



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤ  
ΚΥΠΡΟΥ**





**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»***

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Οικονομική κρίση, πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής και μεταρρύθμιση του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης στην Κύπρο: προκλήσεις, κίνδυνοι και ευκαιρίες

**ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΗΛΙΑΣ ΚΟΝΔΥΛΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2016

## *ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ*

Ευχαριστώ τον σύζυγο μου Ιωάννη Βαταμίδα , τα παιδιά μου Μιχάλη, Μαρία και Κωνσταντίνο καθώς και τους γονείς μου Κώστα και Μαρία για την υποστήριξη τους σε όλη μου την πορεία

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η οικονομική κρίση, το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής και τα χρόνια προβλήματα που ταλανίζουν τον τομέα της υγείας καθιστούν επιτακτικά αναγκαία την μεταρρύθμιση του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης και την εφαρμογή του ΓεΣΥ

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει και να αναλύσει τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου ενόψει της εφαρμογής του συστήματος υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και δημοσιονομικής εξυγίανσης

**Μεθοδολογία:** Έκθεση Πολιτικής Υγείας (Health Policy Report) με χρήση συνδυαστικής μεθοδολογίας δηλαδή συνδυασμός βιβλιογραφικής ανασκόπησης γκρίζας βιβλιογραφίας (νομοθεσία, ντοκουμέντα ) και συλλογή και επεξεργασία δευτερογενών δεδομένων

**Αποτελέσματα:** Βάσει των αποτελεσμάτων της εργασίας μας ο νοσοκομειακός τομέας της Κύπρου σε σύγκριση τον μέσο όρο 12 ευρωπαϊκών χωρών φαίνεται να υπολείπεται στις υποδομές , στην στελέχωση αλλά και στον τρόπο χρηματοδότησης . Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας κατέχουν τον ίδιο αριθμό κλινών αλλά παρουσιάζουν άνιση κατανομή στην στελέχωση τους, αφού φαίνεται να αντιστοιχούν διπλάσιοι ιατροί ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα από ότι στο δημόσιο, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές όπου αντιστοιχούν τριπλάσιοι νοσηλευτές ανά κλίνη στο δημόσιο από ότι στον ιδιωτικό τομέα . Η χρηματοδότηση του δημόσιου γίνεται μέσω του προϋπολογισμού ο οποίος χρηματοδοτεί το 43% , ενώ το 57% των συνολικών δαπανών χρηματοδοτείται από άμεσες προσωπικές δαπάνες και ιδιωτική ασφάλιση Οι άμεσες προσωπικές δαπάνες καλύπτουν το 50% των συνολικών δαπανών και είναι οι ψηλότερες στην Ευρώπη.

Η διαχρονική εξέλιξη της νομοθεσίας του ΓΕΣΥ οδηγεί στη δημιουργία συνθηκών ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Ο νόμος του 2001 μέχρι 2005 διαχώρισε τη χρηματοδότηση από την προσφορά με την εισαγωγή του ΟΑΥ. Το νομοσχέδιο του 2014 εισήγαγε τους κανόνες ανταγωνισμού αφού από την έρευνα στα άρθρα και στις διατάξεις του νομοσχεδίου φαίνεται να εκπληρώνονται και οι πέντε προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού οι οποίες είναι η ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού ασφάλισης, η αυτονόμηση των προμηθευτών, οι συμβολιακές σχέσεις, οι κανόνες ανταγωνισμού και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή. Το νομοσχέδιο του 2015 για την αυτονόμηση των προμηθευτών φαίνεται από την έρευνα να διασφαλίζει τις προϋποθέσεις της οικονομικής διοικητικής και εργασιακής αυτονόμησης.

Μετά από έρευνα της εμπειρίας αναπτυγμένων χωρών την τελευταία 20ετία και τα διεθνή δεδομένα σχετικά με τον ανταγωνισμό ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων σε σχέση με την αποδοτικότητα και τον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό στην εσωτερική αγορά, φαίνεται ότι τα δύο καινούργια νομοσχέδια της κυβέρνησης στοχεύουν στην εφαρμογή διεθνών δεδομένων στην κυπριακή καθημερινότητα στον τομέα της υγείας.

Η προτεινόμενη δημιουργία του ΓΕΣΥ ακολουθεί το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού το οποίο είναι σε συνέχεια με τη διεθνή εμπειρία. Το μοντέλο αυτό βάσει της ανάλυσης των διεθνών δεδομένων έχει σειρά πλεονεκτημάτων αλλά και κινδύνων. Πλεονεκτήματα του μοντέλου θεωρούνται, η δυνατότητα επιλογής προμηθευτών, ο ανταγωνισμός ο οποίος οδηγεί στην επιλογή των φθηνότερων και αποδοτικότερων υπηρεσιών υγείας καθώς και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ως κίνδυνοι θεωρούνται η δυνατότητα αύξησης του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αύξησης του διοικητικού κόστους, της επιδείνωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της εκμετάλλευσης των κερδοφόρων υπηρεσιών υγείας με εγκατάλειψη των ζημιωγόνων ασθενών και της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας .

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή του ΓεΣΥ εμπεριέχει σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και ουσιαστικές προκλήσεις και κινδύνους. Η επιτυχία ή μη του εγχειρήματος θα εξαρτηθεί από το αν η πολιτική ηγεσία θα λάβει υπόψιν της την διεθνή εμπειρία (θετική και αρνητική) του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού κατά τη φάση τελικού σχεδιασμού και υλοποίησης της μεταρρύθμισης του ΓΕΣΥ

## Abstract

**Introduction:** The economic crisis the fiscal consolidation program and the persisting long term problems which troubles the health, sector render the reform imperative

**Objectives:** The purpose of the present study is to describe and analyze the reforms which take place in the Cyprus hospitals and in the health sector in general in view of the implementation of the National Health System during a period of economic crisis and fiscal consolidation

**Methodology:** Health Policy Report with the use of mixed methodology namely the combination of literature review and grey literature review (reports, working papers, government documents, legislation) with collection and analysis of secondary data.

**Results:** Based on the results of our study, the health sector of Cyprus compared to the average health sector of twelve European countries, fall short in the infrastructure, a number of people employed and differs in the manner/way of finance. The public and private sector have the same amount of beds but the number of doctors is not equally distributed between the two sectors. It seems that the number of doctors per bed which correspond to the private sector are twice the number of those in the public sector.

The nursing personnel, by contrast, employed in the public sector is three times the number per bed of those employed in the private sector. The public health sector is financed by 43% by the government through the annual government budget, whereas the other 57% by direct personal expenditure (i.e. by the patients) and private insurance companies. The direct personal expenditure (i.e. the amount paid by the patients) covers the 50% of the total expenditure and is the highest in Europe.

The evolution of GESY legislation throughout the years leads to the creation of conditions of regulated competition. The law which was enacted in 2001 until 2005 separated the finance from the providers with the introduction of Health Insurance Organization. The 2014 bill introduced the rules and regulations of the competition as it seems from the inquiry of the articles and provisions of the bill that the five prerequisites for the implementation of the regulated competitions which are the foundation of a public insurance organization, the autonomization of the providers, the contractual relations, the rules and regulations of the competition and the right of choice of the patient are fulfilled. The 2015 bill for the independence of the providers since from the research that it safeguards the prerequisites of the financial, administrative and labour autonomization. After examining the experience of the developed countries during the last twenty years and the international data related to the

competition between the public and private hospitals in relation to their efficiency and the regulated competition in the internal market, the government aim the implementation of international standards to the everyday life of the Cypriots related to their health.

The proposed implementation of GESY follows the model of regulated competition which is influenced by the international experience. This model based on the analysis of the international data has a number of advantages but also risks as well. Advantages of the model are the choice between providers, the competition which results in the option of cheaper and more effective health services and the improvement of the provided health services. The risks are considered to be the increase number of services, the increase in management cost, the deterioration of quality of the provided services, the exploitation of profitable health services and the abandonment of the most costly patients and finally the increase in health service use.

**Conclusions:** In conclusion, the implementation of GESY contains important advantages but also enormous challenges and risks. The project being successful is dependent upon whether or not the political leadership takes into consideration the international experience (positive and negative) of the regulated competition during the final stage of designing and implementation of the reform of GESY.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ.....	1
<b>«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &amp;.....</b>	<b>1</b>
<b>«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &amp;.....</b>	<b>3</b>
Εισαγωγή.....	11
Γενικό Μέρος.....	15
1 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο : Η οικονομική κρίση και το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής.....	15
1.1. Οικονομική κρίση .....	15
1.2. Οικονομική κρίση στην Κύπρο.....	18
1.3.Προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής.....	20
1.4. Δημοσιονομική προσαρμογή στην Κύπρο.....	21
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Το σύστημα υγείας της Κύπρου .....	22
2.1 Ιστορία του Κυπριακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης .....	22
2.2. Οργάνωση και διοίκηση.....	23
2.3. Χρηματοδότηση .....	24
2.4. Φυσικοί και Ανθρώπινοι πόροι .....	24
3.1. Το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού (regulated competition) .....	25
3.2. Μελέτες για την αποδοτικότητα του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού .....	28
3.3. Σκοπός και αναγκαιότητα της έρευνας .....	33
Ειδικό Μέρος.....	34
4 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Μεθοδολογία .....	34
4.1. Υλικό και πηγές μελέτης.....	34
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αποτελέσματα .....	36
5.1. Περιγραφή του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα της Κύπρου.....	36
5.2. Η νοσοκομειακή περίθαλψη και η χρηματοδότηση της στην Κύπρο.....	44
<b>5.2.1. Η διοικητική δομή και οργάνωση του υφιστάμενου συστήματος.....</b>	<b>46</b>
5.3. Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Κύπρο .....	48

5.3.1. Ο περί Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 μέχρι 2005.....	48
5.3.2. Νομοσχέδιο: Νόμος που τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας. Νόμους του 2001 μέχρι 2005 του 2014.....	53
5.3.3. Νομοσχέδιο: Ο περί ίδρυσης οργανισμών γενικών νοσοκομείων ..... Νόμος του 2015 .....	61
6 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συζήτηση .....	69
6.1. Προκλήσεις και κίνδυνοι από την είσοδο του ανταγωνισμού στον νοσοκομειακό χώρο .....	70
6.1.1. Ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας.....	74
6.1.2. Σύγκριση με τα κυπριακά δεδομένα και ευκαιρίες.....	77
6.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων .....	79
7 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συμπεράσματα και Συστάσεις .....	85
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	87
Ξενόγλωσση .....	87
Ελληνόφωνη.....	92

## Εισαγωγή

Η κυπριακή δημοκρατία λόγω του μεγάλου δημοσιοοικονομικού ελλείματος και τις κατάρρευσης των κυπριακών τραπεζών τον Μάρτιο του 2013 έχει υπογράψει μνημόνιο συναντίληψης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο με στόχο την οικονομική εξυγίανση . Η συμφωνία αυτή χαρακτηρίζεται από αυστηρή δημοσιονομική πολιτική και μέτρα λιτότητας. Στην δίνη των επικείμενων αλλαγών βρέθηκε και το παρόν σύστημα υγείας ή η μη ύπαρξη ενός εθνικού συστήματος υγείας Η αναδιοργάνωση των δημόσιων νοσηλευτηρίων είναι μνημονιακή δέσμευση κατά την οποία προτείνεται ο ανασχεδιασμός της οργανωτικής και διοικητικής δομής των νοσηλευτηρίων, βάση του οδικού χάρτη μεταρρυθμίσεων του 2009.

Το υπάρχον σύστημα υγείας παρουσιάζει μια παράλληλη και ανεξάρτητη οργάνωση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα . Το 80% του πληθυσμού έχει δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσηλευτήρια ενώ το υπόλοιπο 20% παραμένει ακάλυπτο ( Mercer 2013) Ο δημόσιος τομέας, χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, βρίσκεται θεσμικά, διοικητικά και οργανωτικά κάτω από τον πλήρη έλεγχο του Υπουργείου Υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστο από κατ' ιδίαν πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, και ανεξάρτητους επαγγελματίες. Από έρευνα που διεξήγαγε το Πανεπιστήμιο Κύπρου το 2003, ο κάθε Κύπριος πολίτης, ανεξάρτητα αν είναι δικαιούχος δωρεάν υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή όχι, καταβάλλει κατά μέσο όρο, 5% έως 7% του εισοδήματός του, ανάλογα με την κατηγορία που ανήκει, για αγορά υπηρεσιών υγείας. Η νομοθετική ρύθμιση και η αδειοδότηση του ιδιωτικού τομέα ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και οι υπηρεσίες του οι οποίες δρουν ως οργανωτικά και διοικητικά όργανα του δημοσίου τομέα, έχουν στόχο την κοινωνική ευημερία, την αλληλεγγύη, την δίκαιη κατανομή και προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Ο Ιδιωτικός τομέας χαρακτηρίζεται από τους κανόνες του ελεύθερου ανταγωνισμού της αγοράς, όπου υπάρχει η ελεύθερη διακίνηση στην αγορά εργασίας, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικού εξοπλισμού Ο ιδιωτικός τομέας αδυνατεί να ρυθμιστεί από το ΥΥ στα θέματα της ποιότητας, των τιμών, της χωρητικότητας ή της συλλογής δεδομένων (Cylus, J. et al . 2012)

Τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες πλούσιες και φτωχές διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο και επηρεάζουν τις ζωές των ανθρώπων πιο πολύ από ποτέ (WHO 2000). Ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι οι στόχοι ενός συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη, η ισότιμη πρόσβαση και οικονομική προστασία του πληθυσμού από τις καταστροφικές συνέπειες της νόσου (WHO, 2000)

Η δημιουργία ενός συστήματος υγείας στην Κύπρο πρέπει να προσφέρει ισότιμη πρόσβαση, να προσφέρει καθολική κάλυψη, να παρέχει δικαίωμα επιλογής στους ασθενείς και να αξιοποιεί σωστά τους χρηματοδοτικούς πόρους, περιορίζοντας τις δαπάνες και προωθώντας την καλή υγεία των πολιτών.

Το Υπουργείο Υγείας και η διοικητική δομή του είναι αναχρονιστική και δεν παρέχει στα δημόσια νοσοκομεία την δυνατότητα ανεξάρτητης δομής. Η διοικητική δομή είναι οργανωμένη βάση της κλασικής θεωρίας του Max Weber όπου οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσα από μια δομημένη ιεραρχία με θεσμούς και κανόνες και κατανεμημένη εργασία, (Weber M. 1946) οι αδυναμίες που παρουσιάζονται στη διοίκηση και η χαμηλή αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων επιβαρύνουν επιπλέον την λειτουργία των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων στα επαρχιακά νοσοκομεία Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου εμποδίζει την σωστή οικονομική και διοικητική διαχείριση των νοσηλευτηρίων λόγω της μη ύπαρξης δεδομένων σχετικά με τη χρησιμοποίηση των προσφερόμενων υπηρεσιών (Τμήμα Υπηρεσιών Πληροφορικής 2014 )

Η απουσία οργανωμένης πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και πρόληψης και του συστήματος παραπομπής ασθενών στα νοσηλευτήρια οδηγεί αναπόφευκτα στην δημιουργία λιστών αναμονής. Η έλλειψη παραπομπής των γενικών γιατρών και η μη εφαρμογή του Gate keeping, οδηγεί μεγάλο αριθμό ασθενών σε νοσοκομειακή νοσηλεία, αυξάνοντας ακόμα περισσότερο τις λίστες αναμονής και δεσμεύοντας πόρους που θα μπορούσαν να διατεθούν για άλλο σκοπό. Οι μεγάλες λίστες αναμονής και η μεγάλη ταλαιπωρία που υπόκεινται οι ασθενείς λόγω των διαρθρωτικών και οργανωτικών προβλημάτων των δημόσιων νοσηλευτηρίων οδηγούν τους ασθενείς στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Η απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας οδηγεί στην αύξηση των διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στην χώρα. Ο μεγάλος αριθμός των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και ο έντονος ανταγωνισμός τους έχουν ως αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών τους μέσω προκλητής ζήτησης καθώς και την υπερτίμηση των τιμών τους στην παροχή υπηρεσιών σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ (Μάτσης, Σ. 2008). Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Κύπρο καλύπτουν το 57% των συνολικών δαπανών στην

υγεία και είναι 2,5 φορές υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ ( Eurostat, 2008). Οι δαπάνες αυτές γίνονται είτε μέσω άμεσων προσωπικών πληρωμών είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης .

Τα προβλήματα που αναφέρονται στον τομέα της υγείας καθιστούν επιτακτικά αναγκαία την μεταρρύθμιση. Η μεταρρύθμιση θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει καθολική κάλυψη για τον πληθυσμό και ισότητα στην πρόσβαση καθώς επίσης ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών με συγκράτηση των δαπανών υγείας,. Υποστηρίζεται ότι η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής παρόχου φροντίδας υγείας και ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δύναται να συμβάλει στην αύξηση της ανταποκρισιμότητας των παρόχων και στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών( Le Grand, J. 2011).

Η μεταρρύθμιση του υπάρχοντος συστήματος πρέπει να συμβαδίζει με την επικρατούσα άποψη της βέλτιστης παροχής υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος και αυτό μπορεί να γίνει εφικτό με την δημιουργία των προϋποθέσεων και την εφαρμογή των κανόνων του εσωτερικού ανταγωνισμού. Στο ΓεΣΥ η ασφάλιση θα είναι υποχρεωτική και θα παρέχει καθολική κάλυψη, πρόσβαση και ισότητα. Η εφαρμογή της αποκέντρωσης στο χαμηλότερο και καταλληλότερο επίπεδο δηλαδή η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, η ποικιλία των παρόχων φροντίδας υγείας, το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και η καθολική πρόσβαση σε συνδυασμό με την εφαρμογή των DRGs θα επιφέρει συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ μη κερδοσκοπικού τύπου νοσηλευτήρια ( δημόσια ) και κερδοσκοπικού τύπου (ιδιωτικά) νοσηλευτήρια

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο ζωής των Κυπρίων ανέδειξαν τα χρόνια αλλά και τα επίκαιρα προβλήματα του τομέα της υγείας. Παρά το γεγονός ότι η ψήφιση του νομοσχεδίου για την εφαρμογή του συστήματος υγείας έλαβε χώρα το 2001 εντούτοις δεκαπέντε χρόνια μετά δεν έχει εφαρμοσθεί. Βάση των όρων του μνημονίου επιβάλλεται να εφαρμοσθεί στην Κύπρο το Γενικό Σχέδιο Υγείας.

Η έρευνα εστιάζεται στις μεταρρυθμίσεις που θα λάβουν χώρα με την εφαρμογή του ΓεΣΥ στον νοσοκομειακό τομέα και συγκεκριμένα στην αυτονόμηση των δημοσίων νοσοκομείων και την είσοδο τους σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον έναντι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας (βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών δεδομένων) προκύπτει ότι το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού που επιχειρείται να εισαχθεί στην Κύπρο έχει μία σειρά από πιθανά πλεονεκτήματα, κινδύνους και προκλήσεις. Βασικό πλεονέκτημα είναι ότι η αύξηση της ανταγωνιστικότητας, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της παραγωγικότητας και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όταν οι τιμές είναι σταθερές. Μετά από ανάλυση των νομοσχεδίων και των σχετικών άρθρων αναμένεται επίσης η μεταρρύθμιση να οδηγήσει σε βελτίωση της κλινικής και οργανωτικής δομής των

νοσηλευτηρίων και βελτίωση της ανταποκρισιμότητας ενώ η αύξηση της χρήσης της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας θα οδηγήσει σε μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών

Ο ανταγωνισμός με βάση την ποιότητα θα μπορούσε να αποτύχει λόγω της ανεπαρκούς διαθέσιμης πληροφόρησης που υπάρχει για την επίδοση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας

Οι έξι αυτόνομοι οργανισμοί με τα διοικητικά τους συμβούλια αναμένεται να αυξήσουν τις διοικητικές δαπάνες. Η ελλιπής στελέχωση, ο ανεπαρκής υλικοτεχνικός εξοπλισμός και οι αυξημένες διοικητικές δαπάνες σε ένα περιβάλλον εσωτερικού ανταγωνισμού ενδέχεται να οδηγήσει τα δημόσια νοσηλευτήρια σε κατάρρευση

Παρουσιάζεται ο κίνδυνος επιλογής προγραμματισμένων και ελεγχόμενων περιστατικών τα οποία παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο και είναι πιο επικερδείς εις βάρος περιστατικών αυξημένου κινδύνου και υψηλού κόστους.

Τέλος μεγάλο πολιτικό κόστος θα είναι για την οποιαδήποτε κυβέρνηση, η οποία θα έχει ως πολιτική της την εφαρμογή το ΓεΣΥ, σε τυχόν αποτυχία του συστήματος και κατάρρευση και ιδιωτικοποίηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, κάτι που πιθανόν να είναι και η αιτία της μη εφαρμογής του τα τελευταία 15 χρόνια.

## Γενικό Μέρος

### 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο : Η οικονομική κρίση και το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής

Ως οικονομική κρίση χαρακτηρίζεται μία κατάσταση κατά την οποία η οικονομία παρουσιάζει μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Η έννοια του όρου «οικονομική κρίση» έχει αποδοθεί με διάφορους τρόπους και κατά συνέπεια υπάρχουν πολλοί ορισμοί. Οικονομική κρίση ή ύφεση είναι ο αρνητικός ρυθμός αύξησης του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) για δύο τουλάχιστον διαδοχικά οικονομικά τρίμηνα (Shiskin J. 1974) Κατά άλλους η οικονομική κρίση – ύφεση είναι μία ευρύτερη έννοια που χαρακτηρίζεται από επιβράδυνση της οικονομικής δραστηριότητας για διάστημα αρκετών μηνών και χαρακτηρίζεται από αύξηση της ανεργίας, μείωση του ΑΕΠ, μείωση της εμπορικής δραστηριότητας και βιομηχανικής παραγωγής Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της μείωσης , δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε συρρίκνωση (European Commission,2009). Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης,2010).

#### 1.1. Οικονομική κρίση

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια οικονομία επήλθε σε κρίση μεγάλης έντασης. Το πρόβλημα εντοπίστηκε αρχικά το 2007 στις ΗΠΑ και οφειλόταν σε αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων Ταχύτατα επεκτάθηκε στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση προκάλεσε οικονομικά προβλήματα, όπως την αύξηση της ανεργίας, μείωση του ΑΕΠ, την μείωση της ρευστότητας. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρθηκε με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης (Birdsall, 2009).

Οι χώρες έλαβαν άμεσα μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης έχοντας ως στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας και την κινητοποίηση των επενδύσεων για την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης. Σύμφωνα με το ψήφισμα του Άμστερνταμ

για το σύμφωνο σταθερότητας και ανάπτυξης, τα κράτη μέλη από την στιγμή της ένταξης τους στην οικονομική νομισματική ένωση (ONE) πρέπει να διατηρούν δημοσιονομική πειθαρχία και νομισματική σταθερότητα (Άμστερνταμ 1997). Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, τα κράτη μέλη έλαβαν μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης με στόχο την τόνωση της αγοράς και την στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Stiglitz, 2006).

Η οικονομική κρίση δύναται να απειλήσει τις θέσεις εργασίας οδηγώντας σε ανεργία φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό. Ειδικότερα η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών, καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα (Λιαρόπουλος, 2010). Η οικονομική κρίση έφερε όχι μόνο τα συνηθισμένα προβλήματα, όπως σε περίπτωση οποιασδήποτε κρίσης (αύξηση της ανεργίας, συρρίκνωση του ΑΕΠ, πτώση της παραγωγής, γενική αβεβαιότητα και η εμφάνιση του φόβου του μέλλοντος), αλλά αναβίωσε επίσης θεωρητικές, πολιτικές και πολιτιστικές μάχες μεταξύ των ελεύθερων οπαδών της αγοράς και τον παρεμβατισμό (Letica B 2010) για τα αίτια της κρίσης.

Η σημερινή οικονομική κρίση μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα της νεοφιλελεύθερης πολιτικής που ακολουθήθηκε τα τελευταία χρόνια. Μία πολιτική η οποία περιόρισε τον ρόλο και το μέγεθος του κράτους και προώθησε τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς και του ανταγωνισμού με ελεύθερη διακίνηση εμπορευμάτων, υπηρεσιών, κεφαλαίων, συναλλάγματος και ανθρωπίνου δυναμικού παγκοσμίως.

Η νεοφιλελεύθερη άποψη ωστόσο θεωρεί ότι τα αίτια της κρίσης οφείλονται στην αύξηση των μισθών και κατ' επέκταση του κόστους παραγωγής, καθώς επίσης και στην αύξηση των δημόσιων δαπανών κάτι που οδήγησε στην διεύρυνση των κρατικών ελλειμμάτων. Ο Milton



Friedman<sup>1</sup> σε συνεργασία με το ινστιτούτο Cato πρόσφεραν το ιδεολογικό υπόβαθρο για την εφαρμογή των περικοπών των μισθών και την μείωση του βιοτικού επιπέδου των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, την μείωση των κρατικών παροχών, την συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και την ιδιωτικοποίηση της κρατικής περιουσίας. Τέλος θεώρησαν ότι για να αυξήσουν την ζήτηση έπρεπε να δοθεί βοήθεια στους κεφαλαιοκράτες η οποία θα προερχόταν από περικοπές μισθών και φόρων. Είναι η γνωστή ως θεωρία της προσφοράς .

Σύμφωνα με την Κεϋνσιανή θεωρία η κρίση είναι το αποτέλεσμα υποκατανάλωσης. Ο κεϋνσιανισμός εφαρμόζει κοινωνικές παροχές, κάνει κρατικές επενδύσεις και μερικές κρατικοποιήσεις, με στόχο την αύξηση της ζήτησης. Η κεϋνσιανή ρύθμιση εφαρμόζεται μέσω της ανακατανομής των κερδών του κεφαλαίου στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, με τη μορφή κοινωνικών και άλλων παροχών, με στόχο την αποφυγή των κοινωνικών αναταραχών. Η διάσωση του χρηματοπιστωτικού συστήματος είναι αναγκαία όπως επίσης και η δυνατή κρατική υποστήριξη της ζήτησης. Η οικονομική κρίση στις χώρες του νότου στην ΕΕ οι οποίες διοικούνται από νεοφιλελεύθερα καθεστώτα προήλθε από τις οπισθοδρομικές δημοσιονομικές πολιτικές, τα χαμηλά κρατικά έσοδα και το περιορισμένο κοινωνικό κράτος (Navarro V.2012) .Κατά τον Navarro οι χώρες αυτές στοχεύοντας την είσοδο τους στην ευρωζώνη εφάρμοσαν νεοφιλελεύθερες πολιτικές οι οποίες οδήγησαν σε μείωση των εισοδημάτων της εργατικής τάξης, μείωση της αναδιανομής του πλούτου και ταυτόχρονη μείωση των φόρων των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Η μείωση των εισοδημάτων της εργατικής τάξης οδήγησε στην οικονομική κρίση πολύ πιο πριν από την χρηματοπιστωτική κρίση, λόγω της μείωσης της αγοραστικής δυνατότητας της εργατικής τάξης, η οποία οδηγήθηκε σε αναγκαστικό δανεισμό για να διατηρήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Εφόσον η πηγή εσόδων των κρατών ήταν ο φόρος εισοδήματος και κατανάλωσης της εργατικής τάξης και εφόσον η ανεργία αυξήθηκε και η κατανάλωση μειώθηκε, τα δημοσιονομικά ελλείμματα αυξήθηκαν ραγδαία. Η μείωση των φόρων στις

---

<sup>1</sup>**Milton Friedman** επιφανής Αμερικανός οικονομολόγος, στατιστικολόγος ηγέτης της οικονομικής σχολής του Σικάγο και των μονεταριστών υπέρμαχος του φιλελευθερισμού βραβεύτηκε με βραβείο Νόμπελ

**Τζον Μείναρντ Κέϋνς** Άγγλος οικονομολόγος, μαθηματικός καθηγητής πανεπιστημίου και ιδρυτής της κεϋνσιανής σχολής. Η θεωρία του Κέϋνς γνωστή ως θεωρία της ζήτησης αυξάνει τις κρατικές δαπάνες μέσω ελλειμματικών προϋπολογισμών με αυστηρή ρύθμιση των αγορών από το κράτος με στόχο την αύξηση της κατανάλωσης. Απορρίπτει τον κλασικό ισχυρισμό περί ανεργίας και θεωρεί ότι ένα άτομο δεν είναι εκούσια άνεργο όταν δέχεται να εργαστεί σε χαμηλότερο, από τον τρέχοντα, πραγματικό μισθό και δεν βρίσκει απασχόληση. Απορρίπτει δε τον κλασικό ισχυρισμό ότι η μείωση των μισθών θα επιφέρει την πλήρη απασχόληση. Η πλήρης απασχόληση θα επιτευχθεί μόνο μέσα από τη συνολική αύξηση της ζήτησης για αγαθά και υπηρεσίες, εξαιτίας της αύξησης του συνολικού εισοδήματος.

