυτοεργοδοτούμενοι το 2,55%, οι συνταξιούχοι, οι εισοδηματίες και οι αξιωματούχοι το 1,70%.

Στη δεύτερη φάση που θα τεθεί σε εφαρμογή την 1^η Μαρτίου 2020 και αφορά την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ, οι εργαζόμενοι θα καταβάλλουν το 2,65% του μισθού τους, οι εργοδότες το 2,9%, το κράτος το 4,7%, οι αυτοεργοδοτούμενοι το 4%, οι συνταξιούχοι, οι εισοδηματίες και οι αξιωματούχοι το 2,65%.

Η πλήρης εφαρμογή του ΓεΣΥ αναμένεται να τεθεί σε εφαρμογή την 1^η Ιουνίου το 2020. Το ανώτατο ποσό συμπληρωμής που θα καλούνται να πληρώσουν οι ασθενείς ανά έτος είναι €300 και οι χαμηλοσυνταξιούχοι και λήπτες του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος €75.

Πηγή: <http://politis.com.cy/article/ora-gesi-sti-vouli---i-olomelia-psifizi-ektos-aprooptou-ta-nomoschedia>

Ο ΝΟΜΟΣ ΠΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΕΙ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥΣ ΤΟΥ 2001 ΜΕΧΡΙ 2005 ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗ ΠΙΘ ΚΑΤΩ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ:

[https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BDBC9/\\$file/CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/727CE9FC25EB0EF3C225783E002BDBC9/$file/CE%9D%CE%9F%CE%9C%CE%9F%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%93%CE%95%CE%A3%CE%A5.pdf)