ανώτερες κοινωνικές τάξεις στις χώρες αυτές, οδήγησε σε αύξηση του δημοσιονομικού ελλείματος με ταυτόχρονη οικονομική ανάπτυξη μέσω του συμπλέγματος τραπεζών, ακινήτων και κατασκευαστικής βιομηχανίας. Τα κράτη για να καλύψουν τα δημοσιονομικά τους ελλείματα εξαναγκάστηκαν σε δανεισμό από τις τράπεζες στις οποίες είχαν κατατεθειμένα τα κέρδη τους οι ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Όταν η κατασκευαστική φούσκα εξερράγη, αναδείχθηκε το δημοσιονομικό έλλειμμα στο μεγαλείο του. Αποτέλεσμα ήταν οι χώρες αυτές να εφαρμόσουν πολιτικές δημοσιονομικής λιτότητας με περιορισμό των δημόσιων κοινωνικών δαπανών υποθέτοντας λανθασμένα ότι τα ελλείμματα οφείλονταν στην αύξηση των δημόσιων δαπανών ( Navarro V.2012). Ο εγκλωβισμός των οικονομιών στην παγίδα ρευστότητας και η αδυναμία της νομισματικής πολιτικής να δημιουργήσει την αναγκαία ιδιωτική και κυρίως, επενδυτική δαπάνη καθιστά αδύνατη την έξοδό τους από τη στασιμότητα ( Krugman P. 2012)

Η Μαρξιστική θεωρία πιστεύει ότι η κρίση οφείλεται στην πτώση του μέσου ποσοστού κέρδους των επιχειρήσεων και την συνεπαγόμενη υπερπροσφορά κεφαλαίου. Ο Μαρξ<sup>2</sup> θεωρεί τις κρίσεις αναγκαίο αποτέλεσμα του κεφαλαιοκρατικού τρόπου παραγωγής. Παράγονται πάρα πολλά εμπορεύματα, τόσα που στις δοσμένες από την κεφαλαιοκρατική παραγωγή συνθήκες διανομής και κατανάλωσης, δεν μπορούν να πουληθούν και να ξαναμετατραπούν σε νέο κεφάλαιο. Η παραγωγή σταματάει, όχι επειδή έχουν ικανοποιηθεί οι ανάγκες, αλλά όταν το σταμάτημα αυτό το απαιτούν η παραγωγή του κέρδους και η πραγματοποίησή του» (Μηλιός Γ 1992). Βάση αυτών των δεδομένων η υποκατανάλωση είναι το αποτέλεσμα του προβλήματος της κερδοφορίας. Ο περιορισμός των επιχειρήσεων από την πλευρά της καπιταλιστικής τάξης, όταν το ποσοστό του κέρδους πέσει κάτω από το συνηθισμένο του επίπεδο, εμφανίζεται με τη μορφή των απούλητων εμπορευμάτων, δηλαδή ως μείωση της καταναλωτικής ικανότητας (Μηλιός, Δημούλης & Οικονομάκης, 2005).

## 1.2. Οικονομική κρίση στην Κύπρο

Η οικονομική ανάπτυξη της Κύπρου και η ευμάρεια του λαού αναδεικνύεται από την 31<sup>η</sup> θέση που κατείχε μεταξύ άλλων 187 χωρών το 2011 και συγκαταλεγόταν στις χώρες με πολύ υψηλό Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Syrichas G et al 2012). Το 2009 μετά από αρκετές διακυμάνσεις της οικονομίας η ευμάρεια και η ανάπτυξη έλαβαν τέλος, και η κυπριακή

---

<sup>2</sup> **Καρλ Χάινριχ Μαρξ** Γερμανός φιλόσοφος, κοινωνιολόγος, δημοσιογράφος, ιστορικός, πολιτικός οικονομολόγος και θεωρείται ως θεμελιωτής του κομμουνισμού

οικονομία, για πρώτη φορά, εισήλθε σε ύφεση, κυρίως λόγω αύξησης των κρατικών δαπανών και μείωσης των εσόδων (Κεντρική Τράπεζα Κύπρου 2009).

Προειδοποιήσεις για τα διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας καθώς και για ενδεχόμενη κατάρρευση της κυπριακής οικονομίας υπήρξαν πολύ πριν την απόφαση του Eurogroup τον Μάρτιο του 2013 (Ζένιος Σ. 2013)

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2012, υπήρξε η μεγαλύτερη οικονομική κρίση που γνώρισε η Κυπριακή Δημοκρατία. Κύρια αιτία της κρίσης υπήρξε η μεγάλη έκθεση των κυπριακών τραπεζών σε ελληνικά ομόλογα, τα οποία κουρεύτηκαν την άνοιξη του 2012 και του χρέους όλων των παραγόντων της οικονομίας –νοικοκυριών, επιχειρήσεων και κράτους- το οποίο αυξανόταν σε επίπεδα πέραν της ικανότητας τους να το εξυπηρετήσουν( Ζένιος Σ. 2013) Ο τραπεζικός τομέας της Κύπρου έχει περιουσιακά στοιχεία περίπου οκταπλάσια του ΑΕΠ της κυπριακής οικονομίας (Σκρόνιας, Β Χαροκόπος, Μ 2014) . Οι τράπεζες προσέλκυαν καταθέσεις διεθνώς κάνοντας ταυτόχρονα τοποθετήσεις σε ελληνικά κρατικά ομόλογα όπου με την ελληνική κρίση, κυρίως μετά το τραγικό PSI και τα κουρέματα του 2012 είχε ως επακόλουθο την δημιουργία τεράστιων ζημιών και επιπτώσεων στην κυπριακή οικονομία.

Η ταυτόχρονη έκθεση των κυπριακών τραπεζών στην ελληνική αγορά και η παρουσία των μη εξυπηρετούμενων δάνειων, οδήγησαν τις κυπριακές τράπεζες στην χρεοκοπία. Τον Σεπτέμβριο του 2011 οι κυπριακές τράπεζες κατείχαν ομόλογα του ελληνικού κράτους ίσα με 26% του κυπριακού ΑΕΠ, ενώ ο δανεισμός στον ελληνικό ιδιωτικό τομέα αντιστοιχούσε στο 128% του κυπριακού ΑΕΠ ( Λαπαβίτσας, 2014). Η επιδείνωση των δημόσιων οικονομικών και οι αρνητικές επιπτώσεις στον τραπεζικό τομέα από την απομείωση των ομολόγων ελληνικού δημοσίου, ενεργοποίησαν ένα φαύλο κύκλο αλληλεξάρτησης τραπεζών και δημόσιων οικονομικών. Χωρίς την λήψη μέτρων η Κύπρος οδηγείτο με μαθηματική ακρίβεια στον αποκλεισμό από τις χρηματαγορές και μόνο η χρονική στιγμή του αποκλεισμού δεν ήταν προδιαγεγραμμένη ( Ζένιος Σ. 2013). Η έλλειψη ανταγωνιστικότητας η αύξηση στα εργατικά κόστη και η μειωμένη παραγωγικότητα οδήγησαν την χώρα είχε αρνητικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών για πάνω από μια δεκαετία (Ζένιος Σ. 2013). Ο περιορισμός της συνήθους δανειοδότησης της Κεντρικής τράπεζας Κύπρου προς τις ιδιωτικές τράπεζες συνδέθηκε με τις εκτιμήσεις των οργανισμών αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας, με τη υποχώρηση της κυπριακής πιστοληπτικής ικανότητας και συνεπώς με την αδυναμία της Κύπρου να αποκτήσει ρευστότητα από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ( ΕΚΤ) παρόλο

που η ΕΚΤ διατήρησε εν πολλοίς, τη διακριτική της ευχέρεια στο θέμα αυτό (Λαπαβίτσας Κ. 2014).

Οι συνεχείς λοιπόν αρνητικές αξιολογήσεις από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης οδήγησαν τον Ιούνιο του 2012 μετά την τελευταία αξιολόγηση από τον οίκο Fitch την Κύπρο σε αποκλεισμό από τις διεθνείς αγορές, καθιστώντας την ανίκανη να αναχρηματοδοτήσει το δημόσιο της χρέος. Έτσι το κράτος οδηγήθηκε σε επιπλέον αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος και μείωση της αναπτυξιακής τροχιάς. Η συρρίκνωση του ιδιωτικού τραπεζικού δανεισμού σε συνδυασμό με τα μέτρα λιτότητας που επιβάλλονται από την Τρόικα υποδηλώνουν τη συνέχιση ισχυρών τάσεων ύφεσης. Πρόκειται για ένα εξαιρετικά προβληματικό χαρακτηριστικό της κυπριακής οικονομίας προς το παρόν. Εάν η Κύπρος δεν βρει τρόπους μείωσης της απεξάρτησης της Κεντρικής Τράπεζας Κύπρου (ΚΤΚ) και επομένως των ιδιωτικών τραπεζών της από το Ευρωσύστημα, θα συνεχίσει να καταπνίγει τις όποιες πιθανότητες οικονομικής ανάκαμψης. (Λαπαβίτσας Κ. 2014).

### 1.3. Προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής

Η δημοσιονομική προσαρμογή είναι όρος που χρησιμοποιείται στα οικονομικά για να περιγράψει τη διαδικασία μεταβολής (είτε των τιμών, είτε των προσφερόμενων ποσοτήτων, είτε της ζήτησης) προς επίτευξη ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης

Οι επιπτώσεις της κρίσης μπορεί να είναι δριμύτατες και εξαρτώνται άμεσα από τις πολιτικές της αντιμετώπισης τους (Reinhart C., Rogoff K. 2008). Η κρίση στις χώρες του νότου όπως έχει παρουσιαστεί απαιτεί βάση της ευρωπαϊκής πολιτικής την εφαρμογή της κατάλληλης νομισματικής και δημοσιονομικής πολιτικής. Η δημοσιονομική λιτότητα παρουσιάστηκε ως η πρώτιστη επιλογή δημοσιονομικής προσαρμογής, καθορίζοντας την οικονομική πολιτική των κρατών μελών τα οποία έχουν υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και υψηλό δημόσιο χρέος και βρίσκονταν σε μνημόνιο και υποτάσσοντας τα ταυτοχρόνως στις απαιτήσεις των αγορών. Η άμεση και αποτελεσματική μείωση των δημόσιων ελλειμμάτων, με δραματική μείωση κυρίως των δημόσιων (κοινωνικών) δαπανών, κατέληξε να γίνει «μονόδρομος» οικονομικής πολιτικής για τις οικονομίες που επιδιώκουν να ανακτήσουν την εμπιστοσύνη και να αποφύγουν την τιμωρία των αγορών χρήματος και κεφαλαίου (Μιχοπούλου Σ. 2014).

Ωστόσο, η επιλογή της λιτότητας ως μέσου δημοσιονομικής προσαρμογής είναι επιλογή ύφεσης και έχει προκαλέσει στις χώρες που την εφαρμόζουν μεγάλη οικονομική και κοινωνική καταστροφή, που μπορεί να ερμηνευθεί μόνο εάν κατανοήσουμε, όπως σημειώνει ο Krugman (2012), τη λογική της συμβατικής σοφίας.

Δημοσιονομική προσαρμογή που βασίζεται σε μείωση των δαπανών οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση του ΑΕΠ συγκριτικά με προσαρμογή μέσω αύξησης κρατικών εσόδων, ειδικά μεσοπρόθεσμα. Συνεπώς η σύνθεση των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης που προωθούνται σε μειώσεις δαπανών και αυξήσεις φορολογίας, επηρεάζει το οικονομικό κόστος της προσαρμογής σε όρους απώλειας συνολικού προϊόντος (Syrichas G et al 2012).

Η μείωση του δημόσιου ελλείμματος μέσω της άσκησης της πολιτικής της λιτότητας εγείρει ερωτήματα ως προς την δυνατότητα της οικονομικής ανάκαμψης ή την δυνατότητα της δημοσιονομικής λιτότητας να συμβάλλει στην έξοδο από την στασιμότητα και την κατάσταση της χρηματοπιστωτικής αστάθειας και του κινδύνου της δημοσιονομικής χρεοκοπίας, όπως επίσης ως προς την δυνατότητα της δημοσιονομικής λιτότητας να δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον για ιδιωτικές επενδύσεις ή να δημιουργήσει ανασφάλεια και έλλειψη εμπιστοσύνης στους ιδιώτες επενδυτές.

Σε έκθεσή του το ΔΝΤ το 2012 φαίνεται να αναγνωρίζει ότι η βίαιη δημοσιονομική προσαρμογή, η ταχεία μείωση δηλαδή των δημόσιων δαπανών, δεν επιφέρει το επιδιωκόμενο δημοσιονομικό αποτέλεσμα (μείωση πρωτογενούς ελλείμματος-επίτευξη πρωτογενούς πλεονάσματος) εξαιτίας της ύφεσης που προκαλεί.

#### 1.4. Δημοσιονομική προσαρμογή στην Κύπρο

Το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής έχει ως στόχο την αποκατάσταση και αναδιάρθρωση του τραπεζιτικού συστήματος της χώρας, την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας και την δημοσιονομική εξυγίανση των δημόσιων δαπανών με ταυτόχρονη αύξηση της παραγωγικότητας του δημόσιου τομέα.

Το μνημόνιο συναντίληψης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, που υπογράφηκε το Μάιο του 2013 και επικαιροποιείται κάθε 3 μήνες μετά από την αξιολόγηση της προόδου της εφαρμογής του, περιλάμβανε τους ακόλουθους τρεις πυλώνες:

- Τραπεζικός τομέας (ρύθμιση και εποπτεία, ανακεφαλαιοποίηση και αναδιάρθρωση).
- Δημοσιονομική πολιτική έντονη συρρίκνωση του ετήσιου προϋπολογισμού για το 2014.
- Δημοσιονομικά – διαρθρωτικά μέτρα ( αποκρατικοποιήσεις, μεταρρύθμιση Συστήματος Υγείας, μεταρρύθμιση της Δημόσιας Διοίκησης, διοίκηση εσόδων, μεταρρύθμιση Φόρου Ακίνητης Ιδιοκτησίας, μεταρρύθμιση Συστήματος κοινωνικών παροχών). Λαμβάνοντας πάντα υπόψη ότι καμία βαθιά αλλαγή δεν είναι δυνατή χωρίς κάθαρση και μετασχηματισμό του κράτους (Λαπαβίτσας, 2014).

## 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Το σύστημα υγείας της Κύπρου

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (healthcare systems) ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως τα συστήματα που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς, υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανακούφιση, με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας (WHO, 2000). Παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων, το Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας της Ε.Ε. το 2006 αναγνώρισε θεμελιώδεις κοινές αξίες, όπως καθολικότητα, πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας, ισότητα και αλληλεγγύη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014).

### 2.1 Ιστορία του Κυπριακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Το 1960 η Κύπρος έπαψε να είναι βρετανική αποικία και έγινε ανεξάρτητη Δημοκρατία. Το σύστημα υγείας της χώρας μετά την ανεξαρτησία, συνέχισε να λειτουργεί βάσει του προϋπάρχοντος αποικιοκρατικού συστήματος. Ήταν σύστημα τύπου Beveridge και παρείχε δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους δημόσιους υπάλληλους και στους άπορους. Το 1966 ο τότε Υπουργός Υγείας και ταυτόχρονα Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ζήτη βοήθεια από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας το οποίο διενεργεί και την πρώτη μελέτη για την εφαρμογή συστήματος υγείας στην χώρα. Ο Dr Stilon de Piro προτείνει στην έκθεση του την δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας όπου οι αποκοπές θα γίνονται ποσοστιαία μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι εισφορές θα καταβάλλονταν από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το κράτος (Stilon 1966). Η παροχή φροντίδας υγείας θα γινόταν μέσω του δημόσιου συστήματος. Ακολούθησαν η μελέτη του ΠΟΥ το 1972 από τον Bridgman, τον Thiele 1977, τον Zölner 1980 όμως ο Brian Smith σύμβουλος του ΠΟΥ το 1982 είναι αυτός που κάνει για πρώτη φορά αναφορά στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα η οποία θα εφαρμοζόταν σε πρώτη φάση (Ιωάννου Ν 2010). Μετά την εκτίμηση του κόστους της εφαρμογής της πρώτης φάσης θα μπορούσε να υπολογιστεί το κόστος εφαρμογής της παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας σε δεύτερη φάση. Επίσης για πρώτη φορά γίνεται αναφορά ελέγχου των υποδομών του ιδιωτικού τομέα και πιθανή συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Ιωάννου Ν

2010). Έκτοτε ακολούθησαν πολλές μελέτες και πολλές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας χωρίς όμως να έχει εφαρμοστεί ποτέ στην χώρα ενιαίο σύστημα υγείας Η τελευταία μελέτη του ΠΟΥ δημοσιοποιήθηκε το 2015 και συστήνει την εισαγωγή ενός κρατικού μονοασφαλιστικού συστήματος στα πλαίσια ενός ενιαίου συστήματος υγείας (WHO 2015).

Πενήντα πέντε χρόνια μετά την ανεξαρτησία της η χώρα είναι η μοναδική χώρα κράτος μέλος της ΕΕ που δεν έχει καταφέρει να εφαρμόσει ενιαίο σύστημα υγείας( Θεοδώρου Μ. & συν 2012) (Παμπορίδης Γ. 2015). Το υπάρχον σύστημα λειτουργεί μέσω δύο παράλληλων υποσυστημάτων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα . Ταυτόχρονα υπάρχουν και αλλά μικρά υποσυστήματα τα οποία συνήθως προσφέρουν πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα όπως το σύστημα των συντεχνιών ή των υπαλλήλων των ημικρατικών οργανισμών( Θεοδώρου Μ. & συν 2012).

Σύμφωνα με την Γεωργούση και τον Κυριόπουλο (1991), τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας είναι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών, και η αποδοχή από τους πολίτες. Δυστυχώς το σύστημα της Κύπρου παρουσιάζει ανεπάρκειες σε σχέση με την πρόσβαση και την ενημέρωση των ασθενών, την αναμονή, την έκταση και την εμπέλεια των υπηρεσιών, με βάση τις περιγραφές από τη μέτρηση του 2013, (Ευρωπαϊκή έκθεσης 2014). Όσον αφορά την συνέχεια στην προσφορά των υπηρεσιών ο Θεοδώρου το 2012 αναφέρει ότι η ύπαρξη δύο ασυντόνιστων συστημάτων οδηγεί σε διακοπή της συνέχειας της φροντίδας, σε διπλασιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και άλλων σπάταλων πρακτικών( Θεοδώρου Μ. & συν 2012).

## 2.2. Οργάνωση και διοίκηση

Τα δύο συστήματα έχουν εντελώς διαφορετική οργάνωση και διοίκηση . Το δημόσιο αποτελείται από ένα αυστηρά ιεραρχικά δομημένο σύστημα διοίκησης υπό τον κεντρικό έλεγχο του Υπουργείου Υγείας. Οι παρόχοι υγείας του δημόσιου συστήματος είναι δημόσιοι υπάλληλοι οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας μέσα από ένα δίκτυο νοσοκομείων, εξωτερικών ιατρείων και αγροτικών κέντρων Ο ιδιωτικός τομέας απαρτίζεται από μια πληθώρα ελεύθερων επαγγελματιών υγείας, ιδιωτικών κλινικών και νοσηλευτηρίων όπου συνήθως οι ίδιοι οι γιατροί είναι είτε ιδιοκτήτες είτε μέτοχοι ( Θεοδώρου Μ. et al 2012). Η Κύπρος έχει εναρμονιστεί με την ΕΕ και ανταποκρίνεται σχεδόν πλήρως με τις ευρωπαϊκές οδηγίες για την υγεία σε ότι αφορά ρυθμίσεις για τους προμηθευτές, για το προσωπικό και για τα φαρμακευτικά και ιατρικά μηχανήματα, οι οποίες έχουν ενσωματωθεί στην εθνική νομοθεσία( Θεοδώρου Μ. et al 2012). Ο ιδιωτικός τομέας όμως αδυνατεί να ρυθμιστεί από

το ΥΥ στα θέματα της ποιότητας, των τιμών, της χωρητικότητας, του προσωπικού, του ιατροτεχνικού εξοπλισμού ή της συλλογής δεδομένων ( Cylus, J. et al 2013).

### 2.3. Χρηματοδότηση

Ο δημόσιος τομέας χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία, έμμεση και άμεση μέσω ετήσιου προϋπολογισμού και καλύπτει περίπου 80% του πληθυσμού δωρεάν (Mercer 2013). Αδυνατεί όμως να προσφέρει καθολική κάλυψη το υπόλοιπο 20% πως καλύπτεται, από τον ιδιωτικό τομέα ο οποίος τομέας χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές και σε μικρότερο βαθμό από ιδιωτική ασφάλιση υγείας . Η Κύπρος παρουσιάζει το ψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση(Θεοδώρου Μ. et al 2012).. Η ιδιωτική ασφάλιση όμως δεν έχει την δυνατότητα να αντικαταστήσει το κενό των δημόσιων δαπανών στο σύστημα υγείας και πολύ λιγότερο σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Thomson, S. et al 2013).

### 2.4. Φυσικοί και Ανθρώπινοι πόροι

Το ανθρώπινο δυναμικό, είναι κατανεμημένο ανάμεσα στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα. Βάση της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου (ΣΥΚ) το 2012, ανάμεσα τους είναι 2553 ιατροί και 4189 νοσηλεύτες (Σ.Υ.Κ 2012 ) Όσο αφορά τους φυσικούς πόρους η Κύπρος παρουσιάζει υπερπληθώρα σύγχρονου ιατροτεχνικού εξοπλισμού συσσωρευμένου στον ιδιωτικό τομέα (OECD 2010). Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα του συστήματος υγείας είναι η παντελής έλλειψη μηχανογράφησης τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα Η μηχανογράφηση παρέχει την δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών και δεδομένων, των παρόχων υπηρεσιών υγείας, των νοσοκομείων, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας , των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας. Συγκεντρώνονται αναλυτικά τα οικονομικά στοιχεία ανά προμηθευτή, τμήμα, σύμβαση ή είδος και παραχωρούν αναλυτικά στατιστικά στοιχεία. Έτσι επιτυγχάνεται η μείωση των δαπανών προμήθειας, η μείωση του κόστους διαχείρισης και εποπτείας (Ηλιοπούλου, Δ et al 2012). Η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής εμποδίζει την διαχείριση πληροφοριών, την συνέχεια της φροντίδας και την βελτίωση της ποιότητας ( Θεοδώρου Μ et al 2012).



### 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Μεταρρύθμιση των συστημάτων νοσοκομειακής περίθαλψης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα συστήματα υγείας αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς, υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανακούφιση, με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας (WHO, 2000). Η Μεταρρύθμιση των συστημάτων νοσοκομειακής περίθαλψης αναφέρεται στην εφαρμογή πολιτικών υγείας οι οποίες επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών. Στόχοι της μεταρρύθμισης είναι ο περιορισμός των δαπανών και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά τον Κυριόπουλο όμως η μεταρρύθμιση αναλύεται σε τρεις βασικούς στόχους, της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας (Κυριόπουλος Γ. et al 2012).

Στον πρώτο βασικό στόχο της αποτελεσματικότητας θεωρείται τις κατάλληλες παρεμβάσεις δύναται να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα όπως, με την βελτίωση της κλινικής φροντίδας με εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, την παροχή συνεχούς και συντονισμένης φροντίδας, και το δικαίωμα επιλογής προμηθευτή, δεδομένα τα οποία θα δημιουργήσουν περιβάλλον ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών (Κυριόπουλος Γ. et al 2012) και θα βελτιώσουν έτσι την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Στον δεύτερο βασικό μεταρρυθμιστικός στόχο της αποδοτικότητας, την οικονομική δηλαδή μεταρρύθμιση, θεωρείται ότι δύναται να βελτιωθεί με την εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών (Enthoven, A.C., 1978).

Στον τρίτο βασικό μεταρρυθμιστικό στόχο της κοινωνικής ισότητας, θεωρείται ότι μπορεί να εξασφαλισθεί με βελτίωση της διαθεσιμότητας, της πρόσβασης και της ποιότητας της φροντίδας καθώς προσδιορίζουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης της νοσηρότητας και αποτροπή της πρόωρης θνησιμότητας( Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2011).

#### 3.1. Το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού (regulated competition)

Οι πολιτικές συρρίκνωσης των δημόσιων δαπανών και ειδικά του δημόσιου τομέα της υγείας βασίζονται στο γεγονός ότι οικονομική θεωρία υποστηρίζει ότι οι οικονομικοί πόροι είναι εκ των πραγμάτων περιορισμένοι και βάσει της θεωρίας ενθαρρύνουν την δημιουργία ενός ιδιωτικού συστήματος παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Η αλήθεια όμως είναι ότι οι πόροι

περιορίζονται αναλόγως της κοινωνικής πολιτικής που θα εφαρμόσει η εκάστοτε κρατική εξουσία. Η κατακόρυφη αύξηση των δαπανών υγείας και ο μεγαλύτερος ρυθμός αύξησης από ότι το ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ από την μία και η αναποτελεσματικότητα των δημόσιων νοσηλευτηρίων και η μειωμένη ικανοποίηση των χρηστών από την άλλη, προσδίδει στα συστήματα υγείας μεταρρυθμιστική ροπή. Ως μεταρρυθμιστικό μοντέλο προτείνεται το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού, μοντέλο το οποίο προτάθηκε και εφαρμόστηκε αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ως ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός ορίζεται η δημιουργία κάτω από την εποπτεία του κράτους, οιονεί αγορών, ανάμεσα στους δημόσιους τομείς ( π.χ. Εκπαίδευση –Υγεία) και την ελεύθερη αγορά, έτσι ώστε οι δημόσιοι τομείς να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους χωρίς να χάσουν την ισότητα που τους χαρακτηρίζει. Το μεταρρυθμιστικό αυτό πλάνο βασίζεται στο γεγονός ότι οι δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς στην υγεία αδυνατούν να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα και την ισότητα που απαιτείται, ενώ στον αντίποδα το δημόσιο παρουσιάζει αδυναμίες όπως της ελεύθερης επιλογής, των κινήτρων, της γραφειοκρατίας. Οι υποστηρικτές του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού πιστεύουν ότι έτσι διασφαλίζεται μια ισότιμη ελάχιστη βασική κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού ενώ οι υπόλοιποι δύνανται να εξασφαλίσουν αναβαθμισμένες παροχές υγείας μέσω συμπληρωματικών ασφαλειών (Κονδύλης Η. 2010). Η αγορά υγείας αποτελείται από τρεις συντελεστές τους καταναλωτές, τους προμηθευτές και τους χρηματοδότες. Ο ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός επιχειρεί να χωρίσει και να ξεχωρίσει τους συντελεστές αυτούς. Στόχος του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού στην υγεία είναι να χωρίσει τους προμηθευτές σε οικονομικές μονάδες και με χρήση των δυνάμεων της αγοράς να τους υποκινήσει να εξελίξουν αποδοτικότερες παροχές υγείας για τους καταναλωτές ( Enthoven A. 1993).

Ο Xu το 2011 αναφέρει ότι για την σωστή εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού στα συστήματα υγείας πρέπει πρώτα να υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες οι οποίες αναλύονται σε δώδεκα σημεία :

1. Δικαίωμα επιλογής προμηθευτή έστω και περιοδικά
2. Ελεύθερη είσοδος και έξοδος των ασφαλιστών και των προμηθευτών από την αγορά.  
Οι ανεπαρκείς προμηθευτές και ασφαλιστές πρέπει να νιώθουν την απειλή από την ελεύθερη είσοδο νέων και καταρτισμένων προμηθευτών και ασφαλιστών.
3. Καταναλωτές ευαισθητοποιημένοι στην τιμή. Να ψάχνουν για την καλύτερη ποιότητα στην καλύτερη τιμή.
4. Ελευθερία στην σύναψη συμβολαίων. Οι ασφαλιστές πρέπει να έχουν την ελευθερία να διαλέγουν τους προμηθευτές κριτήριο θα είναι η τιμή αναλόγως της ποιότητας.

5. Επάρκεια στους προμηθευτές. Έλλειψη προμηθευτών εμποδίζει τον ανταγωνισμό. Οι προμηθευτές μπορούν να είναι είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί.
6. Εφαρμογή αποδοτικών κανονισμών ανταγωνισμού για την ίση αντιμετώπιση των προμηθευτών.
7. Δημιουργία βασικού πακέτου ασφαλιστικής κάλυψης. Έτσι επικρατεί διαφάνεια και οι καταναλωτές δύναται να συγκρίνουν τις τιμές για το ίδιο πακέτο.
8. Σωστή κατηγοριοποίηση των προσφερόμενων προϊόντων στην αγορά.
9. Εφαρμογή συστημάτων διάχυσης κινδύνου. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται το cherry picking από τις ασφαλιστικές εταιρίες.
10. Αποτελεσματικοί έλεγχοι ποιότητας. Οι προμηθευτές πρέπει να δημοσιεύουν τους δείκτες ποιότητας τους για να είναι προσβάσιμοι για τις ασφάλειες
11. Επαρκής και αποτελεσματική πληροφόρηση του ασθενούς.
12. Κατάλληλος έλεγχος από το κράτος. Το κράτος πρέπει να βρει το ισοζύγιο ανάμεσα στον έλεγχο από το κράτος και την ελεύθερη αγορά και να καθορίσει το θεσμικό πλαίσιο.

Ενώ ο Preker το 2000 αναφέρει ότι για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού πρέπει τα κράτη να φροντίσουν για τις εξής διαρθρωτικές αλλαγές:

1. Καθορισμός των απαιτούμενων και εφικτών υγειονομικών παροχών.
2. Καθορισμός των υπηρεσιών που είναι προτιμότερο να παρέχονται από τον δημόσιο τομέα.
3. Καθορισμός κριτηρίων αγοράς υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα
  - A. Συμπερίληψη όλων των προμηθευτών υγείας.
  - B. Αγορά υπηρεσιών υγείας βάση της αρχής η καλύτερη ποιότητα στην φθηνότερη τιμή.
  - Γ. Λειτουργία του ανταγωνισμού στο σωστό θεσμικό πλαίσιο που να διέπεται από ισότητα και διαφάνεια.

Έχοντας θεσμοθετήσει και ρυθμίσει όλα τα προαπαιτούμενα το κράτος δύναται να εφαρμόσει τον ανταγωνισμό στην υγεία. Ο ανταγωνισμός αυτός είτε θα είναι ελεγχόμενος, δηλαδή διαχωρισμός της χρηματοδότησης από τους προμηθευτές είτε θα είναι διευθυνόμενος (managed competition), δηλαδή διαχωρισμός της χρηματοδότησης από την προσφορά και την ζήτηση (Κονδύλης Η. 2010).

Ο ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός λειτουργεί με την εφαρμογή χρηματοδοτικών μεταρρυθμίσεων και απαιτεί καταναλωτές με συνείδηση του κόστους στην επιλογή

ασφαλιστικών προγραμμάτων γεγονός το οποίο θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των δαπανών ( Enthoven A. Kronick R 1989).

Η εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού δύναται να επιφέρει την ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας των καταναλωτών με αποτέλεσμα την εξασφάλιση του καλύτερου ασφαλιστικού προγράμματος στην φθηνότερη τιμή και ακολούθως την βελτίωση της ποιότητας από τους προμηθευτές ( Ο ανταγωνισμός αναγκάζει τους προμηθευτές να βελτιώσουν την ποιότητα και να μειώσουν τις τιμές ) . Η ελευθερία της επιλογής και ο ανταγωνισμός βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας( Enthoven A. Kronick R 1989). Ο ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα που προσφέρονται, μπορεί να ωθήσει την ανταποκρισιμότητα των προμηθευτών στις ανάγκες των χρηστών, μπορεί επίσης να βελτιώσει την ισότητα δίδοντας στους ανεπαρκείς προμηθευτές λιγότερη δύναμη (Le Grand, 2007). Στην πραγματικότητα όμως τα αποτελέσματα μέχρι τώρα δεν ήταν τόσο ευνοϊκά υπήρξε κάποια βελτίωση στην παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα αλλά όχι οι μεγάλες αναμενόμενες αλλαγές (Le Grand et al, 1998).

### 3.2. Μελέτες για την αποδοτικότητα του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού

Η ποιότητα είναι το κύριο μέλημα της παροχής φροντίδας υγείας Οι πρόσφατες και συνεχιζόμενες μεταρρυθμίσεις στις διάφορες χώρες που είχαν ως στόχο να εγείρουν τον ανταγωνισμό και την επιλογή του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία, έδωσαν έμφαση στην ανάγκη εξασφάλισης περισσότερης γνώσης για την σχέση μεταξύ ανταγωνισμού και ποιότητας (Brekke, K., Siciliani, L., Straume, O., 2009).

Βάσει των εμπειρικών δεδομένων δεν είναι ξεκάθαρο αν ο ανταγωνισμός προκαλεί μείωση των τιμών και βελτίωση της ποιότητας όπως θεωρητικά θα προσδοκούσε κανείς. Ο Brekke στο άρθρο του Hospital competition and quality with regulated prices to 2009 αναφέρει ότι υπάρχουν πολλές μελέτες<sup>3</sup> που επιβεβαιώνουν την θετική σχέση μεταξύ ανταγωνισμού και ποιότητας με σταθερές τιμές ενώ άλλα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν διφορούμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι ο Kessler and McClellan (2000) and Tay (2003) βρίσκουν θετική σχέση μεταξύ ανταγωνισμού και ποιότητας με σταθερές τιμές ενώ οι Gowrinsankaran and Town (2003) βρίσκουν αρνητική σχέση και Shen (2003) ανάμικτα

---

<sup>3</sup> Ma and Burgess (1993), Wolinsky (1997), Brekke, Nuscheler and Straume (2006) and Matsumura and Matsushima (2007), Calem and Rizzo (1995), Gravelle (1999), Lyon (1999), Gravelle and Masiero (2000), Beitia (2003), Nuscheler (2003), Brekke, Nuscheler and Straume (2007) and Karlsson (2007).

ευρήματα. Οι Shortell and Hughes (1988) and Mukamel, Zwanziger and Tomaszewski (2001) δεν βρίσκουν καμία σχέση μεταξύ του ανταγωνισμού και ποιότητας (Brekke, K., Siciliani, L., Straume, O., 2009).

Στην συνέχεια στο ίδιο άρθρο αναδεικνύουν ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να διαφοροποιούν την αγορά υπηρεσιών υγείας από την αγορά άλλων καταναλωτικών προϊόντων. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η ημιαλτρουιστική φύση των προμηθευτών κάτι το οποίο συναντάται συχνά στην βιβλιογραφία για την παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά δεν διερευνήθηκε μέχρι τώρα εκτεταμένα (Brekke, K., Siciliani, L., Straume, O., 2009). Στην συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάστηκαν αντιφατικά και απρόσμενα ευρήματα για τον ανταγωνισμό και την ποιότητα. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι οι επιπτώσεις στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ασαφής εάν τα οικονομικά κίνητρα για την αποφυγή μη προσοδοφόρων ασθενών είναι δυνατότερα από τα αλτρουιστικά κίνητρα προσέλκυσης επικερδών ασθενών. Αναφέρεται επίσης ότι μια περιοχή όπου υπάρχει αρκετός αριθμός νοσοκομείων και οι προμηθευτές έχουν αλτρουιστικά ιδεώδη ( θέλουν να παρέχουν υπηρεσίες ποιότητας χωρίς να υπάρχει προσωπικό όφελος) για τους ασθενείς του νοσοκομείου τους μόνο, τότε υπάρχει βελτίωση της ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο νοσοκομείο τους λόγω του ανταγωνισμού, εάν όμως η αλτρουιστική συμπεριφορά είναι απέναντι σε όλους τους ασθενείς της περιοχής και των νοσοκομείων τότε η βελτίωση της ποιότητας είναι ανεξάρτητη του ανταγωνισμού.

Σε μία έρευνα που έγινε από τους Bloom et al 2010 γίνεται σύγκριση της παραγωγικότητας και της παρεχόμενης ποιότητας των νοσοκομείων στο Η.Β. σε περιβάλλον ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού και καλής νοσοκομειακής διοίκησης. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα νοσοκομεία που αξιολογήθηκαν ότι είχαν καλή διοίκηση σε περιβάλλον ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού παρουσίασαν μειωμένη θνητότητα σε οξέα καρδιακά εμφράγματα. Αντίστοιχα ευρήματα παρουσίασαν και οι επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις δηλαδή μείωση της θνητότητας σε νοσοκομεία με καλή διοίκηση. Επίσης τα νοσοκομεία τα οποία αξιολογήθηκαν να έχουν καλή διοίκηση παρουσιάζουν μικρότερες λίστες αναμονής, λιγότερες μολύνσεις με MRSA και αυξημένη ικανοποίηση των εργαζομένων. Η κυβέρνηση του Η.Β. εφαρμόζει μεθόδους σύγκρισης στα νοσοκομεία με στόχο τον ανταγωνισμό, δημοσιεύοντας τις επιδόσεις όλων των νοσοκομείων και απολύοντας τους διοικητικούς που δεν είχαν καλές επιδόσεις (Propper et al, 2010).

Η Fotaki το 2007 διεξήγαγε έρευνα για την εμπειρία της εφαρμογής του δικαιώματος της επιλογής του ασθενή, στα πλαίσια της μεταρρυθμίσεως του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού στην Μεγάλη Βρετανία και την Σουηδία την δεκαετία του 90, κίνητρο το οποίο επανεφαρμόζεται και τονίζεται με τις νέες μεταρρυθμίσεις που θα εφαρμοστούν. Η κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας το 2003 αποφάσισε να εισάγει πολιτικές αύξησης του δικαιώματος επιλογής των ασθενών. Οι χρήστες του NHS θα έχουν το δικαίωμα επιλογής του χρόνου, του χώρου και του τρόπου αντιμετώπισης τους ( Department of Health 2003 ). Το δικαίωμα επιλογής του ασθενή βασισμένο στην σωστή πληροφόρηση είναι καίριο για την βελτίωση της κατανομής των πόρων, της αποδοτικότητας και της ισότητας ( Milburn 2003 ). Η έρευνα αναφέρει ότι η πολιτική που εφαρμόστηκε στο βρετανικό NHS την δεκαετία του 90 της επιλογής του ασθενούς με στόχο την μείωση των λιστών αναμονής και κατ' επέκταση την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ανταποκρισιμότητας απέτυχε και κατέληξε να είναι μόνο ρητορεία κατά την διάρκεια της εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων. ( Fotaki 2007).

Ο Cooper Zack το 2011 αναφέρει ότι δύο επιτυχημένες κυβερνήσεις πειραματίστηκαν στην εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού στο βρετανικό NHS, εφαρμογή η οποία ήταν επιτυχημένη και αναφέρει μελέτες<sup>4</sup> οι οποίες αρχίζουν να αναδεικνύουν την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε περιβάλλον ανταγωνισμού. Η μελέτη του Cooper λαμβάνει χώρα μετά τις καινούργιες μεταρρυθμίσεις του 2006 όπου στους ασθενείς δίνεται το δικαίωμα επιλογής του προμηθευτή σε τιμές που καθορίζονται από το UK Department of Health. Έτσι εφόσον η τιμή είναι η ίδια, τα νοσοκομεία δύναται να ανταγωνιστούν μεταξύ τους μόνο βάσει της ποιότητας. Αναλύεται λοιπόν το αντίκτυπο της εισαγωγής της επιλογής του ασθενή στον ανταγωνισμό των νοσοκομείων και την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας και διαφαίνεται ότι όσο μεγαλύτερος ο ανταγωνισμός τόσο βελτιώνεται η ποιότητα ( η ποιότητα βασίζεται στην θνητότητα εντός 30 ημερών από οξύ καρδιακό έμφραγμα η οποία ελαττώνεται). Η μελέτη αναφέρει μείωση του αριθμού των θανάτων εντός 30 ημερών από οξύ καρδιακό έμφραγμα. Μείωση περίπου 300 θανάτων ετησίως μετά την εφαρμογή των νέων μεταρρυθμίσεων. Ο Cooper αναφέρει ότι και άλλες μελέτες<sup>5</sup> που έγιναν στις ΗΠΑ οι οποίες εστίαζαν στον ανταγωνισμό των προμηθευτών – νοσοκομείων σε μια αγορά σταθερών τιμών, παρουσίαζαν βελτίωση της ποιότητας .

---

<sup>4</sup> Propper et al. 2004 2008

<sup>5</sup> Kessler and McClellan (2000) and Kessler and Geppert (2005)

Θεωρητικά ο ανταγωνισμός σε περιβάλλον σταθερών τιμών θα επιφέρει ανταγωνισμό και βελτίωση της ποιότητας στις προσοδοφόρες ασθένειες (Colla C et al 2014). Η Colla Carrie το 2014 ερευνήσε την σχέση ανταγωνισμού και ποιότητας σε νοσοκομεία μιας συγκεκριμένης περιοχής σε ακτίνα 25 μιλίων λαμβάνοντα διάφορους παράγοντες υπόψη. Ελέγχθηκε η σχέση του ανταγωνισμού με ένα πιο ευρύ φάσμα ασθενειών . Όπως και οι Gravelle et al. (2014), έτσι οι Colla C et al 2014 δεν θεωρούν ότι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι κατάλληλος δείκτης ποιότητας και γι' αυτό συμπεριέλαβαν και άλλες δύο νόσους στην έρευνα. Οι ασθένειες που ελέγχθηκαν ήταν το οξύ καρδιακό έμφραγμα το οποίο δεν παρουσιάζει ελαστικότητα στην ζήτηση , η αντικατάσταση ισχίου η οποία παρουσιάζει ελαστικότητα στην ζήτηση και οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, νόσος που θεωρείται μη προσοδοφόρα. Το αποτέλεσμα ανέδειξε ότι ο ανταγωνισμός δεν έχει επιρροή στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είτε πρόκειται για ασθένειες με αυξημένη ή μειωμένη ελαστικότητα στην ζήτηση, είτε είναι προσοδοφόρες. Σε αντίθεση οι μη προσοδοφόρες ασθένειες όπως η άνοια παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με τον ανταγωνισμό διότι επιδέχονται χαμηλής ποιότητας φροντίδα. Τα νοσοκομεία δεν είναι ομοιογενές προϊόν που μπορεί εύκολα να αξιολογηθεί η ποιότητα του και είναι πολλοί οι παράγοντες που διαδραματίζουν βασικό ρόλο στον καθορισμό της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας (Colla C et al 2014).

Οι Brekke, K., Siciliani, L. και Straume, O., το 2014 αναφέρουν ότι οι προμηθευτές οι οποίοι εργάζονται σε χωρίς κέρδος λόγω της μείωσης των τιμών συνεπεία του έντονου ανταγωνισμού, υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για να ανακάμψουν από τις ζημιές, . Επίσης αναφέρουν ότι όταν υπάρχει μεγάλος αριθμός προμηθευτών υπάρχει μειωμένη κατανομή χρηστών ανά προμηθευτή, κάτι το οποίο με την σειρά του οδηγεί σε μείωση των τιμών. Έτσι για την διατήρηση του οριακού κέρδους, επιδεινώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών . Η μελέτη αναφέρει ακόμα ότι τα μειωμένα έξοδα μεταφοράς σε ένα νοσοκομείο αυξάνουν την ζήτηση ( πλησιέστερα νοσοκομεία μεγαλύτερη ζήτηση) και πρέπει να ληφθεί υπόψη ως παράγοντας αντίστροφης συσχέτισης στον ανταγωνισμό. Επιπλέον όμως η μελέτη τονίζει ότι ανεξάρτητα της αρνητικής συσχέτισης του ανταγωνισμού με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο ανταγωνισμός είναι σε θέση να βελτιώσει την κοινωνική ευημερία διότι ενώ ο ανταγωνισμός μειώνει τις τιμές αυξάνει την δυνατότητα χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και αυτό βελτιώνει την κοινωνική ευημερία (Brekke, K., Siciliani, L., Straume, O., 2014).

Ο Bevan το 2011 στην έρευνα του με τίτλο: “Μπορεί ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων να βελτιώσει την ποιότητα;” Μια ανασκόπηση των δεδομένων του ανταγωνισμού στις δύο εποχές του ανταγωνισμού στο βρετανικό NHS, κάνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των μέχρι τώρα δεδομένων για την σχέση του ανταγωνισμού και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά τις δύο εποχές των μεταρρυθμίσεων στο βρετανικό NHS. Η πρώτη εποχή ήταν την επταετία 1990 -1997 όπου είχε εφαρμοστεί η μεταρρύθμιση των οιονεί αγορών, δηλαδή ο διαχωρισμός του προμηθευτή από τον χρηματοδότη και η προώθηση του ανταγωνισμού μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων. Τα νοσοκομεία ήταν αυτόνομες μονάδες οι οποίες έπρεπε να αποφεύγουν τα ελλείματα, δεν είχαν την δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τα κέρδη τους ή μερίδιο από αυτά και ούτε τους προσφέρονταν κίνητρα για την δημιουργία τους. Επίσης δεν υπήρχε επίβλεψη και έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η δεύτερη εποχή αρχίζει από το 2002 μέχρι σήμερα όπου έχουν εφαρμοστεί κανόνες ελεύθερης αγοράς. Η λειτουργία των νοσοκομείων του NHS γίνεται με κλινικούς και οικονομικούς στόχους μέσω κεντρικής διοίκησης. Τα αποτελέσματα δημοσιεύονται και η ποιότητα ελέγχεται μέσω συχνών επιθεωρήσεων. Οι τιμές είναι καθορισμένες και σταθερές με στόχο ο ανταγωνισμός να γίνεται βάσει της ποιότητας και όχι βάσει της τιμής. Το 2006 εφαρμόστηκε και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή ενώ από το 2007 γίνεται ανάρτηση στο διαδίκτυο πληροφοριών για την ποιότητα του νοσοκομείου δηλαδή, χρόνος αναμονής, θνητότητα, συχνότητα μολύνσεων και αριθμός εισαγωγών για την κάθε επέμβαση. Οι μελέτες<sup>6</sup> αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την σχέση ανταγωνισμού και ποιότητας είτε μέσω επιλογής του ασθενή είτε μέσω επιλεκτικών συμβολαίων των αγοραστών και ότι οποιαδήποτε επιτυχία δεν οφειλόταν στον ανταγωνισμό αλλά σε άλλες παραμέτρους<sup>7</sup>. Μελέτες<sup>8</sup> για την εφαρμογή της επιλογής του ασθενούς δεν μπορούσαν να δώσουν πληροφορίες για την ποιότητα. Γίνεται επίσης αναφορά στα ευρήματα του Dixon ο οποίος λέει ότι οι ασθενείς δεν βασίζονται στην επιλογή τους στις λίγες πληροφορίες που έχουν αλλά στην σύσταση του γιατρού τους.

Για την μεταρρύθμιση του 1990 η έρευνα κάνει αναφορά στην Propper et al. 2004, Propper et al. 2008, η οποία αναφέρει θετική συσχέτιση του ανταγωνισμού με την ποιότητα και ότι όσο πιο έντονος είναι ο ανταγωνισμός τόσο πιο καλή η ποιότητα. Για την μεταρρύθμιση του

---

<sup>6</sup> Audit Commission and Healthcare Commission 2008, Brereton L Gubb J 2010., Dixon A et al 2010, Brereton L, Vasoodaven V.2010, Dixon A, Mays N.2010, Dixon A, Mays N.2011

<sup>7</sup> Audit Commission and Healthcare Commission 2008, Brereton L Gubb J 2010.,

<sup>8</sup> Audit Commission and Healthcare Commission 2008, Dixon A et al 2010,



2000 γίνεται αναφορά στον Bloom et al το 2010 όπου αναδεικνύεται η θετική συσχέτιση της καλής διοίκησης με την ποιότητα των υπηρεσιών ενώ η μελέτη του Cooper et al 2011 αναδεικνύει ότι το δικαίωμα επιλογής του ασθενούς οδηγεί σε λιγότερους θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η ανασκόπηση αυτή αναφέρεται και στις μελέτες<sup>9</sup> οι οποίες φανερώνουν ότι το δικαίωμα επιλογής του ασθενούς μέσω του ανταγωνισμού στις προγραμματισμένες επεμβάσεις δεν έχει σχέση με την ποιότητα, θέση με την οποία ο συγγραφέας διαφωνεί διότι η θνητότητα δεν θεωρείται ο κατάλληλος παράγοντας ελέγχου της ποιότητας στις προγραμματισμένες επεμβάσεις. Πεποίθηση του συγγραφέα είναι ότι το δικαίωμα επιλογής του ασθενούς τον ενδυναμώνει και του προσφέρει τον έλεγχο για τη δική του φροντίδα.

### 3.3. Σκοπός και αναγκαιότητα της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει και να αναλύσει τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου ενόψει της εφαρμογής του συστήματος υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και δημοσιονομικής εξυγίανσης.

Προκειμένου να πετύχει ο πιο πάνω σκοπός ετέθησαν πέντε επιμέρους στόχοι, πέντε δηλαδή ερευνητικά ερωτήματα τα οποία αναλύονται και συνθέτουν το ειδικό μέρος της μελέτης

Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα:

- Περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου.
- Περιγραφή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου στην Κύπρο.
- Διερεύνηση των επικείμενων μεταρρυθμίσεων στον νοσοκομειακό κλάδο της Κύπρου
- Μελέτη των διεθνών δεδομένων σχετικά με τον ανταγωνισμό ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων σε σχέση με την αποδοτικότητα και τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό στην εσωτερική αγορά
- Ανάλυση των προκλήσεων και κινδύνων από την είσοδο του ανταγωνισμού στον νοσοκομειακό χώρο έναντι της διεθνούς εμπειρίας και σύγκριση τους με τα κυπριακά δεδομένα

---

<sup>9</sup> Gaynor MS 2011, Cooper Z 2011.

## Ειδικό Μέρος

### 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Μεθοδολογία

#### 4.1. Υλικό και πηγές μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει και να αναλύσει τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου ενόψει της εφαρμογής του συστήματος υγείας.

Η παρούσα μελέτη, η οποία συνιστά έκθεση πολιτικής υγείας (health policy report), χρησιμοποιεί μικτή μεθοδολογία για την επίτευξη των ερευνητικών της στόχων.

Πιο συγκεκριμένα μεθοδολογικά η εργασία ενσωματώνει στοιχεία βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ανασκόπησης νομοθεσίας και στοιχεία ανάλυσης δευτερογενών δεδομένων του Κυπριακού συστήματος υγείας. Για κάθε ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα περιγράφεται ξεχωριστά η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων

Προκειμένου να διερευνηθεί και να περιγραφεί η υπάρχουσα κατάσταση στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου του Υπουργείου Υγείας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων για το συνολικό νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου όπως συνολικές κλίνες και νοσοκομεία, συνολικοί νοσηλευθέντες, ποσοστό κάλυψη κλινών, χρηματοδότηση και αναλύθηκαν σε στοιχεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και συγκρίθηκαν με τον μέσο όρο 12 ευρωπαϊκών χωρών για τις οποίες υπήρχαν τα δεδομένα που συγκρίναμε

Προκειμένου να διερευνηθεί και να περιγραφεί το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Κύπρο καθώς και να διερευνηθούν να περιγραφούν και να αναλυθούν οι επικείμενες

μεταρρυθμίσεις στον νοσοκομειακό κλάδο της Κύπρου χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του Υπουργείου Υγείας και η Επίσημη Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Μετά τον εντοπισμό της σχετικής νομοθεσίας, οι σχετικοί νόμοι μελετήθηκαν με συστηματικό και συγκριτικό τρόπο. Για κάθε νόμο που μελετήσαμε εντοπίσαμε και ομαδοποιήσαμε τα σχετικά άρθρα τα οποία κατά τη γνώμη μας συμβάλλουν στην υλοποίηση των πέντε προϋποθέσεων για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Έγινε αρχικά ανάλυση του υπάρχοντος νόμου Ίδρυσης του ΓεΣΥ 2001 μέχρι 2005 σε πίνακα βάσει των πέντε αυτών προϋποθέσεων που είναι η ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού ασφάλισης, η αυτονόμηση των προμηθευτών, οι συμβολεακές σχέσεις, οι κανόνες ανταγωνισμού και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή και ακολούθως έγινε το ίδιο με το επικείμενο μεταρρυθμιστικό νομοσχέδιο του 2014. Ακολούθησε σύγκριση των δεδομένων για εντοπισμό των διαφορών στις διατάξεις στο καινούργιο νομοσχέδιο του ΓεΣΥ και εν συνεχεία έγινε ανάλυση του θεωρητικού υπόβαθρου των μεταρρυθμιστικών διατάξεων. Στην έρευνα για το νομοσχέδιο της αυτονόμησης των δημόσιων νοσηλευτηρίων του 2015 έγινε συνδυαστική μελέτη του νομοσχεδίου και ομαδοποιήθηκαν οι διατάξεις του βάσει του πλαισίου του Preker σχετικά με την αυτονόμηση των προμηθευτών. Ο Preker κατατάσσει την αυτονόμηση των προμηθευτών σε οικονομική αυτονόμηση σε διοικητική αυτονόμηση και σε εργασιακή αυτονόμηση. Προκειμένου να διερευνηθούν και να μελετηθούν τα διεθνή δεδομένα σχετικά με τον ανταγωνισμό ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων σε σχέση με την αποδοτικότητα και τον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό στην εσωτερική αγορά χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του Google Scholar, του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Συστημάτων Υγείας και Πολιτικών (European Observatory on Health Systems and Policies) και αντλήθηκαν μελέτες που αφορούσαν τον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό σε αναπτυγμένες χώρες την τελευταία 20ετία. Στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα έγινε μελέτη και ανάλυση των προκλήσεων και κινδύνων από την είσοδο του ανταγωνισμού στον νοσοκομειακό χώρο βάσει κυπριακών δεδομένων σε σύγκριση την διεθνή εμπειρία.

## 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

### 5.1. Περιγραφή του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα της Κύπρου

Το υφιστάμενο Σύστημα Υγείας στην Κύπρο έχει την ιδιομορφία της ύπαρξης δύο παράλληλων αλλά ξεχωριστών συστημάτων υγείας του ιδιωτικού και του δημόσιου. Τα συστήματα αυτά μπορούν να αξιολογηθούν, μέσω κατάλληλων δεικτών, όπως οι υποδομές των νοσοκομείων (π.χ. κάτοικοι ανά κρεβάτι), η στελέχωσή τους (π.χ. ιατροί ή νοσηλευτές ανά κλίνη), η χρηματοδότησή τους, η εκπαίδευση του προσωπικού, οι ώρες εργασίας, η αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού, μπορούν επίσης να αξιολογηθούν μέσω δεικτών χρήσης (π.χ. οι εισαγωγές ανά 10.000 κατοίκους ανά έτος, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση εκατοστιαία κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών, ο δείκτης ροής ασθενών, ο χρόνος αδράνειας κρεβατιού ανά κρεβάτι ή ανά εξιτήριο), δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και δείκτες ενδιάμεσων προϊόντων (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα ανά ασθενή, αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή νοσηλευτή).

Το δημόσιο σύστημα υγείας παρουσιάζει εικόνα έντονης κεντρικής εξουσίας από το Υπουργείο Υγείας το οποίο οργανώνει, διοικεί, ρυθμίζει και εφαρμόζει πολιτικές και στρατηγικούς σχεδιασμούς. Η χώρα διαθέτει έξι μεγάλα δημόσια νοσηλευτήρια καταναμημένα στις πέντε επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα έξι δημόσια νοσοκομεία, τα δύο αγροτικά νοσοκομεία και τα τέσσερα ειδικά κέντρα (Κέντρο Θαλασσαιμίας Ινστιτούτο Γενετικής και Νευρολογίας, Ογκολογικό της Τράπεζας Κύπρου και το νοσοκομείο Αροδαφνούσα). Στα δημόσια νοσηλευτήρια, βάσει των δεδομένων της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου, με ένα αριθμό 1552 κλινών απασχολούνται 839 ιατροί και 3233 νοσηλευτές. Τα δημόσια νοσηλευτήρια της χώρας με την επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση των εισαγωγών τους από το 2010 μέχρι 2012 (Πίνακας 5.1). Συγκεκριμένα το 2012 έγιναν 97 εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους, η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,7 μέρες και το ποσοστό κάλυψης 77%, σε σύγκριση με το 2010 όπου οι εισαγωγές ήταν 90 ανά 1000 κατοίκους η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,4 μέρες και το ποσοστό κάλυψης 85.9% (Πίνακας 5.2).

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται στο σύνολο του από 76 κερδοσκοπικά νοσοκομεία και ένα μεγάλο αριθμό διαγνωστικών κέντρων και ιατρείων (Πίνακας 5.4). Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών (Πίνακας 5.5). Στο σύνολό τους τα 76 νοσοκομεία διαθέτουν 1447 κλίνες. Στον ιδιωτικό τομέα απασχολούνται 1791 ιατροί και 930 νοσηλευτές και καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του συνόλου των υπηρεσιών υγείας οι οποίες είναι ποιοτικές, σε νοσοκομεία υψηλών προδιαγραφών με άριστο ιατροτεχνικό εξοπλισμό και έμπειρο Management

Ο αριθμός των κλινών ο οποίος υπάρχει παγκύπρια είναι περίπου ισότιμα κατανεμημένος μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Πίνακας 5.6). Τα δημόσια νοσηλευτήρια, σε σύγκριση με τα ιδιωτικά, με 1552 κλίνες απασχολούν 839 γιατρούς και 4163 νοσηλευτές ενώ ο ιδιωτικός τομέας με περίπου τον ίδιο αριθμό κλινών 1447 στο σύνολο απασχολεί 1791 γιατρούς και 936 νοσηλευτές (Πίνακες 5.6, 5.7, 5.8). Η αντιστοιχία ιατρών ανά κλίνη στο δημόσιο είναι 0.54 ενώ στον ιδιωτικό τομέα είναι 1.23 (Πίνακας 5.7α) αντιστοιχούν δηλαδή διπλάσιοι ιατροί ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα ενώ η αντιστοιχία των νοσηλευτών παρουσιάζει αντίστροφη κατανομή δηλαδή 2.6 νοσηλευτές ανά κλίνη στο δημόσιο με 0.64 νοσηλευτές ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα (Πίνακας 5.8α). Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται από ανεξάρτητους προμηθευτές οι οποίοι είτε είναι ιδιοκτήτες των διαγνωστικών κέντρων ή των ιατρείων είτε είναι μέτοχοι ιδιωτικές εταιρίες-νοσοκομεία, σε αντίθεση με τα δημόσια νοσηλευτήρια όπου οι προμηθευτές είναι μισθωτοί δημόσιοι υπάλληλοι

Βάσει της στατιστικής υπηρεσίας Κύπρου, ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους είναι 3,5, ενώ ο μέσος όρος 12 κρατών μελών της ΕΕ είναι 5,19 με χαμηλότερο ποσοστό στην Μ. Βρετανία και Ιρλανδία με 2,8 και ψηλότερο στην Γερμανία με 8,3 (Πίνακας 5.9). Ο αριθμός των ιατρών της Κύπρου ανέρχεται στους 3 και ο αριθμός των νοσηλευτών 4,9 ανά 1000 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος 12 κρατών μελών της ΕΕ είναι 3,32 και 8,69 αντίστοιχα με βάσει τα στοιχεία από την βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ 2013 (Πίνακας 5.10 5.11). Στα θέματα χρηματοδότησης των νοσηλευτηρίων, την εκπαίδευση του προσωπικού, τις ώρες εργασίας, ή την αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά δεδομένα. Οι δείκτες χρήσης (π.χ. οι εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους ανά έτος, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση εκατοστιαία κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών), βάσει των δεδομένων της Στατιστικής Υπηρεσίας αναδεικνύουν 97 εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους το 2012, η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,7 μέρες (Πίνακας 5.2). Αντίστοιχα στις 12 χώρες κράτη μέλη με βάσει την βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ αναφέρονται 173 εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους και 6.27 μέρες νοσηλείας (Πίνακας 5.12).

**Πίνακας 5.1:** Εξεληθόντες Ασθενείς ( εισαγωγές- εξιτήρια ) Δημόσιων Νοσηλευτηρίων

Νοσοκομείο	2010		2011		2012	
	Αρ.	%	Αρ.	%	Αρ.	%
Γ.Ν. Λευκωσίας	23.762	31,3	23.118	30,1	25.075	
Α.Μ. Λευκωσίας	10.336		10.115		30,7	
Γ.Ν. Λάρνακας	13,6	8.938	13,2	9.167	10.586	13,0
Γ.Ν. Αμμοχώστου	11,8	3.483	11,9	3.628	9.616	
Γ.Ν. Λεμεσού	4,6	19.992	4,7	20.598	11,8	
Γ.Ν. Πάφου	26,3		26,8	8.815	3.854	
	8.464		11,5		4,7	
	11,1				22.119	
					27,1	
					9.119	
					11,2	
Συνολικά στα Γενικά Νοσοκομεία	74.975		75.441		80.369	98,4
	98,7		98,3			
Αγροτικά Νοσοκομεία	1.005		1.315		1.341	1,6
	1,3		1,7			
Σύνολο	75.980		76.756		81.710	100,0
	100,0		100,0			

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.2:** Ποσοστό κάλυψης κλινών και Μέσος όρος Νοσηλείας (ημέρες)

Δημόσιων Νοσηλευτηρίων

Νοσοκομείο	Ποσοστό κάλυψης κλινών		Μέσος όρος Νοσηλείας (ημέρες)	
	2010	2011	2010	2011
	2012		2012	
Γ.Ν. Λευκωσίας	72,4	90,9	5,0	6,5
	80,1		5,2	
Α.Μ. Λευκωσίας	95,3	93,2	5,4	4,8
	72,5		5,2	
Γ.Ν. Λάρνακας	90,8	93,4	5,0	5,2
	76,3		4,8	
Γ.Ν. Αμμοχώστου	79,3	77,7	5,5	5,3

	58,9		3,7	
Γ.Ν. Λεμεσού	95,6	94,4	6,7	4,6
	79,2		4,3	
Γ.Ν. Πάφου	90,4	97,8	4,0	4,0
	76,5		3,9	
Συνολικά στα Γενικά Νοσοκομεία	85,9	92,4	5,4	5,3
	77,0		4,7	
Αγροτικά Νοσοκομεία	42,1	66,6	8,6	9,4
	47,5		7,2	

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.3:** Αντιστοιχία κλινών, ιατρών και νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους  
βάση της απογραφής του 2011

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 2011	840407	Αντιστοιχία/1000 κατοίκους
ΚΛΙΝΕΣ 2011	2988	3.5
ΙΑΤΡΟΙ 2011	2553	3.03
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ 2011	4189	4.9

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.3:** Αντιστοιχία κλινών, ιατρών και νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους  
σε 12 χώρες της ΕΕ το 2013

Μέσος όρος 12 χωρών κρατών μελών ΕΕ	Αντιστοιχία/1000 κατοίκους
ΚΛΙΝΕΣ 2013	5.19
ΙΑΤΡΟΙ 2013	3.32
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ 2013	8.69

ΠΗΓΗ:OECD Health at a Glance 2015

**Πίνακας 5.4:** Ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία ανά επαρχία

Επαρχία	2011	2012
Λευκωσία	24	24
Αμμόχωστος	4	4
Λάρνακα	14	13
Λεμεσός	27	25
Πάφος	10	10
Σύνολο παγκύπρια	79	76

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.5:** Αριθμός κλινών στις Ιδιωτικές κλινικές ανά επαρχία

Επαρχία	2011	2012
Λευκωσία	503	595
Αμμόχωστος	99	102
Λάρνακα	195	191
Λεμεσός	461	456
Πάφος	213	203
Σύνολο παγκύπρια	1471	1447

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.6:** Αριθμός κλινών παγκύπρια Δημόσια και Ιδιωτικά

Κλίνες	2010	2011	2012
Σύνολο παγκύπρια	2.958	2.988	2.999
Δημόσιο	1.514	1.517	1.552
Ιδιωτικά	1.444	1.471	1.447

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.7:** Αριθμός ιατρικού προσωπικού παγκύπρια

Ιατρικό Προσωπικό	2010	2011	2012
Ολικό παγκύπρια	2.425	2.553	2.630
Δημόσιος	800	848	839
Ιδιωτικός	1.625	1.705	1.791

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.7α:** Αριθμός ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

	Ιατρικό Προσωπικό	Κλίνες	Ιατροί /Κλίνη
Δημόσιο	839	1.552	0.54
Ιδιωτικά	1.791	1.447	1.23

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.8:** Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού παγκύπρια

Νοσηλευτικό Προσωπικό	2010	2011	2012
Ολικό παγκύπρια	3.957	4.189	4.163
Δημόσιο	3.144	3.256	3.233
Ιδιωτικά	813	933	930

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.8α:** Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα



	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Κλίνες	Νοσηλευτές/Κλίνη
Δημόσιο	3.233	1.552	2.08
Ιδιωτικά	930	1.447	0.64

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2012

**Πίνακας 5.9:** Αντιστοιχία κλινών ανά 1000 κατοίκους στις 12 χώρες της ΕΕ το 2013. Μέσος όρος 5,19/1000

Αυστρία	7,7
Τσεχία	5,8
Εσθονία	5
Φιλανδία	4,5
Γαλλία	6,3
Γερμανία	8,3
Ιρλανδία	2,8
Λουξεμβούργο	5
Πολωνία	6,6
Σλοβενία	4.5
Ισπανία	3
Μ. Βρετανία	2,8

Πηγή : OECD Health at a Glance 2015

**Πίνακας 5.10:** Αντιστοιχία ιατρών ανά 1000 κατοίκους στις 12 χώρες της ΕΕ το 2013. Μέσος όρος 3,32/1000

Αυστρία	5,0
---------	-----

Τσεχία	3,7
Εσθονία	3,3
Φιλανδία	3,3
Γαλλία	3,3
Γερμανία	4,0
Ιρλανδία	3,1
Λουξεμβούργο	2,8
Πολωνία	2,2
Σλοβενία	2,6
Ισπανία	3,8
Μ. Βρετανία	2,8

Πηγή : OECD Health at a Glance 2015

**Πίνακας 5.11:** Αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στις 11 χώρες της ΕΕ το 2013. Μέσος όρος 8,69/1000

Αυστρία	7.9
Τσεχία	8
Εσθονία	6,2
Γαλλία	9,4
Γερμανία	13
Ιρλανδία	12,3
Λουξεμβούργο	11,9
Πολωνία	5,3
Σλοβενία	8,3
Ισπανία	5,1
Μ. Βρετανία	8,2

Πηγή : OECD Health at a Glance 2015

**Πίνακας 5.12:** Μέσος όρος ημερών νοσηλείας στις 12 χώρες της ΕΕ το 2013

Συνολικός μέσος όρος νοσηλείας 6,27 ημέρες

Αυστρία	6,5
---------	-----

<b>Τσεχία</b>	6,6
<b>Εσθονία</b>	5,5
<b>Φιλανδία</b>	6,8
<b>Γαλλία</b>	4,1
<b>Γερμανία</b>	7,7
<b>Ιρλανδία</b>	5,7
<b>Λουξεμβούργο</b>	7,4
<b>Πολωνία</b>	6,7
<b>Σλοβενία</b>	6,3
<b>Ισπανία</b>	6
<b>Μ. Βρετανία</b>	5,9

Πηγή : OECD Health at a Glance 2015

**Πίνακας 5.13:** Εξεληθόντες Ασθενείς στις 12 χώρες της ΕΕ ανά 1000 κατοίκους το 2013. Μέσος όρος 173/1000

<b>Αυστρία</b>	265
<b>Τσεχία</b>	203
<b>Εσθονία</b>	171
<b>Φιλανδία</b>	173
<b>Γαλλία</b>	166
<b>Γερμανία</b>	252
<b>Ιρλανδία</b>	135
<b>Λουξεμβούργο</b>	140
<b>Πολωνία</b>	166
<b>Σλοβενία</b>	181
<b>Ισπανία</b>	99
<b>Μ. Βρετανία</b>	129

Πηγή : OECD Health at a Glance 2015

## 5.2. Η νοσοκομειακή περίθαλψη και η χρηματοδότηση της στην Κύπρο

Ως νοσοκομειακή περίθαλψη ορίζεται το σύνολο όλων των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων καθώς και των κλινικοεργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων που υποβάλλονται οι ασθενείς εντός ενός νοσηλευτηρίου. Η περίθαλψη αυτή διακρίνεται σε πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια . Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων καθώς και στα Εξωτερικά Ιατρεία ενώ ασχολείται ταυτόχρονα και με την πρόληψη. Η δευτεροβάθμια απαιτεί εισαγωγή σε νοσηλευτήριο ενώ η τριτοβάθμια ασχολείται με εξειδικευμένα προβλήματα υγείας Η συνολική χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης αντιστοιχεί περίπου στο 7.4% του ΑΕΠ.

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο αποτελείται από ένα καλά οργανωμένο δημόσιο τομέα, ο οποίος χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία, έμμεση και άμεση, μέσω του προϋπολογισμού, καλύπτει περίπου 80% του πληθυσμού δωρεάν (άτομα με καθορισμένα εισοδηματικά κριτήρια και άτομα ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης όπως π.χ. δημόσιοι υπάλληλοι, πολύτεκνοι, λήπτες δημοσίου βοηθήματος, ευρωπαίοι πολίτες κλπ.) (Mercer 2013). Ο προϋπολογισμός χρηματοδοτεί το 43% των συνολικών δαπανών (Πίνακας 5.14) ποσό που αντιστοιχεί στο 3.2% του ΑΕΠ. Οι δημόσιες δαπάνες παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση από 408 εκ Ευρώ το 2007 στα 569εκ το 2012 (Πίνακας 5.14).

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες προσωπικές πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται στο 57% των συνολικών δαπανών και αντιστοιχούν στο 4.2% του ΑΕΠ (Πίνακας 5.14). Η χρηματοδότηση του συστήματος στην Κύπρο παρουσιάζει από το 2007 μέχρι το 2012 μια ήπια αυξητική τάση. Το γεγονός ότι ιδιωτικές δαπάνες το 2007 ήταν 550εκ. Ευρώ, ενώ το 2012 ανήλθαν 759εκ, καταδεικνύει την αύξηση των συνολικών ιδιωτικών δαπανών με ταυτόχρονη αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης στο 11% και αύξηση των άμεσων πληρωμών η οποία ανέρχεται στο 87% ( Πίνακας 5.15 ).

Η Κύπρος παρουσιάζει το ψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και συγκεκριμένα ανέρχεται σε 57% σε σύγκριση με το μέσο όρο για τις χώρες της ΕΕ που είναι μόνο 23% ενώ οι άμεσες προσωπικές δαπάνες (out of pocket) είναι 50% των συνολικών δαπανών στην Κύπρο σε σύγκριση με 14% στην ΕΕ ( Μικτή Επιτροπή 2010). Η απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας οδηγεί στην αύξηση των διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στην χώρα Η στροφή προς

την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ο μεγάλος αριθμός των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ο έντονος ανταγωνισμός, και η προκλητή ζήτηση οδήγησε σε συσσώρευση της τεχνολογίας όπως MRI και CT στον ιδιωτικό τομέα. Μέσος όρος MRI στην ΕΕ είναι 9,5 για κάθε εκατομμύριο πληθυσμού ενώ στην Κύπρο είναι 16,5 (OECD 2010) με ένα και μοναδικό MRI εξ αυτών στο δημόσιο. Αντίστοιχη είναι η κατάσταση αναφορικά και με τους αξονικούς τομογράφους, όπου η Κύπρος με μέσο όρο 35,5 αξονικούς ανά εκατομμύριο (6 εξ αυτών είναι στο δημόσιο) βρίσκεται στην πρώτη θέση ενώ δεύτερη είναι η Ελλάδα με 33,9 ανά εκατομμύριο πληθυσμού, την τη στιγμή που ο Κοινοτικός μέσος όρος είναι 19,2 αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού (OECD Database 2010).

#### MRI και CT ανά εκατομμύριο πληθυσμού

	Κύπρος Πληθυσμού	/Εκατομμύριο	Κοινοτικός Όρος/Εκατομμύριο Πληθυσμού	Μέσος
MRI	16.5		9,5	
CT	35,5		19,2	

Πηγή: OECD Database 2010

#### Πίνακας 5.14: Δαπάνες υγείας της Κύπρου σε εκατομμύρια Ευρώ και επί % ποσοστό

του ΑΕΠ

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Δαπάνες Υγείας επί % ποσοστού του ΑΕΠ		6.39	6,66	7.19	7.24	7.32	7.4
Ολικές Δαπάνες Υγείας	Εκτ. Ευρώ	958	1,182	1,248	1,276	1,317	1,318
Δημόσιες Δαπάνες	Εκτ. Ευρώ	408	489	558	552	570	569
Ιδιωτικές Δαπάνες	Εκτ. Ευρώ	550	693	689	724	747	749

Πηγή: World Health Organization Global Health Database 2014

#### Πίνακας 5.15: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας της Κύπρου σε Ευρώ και σε ποσοστά επί

των συνολικών ιδιωτικών δαπανών

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Άμεσες Προσωπικές Δαπάνες Επί % των Ιδιωτικών Δαπανών		83	85	87	87	87	87
Ιδιωτική Ασφάλεια Επί % των Ιδιωτικών Δαπανών		9	9	10	11	11	11
Ιδιωτική Ασφάλεια	Εκτ. Ευρώ	52	60	72	78	81	81
Άμεσες Προσωπικές Δαπάνες	Εκτ. Ευρώ	458	588	603	630	650	652

Πηγή: World Health Organization Global Health Database 2014

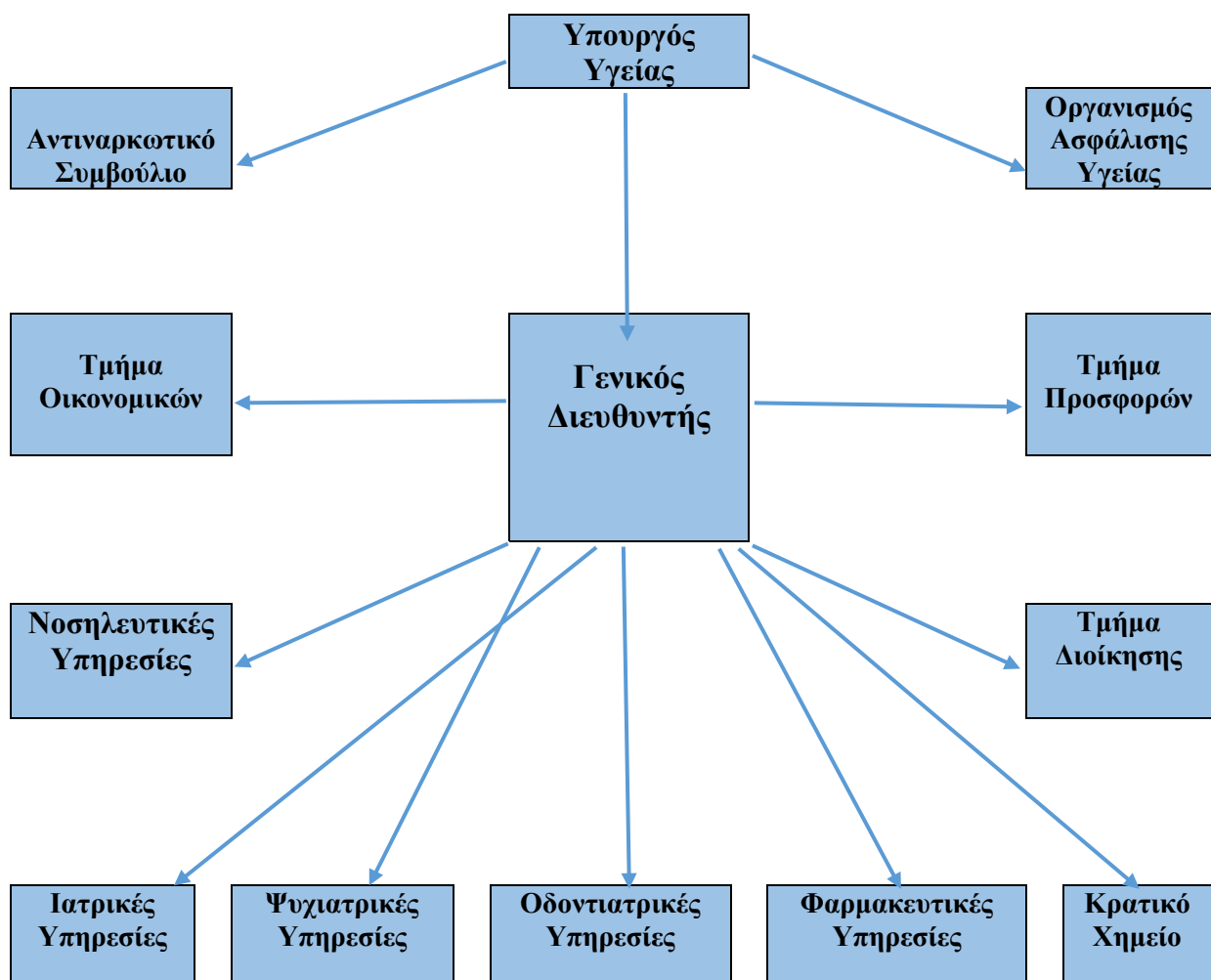
### 5.2.1. Η διοικητική δομή και οργάνωση του υφιστάμενου συστήματος

Το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας και για την σύνταξη προτάσεων νόμων που εξασφαλίζουν την ισότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Κατά την ΕHCI η Κύπρος ακολουθεί την κύρια αναπτυξιακή πορεία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, δηλαδή την ολοένα και υψηλότερη απόδοση και παρουσιάζει βελτίωση σε σχέση με την πρόσβαση και την ενημέρωση των ασθενών, την αναμονή και την έκταση και την εμβέλεια των υπηρεσιών, σε σύγκριση με τις μετρήσεις του 2013, παρόλα αυτά η Κύπρος συνεχίζει να είναι 24η στο φετινό ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. ( ΕHCI 2014)

Το Υπουργείο Υγείας είναι το κέντρο λήψης αποφάσεων (Γράφημα Ι) και ο χρηματοδότης των έξι δημοσίων νοσηλευτηρίων της χώρας, των ιατρικών κέντρων και αγροτικών νοσοκομείων τα οποία βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο, την ευθύνη και την διοίκηση του. Διάφορες προτάσεις για αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση του Υπουργείου Υγείας έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια με στόχο την αποκέντρωση και την μεταφορά της διοίκησης στα δημόσια νοσηλευτήρια . Το 2007 το εθνικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα έθεσε τις αρχές και τις κατευθυντήριες οδηγίες για την αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων έτσι ώστε να περιορίσει τον ρόλο του Υπουργείου Υγείας στον στρατηγικό σχεδιασμό της πολιτικής υγείας

και της δημόσιας υγείας . Η μεταρρύθμιση είχε ως στόχο να αποτελέσει το υπόβαθρο και να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για βελτίωση της αποδοτικότητας στο πλαίσιο του εσωτερικού ανταγωνισμού που θα δημιουργούτανε με την αυτονόμηση και την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Γράφημα 5.1:Οργάνωση Υπουργείου Υγείας



Πηγή: Theodorou, M. 2012

Το Υπουργείο Υγείας είναι επίσης υπεύθυνο για την εποπτεία, την ρύθμιση και την αδειοδότηση των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας, η ελλιπής επικοινωνία και συντονισμός είτε μεταξύ προμηθευτών υγείας μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου συστήματος ή ακόμα και εντός του εκάστοτε συστήματος, τα ψηλά οικονομικά εμπόδια ομάδων συμφερόντων και η έλλειψη οικονομικού ελέγχου είναι οι αδυναμίες και τα χαρακτηριστικά του υπάρχοντος συστήματος.

### 5.3. Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Κύπρο

Ο περί Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 είναι ο πρώτος και ο βασικός νόμος ο οποίος θεσμοθετήθηκε με στόχο την εφαρμογή ενός Γενικού σχεδίου Υγείας και αποτέλεσε αναμφισβήτητα τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου ενιαίων αρχών και κανόνων λειτουργίας για την δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας. Τον βασικό νόμο του 2001 ακολούθησαν οι τροποποιητικοί νόμοι 134(I) του 2002, 101(I) του 2004 και ο 62(I) του 2005. Οι τροποποιητικοί νόμοι συμπεριλήφθηκαν στον βασικό νόμο του 2001 ο οποίος ονομάζεται ο περί Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 μέχρι 2005.

#### 5.3.1. Ο περί Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 μέχρι 2005

Διάφορες μελέτες που έγιναν ανέδειξαν ότι οι Κύπριοι είναι ικανοποιημένοι με το υπάρχον σύστημα υγείας (Hsiao W. 2003) και απολαμβάνουν επίπεδα παροχών υγείας αντίστοιχα των αναπτυγμένων χωρών (Θεοδώρου Μ, 2009). Η απουσία όμως Γενικού Συστήματος Υγείας και η ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η διασφάλιση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του λαού, οδήγησαν την Κυπριακή Δημοκρατία το 2001 στην θέσπιση του νόμου για το ΓεΣΥ (Γενικό Σύστημα Υγείας). Στην παρούσα έρευνα έγινε μια συστηματική ανάλυση του υπάρχοντος νόμου Ίδρυσης του ΓεΣΥ 2001 μέχρι 2005 σε πίνακα βάση των πέντε προϋποθέσεων για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι η ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού ασφάλισης, η αυτονόμηση των προμηθευτών, οι συμβολεακές σχέσεις, οι κανόνες ανταγωνισμού και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή. Ο νόμος αυτός εξασφάλιζε αρχικά την ίδρυση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) ο οποίος θα είχε ως στόχο την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Ο ΟΑΥ θα διαχειριζόταν το ταμείο το οποίο θα δημιουργούνταν από



τις εισφορές των δικαιούχων και θα εξασφάλιζε σε αυτούς ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω συμβεβλημένων προμηθευτών. Ταυτόχρονα θα τηρούσε αρχεία και θα παρουσίαζε ετήσιες οικονομικές εκθέσεις ενώ θα εξασφάλιζε μέσω υποτροφιών, ερευνητικών προγραμμάτων και κινήτρων την εκπαίδευση και επιμόρφωση των παρόχων υγείας. Με βάση τον Νόμο του 2001 τα κρατικά νοσηλευτήρια θα παρέμεναν ιδιοκτησία του κράτους και ο ΟΑΥ θα αγόραζε υπηρεσίες φροντίδας υγείας είτε από τα ιδιωτικά είτε από τα δημόσια νοσηλευτήρια. Όλα τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια θα έπρεπε να καταθέτουν εκθέσεις της παρεχόμενης φροντίδας για την καταβολή των τελών τα οποία θα ήταν καθορισμένα μετά από διαβούλευση μεταξύ προμηθευτών και ΟΑΥ. Η παροχή φροντίδας υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς αλλά και σε νοσηλευόμενους σε συμβεβλημένα νοσηλευτήρια θα εξασφαλιζόταν από τους γενικούς και ειδικούς ιατρούς, θα επέτρεπε τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις, την χορήγηση φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών από εγκεκριμένο κατάλογο και τις κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις. Επίσης στον νόμο αυτό γίνεται αναφορά στην δυνατότητα μεταφοράς του ασθενή όταν κριθεί αναγκαίο και στην δυνατότητα προμήθειας, συντήρησης και ανανέωσης προσθετικών και ορθοπεδικών ειδών. Από άποψη πρόληψης γίνεται αναφορά μόνο στην οδοντιατρική περίθαλψη μέχρι δεκαπέντε ετών ενώ τα ψυχιατρικά νοσήματα δεν περιλαμβάνονταν στην παροχή φροντίδας. Ο ΟΑΥ όφειλε να ελέγχει την απόδοση και τις δραστηριότητες των προμηθευτών, των συνταγών και παραπομπών των προμηθευτών, την τήρηση των κλινικών πρωτοκόλλων και των αρχείων των ασθενών. Δεκαπέντε χρόνια μετά την ψήφιση του παρόντος νόμου και τις μικρές αλλαγές που επήλθαν με τους νόμους 134/2002, 101/2004 και 62/2005 το ΓεΣΥ δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Η ένταξη της χώρας στην ΕΕ, η ιδιαίτερη οικονομική κατάσταση στην οποία περιήλθε η χώρα και η μνημονιακή δέσμευση της χώρας για εφαρμογή συστήματος υγείας ώθησαν την παρούσα κυβέρνηση στην μελέτη και τον σχεδιασμό ενός καινούργιου νομοσχεδίου για το ΓεΣΥ και για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

**Πίνακας 5.16: Οι περί Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 μέχρι 2005**

ΟΑΥ	Αυτονόμηση προμηθευτών	Συμβολαιακές σχέσεις	Κανόνες Ανταγωνισμού	Δικαίωμα ασθενών επιλογής προμηθευτών
Άρθρο 3 Ίδρυση Οργανισμού Ασφάλισης	Άρθρο 66 Παρ.1) Τα κρατικά νοσηλευτήρια παραμένουν	Άρθρο 28 Παρ.1) Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει: α)	Άρθρο 26 Παρ.1) Τήρηση καταλόγων, δικαιούχων	Άρθρο 27. 1) Οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα αλλαγής του ιατρού της επιλογής τους μια

ης Υγείας	ιδιοκτησία του κράτους Κατοχύρωση ιδιοκτησίας των Κρατικών νοσηλευτηρίων.	Περίθαλψη από προσωπικούς ιατρούς και από ιατρούς ειδικοτήτων σε εξωτερικούς ασθενείς και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτήρια.	παροχής πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από τους συμβεβλημένους ιατρούς.	φορά κάθε έξι μήνες
Άρθρο 4Παρ.1) Σκοπός η εφαρμογή ή γενικού συστήματος υγείας,	2) Το κράτος έχει την υποχρέωση να λαμβάνει όλες τις πρόνοιες, εκσυγχρονισμού των νοσηλευτηρίων	(β) τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις	2)(α) Ο δικαιούχος εγγράφεται σε κατάλογο προσωπικού ιατρού της δικής του επιλογής.	2) Σε άρνηση του ιατρού να γράψει στον κατάλογο του δικαιούχο, αυτός δύναται να υποβάλει στον Οργανισμό αίτηση για αναθεώρηση της απόφασης του ιατρού.
Αρμοδιότητα(α) Διαχείριση του ταμείου το οποίο ιδρύεται		(γ) χορήγηση φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών από εγκεκριμένο κατάλογο με συνταγή που εκδίδει ο συμβεβλημένος ιατρός,	(β) Με την εγγραφή του δικαιούχου στον κατάλογο καθίσταται δυνατή η προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών.	3)(α) Σε κάθε περίπτωση που ιατρός επιθυμεί να διαγράψει από τον κατάλογο του δικαιούχο παρά τη θέλησή του, ο δικαιούχος δύναται να υποβάλει ένσταση στον Οργανισμό.
(β)Εξασφάλιση της παροχής Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης·		(δ) περίθαλψη από ασκούντα επάγγελμα υπό την εποπτεία ιατρού ή άλλου προσοντούχου επαγγελματία	3) Ηλικία κάτω των δεκαπέντε ετών εγγράφεται σε κατάλογο παιδίατρο ή άλλου προσωπικού ιατρού της επιλογής του γονέα ή του κηδεμόνα του.	(β)Μέχρι την εγγραφή του δικαιούχου, ανάθεση της φροντίδας του σε άλλο ιατρό, ο οποίος υποχρεούται να εγγράψει το δικαιούχο στον κατάλογο με επιφύλαξη ή χωρίς επιφύλαξη.
(γ) συμβολή με προμηθευτές ιατρικής φροντίδας		(ε) Νοσηλεία σε συμβεβλημένο νοσηλευτήριο	4)Οι συμβεβλημένοι προσωπικοί ιατροί παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα αδιακρίτως σε	γ) Στις περιπτώσεις που ο δικαιούχος εγγράφεται με επιφύλαξη, ο ιατρός οφείλει να υποβάλει τους λόγους στον Οργανισμό για

			όλους τους εγγεγραμμένους στον κατάλογο τους.	αναθεώρηση της απόφασής του.
(δ) Ετήσιες Εκθέσεις της οικονομικής κατάστασης του Ταμείου		(στ) Προληπτική οδοντιατρική περίθαλψη μέχρι δεκαπέντε ετών	5) Ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να εξυπηρετεί το δικαιούχο επί εικοσιτετράωρου βάσεως	4)(α) Σε περίπτωση προβλημάτων κατά την εγγραφή σε κατάλογο ιατρού ή ο ιατρός επιθυμεί να μετακίνηση από τον κατάλογο του, ο δικαιούχος δύναται να υποβάλει παράπονο στον Οργανισμό, ο οποίος ακολούθως ορίζει προσωπικό ιατρό ο οποίος εγγράφει, υποχρεωτικώς, το δικαιούχο στον κατάλογο του.
(ε) Διάθεση χρημάτων για σκοπούς έρευνας, διαφώτισης, επιμόρφωσης και εκπαίδευσης		(ζ) Ιατρική αποκατάσταση, περιλαμβανομένων της προμήθειας, της συντήρησης και της ανανέωσης προσθετικών και ορθοπεδικών ειδών		(β) Ο εν λόγω προσωπικός ιατρός έχει δικαίωμα να ζητήσει αναθεώρηση της απόφασής του Οργανισμού.
(στ) Παροχή κινήτρων και υποτροφιών για μεταπτυχιακές σπουδές σε εξειδικευμένα θέματα		(η) κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις		Άρθρο 26 Παρ.1) Τήρηση καταλόγων, δικαιούχων παροχής πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από τους συμβεβλημένους ιατρούς.
(στ) Διάθεση χρημάτων		θ) Μεταφορά του ασθενούς σε περίπτωση που το επιβάλλει η		2)(α) Ο δικαιούχος εγγράφεται σε κατάλογο προσωπικού ιατρού

ετήσιου προϋπολογισμού έως 5% για διαχείριση του οργανισμού		κατάσταση της υγείας του.		της δικής του επιλογής.
(η) Να τηρεί αρχεία		2) Ο Οργανισμός δεν καλύπτει χρόνια ψυχιατρική φροντίδα		(β) Με την εγγραφή του δικαιούχου στον κατάλογο καθίσταται δυνατή η προσφορά των παρεχόμενων, υπηρεσιών.
		Άρθρο 34 Παρ. 1) Ο Οργανισμός παρακολουθεί και ελέγχει την απόδοση και δραστηριότητες των προμηθευτών		3) Ηλικία κάτω των δεκαπέντε ετών εγγράφεται σε κατάλογο παιδίατρου ή προσωπικού ιατρού της επιλογής του γονέα ή του κηδεμόνα του.
		2) Έλεγχος της απόδοσης και δραστηριότητας των προμηθευτών (α) Έλεγχος συνταγών και παραπομπών.		
		(β) Έλεγχος του βαθμού τήρησης των κλινικών πρωτοκόλλων		
		(γ) Επιθεώρηση των αρχείων των ασθενών και με επιτόπιες επισκέψεις·		
		(δ) Παρακολούθηση και έλεγχος τους ανταπόκρισης τους κλήσεις ασθενών μετά το κανονικό ωράριο εργασίας.		
		Άρθρο 35 Παρ.1) Συμβολή		

		για αγορά υπηρεσιών με κρατικά και ιδιωτικά νοσηλευτήρια		
		2) Απαιτούνται από όλα τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια εκθέσεις θεραπευτικής αγωγής μαζί με τις απαιτήσεις τους για την καταβολή τελών		
		(3)(α)Καθορισμός αποζημίωσης με συμφωνία μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών.		
		(β)Μεθόδων αποζημίωσης όπως αποζημίωση κατά ιατρική πράξη ή αποζημίωση κατά ομαδοποιημένες κατηγορίες ή άλλη μέθοδος η οποία αποφασίζεται σε συνεργασία με τους προμηθευτές.		

Πηγή: Επίσημη Εφημερίδα Παρ I(I) Αρ.3497, 4/5/2001

### **5.3.2. Νομοσχέδιο: Νόμος που τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 μέχρι 2005 του 2014**

Το νομοσχέδιο του 2014 όπως και ο νόμος του 2001 έχει ως βασική προϋπόθεση την ίδρυση του ΟΑΥ και την εξασφάλιση πρόσβασης και παροχής φροντίδας υγείας από συμβεβλημένους παρόχους. Σε αντίθεση όμως με τον Νόμο του 2001 στο παρόν νομοσχέδιο ο Υπουργός Υγείας έχει σε πλήρη έλεγχο τον ΟΑΥ αφού τελεί κάτω από την αρμοδιότητα του υπουργού. Ο Υπουργός θα εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την εκτέλεση των

καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του ΟΑΥ και δύναται είτε αυτός είτε επιθεωρητές τους οποίους θα διορίζει με διάταγμα να ελέγχει οποιαδήποτε δραστηριότητα του ΟΑΥ οποτεδήποτε θελήσει. Σημαντικό γεγονός είναι η καινούργια παράγραφος του νομοσχεδίου η οποία αναφέρεται στην δυνατότητα του υπουργού να εξετάσει μέτρα για συνεχή εκσυγχρονισμό του ΓεΣΥ συμπεριλαμβανομένης και της μετεξέλιξης του σε μικτό σύστημα το οποίο θα επιτρέπει την συμμετοχή πέραν του ενός ασφαλιστικού οργανισμού. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί προοίμιο της εφαρμογής ενός πολυασφαλιστικού συστήματος με συμμετοχή ιδιωτικών ασφαλειών. Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα κρατικά νοσηλευτήρια παύουν να είναι ιδιοκτησία του κράτους. Τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια θα πρέπει να πληρούν τις προδιαγραφές για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας, να υποβάλλουν εκθέσεις θεραπευτικής αγωγής μαζί με τις απαιτήσεις τους για καταβολή αποζημίωσης και να αποζημιώνονται με βάση ομάδες συγγενών διαγνώσεων ή και άλλες μεθόδους. Οι συμβεβλημένοι πρέπει επίσης να επιτρέπουν εποπτεία και έλεγχο από τον ΟΑΥ να τηρούν αρχεία και παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην αποτελεσματική εφαρμογή και λειτουργία του ΓΕΣΥ όπως επίσης και εκπαιδευτικά σεμινάρια. Ο ΟΑΥ συμβάλλεται στο παρόν νομοσχέδιο με ένα ευρύτερο το φάσμα επαγγελματιών φροντίδας υγείας. Ο ΟΑΥ συμβάλλει με νομικά πρόσωπα ιδιωτικού ή/και δημοσίου δικαίου ή/και με τις κρατικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, με προσωπικούς ιατρούς βάση προδιαγραφών για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας και ειδικούς ιατρούς για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας. Παρέχονται εργαστηριακές εξετάσεις, και εξειδικευμένες βιοϊατρικές εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις από συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και φαρμακευτική φροντίδα από τον εγκεκριμένο κατάλογο βάσει συνταγής συμβεβλημένου ιατρού. Επίσης σε αντίθεση με το 2001 παρέχεται φροντίδα υγείας από νοσηλευτές και μαίες, ανακουφιστική φροντίδα υγείας και φροντίδα υγείας από άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και φροντίδα για όλες τις περιπτώσεις ψυχιατρικής νοσηλείας. Στο νομοσχέδιο του 2014 επαναλαμβάνεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού και παρόχου υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η πολιτική της Υγείας στο ΓΕΣΥ θα καθορίζεται από την αρμόδια αρχή και θα περιλαμβάνει τον καθορισμό της παρεχόμενης από το ΓΕΣΥ φροντίδας υγείας όπως αυτή αναφέρεται στα διατάγματα της αρμόδιας αρχής καθώς και κάθε άλλη υπηρεσία φροντίδας υγείας που δυνατό να προκύπτει με διατάγματα της αρμόδιας αρχής κάθε έτος.

**Πίνακας 5.17 :** Νομοσχέδιο ΓεΣΥ 2014

ΟΑΥ	Αυτόνομ	Συμβολιακές	Κανόνες	Δικαίωμα ασθενών
-----	---------	-------------	---------	------------------

	ησηση προμηθευτών	σχέσεις	Ανταγωνισμού	επιλογής προμηθευτών
Άρθρο 3 Ίδρυση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας	Το άρθρο 66 καταργείται	Άρθρο 30 (α) Συμβολή ΟΑΥ με άλλους επαγγελματίες υγείας	Άρθρο11Α.-(1) Ο ΟΑΥ βρίσκεται κάτω από την αρμοδιότητα, τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργού.	Άρθρο2(α) Της καθολικής κάλυψης των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας, ως αναφέρονται στο άρθρο 16, στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας,
Άρθρο 4 (α) Εξασφάλιση πρόσβασης και παροχής στους δικαιούχους		(β) κλινικά εργαστήρια	(2) Ο Υπουργός δύναται, με διάταγμα να εκδίδει προς τον ΟΑΥ κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων του και ο ΟΑΥ οφείλει να εφαρμόζει κάθε τέτοια οδηγία.	(β) της δίκαιης κατανομής του κόστους και της κοινωνικής αλληλεγγύης,
Παρ.4)(β) Συμβάλλεται με παρόχους υγείας		(γ)Απεικονιστικά διαγνωστικά κέντρα		(γ) της ελεύθερης επιλογής ιατρού και παρόχου υπηρεσιών φροντίδας υγείας,
Παρ4)(γ) Διάθεση χρημάτων ετήσιου προϋπολογισμού έως 5% για διαχείριση του οργανισμού		(δ) Νοσηλευτές και μαίες	22.- (1) Η πολιτική της Υγείας στο ΓΕΣΥ καθορίζεται από την αρμόδια αρχή και περιλαμβάνει τον καθορισμό της παρεχόμενης από το ΓΕΣΥ φροντίδας υγείας.	
Παρ4)(δ) Τήρηση αρχείων		(ε) Οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας	(2) Η παρεχόμενη από το ΓΕΣΥ φροντίδα υγείας περιλαμβάνει τις κατηγορίες υπηρεσιών που καθορίζονται στο παρόν Μέρος όπως αυτές καθορίζονται	

			με διατάγματα της αρμόδιας αρχής καθώς και κάθε άλλη υπηρεσία φροντίδας υγείας που δυνατό να καθορίζεται με διατάγματα της αρμόδιας αρχής κάθε έτος.	
Άρθρο11 Α1. Ο ΟΑΥ βρίσκεται κάτω από την αρμοδιότητα του υπουργού.		Άρθρο 31 Παρ.1. Συμβολή με νοσηλευτήρια τα οποία πληρούν τις προδιαγραφές για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας	2-Περιλαμβάνουν 1(α) Φροντίδα υγείας από προσωπικούς ιατρούς για πρωτοβάθμια φροντίδα και ειδικούς ιατρούς για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας	
2. Ο υπουργός εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την εκτέλεση των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του ΟΑΥ		Παρ3)(γ) Να παρακολουθούν επιμορφωτικά σεμινάρια	(β) αναγκαίες κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, και εξειδικευμένες βιοϊατρικές εργαστηριακές εξετάσεις·	
3.Ο υπουργός δύναται να διερευνά οποιαδήποτε δραστηριότητα του ΟΑΥ κατά οποιοδήποτε χρόνο		Παρ3)(δ)Να τηρούν αρχεία για κάθε δικαιούχο σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία φροντίδας υγείας	(γ) απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις·	
4. Ο υπουργός με διάταγμα		Παρ.(3)(ε) να επιτρέπουν εποπτεία και έλεγχο από τον	(δ) φαρμακευτική φροντίδα από τον εγκεκριμένο κατάλογο βάσει	



δύναται να διορίσει επιθεωρητές για ελέγχους		ΟΑΥ	συνταγής συμβεβλημένου ιατρού ή οδοντίατρου.	
5. Ο Υπουργός δύναται να εξετάσει μέτρα για συνεχή εκσυγχρονισμό του ΓεΣΥ συμπεριλαμβανομένης και της μετεξέλιξης του σε μικτό σύστημα το οποίο θα επιτρέπει την συμμετοχή πέραν του ενός ασφαλιστικού οργανισμού.		Παρ.4) Οι διαδικασίες αποζημίωσης των νοσηλευτηρίων που συμβάλλονται με τον ΟΑΥ καθορίζονται με Κανονισμούς και περιλαμβάνονται στη σύμβαση, η οποία συνάπτεται μεταξύ τους	(ε) φροντίδα υγείας από νοσηλευτές και μαίες·	
Αρθ.2 (3) Ο Υπουργός δύναται να διερευνά οποιαδήποτε δραστηριότητα του ΟΑΥ κατά οποιοδήποτε χρόνο και ο ΟΑΥ οφείλει να παρέχει πληροφορίες που		Παρ.5) Τα νοσηλευτήρια αποζημιώνονται με βάση ομάδες συγγενών διαγνώσεων ή και άλλες μεθόδους	(στ) ανακουφιστική φροντίδα υγείας·	

σχετίζονται με την ιδιοκτησία και τις δραστηριότητες του καθώς και κάθε διευκόλυνση κατά τον χρόνο και τρόπο που θέλει ο Υπουργός				
Άρθρο 2Α. Σκοπός η διασφάλιση: (α) Της καθολικής κάλυψης των πολιτών παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας,		Άρθρο 38.Παρ1) Συμβολή ΟΑΥ είτε με φυσικά είτε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού ή/και δημοσίου δικαίου ή/και κρατικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας	(ζ) φροντίδα υγείας από άλλους επαγγελματίες υγείας	
(β) της δίκαιης κατανομής του κόστους και της κοινωνικής αλληλεγγύης,		Παρ.2α ο ΟΑΥ ελέγχει την έκδοση συνταγών και παραπομπών	(η) ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας σε νοσηλευτήριο	
(γ) της ελεύθερης επιλογής ιατρού και παρόχου υπηρεσιών φροντίδας υγείας,			(θ) προληπτική οδοντιατρική φροντίδα υγείας μέχρι το 16ο έτος και οδοντιατρικός καθαρισμός σε ειδικές ομάδες ασθενών	
			(ι) ιατρική αποκατάσταση, περιλαμβανομένης	

			της προμήθειας, της συντήρησης και της ανανέωσης ορθοπεδικών ειδών και τεχνητών μελών	
			(ια) κατ' οίκον επισκέψεις από τους παροχείς	
			(ιβ) μεταφορά του δικαιούχου με ασθενοφόρο	
			(ιγ) χορήγηση των αναγκαίων ιατροτεχνολογικών προϊόντων με βάση συνταγή	
			(ιδ) υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε περιπτώσεις ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών.	
			(3) Το ΓΕΣΥ καλύπτει όλες τις περιπτώσεις ψυχιατρικής νοσηλείας	
			Αρθ.24.-(1)(α) Ο ΟΑΥ συμβάλλεται με προσωπικούς ιατρούς βάση προδιαγραφών	
			(β) Για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από ιατρούς ο ΟΑΥ συμβάλει με νομικά πρόσωπα ιδιωτικού ή/και δημοσίου δικαίου ή/και με τις κρατικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας,	
			(2) Η αρμόδια αρχή καθορίζει πρότυπα για εγκαταστάσεις και εξοπλισμό στην πρωτοβάθμια φροντίδα	
			1) Τεχνικές προδιαγραφές, σε	

			συνεργασία με τον ΟΑΥ και τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο ή και άλλους επιστημονικούς συλλόγους	
			Άρθ. 31 Παρ.(3)(α) Ο ΟΑΥ δύναται να απαιτεί από όλα τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια να υποβάλλουν εκθέσεις θεραπευτικής αγωγής στον καθορισμένο από τον ΟΑΥ τύπο μαζί με τις απαιτήσεις τους για καταβολή αποζημίωσης	
			Παρ.(3)(β) Να παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην αποτελεσματική εφαρμογή και λειτουργία του ΓΕΣΥ	
			Άρθ.31(γ) Επιθεώρηση των αρχείων των ασθενών και με επιτόπιες επισκέψεις·	
			Παρ.6) Καθορισμός του ύψους της αποζημίωσης των συμβεβλημένων νοσηλευτηρίων ύστερα από διαβούλευση με τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων και τους αρμόδιους επαγγελματικούς συνδέσμους, συλλόγους ή φορείς	

			Αρθ38 Παρ.2β ο ΟΑΥ ελέγχει την τήρηση των προδιαγραφών, και των κλινικών πρωτοκόλλων	
			Παρ.2γ.ο ΟΑΥ ελέγχει με επιθεώρηση των αρχείων των ασθενών και με επιτόπιες επισκέψεις	
			Παρ.2δ.ο ΟΑΥ ελέγχει το μέγεθος των καταλόγων των προσωπικών ιατρών.	

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

### 5.3.3. Νομοσχέδιο: Ο περί ίδρυσης οργανισμών γενικών νοσοκομείων

#### Νόμος του 2015

Όπως ήδη έχει αναφερθεί το 2007 το εθνικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα έθεσε τις αρχές και τις κατευθυντήριες οδηγίες για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Το 2015 οι αρχικές αυτές οδηγίες έγιναν ένα λεπτομερέστατο σχέδιο νόμου.

Στόχος είναι η δημιουργία έξι οργανισμών για τα έξι επαρχιακά νοσοκομεία οι οποίοι θα αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και θα λειτουργούν μέσω διοικητικού συμβουλίου. Οι οργανισμοί αυτοί έχουν ως σκοπό την διασφάλιση στους πολίτες την πρόσβαση και την παροχή φροντίδας υγείας μέχρι την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ εκτός από την πρόσβαση και την φροντίδα υγείας θα έγκειται στον υπουργό Υγείας ποια άλλη υπηρεσία φροντίδας υγείας γενικού συμφέροντος θα παρέχουν.

Οι οργανισμοί πρέπει να αναπτύσσουν ερευνητικές, εκπαιδευτικές και ακαδημαϊκές δραστηριότητες στον τομέα των ιατρικών παραϊατρικών και άλλων συναφών κλάδων και επιστημών. Θα γίνει μεταβίβαση προς τους Οργανισμούς μερικής ή όλης της ακίνητης και κινητής περιουσίας των υποστατικών ή/και εγκαταστάσεων τα οποία κηρύσσονται ως δημόσια νοσηλευτήρια και ταυτόχρονη μεταβίβαση όλων τα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων προς τα συμβούλια των οργανισμών τα οποία θα κατέχουν, θα συντηρούν και θα διαθέτουν την περιουσία των οργανισμών. Όλες οι αναφερόμενες διατάξεις εξασφαλίζουν την αυτονόμηση των προμηθευτών

Τα διοικητικά συμβούλια δύναται να συνάπτουν συμβάσεις με σκοπό την διάθεση των υπηρεσιών ή μέρους των υπηρεσιών οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού με βάση όρους που διαλαμβάνονται στην σύμβαση και θα μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις με άλλες αρχές , οργανισμούς ή φυσικά πρόσωπα εντός και εκτός της χώρας για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους γενικότερα.

Έχουν επίσης το δικαίωμα να ιδρύουν και να διευθύνουν άλλους οργανισμούς εταιρίες για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους και να καθορίζουν τα τέλη ή άλλης φύσεως αμοιβές για ιατρικές νοσηλευτικές ή άλλες υπηρεσίες που παρέχουν οι αυτόνομοι οργανισμοί εκτός ΓεΣΥ. Οι οργανισμοί καθορίζουν τους όρους εργοδοσίας τα σχέδια υπηρεσίας και τα κριτήρια πρόσληψης αξιολόγησης και προαγωγής του νέου προσωπικού. Το νομοθετικό αυτό περιεχόμενο καθορίζει τους κανόνες που διέπουν τις συμβολεακές σχέσεις των αυτονομημένων νοσοκομείων.

**Πίνακας 5.18:** Νομοσχέδιο Αυτονόμησης Δημόσιων Νοσηλευτηρίων 2015

<b>Αυτονόμηση προμηθευτών</b>	<b>Συμβολεακές σχέσεις</b>
Άρθρο 4. Παρ. 1) Δημιουργία έξι οργανισμών οι οποίοι αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου	Άρθρο 6. 1) Οι οργανισμοί μέσω των διοικητικών συμβουλίων (γ) να αποκτούν με αγορά ή σύμβαση και να αποδέχονται δωρεά ή αλλιώς να κατέχουν να διαθέτουν και να συντηρούν κινητή και ακίνητη περιουσία την οποία χρησιμοποιούν για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους
3) Ο κάθε οργανισμός λειτουργεί μέσω του διοικητικού συμβουλίου	(δ) να διασφαλίζουν την ορθή εκμετάλλευση της κινητής και ακίνητης περιουσίας που κατέχουν
Άρθρο 5. 1) Σκοπός (α) μέχρι την εφαρμογή του ΓεΣΥ να διασφαλίσουν στους πολίτες την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας	(ε) δύναται να συνάπτουν συμβάσεις με σκοπό την διάθεση των υπηρεσιών ή μέρους των υπηρεσιών οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού με βάση όρους που διαλαμβάνονται στην σύμβαση
(β) μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ να διασφαλίσουν την πρόσβαση και την παροχή φροντίδας υγείας καθώς και κάθε άλλη υπηρεσία φροντίδας υγείας γενικού συμφέροντος ήθελε ζητηθεί με διάταγμα υπουργού	(στ) οι Οργανισμοί δύναται να συνάπτουν συμβάσεις με άλλες αρχές , οργανισμούς ή φυσικά πρόσωπα εντός και εκτός της χώρας για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους γενικότερα.
(γ ) να παρέχουν ιατρικές παραϊατρικές και άλλες υπηρεσίες σε συναφή κλάδους και επιστήμες	(ζ) να συνεργάζονται με οποιεσδήποτε αρχές , οργανισμούς, ιδρύματα σωματεία επιτροπές ομάδες ή /και φυσικά πρόσωπα αναφορικά με θέματα που αφορούν άμεσα ή έμμεσα την λειτουργία ή /και την υλοποίηση των σκοπών τους
(δ) να αναπτύσσουν εκπαιδευτικές και ακαδημαϊκές δραστηριότητες στον	η) να ιδρύουν να διευθύνουν άλλους οργανισμούς εταιρίες για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους

τομέα των ιατρικών παραϊατρικών και άλλων συναφών κλάδων και επιστημών	
(ε) να αναπτύσσουν ερευνητικές δραστηριότητες στον τομέα των ιατρικών παραϊατρικών και άλλων συναφών κλάδων και επιστημών	θ)να καθορίζουν τα δικαιώματα ή τα τέλη ή άλλης φύσεως αμοιβές για ιατρικές νοσηλευτικές ή άλλες υπηρεσίες που παρέχουν οι αυτόνομοι οργανισμοί εκτός ΓεΣΥ
Άρθρο 18. 2 Σύσταση Διευθυντικής ομάδας ( Εκτελεστικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Επιστημονικό, Οικονομικό, Διοικητικό Διευθυντή και Διευθυντή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας)	(ι) οι Οργανισμοί δύναται να αναθέτουν σε συμβούλους ή /και εμπειρογνώμονες συγκεκριμένες εργασίες αναγκαίες για την αντιμετώπιση ιατρικής φύσεως περιστατικών είτε άλλων θεμάτων που σχετίζονται με την λειτουργία τους
Άρθρο 16. 1 το υπουργικό συμβούλιο δύναται με διάταγμα (α) να μεταβιβάσει προς τους Οργανισμούς μερική ή όλη την ακίνητη και κινητή περιουσία που τελεί υπό την διαχείριση των υποστατικών ή/και εγκαταστάσεων τα οποία κηρύσσονται ως δημόσια νοσηλευτήρια δυνάμει του παρόντος νόμου	(ιε) να καθορίζουν τους όρους εργοδότησης του νέου προσωπικού
β) να μεταβιβάσει όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις προς τα συμβούλια των οργανισμών για σκοπούς άσκησης των αρμοδιοτήτων των αντίστοιχων οργανισμών	(ιστ) να καθορίζουν τα σχέδια υπηρεσίας του νέου προσωπικού
	(ιζ) να καθορίζουν τα κριτήρια πρόσληψης αξιολόγησης και προαγωγής του νέου προσωπικού
	(ιθ) δύναται να παρέχουν κίνητρα στην διευθυντική ομάδα και το προσωπικό για καλύτερη απόδοση

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Στην μεθοδολογία αναφέρθηκε η κατάταξη της αυτονόμεσης των προμηθευτών κατά τον Preker σε οικονομική, σε διοικητική και σε εργασιακή και η ανάλυση του νομοσχεδίου στις τρεις αυτές ενότητες. Η διοικητική αυτονόμεση φαίνεται να εξασφαλίζεται από τα Άρθρα 4,7,14,17και 19. Ο οργανισμός θα διοικείται από το Διοικητικού Συμβουλίου το οποίο διορίζει το υπουργικό συμβούλιο, και θα διαχειρίζεται την περιουσία του οργανισμού και θα τον εκπροσωπεί ενώπιον κάθε αρχής Το Διοικητικού Συμβουλίου θα δικαιούται εκχωρεί εξουσίες και αρμοδιότητες στον εκτελεστικό διευθυντή ενώ δύναται να συστήνει εξειδικευμένες επιτροπές οι οποίες θα του παρέχουν βοήθεια στην άσκηση των καθηκόντων

του Επίσης παρέχεται ελευθερία στην διευθυντική ομάδα να εγκρίνει τις υπηρεσίες που θα προσφέρονται ,να εγκρίνει ακαδημαϊκά και ερευνητικά προγράμματα και να εισηγείται προτάσεις για τον επιμερισμό του προϋπολογισμού και την συνεχή αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας

**Πίνακας 5.18α:** Νομοσχέδιο Αυτονόμησης Δημόσιων Νοσηλευτηρίων 2015

<b>Διοικητική Αυτονόμηση Δημόσιων νοσηλευτηρίων</b>				
<b>Άρθρο 4 (3)</b> κάθε Οργανισμός διοικείται και ενεργεί μέσω Διοικητικού Συμβουλίου το οποίο διαχειρίζεται την περιουσία και τους πόρους του και τον εκπροσωπεί ενώπιον κάθε αρχής	<b>Άρθρο 7</b> Το υπουργικό Συμβούλιο διορίζει το Διοικητικό Συμβούλιο <b>2</b> Το Διοικητικό Συμβούλιο απαρτίζεται από <b>(α)</b> τον πρόεδρο <b>(β)</b> τον αντιπρόεδρο <b>(γ)</b> δύο μέλη <b>(δ)</b> οι Γενικοί Διευθυντές των Υπουργείων Οικονομικών και Υγείας <b>(ε)</b> Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή ο οποίος εκτελεί χρέη ταμίας του Συμβουλίου και τον Αναπληρωτή ή Γενικό Διευθυντή ο οποίος εκτελεί	<b>Άρθρο 14 (1)</b> Κάθε Συμβούλιο δύναται να εκχωρεί την άσκηση εξουσιών και αρμοδιότητων εκτός από την άσκηση πολιτικής του Οργανισμού στον Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή ή/και στον αναπληρωτή Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή	<b>Άρθρο 17</b> Κάθε συμβούλιο δύναται να προβαίνει με απόφαση του στην σύσταση εξειδικευμένων σωμάτων και επιτροπών για να βοηθούν και να συμβουλευθούν το Συμβούλιο στην άσκηση των αρμοδιοτήτων του	<b>Άρθρο 19</b> Η διευθυντική Ομάδα, έχει τις πιο κάτω αρμοδιότητες <b>(α)</b> να εγκρίνει τις προσφερόμενες από τον οργανισμό υπηρεσίες φροντίδας υγείας <b>(β)</b> εγκρίνει ιατρικά παραϊατρικά εκπαιδευτικά, ακαδημαϊκά και ερευνητικά προγράμματα <b>(γ)</b> να υποβάλλει στο Συμβούλιο του Οργανισμού εισηγήσεις για τον επιμερισμό του προϋπολογισμού και τις ανάγκες του Οργανισμού <b>(δ)</b> να εισηγείται στο Συμβούλιο του Οργανισμού την συνεχή αναβάθμιση ,την παροχή νέων ή την κατάργηση παρεχόμενων από τον Οργανισμό Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας <b>(ε)</b> να λαμβάνει να μελετά τις εισηγήσεις του επιστημονικού Συμβουλίου <b>(στ)</b> να καταρτίζει επιτροπές από άτομα που συμμετέχουν σε αυτή και δύναται να μεταβιβάζει σε αυτές οποιαδήποτε από τις αρμοδιότητες της <b>(2)</b> Οι αποφάσεις της Διευθυντικής Ομάδας δεν θα υπόκεινται σε επικύρωση από το Διοικητικό Συμβούλιο εκτός εάν αφορούν σε θέματα υπέρβασης του εγκεκριμένου



	χρέη γραμματέα <b>(στ)</b> ένα εκπρόσωπο των ασθενών			προϋπολογισμού ή /και θέματα πολιτικής και στρατηγικής ή /και άλλα θέματα που είναι αρμοδιότητα του ΔΣ
--	---	--	--	--

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Η οικονομική αυτονομία φαίνεται να εξασφαλίζεται από τα Άρθρα 6,17,26,27και 28.Οι οργανισμοί μέσω των διοικητικών τους συμβούλιων διαθέτουν και συντηρούν κινητή και ακίνητη περιουσία για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους . Έχουν το δικαίωμα να συνάπτουν συμβάσεις, να ιδρύουν εταιρίες και να καθορίζουν τέλη και αμοιβές για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Το υπουργικό συμβούλιο στους οργανισμούς την περιουσία των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Τα έσοδα των οργανισμών προέρχονται από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται ενώ μέχρι την εφαρμογή του ΓεΣΥ τα ελλείματα θα καλύπτονται από το κράτος όπως και τα τρία πρώτα χρόνια του ΓεΣΥ. Τήρηση λεπτομερών λογαριασμών για όλα τα λεφτά που εισπράττονται ή δαπανώνται

**Πίνακας 5.18β:** Νομοσχέδιο Αυτονομίας Δημόσιων Νοσηλευτηρίων 2015

<b>Οικονομική Αυτονομία Δημόσιων νοσηλευτηρίων</b>				
<b>Άρθρο 6 (1)</b> Οι οργανισμοί έχουν τις ακόλουθες δραστηριότητες <b>(γ)</b> να αποκτούν με μίσθωση ή σύμβαση και να αποδέχονται δωρεά ή άλλως, να κατέχουν, να διαθέτουν να συντηρούν κινητή και ακίνητη περιουσία την οποία χρησιμοποιούν για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους <b>(δ)</b> να διασφαλίζουν την	<b>Άρθρο 16. (1)</b> το υπουργικό συμβούλιο δύναται <b>(α)</b> να εξουσιοδοτήσει της αρχές της Δημοκρατίας να προβούν σε μεταβίβαση προς τους Οργανισμούς μερικής ή όλης της ακίνητης και κινητής περιουσίας που τελεί υπό υποστατικών ή/και	<b>Άρθρο 26</b> τα έσοδα και οι πόροι των οργανισμών προέρχονται από υπηρεσίες φροντίδας υγείας , από εκπαιδευτικά, ερευνητικά προγράμματα καθώς και από επιχορηγήσεις , συγχρηματοδοτήσεις ή /και δωρεές ή /και από οποιοδήποτε άλλο στοιχείο ενεργητικού που	<b>Άρθρο 27 (1)</b> Κατάθεση προϋπολογισμού ν μέχρι την 30 Σεπτεμβρίου κάθε έτους στην Βουλή των Αντιπροσώπων <b>(3)</b> Τα τρία πρώτα χρόνια που θα ακολουθήσουν μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ τα ελλείματα θα καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το πρώτο έτος	<b>Άρθρο 28 (1)</b> Κάθε οργανισμός τηρεί ακριβείς λογαριασμούς <b>(α)</b> Των εισπραττόμενων και καταβαλλόμενων από αυτόν χρηματικών ποσών και των λόγων σχετικά με τους οποίους έγινε η είσπραξη

<p>ορθή εκμετάλλευση της περιουσίας <b>(ε)</b> να συνάπτουν συμβάσεις με σκοπό την διάθεση των υπηρεσιών ή μέρους των υπηρεσιών οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού που εργοδοτούν <b>(στ)</b> να συνάπτουν συμβάσεις εντός και εκτός της χώρας για την εξυπηρέτηση των σκοπών <b>(ζ)</b> να συνεργάζονται για θέματα που αφορούν την λειτουργία ή/ και την υλοποίηση των σκοπών τους <b>(η)</b> να ιδρύουν , να διευθύνουν άλλους οργανισμούς ή εταιρίες για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους. <b>(θ)</b> να καθορίζουν, μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ, τα δικαιώματα, τέλη ή άλλης φύσεως αμοιβές για ιατρικές , νοσηλευτικές ή άλλες υπηρεσίες που παρέχουν οι Αυτόνομοι Οργανισμοί εκτός ΓεΣΥ <b>(ιγ)</b> να υποβάλλουν στον Υπουργό Οικονομικών και</p>	<p>εγκαταστάσεων τα οποία κηρύσσονται ως δημόσια νοσηλευτήρια <b>(β)</b> να μεταβιβάσει όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις προς τα συμβούλια των οργανισμών για σκοπούς άσκησης των αρμοδιοτήτων των αντίστοιχων οργανισμών <b>(2)</b> Σε περίπτωση που ένας Οργανισμός πάψει να υφίσταται τα περιουσιακά του στοιχεία περιέρχονται αυτόματα στην κατοχή της Δημοκρατίας</p>	<p>δυνατό να είναι πληρωτέο στον κάθε Οργανισμό ή να παρέλθει σε αυτόν με οποιοδήποτε άλλο νόμιμο τρόπο <b>(2)</b> Μέχρι την εφαρμογή του ΓεΣΥ το έλλειμα του προϋπολογισμού του κάθε Οργανισμού χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό <b>(3)</b> Μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ οι Αυτόνομοι Οργανισμοί θα έχουν την ευθύνη αυτόνομης εξασφάλισης και διαχείρισης των εσόδων και των εξόδων τους</p>	<p>αυτή θα ανέρχεται στο 100% των ελλειμάτων το δεύτερο στο 50% του ύψους των ελλειμάτων του πρώτου έτους και για το τρίτο έτος αυτή θα ανέρχεται μέχρι το 25% του ύψους των ελλειμάτων του πρώτου έτους . Μετά το τρίτο έτος διακόπτεται οποιαδήποτε κρατική χορηγία <b>(5)</b> Τα πλεονάσματα που δύναται να δημιουργηθούν ακολούθως θα χρησιμοποιούνται από τους οργανισμούς για εξυπηρέτηση των σκοπών τους</p>	<p><b>(β)</b> των στοιχείων του ενεργητικού και του παθητικού του , <b>(γ)</b> όλων των χρημάτων που εισπράττονται ή δαπανώνται ή καταβάλλονται από τον οργανισμό ή από άλλο φυσικό ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου για λογαριασμό του</p>
---	---	---	---	--

στον Υπουργό για έγκριση το στρατηγικό σχέδιο				
---	--	--	--	--

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

Η εργασιακή αυτονομία φαίνεται να εξασφαλίζεται από τα Άρθρα 6,34,39 και 40. Τα διοικητικά συμβούλια καθορίζουν τους όρους εργοδότησης του προσωπικού τα κριτήρια πρόσληψης και προαγωγής του προσωπικού καθώς και της άσκησης πειθαρχικού ελέγχου του προσωπικού. Τους παρέχεται η δυνατότητα τροποποίηση κανονισμών λειτουργίας και δικαίωμα παροχής κινήτρων για βελτίωση της απόδοσης. Τα συμβούλια θα προσλαμβάνουν το νέο προσωπικό το οποίο θα αξιολογείται από τον Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή και τον αναπληρωτή Γενικό Εκτελεστικό.

**Πίνακας 5.18γ: Νομοσχέδιο Αυτονομίας Δημόσιων Νοσηλευτηρίων 2015**

<b>Εργασιακή Αυτονομία Δημόσιων νοσηλευτηρίων</b>			
<b>Άρθρο 6 (1) (ιε)</b> Καθορισμός μέσω των ΔΣ των όρων εργοδότησης του νέου προσωπικού που μεταφέρεται και του νέου προσωπικού <b>(ιστ)</b> Καθορισμός των σχεδίων υπηρεσίας του προσωπικού που μεταφέρεται και του νέου προσωπικού <b>(ιζ)</b> Καθορισμός των διαδικασιών και κριτηρίων πρόσληψης αξιολόγησης και προαγωγής του νέου προσωπικού που μεταφέρεται και του νέου προσωπικού <b>(ιη)</b> Καθορισμός της διαδικασίας	<b>Άρθρο 34 (1)</b> Την εκτελεστική ευθύνη της διαχείρισης και της διεύθυνσης του κάθε οργανισμού έχει ο Γενικός Εκτελεστικός Διευθυντής και ο Αναπληρωτής Γενικός Εκτελεστικός Διευθυντής	<b>Άρθρο 39 (1)</b> Ανεξάρτητα από τις διατάξεις οποιoδήποτε οικείου νόμου, το νέο προσωπικό και το νέο προσωπικό που μεταφέρεται των οργανισμών <b>(α)</b> προσλαμβάνεται από τα συμβούλια των οργανισμών σε θέσεις που δημιουργούνται για το σκοπό αυτό μέσω προϋπολογισμών <b>(β)</b> Αξιολογείται από τον Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή και τον Αναπληρωτή Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή κατόπιν εισήγησης του προϊστάμενου <b>(γ)</b> προάγεται και υπόκειται σε πειθαρχικό έλεγχο από το Συμβούλιο κατόπιν εισήγησης του Γενικού Εκτελεστικού Διευθυντή και του Αναπληρωτή Γενικού Εκτελεστικού Διευθυντή <b>(2)</b> Ο υπουργός μπορεί να μετακινεί το νέο	<b>Άρθρο 40.(1)</b> Για σκοπούς κάλυψης υπηρεσιακών αναγκών είναι δυνατή η στελέχωση με δημοσίους υπαλλήλους, οι οποίοι θα αποσπαστούν με απόφαση της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας στους Οργανισμούς. <b>(2)</b> Η Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας έχει εξουσία να αποφασίζει την απόσπαση δημόσιου υπαλλήλου σε αυτόνομο οργανισμό. <b>(3)</b> Η εισήγηση για απόσπαση δημόσιου υπαλλήλου σε οργανισμό υποβάλλεται στην Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας από τον Υπουργό Υγείας μαζί με τις απόψεις του Διοικητικού Συμβουλίου

<p>άσκησης πειθαρχικού ελέγχου του νέου προσωπικού που μεταφέρεται και του νέου προσωπικού και τις πειθαρχικές ποινές που επιβάλλονται</p> <p><b>(ιθ)</b> Δύναται να παρέχουν κίνητρα στην Διευθυντική Ομάδα και στο προσωπικό για καλύτερη απόδοση</p> <p><b>(ικ)</b> Εκδίδουν τροποποιούν και καταργούν εσωτερικούς κανονισμούς που ρυθμίζουν την λειτουργία τους</p>		<p>προσωπικό και το νέο προσωπικό που μεταφέρεται ανάμεσα στους οργανισμούς</p>	<p><b>(4)</b> Ο αριθμός δημοσίων υπαλλήλων που είναι δυνατό να παραχωρηθεί με απόσπαση για σκοπούς στελέχωσης αποφασίζεται από την Αρμόδια Αρχή, ύστερα από σχετικό αίτημα του Συμβουλίου, με την σύμφωνη γνώμη, ανάλογα με την περίπτωση, του καθ' ύλην αρμόδιου Υπουργού.</p> <p><b>(5)</b> Δημόσιος Υπάλληλος που αποσπάται εξακολουθεί να κατέχει την οργανική θέση από την οποία αποσπάται, υπάγεται όμως στον ιεραρχικό διοικητικό έλεγχο του οικείου Γενικού Εκτελεστικού Διευθυντή του Οργανισμού.</p>
<p><b>Άρθρο 41.</b> Η αξιολόγηση του δημόσιου υπαλλήλου γίνεται από τον οικείο Προϊστάμενο Τμήματος της δημόσιας υπηρεσίας, αφού ληφθούν υπόψη οι γραπτές απόψεις του Γενικού Εκτελεστικού Διευθυντή ή εξουσιοδοτημένου από αυτόν</p>	<p><b>Άρθρο 42. (1)</b> Δημόσιος υπάλληλος που αποσπάται συνεχίζει να απολαμβάνει όλα τα ωφελήματα και δικαιώματα και υπόκειται στις υποχρεώσεις που φέρει η οργανική του θέση και ο χρόνος διάρκειας της απόσπασης λογίζεται ως υπηρεσία στη θέση αυτή για όλους τους σκοπούς,</p>	<p><b>Άρθρο 45. (1)</b> Στους εργοδοτούμενους οι οποίοι απασχολούνται με συμβόλαια αορίστου χρόνου θα δοθούν νέα συμβόλαια αορίστου χρόνου από τον Οργανισμό.</p> <p><b>(2)</b> Οι πιστώσεις που αντιστοιχούν στη μισθοδοσία τους ή/και άλλα ωφελήματα θα μεταφερθούν στον Οργανισμό μέσω προϋπολογισμού.</p> <p><b>(3)</b> Οι εργοδοτούμενοι οι οποίοι απασχολούνται με συμβόλαια αορίστου χρόνου θα συνεχίσουν να διατηρούν κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους στον Οργανισμό, τους</p>	<p><b>Άρθρο 46. (1)</b> Στους εργοδοτούμενους οι οποίοι απασχολούνται με συμβόλαια καθορισμένης διάρκειας ή πάνω σε δεκαπενθήμερη βάση θα δοθούν νέα συμβόλαια εργοδότησης</p>

		<p>όρους εργοδότησης καθώς και όλα τα υφιστάμενα δικαιώματα και ωφελήματα όπως αυτά ίσχυαν κατά την ημερομηνία εργοδότησης</p>	
--	--	--	--

Πηγή: Υπουργείο Υγείας

## 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συζήτηση

Βάσει των αποτελεσμάτων της εργασίας μας ο νοσοκομειακός τομέας της Κύπρου σε σύγκριση τον μέσο όρο 12 ευρωπαϊκών χωρών φαίνεται να υπολείπεται στις υποδομές, στην στελέχωση αλλά και στον τρόπο χρηματοδότησης. Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας κατέχουν τον ίδιο αριθμό κλινών αλλά παρουσιάζουν άνιση κατανομή στην στελέχωση τους αφού φαίνεται να αντιστοιχούν διπλάσιοι ιατροί ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα από ότι στο δημόσιο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές όπου αντιστοιχούν τριπλάσιοι νοσηλευτές ανά κλίνη στο δημόσιο από ότι στον ιδιωτικό τομέα. Η χρηματοδότηση του δημόσιου γίνεται μέσω του προϋπολογισμού ο οποίος χρηματοδοτεί το 43% ενώ το 57% των συνολικών δαπανών χρηματοδοτείται από άμεσες προσωπικές δαπάνες και ιδιωτική ασφάλιση. Οι άμεσες προσωπικές δαπάνες καλύπτουν το 50% των συνολικών δαπανών και είναι οι ψηλότερες στην Ευρώπη.

Η διαχρονική εξέλιξη της νομοθεσίας του ΓΕΣΥ οδηγεί στη δημιουργία συνθηκών ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Ο νόμος του 2001 μέχρι 2005 διαχώρισε τη χρηματοδότηση από την προσφορά με την εισαγωγή του ΟΑΥ. Το νομοσχέδιο του 2014 εισήγαγε τους κανόνες ανταγωνισμού αφού από την έρευνα στα άρθρα και στις διατάξεις του νομοσχεδίου φαίνεται να εκπληρώνονται και οι πέντε προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού οι οποίες είναι η ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού ασφάλισης, η αυτονόμηση των προμηθευτών, οι συμβολαιακές σχέσεις, οι κανόνες ανταγωνισμού και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή. Το νομοσχέδιο του 2015 για την αυτονόμηση των προμηθευτών φαίνεται από την έρευνα να διασφαλίζει τις προϋποθέσεις της οικονομικής διοικητικής και εργασιακής αυτονόμησης.

Μετά από έρευνα της εμπειρίας αναπτυγμένων χωρών την τελευταία 20ετία και τα διεθνή δεδομένα σχετικά με τον ανταγωνισμό ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων σε σχέση με την αποδοτικότητα και τον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό στην εσωτερική αγορά, φαίνεται ότι

τα δύο καινούργια νομοσχέδια της κυβέρνησης στοχεύουν στην εφαρμογή διεθνών δεδομένων στην κυπριακή καθημερινότητα στον τομέα της υγείας

Η προτεινόμενη δημιουργία του ΓΕΣΥ ακολουθεί το μοντέλο του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού το οποίο είναι σε συνέχεια με τη διεθνή εμπειρία. Το μοντέλο αυτό βάσει της ανάλυσης των διεθνών δεδομένων έχει σειρά πλεονεκτημάτων αλλά και κινδύνων. Πλεονεκτήματα του μοντέλου θεωρούνται, η δυνατότητα επιλογής προμηθευτών, ο ανταγωνισμός ο οποίος οδηγεί στην επιλογή των φθηνότερων και αποδοτικότερων υπηρεσιών υγείας καθώς και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ως κίνδυνοι θεωρούνται η δυνατότητα αύξησης του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αύξησης του διοικητικού κόστους, της επιδείνωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της εκμετάλλευσης των κερδοφόρων υπηρεσιών υγείας με εγκατάλειψη των ζημιωγόνων ασθενών και της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας .

### 6.1. Προκλήσεις και κίνδυνοι από την είσοδο του ανταγωνισμού στον νοσοκομειακό χώρο

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της όπως η ανεργία ο πληθωρισμός και η πτώση του βιοτικού επιπέδου καθορίζουν το είδος και το εύρος της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής υγείας που εφαρμόζει η εκάστοτε κυβερνητική πολιτική. Τα δημόσια ελλείματα θεωρούνται ως ο βασικός αρνητικός παράγοντας για την αύξηση ιδιωτικών επενδύσεων, επίσης ο κρατικός έλεγχος της εργασίας, του εμπορίου και της αγοράς, καθώς και η κοινωνική αναδιανεμητική πολιτική θεωρούνται ανασταλτικές συνιστώσες της οικονομικής ανάπτυξης (Navarro V.2002). Με βάση αυτό το υπόβαθρο εφαρμόζονται τα πρώτα μέτρα ελέγχου του κόστους με επίκεντρο την εισαγωγή συνθηκών αγοράς και ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας (Pollock A 2004) Για να επιβιώσουν τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να λειτουργήσουν ως μία ιδιόμορφη επιχείρηση. Μια επιχείρηση η οποία, δανειζόμενη στοιχεία από τις επιχειρήσεις της ελεύθερης αγοράς, οφείλει να ισορροπεί ανάμεσα σε δύο πόλους: α) στο θεραπευτικό πόλο που στηρίζεται στην ιδέα ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και β)

στον επιχειρησιακό πόλο που στηρίζεται, κατ' αντιστοιχία, στην υγεία ως οικονομικό αγαθό (Σορρής Μ et al 2003).

Η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα οδηγεί σε απαξίωση, σε μειωμένη χρηματοδότηση και τελικά σε αποδιοργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν βασικά ερωτήματα τα οποία πρέπει να τεθούν και να απαντηθούν πριν την ανάλυση των προκλήσεων και των κινδύνων από την είσοδο του ανταγωνισμού στον νοσοκομειακό χώρο όπως αν η υγεία είναι καταναλωτικό ή κοινωνικό αγαθό; Είναι ο σχεδιασμός η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας θέμα που άπτεται του δημόσιου τομέα ή του ιδιωτικού τομέα.; (Μπένος Α. 2007) Η παγκόσμια τράπεζα υποστηρίζει ότι για την εξασφάλιση υψηλής αποδοτικότητας στα υγειονομικά συστήματα είναι αναγκαία η παράδοση των επικερδών τομέων της υγείας στους ιδιώτες και ο περιορισμός του κράτους στην παροχή προς τις πληθυσμιακές ομάδες που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας ενός πλέγματος υπηρεσιών χαμηλού κόστους και υψηλής αποτελεσματικότητας (Laurell Α. 1996). Αν υποθέσουμε ότι η υγεία είναι καταναλωτικό αγαθό και ο σχεδιασμός, η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι θέματα που άπτονται του ιδιωτικού τομέα τότε εκλύεται ο κίνδυνος του αποκλεισμού διαφόρων ομάδων από την παροχή υπηρεσιών υγείας (δηλαδή ασθενών υψηλού κινδύνου όπως υπερτασικών, διαβητικών, παχύσαρκων ή χρόνιων ασθενών όπως νεφροπαθών καρδιοπαθών καρκινοπαθών ή ακόμη και οικονομικά ή κοινωνικά ασθενέστερων ατόμων) λόγω του αυξημένου κόστους της αντιμετώπισης τους (Φαινόμενο Cherry Picking). Στην κυπριακή πραγματικότητα με το φαινόμενο Cherry Picking ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε να επιλέγει, με στόχο το κέρδος, εύκολα περιστατικά με μικρούς κινδύνους επιπλοκών, ενώ τα δύσκολα υψηλού κόστους, αυξημένου κινδύνου περιστατικά, θα παραμένουν για τον δημόσιο τομέα ( πχ επιλογή μικρών εύκολων κερδοφόρων χειρουργικών περιστατικών έναντι μεγάλων εξειδικευμένων χειρουργικών επεμβάσεων). Απειλή της βιωσιμότητας των δημοσίων νοσηλευτηρίων ελλοχεύει και στο γεγονός ότι τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι αναγκασμένα εξ' οφίτιο να εξυπηρετήσουν περιστατικά είτε δύσκολα και επιπλεγμένα είτε χρόνια όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, ή θαλασσαιμικούς. Η προκλητή ζήτηση είναι φαινόμενο το οποίο ανθίζει στο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Ενδέχεται λοιπόν με την εφαρμογή του εσωτερικού ανταγωνισμού να προκληθεί αύξηση των δαπανών στο σύστημα υγείας, είτε γιατί στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια το κέρδος είναι αυτοσκοπός, είτε γιατί η προκλητή ζήτηση είναι τρόπος επιβίωσης για τα δημόσια νοσηλευτήρια.

Έχει αποδειχθεί από τη διεθνή εμπειρία ότι εάν δεν υπάρχει ανταγωνισμός στη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι αδύνατον η αγορά υπηρεσιών υγείας να εξασφαλίσει από μόνη της σημαντική βελτίωση στην οικονομική αποδοτικότητα (cost-effectiveness) του τομέα της ιατρικής περίθαλψης ( Figueras J, et al 2005)

Στην ανταγωνιστική λοιπόν αγορά των προμηθευτών υγείας ο ιδιωτικός τομέας είναι σε θέση μέσω ενός καλά σχεδιασμένου μάρκετινγκ να εκμεταλλευτεί την αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση των ασθενών όπου και όταν υπάρχει με στόχο την διεύρυνση του κέρδους και όχι την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο έλεγχος της αγοράς από την διοικούσα αρχή οφείλει να αποτρέψει φαινόμενα έκπτωσης της ποιότητας προς όφελος του κέρδους . Η θέσπιση πρωτοκόλλων από τον ΟΑΥ και ο έλεγχος εφαρμογής τους από τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι ένας τρόπος διατήρησης της ποιότητας.

Τα DRGs είναι καθορισμένες εκ των προτέρων συνολικές πληρωμές μέσω μιας μεθόδου ταξινόμησης υπηρεσιών που προσφέρονται σε ένα νοσοκομείο, όπου οι νοσηλευόμενοι κατατάσσονται σε διάφορες κατηγορίες βάση διάγνωσης, επιπλοκών, συνυπάρχοντα νοσήματα, ηλικίας και φύλου (Αλετράς Β., et al 2002). Αυτό οδηγεί σε συγκράτηση του κόστους, αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας και περιορισμού των γραφειοκρατικών διαδικασιών των νοσοκομείων. Το ανθρώπινο δυναμικό στις χώρες του ΟΟΣΑ απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών, καθώς και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι 2000)

Με την εφαρμογή των DRGs απορρέουν άρρητα οικονομικά κίνητρα που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των παραγωγών. Αντίθετα, με τη μέθοδο πρόσθετων αμοιβών (ή οικονομικών κρατήσεων σε περίπτωση μη επίτευξης του ελάχιστου προκαθορισμένου επιπέδου απόδοσης) παρέχονται ρητά οικονομικά κίνητρα που συνδέονται με το είδος, την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης, την ορθή κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών πόρων και την ποιότητα των ιατρικών αποτελεσμάτων (Ξένος Π., et al 2014) . Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν η αμοιβή εξαρτάται από την απόδοση οι επιδόσεις των υπαλλήλων είναι πολύ καλύτερες (Παπαλεξανδρή και Δ. Μπουραντάς, 2003 ).

Η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων εμποδίζει την σωστή οικονομική και διοικητική διαχείριση των νοσηλευτηρίων λόγω της μη ύπαρξης δεδομένων σχετικά με τη χρησιμοποίηση των προσφερόμενων υπηρεσιών (Τμήμα Υπηρεσιών Πληροφορικής 2014 )



Για την παρακολούθηση της κοστολόγησης και της λειτουργίας των νοσοκομείων και την ορθή συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων που αφορούν την οικονομική και διοικητική λειτουργία πρέπει να μηχανογραφηθεί το σύστημα και να δημιουργηθεί στον ΟΑΥ μία ευρεία βάση δεδομένων η οποία θα καθιστά και το σύστημα αποζημίωσης μέσω DRGs και τον έλεγχο της εφαρμογής των πρωτοκόλλων εφικτά.

Το γεωγραφικό μονοπώλιο είναι απτός κίνδυνος για χώρες όπως η Κύπρος οι οποίες πάσχουν από αστυφιλία και που οι συγκεντρωτικές πολιτικές δεν άφησαν την περιφέρεια να εξελιχθεί σωστά.

Η οικονομική κρίση και η επιβεβλημένη δημοσιονομική αναπροσαρμογή προσδοκούν στον περιορισμό των δαπανών υγείας κάτι το οποίο δημιουργεί συνθήκες μετάθεσης της ευθύνης για την πληρωμή του κόστους της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε μέσω άμεσων πληρωμών, είτε έμμεσα μέσω ιδιωτικής ασφάλισης γεγονός το οποίο φαίνεται να είναι στόχος της κυβερνητικής πολιτικής αφού στο νομοσχέδιο του ΓεΣΥ Άρθρο 1 παράγραφος 4 αφήνεται παράθυρο για την δημιουργία μικτού ασφαλιστικού συστήματος και όχι μονοασφαλιστικού με την εισαγωγή των ιδιωτικών ασφαλειών στην αγορά κάτι που θα οδηγούσε σε διαχωρισμό της προσφοράς από την ζήτηση και την χρηματοδότηση διευθυνόμενος ανταγωνισμός-managed competition .

**Πίνακας 6.1:** Ανάλυση προκλήσεων και κινδύνων βάσει των 5 προϋποθέσεων του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού

	Προκλήσεις	Κίνδυνοι
ΟΑΥ	-Εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης και παροχής στους δικαιούχους	-Έλλειψη επαρκούς ελέγχου και επιβολής προτύπων ποιότητας λόγω κακού σχεδιασμού. -Έλλειψη επαρκούς ελέγχου και επιβολής προτύπων ποιότητας λόγω έλλειψης μηχανογράφησης
Αυτονόμηση Προμηθευτών	-Οι κανόνες τις αγοράς να οδηγήσουν στην καθολική πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. - Οι κανόνες τις αγοράς να οδηγήσουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων	Αύξηση του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών (Προκλητή ζήτηση) με στόχο το κέρδος -Αύξηση του διοικητικού κόστους. -Εκπτώση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς

	<i>υπηρεσιών</i>	<i>όφελος του κέρδους -Εκμετάλλευση των κερδοφόρων υπηρεσιών υγείας. -Εγκατάλειψη των ζημιωγόνων ασθενών -Υπαρξη διαφθοράς</i>
Συμβολαιακές Σχέσεις	<i>-Εφαρμογή σταθερών τιμών DRGs με τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια για συγκράτηση του κέρδους αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας και περιορισμού των γραφειοκρατικών δαπανών</i>	<i>-Υπαρξη διαφθοράς</i>
Κανόνες Ανταγωνισμού	<i>-Δυνατότητα επιλογής προμηθευτών από τους καταναλωτές -Ο ανταγωνισμός οδηγεί στην επιλογή των φθηνότερων και αποδοτικότερων υπηρεσιών υγείας . -Ο ανταγωνισμός οδηγεί στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας Οι κανόνες τις αγοράς να οδηγήσουν στην καθολική πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.</i>	<i>-Οι κανόνες τις αγοράς οδηγούν σε αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους κοινωνικά οικονομικά και σωματικά ασθενέστερους Οι κανόνες τις αγοράς οδηγούν σε αύξηση των τιμών και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών -Υπαρξη διαφθοράς -Αύξηση του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών(Προκλητή ζήτηση) -Έκπτωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος του κέρδους</i>
Επιλογή Ασθενή	<i>Δυνατότητα επιλογής προμηθευτών από τους καταναλωτές</i>	<i>-Αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας</i>

### 6.1.1. Ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας

Πολιτικοί και Διοικητικοί αρχηγοί μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις για το πώς μπορεί να εφαρμοστεί μία μεταρρύθμιση. Θα μπορούσε να προκληθεί μία σύγκρουση μεταξύ των ιδεών της μεταρρύθμισης και των παραδοσιακών αρχών και αξιών στα νοσηλευτήρια ή θα μπορούσαν να υπάρξουν αναταράξεις και διαφωνίες στους δρώντες στο περιβάλλον. Αυτό μπορεί να δυναμιτίσει την δυναμική της πολιτικής και τους λογικούς υπολογισμούς (Laegreid P., et al 2003) Στην Νορβηγία το 2003 έλαβε χώρα μια τέτοιου είδους μεταρρύθμιση. Η κυβέρνηση αποφάσισε να εφαρμόσει ένα σύστημα συγκέντρωσης αποκέντρωσης στον χώρο της υγείας ανέλαβε όλα τα νοσοκομεία τα οποία ήταν αυτόνομα και ανήκαν στις διάφορες κομητείες και τα έκανε ιδιοκτησία του κράτους κάτω από την εποπτεία ειδικού τμήματος στο υπουργείο υγείας, ταυτόχρονα όμως τα νοσοκομεία

παρέμειναν διοικητικά αυτόνομα υπό μορφή οργανισμού-εταιρίας. Το σκεπτικό ήταν ότι ο οργανισμός-εταιρία μέσω της αποκέντρωσης εφαρμόζει καινούργιες αρχές μανάτζμεντ οι οποίες βελτιώνουν την διοίκηση και την δομή των νοσοκομείων, μειώνουν την γραφειοκρατία, βελτιώνουν την πρόσβαση στην πληροφορία και αναδεικνύουν την οικονομική υπευθυνότητα με ξεχωριστούς προϋπολογισμούς χωρίς όμως την δυνατότητα ρευστοποίησης της κινητής ή ακίνητης περιουσίας των οργανισμών η οποία ανήκει στο κράτος, νομοθεσία η οποία προστατεύει τους οργανισμούς από την ιδιωτικοποίηση. Βασικό στοιχείο της μεταρρύθμισης είναι ότι ο Υπουργός υγείας είναι υπεύθυνος και φέρει την ευθύνη για ότι συμβεί στους αυτοδιοικούμενους οργανισμούς. Φυσικά ακόμα και κάτω από τον έλεγχο του Υπουργείου αναφέρεται εκμετάλλευση του συστήματος των DRGs από οργανισμό στην Νορβηγία όπου δίδονταν εσκεμμένα λάθος κωδικοί για τους νοσηλεύμενους ασθενείς οι οποίοι αντιπροσώπευαν σοβαρότερες ασθένειες έτσι ώστε να αποκομίζονται περισσότερα χρήματα από τα ταμεία, αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση της επάρκειας του ελέγχου από το υπουργείο (Laegreid P., et al 2003).

Στη Μ. Βρετανία οι διοικητικές δαπάνες των υγειονομικών υπηρεσιών, μετά την εφαρμογή του εσωτερικού ανταγωνισμού διπλασιάστηκαν από την δεκαετία του 70 μέχρι την δεκαετία του 90 ( Health Policy Network 1995) ενώ με την εισαγωγή της «πληρωμής των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τα αποτελέσματά τους» το κόστος των διοικητικών δαπανών έφτασε στο 20% του συνόλου των δαπανών (Leys C 2006) Το 2005 εφαρμόστηκε η εισαγωγή της «πληρωμής των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τα αποτελέσματά τους» (payment by results, PbR) στόχος η εφαρμογή ενός συστήματος διάφανου βάσει κανόνων, για την πληρωμή των νοσοκομείων, χρησιμοποιώντας την επιβράβευση της αποδοτικότητας, την υποστήριξη της δυνατότητας επιλογής του κάθε ασθενούς και την ενθάρρυνση της δραστηριότητας για τη βιώσιμη μείωση του χρόνου αναμονής.(Audit Commission 2005). Η έρευνα των Mannion et al, το 2008 που αφορούσε την εφαρμογή του συστήματος πληρωμής payment by result (σε νοσοκομειακό επίπεδο) στην Αγγλία και τον ρόλο των κινήτρων, κατέδειξε ότι ο καθορισμός του σταθερού ποσού παρέχει στους προμηθευτές κίνητρα προκειμένου να αυξήσουν την παραγωγικότητα τους.

Ο ανεξάρτητος μη κυβερνητικός και μη κερδοσκοπικός, συμβουλευτικός οργανισμός Institute of Medicine στις ΗΠΑ για σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την επιβράβευση της παρεχόμενης ποιοτικής φροντίδας από το 2003 διατυπώνει στο Υπουργείο Υγείας διάφορα οικονομικά κίνητρα, επιβράβευσης, σε ιατρούς,

νοσοκομεία, και άλλους προμηθευτές. Η εφαρμογή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού και των συνθηκών της αγοράς στο αμερικάνικο σύστημα υγείας οδήγησε σε αύξηση των ανασφάλιστων πολιτών στα 47 εκ. το 2006 με επιδείνωση των κοινωνικών ανισοτήτων (Κονδύλης 2010) Σύμφωνα με μία ολοκληρωμένη μετά-ανάλυση στις ΗΠΑ ιδιωτικές μονάδες αιμοκάθαρσης ( οι οποίες χρηματοδοτούνται σχεδόν πλήρως από τα δημόσια ταμεία μέσω ειδικών προγραμμάτων του Medicare για όσους έχουν ανάγκη από αιμοκάθαρση) έχουν 9% υψηλότερη θνητότητα σε σύγκριση με μη κερδοσκοπικά κέντρα αιμοκάθαρσης. Επίσης τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια παρουσιάζουν 2% υψηλότερη θνητότητα και 19% υψηλότερες δαπάνες από ότι τα μη κερδοσκοπικά νοσηλευτήρια διότι παρόλο που τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια παρουσιάζουν περιορισμένες δαπάνες στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε άλλους επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν αυξημένες διοικητικές δαπάνες ( Woolhandler S Himmelstein D 2007) Επίσης στις ΗΠΑ τα έξυπνα HMO αναγνώρισαν την δυνατότητα του εύκολου κέρδους μέσω του cherry picking επιλέγοντας υγιέστερους ασθενείς οι οποίοι έχριζαν εύκολης αντιμετώπισης επιτυγχάνοντας έτσι αύξηση των εσόδων τους ενώ ταυτόχρονα παραπέμπαν τους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα στο Medicare. Το 1990 η εγγραφή των υγιέστερων ασθενών στα HMO και η μεταγραφή των υπολοίπων στο Medicare αύξησε τα κόστη του Medicare κατά 2 δις. Δολάρια ( Woolhandler S Himmelstein D 2007) Στην Ολλανδία ο εσωτερικός ανταγωνισμός έχει εφαρμοστεί εδώ και δύο δεκαετίες. Η Κυβέρνηση έχει δημοσιεύσει έκθεση η οποία ανακοινώνει ότι το ισοζύγιο της μεταρρύθμισης της υγείας είναι θετικό αλλά υπάρχουν ακόμη προβλήματα προς επίλυση όπως η στενότητα στην αγορά φροντίδας, η ανεπαρκής διάχυση του κινδύνου και η ανεπαρκής πληροφόρηση (Xu W et al. 2010).

Ο Xu στο ίδιο άρθρο το 2010 αναφέρει ότι στην Ρωσία 17 χρόνια μετά τον επιτυχή διαχωρισμό της παροχής φροντίδας υγείας από την χρηματοδότηση της, την εφαρμογή του πολυασφαλιστικού συστήματος και την αμοιβή των προμηθευτών ως επί το πλείστο σύμφωνα με τον όγκο που παράγουν, αποδείχθηκε ότι η εφαρμογή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού δεν είναι πλήρης, διότι οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν ανταγωνίζονται για τους ασφαλιζόμενους, οι προμηθευτές, δεν ανταγωνίζονται για τους ασφαλιζόμενους και τα κίνητρα για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι περιορισμένα, κάτι το οποίο είναι αποτέλεσμα τις υποχρηματοδότησης του συστήματος και του φτωχού και ασυνεπή σχεδιασμού της εφαρμογής της μεταρρύθμισης

### **6.1.2. Σύγκριση με τα κυπριακά δεδομένα και ευκαιρίες**

Τα τελευταία χρόνια όλα τα συστήματα υγείας της Ευρώπης, έρχονται αντιμέτωπα με το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης λόγω υπεργήρανσης του πληθυσμού, με ταυτόχρονη αύξηση της πολυνοσηρότητας και των χρόνιων παθήσεων, την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, τις ελλείψεις και ανισότητες στην πρόσβαση και στην κάλυψη και την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας ( Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014) Επιπλέον, κατά τα πρόσφατα έτη, η οικονομική κρίση έχει περιορίσει τους διαθέσιμους δημοσιονομικούς πόρους και, συνεπώς, έχει επιδεινώσει τις δυσκολίες των κρατών μελών να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας ( Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014)

Οι προοπτικές του εσωτερικού ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας της Κύπρου εξαρτώνται από το εάν η κυβερνητική πολιτική είναι σε θέση και έχει την θέληση να εκπληρώσει τις αναγκαίες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του εσωτερικού ανταγωνισμού. Τα δημόσια νοσοκομεία χρειάζεται να μετατραπούν σε αυτοτελείς επιχειρησιακές μονάδες, με επαγγελματική διοίκηση των οποίων η χρηματοοικονομική διαχείριση οφείλει να υπακούει, για την αύξηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας και τη βελτίωση της διαχείρισης ( Κυριόπουλος 2011) Όσον αφορά τη διάχυση της υψηλής τεχνολογίας και τον προγραμματισμό των επενδύσεων, στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, φαινόμενα τα οποία ενοχοποιούνται για σημαντικό τμήμα της υγειονομικής δαπάνης και της υπερβάλλουσας ζήτησης όπως ο μεγάλος αριθμός MRI και CT στην Κύπρο , προτείνεται η θεσμοθέτηση αδειοδοτήσεων με βάση την αρχή των πιστοποιητικών αναγκαιότητας (certificates of need), προκειμένου να ανασταλούν τα φαινόμενα αυτά.( Κυριόπουλος 2011).

Ο στόχος ενός δημόσιου νοσηλευτηρίου είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδων υγείας. Ο στόχος ενός αυτονομημένου δημόσιου νοσηλευτηρίου είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας με περιορισμό της δαπάνης. Τα δημόσια νοσοκομεία που δεν θα καταφέρουν να προσφέρουν ελκυστικές τιμές των υγειονομικών τους προϊόντων στους φορείς ζήτησης περίθαλψης θα αναστείλουν τη λειτουργία τους, ενώ κάποια από εκείνα που θα το καταφέρουν θα είναι στο μεταξύ πολύ πιθανό ή να έχουν διακινδυνεύσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, ή να έχουν «εξειδικευτεί» σε οικονομικά αποδοτικές υγειονομικές φροντίδες εγκαταλείποντας την παροχή μη οικονομικά αποδοτικών φροντίδων( Αντωνοπούλου Λ 2008).

Παρόλο που για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των δημόσιων νοσηλευτηρίων εντός του συστήματος υγείας στην Κύπρο η αυτονόμηση και αποκέντρωση των νοσηλευτηρίων θεωρείται απαραίτητη, η δημιουργία αυτόνομων οργανισμών οι οποίοι θα περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό αγροτικών ιατρείων, εξωτερικών ιατρείων και ενίοτε αγροτικών νοσοκομείων

δύναται να απειλήσει την βιωσιμότητα των οργανισμών αυτών. Βασική αιτία θα είναι η αδυναμία εφαρμογής πολιτική στην περιφέρεια τους και η αδυναμία διαπίστωσης τυχόν αποκλίσεων από τους επιδιωκόμενους στόχους και παρέμβασης με διορθωτικά μέτρα προς επίτευξη των στόχων αυτών. Επίσης ο μεγάλος αριθμός (6) των αυτόνομων οργανισμών για τα κυπριακά δεδομένα θα οδηγήσει σε κατακόρυφη αύξηση των διοικητικών δαπανών απειλώντας έτσι άμεσα την βιωσιμότητα τους

Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη (προάσπιση της υγείας ως “δημόσιου αγαθού”) και τη δημοσιονομική του σταθερότητα ( Έλληνας Δ. 2004). Οι χαμηλές δημόσιες δαπάνες, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η υποστελέχωση (υποδομή, ανθρώπινοι πόροι κλπ.) στα κυπριακά δημόσια νοσηλευτήρια, θέτουν περιορισμό στην πρόσβαση και οδηγούν τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα( Cylus,J. et al 2012). Παρόλο όμως που οι δημόσιες δαπάνες στη υγεία, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, δεν είναι ευνοϊκές για την Κύπρο, η αποτελεσματικότητα του υπάρχοντος συστήματος υγείας διαφαίνεται από τους δείκτες υγείας της χώρας όπως το προσδόκιμο ζωής , σχέση προσδόκιμου ζωής με τα έτη υγιούς ζωής , η περιγεννητική θνησιμότητα και η μητρική θνητότητα, οι οποίοι κατατάσσουν την χώρα στις πρώτες και καλύτερες θέσεις στην ΕΕ (ΟΟΣΑ 2012)

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένου συστήματος υγείας προϋποθέτει εγκαθίδρυση πολιτικής η οποία θα υποστηρίζεται οικονομικά από τους διαθέσιμους πόρους, να είναι ευδιάκριτη και κοινωνικά αποδεκτή (Λιαρόπουλος, Λ. 2007) Ο Υφαντόπουλος το 2008 υποστηρίζει την εισαγωγή της φιλοσοφίας της αγοράς στο Σύστημα Υγείας, την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού με στόχο την αποδοτικότητα, το διαχωρισμό της ζήτησης από την προσφορά και τη σύναψη συμβολαίων με στόχο την ποιότητα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε μία μελέτη που έκανε για το υπουργείο υγείας της Κύπρου το 2015 υποδεικνύει πως οι προσαρμογές κινδύνων από την εφαρμογή του ΓεΣΥ πρέπει να γίνουν πριν από την υιοθέτηση οποιουδήποτε μοντέλου και ότι η προσαρμογή κινδύνων σε ένα πολυσταθιαστικό σύστημα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε πριν από την εφαρμογή του ΓεΣΥ, ειδάλλως δεν υπάρχουν πιθανότητες επιτυχίας του. Όσο αφορά το μικτό σύστημα ασφάλισης (δηλαδή συνδυασμός ΟΑΥ και ιδιωτικών ασφαλειών αναφορά στο Άρθρο 11 παρ.5 του ΓεΣΥ), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι κανένα κράτος στην ΕΕ δεν υιοθέτησε ανάλογο μοντέλο, ενώ τυχόν εφαρμογή του μπορεί να θεωρηθεί και ως μεταβατική. Σε σχέση με την εφαρμογή ενός κρατικού ασφαλιστικού συστήματος ( Οργανισμός Ασφάλισης

Υγείας), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί πως αυτή θα είναι η πιο εύκολη, με λιγότερους κινδύνους και μικρότερο διοικητικό κόστος, μεταρρύθμιση.

## 6.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η εργασία αυτή περιγράφει αναλύει και συγκρίνει το πλαίσιο της μεταρρύθμισης του τομέα νοσοκομειακής περίθαλψης, στις σημερινές συνθήκες οικονομικής κρίσης και δημοσιονομικής προσαρμογής που επίκειται να εφαρμοστεί στην Κύπρο. Αναλύοντας τη υπάρχουσα κατάσταση στον νοσοκομειακό τομέα της Κύπρου διαπιστώνεται η ύπαρξη δύο παράλληλων αλλά ξεχωριστών συστημάτων υγείας του ιδιωτικού και του δημόσιου συστήματος. Οι δείκτες αξιολόγησης των νοσηλευτηρίων της χώρας όπως οι υποδομές των νοσοκομείων (π.χ. κάτοικοι ανά νοσηλευτικό κρεβάτι), η στελέχωσή του (π.χ. ιατροί ή νοσηλευτές ανά κλίνη), υπολείπονται του μέσου όρου των 12 ευρωπαϊκών κρατών μελών της ΕΕ. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι ο αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους είναι 3.5 στην Κύπρο ενώ στις 12 χώρες κράτη μέλη είναι 5.19 ανά 1000 κατοίκους. Όσο αφορά την αναλογία ιατρών και νοσηλευτών η Κύπρος φαίνεται να υπολείπεται των 12 ευρωπαϊκών κρατών μελών αφού αντιστοιχούν 3 ιατροί και 4.19 νοσηλευτές σε 1000 κατοίκους ενώ τα 12 κράτη μέλη έχουν αναλογία 3,3 ιατρούς και 8.69 νοσηλευτές. Ενώ οι δείκτες χρήσης αναδεικνύουν λιγότερες εισαγωγές ανά 1000 και μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας από τον μέσο όρο χωρών της ΕΕ. Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας ενώ κατέχουν το ίδιο περίπου αριθμό κλινών παρουσιάζουν ανομοιογένεια στην κατανομή των ιατρών και των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα βάσει της έρευνας μας διαφαίνεται μια αντίστροφη κατανομή του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ τους έτσι αντιστοιχούν 0.54 ιατροί ανά κλίνη στον δημόσιο και 1.23 στον ιδιωτικό τομέα ενώ οι νοσηλευτές είναι 2.08 στο δημόσιο με 0.64 ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα.

Από την έρευνα προκύπτει και η διαφορά στην χρηματοδότηση του δημόσιου σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα, εφόσον ο προϋπολογισμός χρηματοδοτεί το 43% των συνολικών δαπανών το οποίο αντιστοιχεί στο 3.2% του ΑΕΠ και καλύπτει τον δημόσιο τομέα ενώ ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από άμεσες προσωπικές πληρωμές των ασθενών και από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ανέρχεται στο 57% των συνολικών δαπανών το οποίο αντιστοιχεί στο 4.2% του ΑΕΠ. Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι οι ψηλότερες στην ΕΕ αφού ο μέσος όρος για τις χώρες της ΕΕ που είναι μόνο 23% ενώ οι άμεσες προσωπικές δαπάνες (out of pocket) είναι 50% στην Κύπρο σε σύγκριση με 14% στην ΕΕ.

Η εποπτεία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων από το Υπουργείο Υγείας παρουσιάζει δυσκολίες ιδιαίτερα στον έλεγχο και την ρύθμιση θεμάτων όπως ο ακριβός ιατροτεχνικός εξοπλισμός, το ανθρώπινο δυναμικό και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μ Θεοδώρου 2012). Η ανεπαρκής εποπτεία και η έλλειψη ρυθμιστικού πλαισίου του Υπουργείου Υγείας στον μεγάλο αριθμό των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων όπου ο έντονος ανταγωνισμός, και η προκλητή ζήτηση οδηγούν στην συσσώρευση τεχνολογίας όπως MRI και CT .

Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο που διέπει το τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Κύπρο θεσπίστηκε το 2001 συμπεριλαμβανομένων και των τροποποιήσεων του 2002 2004 2005. Η συστηματική ανάλυση του υπάρχοντος νόμου καθώς και του νομοσχεδίου για την ίδρυση του ΓεΣΥ του 2014 έγινε βάση των πέντε προϋποθέσεων για την εφαρμογή του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού οι οποίες είναι:

- 1 Η ίδρυση ενός δημόσιου οργανισμού ασφάλισης.
2. Η αυτονόμηση των προμηθευτών.
3. Οι συμβολαιακές σχέσεις.
4. Οι κανόνες ανταγωνισμού.
5. Το δικαίωμα επιλογής του ασθενή

Αναδεικνύεται ότι και ο υπάρχων νόμος και το νομοσχέδιο 2014 είχαν ως στόχο την ίδρυση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας αυτό διαφαίνεται από το άρθρο 3 και στους δύο νόμους. Με βάση τον Νόμο του 2001 τα κρατικά νοσηλευτήρια παρέμεναν ιδιοκτησία του κράτους , νόμος ο οποίος καταργείται στο νομοσχέδιο του 2014 αφού στόχος είναι η αυτονόμηση των προμηθευτών. Όσο αφορά τις συμβολαιακές σχέσεις ο νόμος του 2001-2005 εξασφάλιζε αγορά υπηρεσιών υγείας είτε από τα ιδιωτικά είτε από τα δημόσια νοσηλευτήρια ή ιδιώτες ιατρούς το νομοσχέδιο του 2014 ευρύνει το φάσμα των συμβολαιακών σχέσεων με άλλους επαγγελματίες υγείας, με νοσηλευτές, με μαίες, με κλινικά εργαστήρια και με απεικονιστικά διαγνωστικά κέντρα ακτινολογικά. Οι εφαρμογή του ανταγωνισμού στον υπάρχων νόμο εντοπίζεται στο άρθρο 26 με την τήρηση καταλόγων παροχής φροντίδας με τους συμβεβλημένους ιατρούς και στο γεγονός ότι ο δικαιούχος εγγράφεται σε κατάλογο προσωπικού ιατρού της δικής του επιλογής. Το νομοσχέδιο του 2014 παρέχει μία διεύρυνση των δυνατοτήτων του ανταγωνισμού σε όλο το φάσμα των επαγγελματιών υγείας. Οι παροχές υγείας καθορίζονται από την αρμόδια αρχή ενώ ο ΟΑΥ βρίσκεται κάτω από την αρμοδιότητα, τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργού. Τέλος το δικαίωμα επιλογής προμηθευτή εμπεριέχεται και στους δύο νόμους. Ο τρίτος νόμος βάσει της έρευνας μας, φαίνεται να διασφαλίζει τις προϋποθέσεις της οικονομικής διοικητικής και εργασιακής αυτονόμησης Έτσι διαχρονικά φαίνεται η εξέλιξη της νομοθεσίας του ΓΕΣΥ να οδηγεί στη



δημιουργία συνθηκών ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού. Ο πρώτος νόμος διαχώρισε τη χρηματοδότηση από την προσφορά με την εισαγωγή του ΟΑΥ. Ο δεύτερος και τρίτος νόμος εισήγαγε την αυτονόμηση των προμηθευτών και τους κανόνες ανταγωνισμού και σύναψης συμβολαίων και το δικαίωμα επιλογής του ασθενή.

Η ένταξη της χώρας στην ΕΕ, η οικονομική κρίση, το πρόγραμμα δημοσιονομικής εξυγίανση και η μνημονιακή δέσμευση της χώρας για εφαρμογή συστήματος υγείας, ώθησαν την παρούσα κυβέρνηση στην μελέτη και τον σχεδιασμό ενός καινούργιου νομοσχεδίου για το ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Τα δύο καινούργια νομοσχέδια της κυβέρνησης στοχεύουν στην εφαρμογή διεθνών δεδομένων στην κυπριακή καθημερινότητα στον τομέα της υγείας βάσει και της εμπειρίας ανάλογων καταστάσεων σε αναπτυγμένες χώρες την τελευταία 20ετία. Οι στόχοι αυτοί διαφαίνονται μετά από ανάλυση των νομοσχεδίων και είναι οι εξής:

1. Εφαρμογή του εσωτερικού ανταγωνισμού
2. Αύξηση της παραγωγικότητας
3. Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
4. Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας
5. Βελτίωση της κλινικής και οργανωτικής δομής των νοσηλευτηρίων
6. Αύξηση της χρήσης της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και πρόληψης και μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών

Με στόχο την εφαρμογή του εσωτερικού ανταγωνισμού όπως έχει ήδη αναφερθεί γίνεται διαχωρισμός της χρηματοδότησης από την προσφορά με την εισαγωγή του ΟΑΥ, Δημιουργούνται έξι οργανισμοί οι οποίοι θα αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Βάσει του Άρθρου 4 του νομοσχεδίου αυτονόμησης δημόσιων νοσηλευτηρίων οι οργανισμοί θα λειτουργούν μέσω διοικητικών συμβουλίων τα οποία θα διορίζει το υπουργικό συμβούλιο. Ο οργανισμός θα διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο θα διαχειρίζεται την περιουσία του οργανισμού και θα τον εκπροσωπεί ενώπιον κάθε αρχής έτσι φαίνεται να εξασφαλίζεται η διοικητική αυτονόμηση. Βάσει του Άρθρου 6 του ίδιου νομοσχεδίου τα Διοικητικά Συμβούλια θα κατέχουν, θα διαθέτουν και θα συντηρούν κινητή και ακίνητη περιουσία των οργανισμών, την οποία θα χρησιμοποιούν για την εξυπηρέτηση των σκοπών τους και θα συνάπτουν συμβάσεις με σκοπό την διάθεση των υπηρεσιών ή

μέρους των υπηρεσιών οποιουδήποτε μέλους του προσωπικού που εργοδοτούν. Στην παράγραφο (ζ) αναφέρεται η δυνατότητα συνεργασίας με οποιεσδήποτε αρχές, οργανισμούς, ιδρύματα σωματεία επιτροπές ομάδες ή /και φυσικά πρόσωπα αναφορικά με θέματα που αφορούν άμεσα ή έμμεσα την λειτουργία ή /και την υλοποίηση των σκοπών των οργανισμών ενώ στην παράγραφο (ιθ) γίνεται αναφορά για παροχή κινήτρων στην διευθυντική ομάδα και το προσωπικό για καλύτερη απόδοση, με την παράγραφο (ιστ) και (ιζ) τα διοικητικά συμβούλια καθορίζουν τα σχέδια υπηρεσίας του προσωπικού και τις διαδικασίες και τα κριτήρια πρόσληψης αξιολόγησης και προαγωγής του νέου προσωπικού που μεταφέρεται και του νέου προσωπικού αυτό εξασφαλίζει την οικονομική και εργασιακή αυτονομία. Ο ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός αυξάνει την παραγωγικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σε ένα περιβάλλον ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού η εφαρμογή σταθερών τιμών στην παροχή υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτό γίνεται εφικτό μέσω του Άρθρου 31 του νομοσχεδίου ίδρυσης του ΓεΣΥ το οποίο αναφέρει ότι οι διαδικασίες αποζημίωσης των νοσηλευτηρίων που συμβάλλονται με τον ΟΑΥ θα καθορίζονται με Κανονισμούς και θα περιλαμβάνονται στη σύμβαση, η οποία θα συνάπτεται μεταξύ τους, τα νοσηλευτήρια θα αποζημιώνονται με βάση ομάδες συγγενών διαγνώσεων ή και άλλες μεθόδους. Η εφαρμογή των σταθερών τιμών DRGs μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της παραγωγικότητας μέσω της αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ασθενών με συνεπακόλουθο την ενίσχυση των εισερχόμενων εισοδημάτων. Η ανάγκη για αύξηση των εισερχόμενων εισοδημάτων δύναται να οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εφόσον η αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ασθενών δεν εξαρτάται από την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά από την ποιότητα τους.

Η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας ( Η έννοια αυτή ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό ( Silva de A., 2000)) εξασφαλίζεται με την εφαρμογή του δικαιώματος επιλογής του ασθενούς όπως αναφέρεται στο Άρθρου 2Α του νομοσχεδίου ίδρυσης του ΓεΣΥ όπου παρέχεται καθολική κάλυψη των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας με ελεύθερη επιλογής ιατρού και παρόχου υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η ελευθερία της επιλογής και ο ανταγωνισμός βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας( Enthoven A. Kronick R 1989).

Η βελτίωση της κλινικής και οργανωτικής δομής των νοσηλευτηρίων διασφαλίζεται με τα Άρθρα 4, 7, 14, 17, 19 του νομοσχεδίου αυτονομίας δημόσιων νοσηλευτηρίων τα οποία δίδουν το δικαίωμα στα διοικητικά συμβούλια να δημιουργήσουν πλεονάσματα τα οποία

μπορούν να επενδύσουν και να χρησιμοποιήσουν σε καινοτομίες στα νοσηλευτήρια τους με στόχο την βελτίωση της ανταγωνιστικότητας τους. Το Άρθρο 27 παράγραφος 5 του ίδιου νομοσχεδίου αναφέρει ότι τα πλεονάσματα που δύναται να δημιουργηθούν θα χρησιμοποιούνται από τους οργανισμούς για εξυπηρέτηση των σκοπών τους.

Με την εφαρμογή του θεσμού του προσωπικού ιατρού, της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και της πρόληψης, (Άρθρο 24 του νομοσχεδίου ίδρυσης του ΓεΣΥ) επιτυγχάνεται μείωση της χρήσης της δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας και κατ' επέκταση της νοσοκομειακής φροντίδας και του κόστους Ένα σύστημα υγείας πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού και να συμβάλει ταυτόχρονα στην βελτίωση της ποιότητας ζωής της χώρας όπου εφαρμόζεται. Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού είναι αναγκαία προκειμένου να εξασφαλιστεί η οικονομική και κοινωνική πρόοδος, ενώ παράλληλα συνεισφέρει, τόσο σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής, όσο και στην παγκόσμια ειρήνη (Θεοδώρου Μ, 2001).

Βάσει της έρευνας μας οι μεταρρυθμίσεις που θα λάβουν χώρα με την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων και την είσοδο τους σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον απέναντι στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ανεξάρτητα από τους στόχους που έχουν τεθεί, ελλοχεύει κινδύνους. Οι θεμελιώδεις διαφορές στην αγορά υγείας σε σύγκριση με άλλες αγορές( πχ φύση της ζήτησης, ασύμμετρη πληροφόρηση, δυσχερής αξιολόγηση της ποιότητας ) είναι δύσκολό να αποφευχθούν και μπορεί να γίνουν η αιτία της μη εφαρμογής των κανόνων της αγοράς στους προμηθευτές

Όσο αφορά την ισότητα στην πρόσβαση υπάρχει κίνδυνος να μην εφαρμοστεί διότι άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου με λιγότερες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας δύναται να αξιοποιήσουν καλύτερα το σύστημα πληρωμών με DRGs κάτι που θα ενθάρρυνε την δημιουργία διάκρισης απέναντι σε αυτούς που είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου κοστίζουν περισσότερο και έχουν αυξημένες ανάγκες.

Ο ανταγωνισμός με βάση την ποιότητα θα μπορούσε να αποτύχει λόγω της ανεπαρκούς διαθέσιμης πληροφόρησης που υπάρχει για την επίδοση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας όπως επίσης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια ενός αυξανόμενου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα θα μπορούσε η πληροφόρηση να μην διατίθεται επί σκοπού καθιστώντας την επιλογή του ασθενούς βάση

κριτηρίων ποιότητας αδύνατη. Η κυβέρνηση του Η.Β. εφαρμόζει μεθόδους σύγκρισης στα νοσοκομεία με στόχο τον ανταγωνισμό, δημοσιεύοντας τις επιδόσεις όλων των νοσοκομείων και απολύοντας τους διοικητικούς που δεν είχαν καλές επιδόσεις (Propper et al, 2010).

Η εφαρμογή των κανόνων της αγοράς μπορεί να καταργήσει την συλλογικότητα με κίνδυνο την κατάρρευση των δημοσίων νοσηλευτηρίων τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες σε μη προσοδοφόρες ασθένειες και σε κοινωνικά αδύναμους.

Η έλλειψη μηχανογράφησης και κεντρικού ελέγχου δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων δύναται να οδηγήσει σε ανεπαρκή χρήση ή σε κατάχρηση των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την μη αποδοτική χρήση των πόρων και την κατάρρευση του συστήματος

Η δημιουργία έξι αυτόνομων οργανισμών και ο διορισμός των διοικητικών συμβουλίων για την διοίκηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων θα αυξήσει τις διοικητικές δαπάνες. Η ελλιπής στελέχωση, ο ανεπαρκής υλικοτεχνικός εξοπλισμός και οι αυξημένες διοικητικές δαπάνες σε ένα περιβάλλον εσωτερικού ανταγωνισμού ενδέχεται να οδηγήσει τα δημόσια νοσηλευτήρια σε κατάρρευση

Ελλοχεύει επίσης ο κίνδυνος απαίτησης προμήθειας από τους προσωπικούς γιατρούς για παραπομπή ασθενών σε συγκεκριμένους προμηθευτές, ή λόγω ασύμμετρης πληροφόρησης, αναζήτησης προμηθευτών εκ μέρους των ασθενών τους περιορίζοντας έτσι το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής των ασθενών. Ο Dixon et al το 2010 αναφέρει ότι οι ασθενείς δεν βασίζονται στην επιλογή τους στις λίγες πληροφορίες που έχουν αλλά στην σύσταση του γιατρού τους

Τα περισσότερα νοσοκομεία θα προτιμούσαν να αναλαμβάνουν προγραμματισμένα και ελεγχόμενα περιστατικά τα οποία παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο και είναι πιο επικερδείς ενώ νοσοκομεία με υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και ατυχημάτων οι οποίες είναι υψηλού κόστους και ρίσκου κινδυνεύουν με κατάρρευση ή άρση των υπηρεσιών αυτών οι οποίες θεωρούνται ζημιογόνες.

Τέλος μεγάλο πολιτικό κόστος θα είναι για την οποιαδήποτε κυβέρνηση, η οποία θα έχει ως πολιτική της την εφαρμογή το ΓεΣΥ, σε τυχόν αποτυχία του συστήματος και κατάρρευση και ιδιωτικοποίηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, κάτι που πιθανόν να είναι και η αιτία της μη εφαρμογής του τα τελευταία 14 χρόνια.

Οι ιδιάζουσες οικονομικές συνθήκες, οι ανάγκες των καιρών, οι ευρωπαϊκές απαιτήσεις και η μνημονιακή δέσμευση συνθέτουν τις κατάλληλες συνθήκες και μια μοναδική ευκαιρία για την εφαρμογή του νόμου καθώς δύναται να υπερσκελιστούν οι αντιδράσεις των κοινωνικών φορέων και τα συμφέροντα των οργανωμένων επαγγελματιών υγείας που κατάφεραν να αποτρέψουν την εφαρμογή των προηγούμενων νομοθετημάτων. Η εφαρμογή του συστήματος Υγείας και η αυτονόμηση των Δημόσιων νοσηλευτηρίων, είναι ευκαιρία η οποία παρέχει την δυνατότητα στα δημόσια νοσηλευτήρια να ξεφύγουν από την ασφυκτική ιεραρχική δομή και διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και να εξελιχθούν σε αυτόνομα κέντρα τα οποία θα είναι σε θέση να εφαρμόσουν καινοτομίες, να ελέγξουν και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, να εφαρμόζουν οικονομικό έλεγχο και αυξήσουν την παραγωγικότητα τους με αύξηση του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών και με αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ασθενών οδηγώντας στην καθολική πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

## 7<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συμπεράσματα και Συστάσεις

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο ζωής των Κυπρίων, ανέδειξαν τα χρόνια αλλά και τα επίκαιρα προβλήματα του τομέα της υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία του πληθυσμού είναι μεγαλύτερες από ποτέ και απαιτούν μεταρρυθμίσεις και εφαρμογή συστήματος υγείας. Παρά το γεγονός ότι η ψήφιση του νομοσχεδίου για την εφαρμογή του συστήματος υγείας έλαβε χώρα το 2001 εντούτοις δεκαπέντε χρόνια μετά δεν έχει εφαρμοσθεί. Η εφαρμογή του ΓεΣΥ εμπεριέχει σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και ουσιαστικές προκλήσεις και κινδύνους. Η επιτυχία ή μη του εγχειρήματος θα εξαρτηθεί από το αν η πολιτική ηγεσία θα λάβει υπόψιν της την διεθνή εμπειρία (θετική και αρνητική) του ρυθμιζόμενου ανταγωνισμού κατά τη φάση του τελικού σχεδιασμού και υλοποίησης της μεταρρύθμισης του ΓΕΣΥ

Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας των δημόσιων νοσηλευτηρίων μπορεί να επιτευχθεί μέσω ενός ορθά μηχανογραφημένου συστήματος, μέσω του ελέγχου της αγοράς, της θεσμοθέτησης των κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας, την επιβολή ποινών σε όλες τις παρατυπίες και την ύπαρξη ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου.

Προκειμένου να επιτευχθεί προτείνονται τα εξής:

- Δημιουργία δύο αυτόνομων οργανισμών και κατανομή των 6 δημόσιων νοσηλευτηρίων εντός αυτών . Με τον τρόπο διασφαλίζεται η δυνατότητα ανταγωνισμού μεταξύ των δημόσιων νοσηλευτηρίων και μειώνονται οι διοικητικές δαπάνες. Δημιουργούνται δύο κεντρικοί φορείς για τροφοδοσία , αποστείρωση υλικοτεχνικό και βιοϊατρικό εξοπλισμό οι οποίοι μπορούν να εξασφαλίσουν καλύτερες τιμές αγοράς λόγω του μεγαλύτερου όγκου αναγκών ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζεται καλύτερος έλεγχος των αγορών λόγω της αποκέντρωσης και
- Οι οργανισμούς θα μπορούν να λειτουργούν ανεξάρτητα με εφαρμογή καινούργιων αρχών μανάτζμεντ οι οποίες θα μπορέσουν να βελτιώσουν την διοίκηση και την δομή των νοσοκομείων, να μειώσουν την γραφειοκρατία, να βελτιώσουν την πρόσβαση στην πληροφορία και να αναδείξουν την οικονομική υπευθυνότητα τους με ξεχωριστούς προϋπολογισμούς χωρίς να τους παρέχεται όμως η δυνατότητα ρευστοποίησης της κινητής ή ακίνητης περιουσίας των οργανισμών η οποία ανήκει στο κράτος, και έτσι θα προστατευθούν οι οργανισμοί από την ιδιωτικοποίηση.
- Κίνητρα στους παρόχους υγείας, στόχος η εφαρμογή ενός συστήματος διάφανου βάσει κανόνων, για την πληρωμή των παρόχων υγείας, χρησιμοποιώντας την επιβράβευση της αποδοτικότητας, η εφαρμογή ενός συστήματος πληρωμής payment by result (σε νοσοκομειακό επίπεδο) παρέχει στους προμηθευτές κίνητρα προκειμένου να αυξήσουν την παραγωγικότητα τους.
- Ενδεδειγμένος έλεγχος από το Υπουργείο Υγείας τόσο του δημοσίου όσο και ιδιωτικού τομέα μέσω μηχανογράφησης, πρωτοκόλλων και μέσω συχνών επιθεωρήσεων της παρεχόμενης ποιότητας και της λειτουργίας των νοσηλευτηρίων. Με τον έλεγχο αποφεύγεται το φαινόμενο cherry picking, γίνεται διάχυση κινδύνου και διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Τα αποτελέσματα των νοσοκομείων δημόσιων και ιδιωτικών όπως θνητότητα, νοσηρότητα, λίστες αναμονής, μολύνσεις με ανθεκτικά μικρόβια και η ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων, πρέπει να δημοσιεύονται στην πλατφόρμα του Υπουργείου Υγείας και να είναι εύκολα προσβάσιμα για τον καθένα. Η εφαρμογή μεθόδων σύγκρισης στα νοσοκομεία με στόχο τον ανταγωνισμό, και η δημοσιοποίηση των επιδόσεων όλων των νοσοκομείων θα βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

- Audit Commission (2005), National health report: Early lessons from payment by results. Audit Commission Publications, London, 2005
- Bevan, G., Skellern, M., (2011), Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ*, 343 (oct07). D 6470-d 6470. ISSN 0959-8138
- Bloom N., Propper C., Seiler S., Reenen J.(2010), The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals CEP Discussion Paper No 983 May 2010 ISSN 2042-2695
- Brekke, K., Siciliani L., Straume O.,(2009), *An Hospital Competition and Quality with Regulated Prices* CESifo Working Paper No. 2635 Category 11: Industrial Organization April 2009
- Brekke, K., Siciliani L., Straume O., (2014), *Can Competition Reduce Quality?* CESifo Working Paper No. 4629 Category 11: Industrial Organization February 2014
- Birdsall N., (2009), How to unlock the \$1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis. Center for Global development, p. 1-5.
- Cooper Z., Gibbons S., Jones S., McGuire A., (2011), *The Economic Journal*, 121 (August), F228–F260. Doi: 10.1111/j.1468-0297.2011
- Colla C., Bynum J., Austin A., Skinner J.,(2014), *Hospital Competition, Quality, and Expenditures in the U.S. Medicare Population* September 24, 2014

- Cylus, J., Papanicolas, I. Constantinou, E. Theodorou, M. Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme *Health Policy* (2013), Apr;110(1):1-5
- Department of Health (2003), *Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS* London: HMSO.
- Dixon A et al ( 2010), *Patient Choice How patient choose and how providers respond* The King's Fund London
- EHCI (2015) *Ευρωπαϊκός πίνακας κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας 2014*
- Enthoven, A.C., (1978), Consumer-choice health plan. *New England Journal of Medicine*, 28:650- 658, 709-20
- Enthoven A, Kronick R. (1989),A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (first of two parts). *N Engl J Med*. 1989; 320:29-37.
- Enthoven A C (1993), *History and principles of managed competition* Health Affairs |Supplement 1993
- European Commission, (2009), *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and response*. European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliog
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E.(2005), *Purchasing to improve health systems performance*. Open University Press, New York, 2005 World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies Series
- Fotaki M., (2007), *Patient choice in healthcare in England and Sweden|: from quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning*. *Public Administration* Vol. 85, No. 4, (1059–1075)



- Health at a Glance Europe 2012
- Health Policy Network of the NHS Consultant's Association, NHS Support Federation. Inpractice: The NHS market in the United Kingdom. J Public Health Policy. 1995, 16:452-491.
- Hsiao C W., Jakab M.(2003), A Study of the Costs of The National Health Insurance Scheme Republic of Cyprus Nicosia July 2003.
- International Monetary Fund (2012), Fiscal Monitor: Balancing Fiscal Policy Risks, Washington, DC, April.
- Krugman, P. (2012), Economics in the Crisis The New York Times Company
- Krugman, P. (2012), End This Depression Now, New York: WW. Norton and Company.
- Laegreid P., Opedals S., Stigen I.M. (2003),The Norwegian hospital reform. Working Paper 23 – 2003
- Laurell A. Arellano O. (1996),Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. Int J Health Serv 1996, 26:1-18
- Le Grand Julian and Will Bartlett (eds) (1993), Quasi-Markets and Social Policy, Macmillan
- Le Grand Julian et al (eds) (1998), Learning from the NHS internal market: a review of the evidence, King's Fund
- Le Grand Julian (2007), The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition, Princeton University Press

- Le Grand, J.(2011), Delivering Britain’s public services through ‘quasi-markets’: what we have achieved so far. Research in Public Policy No 3 Winter 2011
- Letica B., (2010), Η πρώτη παγκόσμια οικονομική κρίση του 21<sup>ου</sup> αιώνα λόγοι και συνέπειες Delkelet Europa - South-East Europe – Νοτιοανατολική Ευρώπη International Relations Quarterly, Vol. 1. No. 3 (Fall 2010) Τριμηνιαία Διεθνών Σπουδών, Τόμος 1. Νο.3 (Φθινόπωρο 2010/1)
- Leys C.(2006), NHS: not safe in their hands. Red Pepper. 2006; March: 18-20.
- Mannion R, Marini G. (2008), Street A. Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information. J Health Organ Manag 2008 22(1):79-88
- Mercer (2013) Actuarial study of Cyprus national health expenditure and national health insurance organization ” October 2013
- OECD Health at a Glance: Europe 2012
- National Reform Programme of Cyprus (2007). Progress Report. Planning Bureau
- Navarro V. (2002), Neoliberalism, globalization, unemployment, inequalities and the welfare state. In Navarro V (ed) The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life. Amityville, New York, Baywood Publishing y; 2002. p 33–108.
- Pollock A. (2004), NHS plc. The privatization of our health care. Verso, London, 2004
- Propper, C., (2011), The White Paper, competition and the NHS 2011

- Propper, C., Matt S., Whitnall, C., Windmeijer, F., (2010), Incentives and Accountability in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment forthcoming, Journal of Public Economics.
- Reinhart C. M., Rogoff K. S. (2008), Is the 2007 US sub-prime financial crisis so different? An international historical comparison. NBER WORKING PAPER SERIES Working Paper 13761
- Shiskin, J., (1 December 1974), The Changing Business Cycle. New York Times p. 222
- Silva de A. (2000), A framework for measuring responsiveness, World Health Organization, Geneva,(GPE Discussion Paper Series: No 32)
- Stiglitz JE., (2006), Making globalization work. Norton WW & Co, New York
- Stilon de P., (1966) International Labour Office The development of medical care within the framework of social security scheme 1966
- Syrighas G, Markidou A, Louca M. (2012),The Cyprus economy: past successes, current and future challenges. In: Orphanides A, Syrighas G eds. The Cyprus economy. Historical review, prospects, challenges. Nicosia, Central Bank of Cyprus; 2012. p 1-36.
- Theodorou, M. Charalambous, C. Petrou, C Cylus, J.(2012) Health Systems in Transition Cyprus: Health System Review 2012
- Theodorou, M. Cylus J. (2012)Contribution Co-Pays and Computers: Health System Reform in Cyprus 2012
- Thomson, S. Jowett, M. Evetovits, T. Jakab, M. McKee, M. Figueras, J.(2013), World Health Organization, Health, health systems and economic crisis in Europe Impact and policy implications 2013

- Weber M.,(1946) Essays in sociology Oxford University Press, New York, 1946:196-252
- WHO The world health report 2000 Health Systems: Improving Performance
- World Health Organization Global Health Database 2014
- WHO (2015) ,Analysis of options for purchasing market structure under the NHS
- Woolhandler S Himmelstein D (2007),Competition in a publicly funded healthcare system BMJ 2007 ;335;1126-1129
- Xu W., Sheiman I., van de Ven W., Zhang W., (2011), Prospects for regulated competition in the health care system: what can China learn from Russia's experience? Health Policy and Planning 2011;26:199–209

#### Ελληνόφωνη

- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ.,(2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α΄, θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας 2002.
- Αντωνοπούλου Λ., (2008),Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2008 3 (2),109-120
- Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ., Middleton N. (2012), Ικανοποίηση Ασθενών από τις Υπηρεσίες Εξωτερικών Ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρική 2012; 29(6): 720-730

- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., (1991), “Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 3(10): 128-133
- Εθνικό Μεταρρυθμιστικό Πρόγραμμα 2007
- Έκθεση της Μικτής Επιτροπής Οικονομικής Πολιτικής και της ΕΕ, Νοέμβριος 2010
- Έκθεση Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2014), Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας Βρυξέλλες, 4.4.2014 COM(2014) 215 final
- Έλληνας, Δ. (2004), Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές. Επιθεώρηση Υγείας 2004, 25(87):17-21.
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης C 83 της 30.03.2010 Ενοποιημένη απόδοση της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης .
- Επίσημη Εφημερίδα C236 της 02.08.1997 Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την σταθερότητα και ανάπτυξη (Άμστερνταμ 1997)
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2011 Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση
- Ευρωπαϊκός πίνακας κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας 2014 HCP: [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014), Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας . Βρυξέλλες, 4.4.2014 COM(2014) 215 final

- Ζένιος Σταύρος (2013) Η Καταστροφή της Κυπριακής Οικονομίας: από την έλλειψη ευθυκρισίας στην ελλειμματική διαχείριση. Ανάλυση για Διερευνητική Επιτροπή.
- Ηλιοπούλου, Δ., Κουτσούρης, Δ. & Σπύρου, Σ. (2012), ΠΥΣ 610: E Health: Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας (Ζητήματα Πολιτικής στις Υπηρεσίες Ψηφιακής Υγείας και Ιατρικής), στο Χατζηλάκος, Α. (επιμ.), Αντί Προλόγου, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, σσ. 23-38.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.,(2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
- Ιωάννου Γ.Ν., (2010), Ιστορική αναδρομή των προταθέντων σχεδίων υγείας για την Κύπρο. Health Journal, 2010;4:32-42
- Κεντρική Τράπεζα Κύπρου. Οικονομικό Δελτίο Δεκέμβριος 2009
- Κονδύλης Η. Μπένος Α., (2005), Προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας στις ΗΠΑ. Μια κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ελληνική Ιατρική 2005;71:106-120
- Κονδύλης Η. Μπένος Α., (2006), Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μια ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ. Ιατρική.2006;90:148-160.
- Κονδύλης Η.,(2010), Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα 2010 Αριθμός Διατριβής 2584
- Κουφάρης Γεώργιος, (2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010.
- Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε.,(2012), Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Εκδόσεις Παπαζήσης, 2012, Αθήνα

- Κυριόπουλος Γ., (2011), Πέραν του Μνημονίου: Ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας Νοέμβριος 2011
- Λιαρόπουλος, Λ.(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄ Τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007.
- Λιαρόπουλος,(2010) , Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα
- Λαπαβίτσας Κ. (2014), Ένα ριζοσπαστικό πρόγραμμα για την Ελλάδα και την περιφέρεια της Ευρωζώνης.
- Λαπαβίτσας Κ. (2014), Ποιος ευθύνεται για την κυπριακή κρίση.
- Λαπαβίτσας Κ. Lindo D., (2014), Κυπριακές τράπεζες: Μια ολέθρια Εξάρτηση από το Ευρωσύστημα Ινστιτούτο Ερευνών ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ (ΙΝΕΠ) Κείμενα Πολιτικής 5,6,7
- Μάτσης, Σ.,(2008), Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο και το Σχέδιο Υγείας
- Μπένος, Α.,(2007), Το διακύβευμα της πολιτική υγείας: ελλείματα του παρελθόντος και διλήματα του μέλλοντος Κοινωνία Οικονομία και Υγεία Ιούλιος- Δεκέμβριος 2007, 1:21-34
- Μηλιός, Γ.,(1992),Η ιστορική μαρξιστική συζήτηση για τις οικονομικές κρίσεις (1900-1935) και η σημασία της τεύχος 41, περίοδος: Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1992
- Μηλιός, Γ., Δημούλης Δ., Οικονομάκης Γ.,(2005) , Η Θεωρία του Μαρξ για τον Καπιταλισμό: Πλευρές μιας θεωρητικής και πολιτικής ρήξης, Αθήνα: νήσος

- Μιχοπούλου Στέλλα, (2014), Κρίση χρέους, δημοσιονομική λιτότητα και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων σελ 14
- Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι.,(2014) Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014 31(2):172-185
- Οικονόμου Χ.,(2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων 2012
- Παμπορίδης Γιώργος ( 2015), Η μεταρρύθμιση της υγείας αρχίζει τον Ιανουάριο! Συνέντευξη Υπουργού Υγείας της Κύπρου Τρίτη, 17 Νοεμβρίου
- Πανεπιστήμιο Κύπρου (Κέντρο Οικονομικών Ερευνών), Ανάλυση Δαπανών Υγείας, Ιούλιος 2006
- Παπαλεξανδρή Ν. και Δ. Μπουραντάς Δ. (2003), Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου
- Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι. (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2000, 17:627–639
- Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., (2003), Το Νοσοκομείο - «Επιχείρηση»: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα; Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών - Τεύχος 3 (2003) , 31-52
- Σκρόνιας, Β Χαροκόπος, Μ (2014), Έκθεση 2013 Γραφείου Οικονομικών και Εμπορικών Υποθέσεων Πρεσβείας της Ελλάδος στην Κύπρο επί καταστάσεως κυπριακής οικονομίας και αναπτύξεως των οικονομικών και εμπορικών σχέσεων Ελλάδος – Κύπρου



- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2012
- Υπουργείο Οικονομικών Τμήμα Υπηρεσιών Πληροφορικής 2014
- Υφαντόπουλος, Ι. (2008) Οι Μεταρρυθμίσεις στη Νότια Ευρώπη, Διάλεξη Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία 2008
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-eisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias>