



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

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

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Δυνητικές ανάγκες και μεταβολές  
στα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια στα  
πλαίσια εφαρμογής του ΓεΣΥ στην  
Κύπρο**

Χρίστος Καραγιάννης

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

Μιχάλης Τάλιας

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, 30 ΙΟΥΝΙΟΥ 2020

# Περιεχόμενα

Περίληψη .....	4
Abstract .....	6
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
Εισαγωγή .....	8
1 Ιστορία και χαρακτηριστικά του κυπριακού κράτους και του κυπριακού συστήματος Υγείας .....	8
1.1 Γεωγραφία, θέση, έκταση και πληθυσμός .....	8
1.2 Ιστορικά δεδομένα.....	9
1.3 Οικονομικά δεδομένα.....	12
1.4 Υγεία – Κυβερνητική Πολιτική.....	14
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
2 Εισαγωγή στο Σύστημα Υγείας .....	15
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	15
2.2 Η παροχή υπηρεσιών υγείας από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία της Κύπρου .....	16
2.3 Οργάνωση και Διοίκηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας.....	21
2.4 Χρηματοδότηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας .....	26
2.5 Υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό του υφιστάμενου συστήματος υγείας .....	31
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
3.1 Παροχή υπηρεσιών στο υφιστάμενο σύστημα υγείας.....	33
3.2 Δημόσια Υγεία .....	33
<b>Κεφάλαιο 4</b>	
Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) Κύπρου .....	40
4.1 Ιστορία του σύγχρονου συστήματος υγείας της Κύπρου από την ανεξαρτησία το 1960.....	41
4.2 Οι πρώτες ουσιαστικές μελέτες για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας της Κύπρου .....	51
4.3 Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 .....	57
4.4 Τροποποιητικοί Νόμοι Γενικού Σχεδίου Υγείας.....	64
4.5 Κυπριακή Οικονομική Κρίση 2012-2013 .....	69
<b>Κεφάλαιο 5</b>	
Ιδιωτική Ιατρική στην Κύπρο .....	73
5.1 Άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στην Κύπρο.....	74
5.2 Ιδιωτικός τομέας ιατρικής στην Κύπρο.....	76
5.3 Θέσεις και απόψεις του ΠΑΣΙΝ για το ΓεΣΥ .....	77

## **Κεφάλαιο 6**

Μεθοδολογία.....	79
6.1 Σχεδιασμός και μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	79
6.2 Ημιδομημένες συνεντεύξεις με ειδικούς στο χώρο της υγείας.....	80
6.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	81

## **Κεφάλαιο 7**

Απόψεις των ειδικών στο χώρο της υγείας για τη συμμετοχή των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στο ΓεΣΥ

7.1 Εισαγωγή.....	82
7.2 Πρώτη Θεματική: Το υφιστάμενο σύστημα υγείας και μεταρρυθμίσεις.....	82
7.3 Δεύτερη Θεματική: ΓεΣΥ και οικονομική κρίση.....	83
7.4 Τρίτη Θεματική: ΓεΣΥ και Ιδιωτικά νοσηλευτήρια .....	84
7.5 Τέταρτη Θεματική: Οι πρόνοιες του ΓεΣΥ .....	85
7.6 Πέμπτη Θεματική: Βιωσιμότητα του συστήματος.....	88

## **Κεφάλαιο 8**

Αποτελέσματα.....	90
-------------------	----

## **Κεφάλαιο 9**

Συζήτηση.....	96
---------------	----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>100</b>
--------------------------	------------

## **Παράρτημα Α**

Θεματικός Οδηγός Συνέντευξη.....	106
----------------------------------	-----

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) αποτελεί τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση τόσο στον τομέα της υγείας όσο και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα στην Κύπρο. Η Κύπρος, παραμένει η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης χωρίς ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με τους ασθενείς να περιφέρονται μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Παρόλο που για δεκαετίες γίνεται προσπάθεια για την εφαρμογή του ΓεΣΥ, αυτή έγινε κατορθωτή μόλις το 2019. Το 2001, εγκρίθηκε από τη Βουλή ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος. Με την εισαγωγή του ΓεΣΥ, προβλέπεται ότι θα αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Μετά την οικονομική κρίση του 2013, η ανάγκη εφαρμογής του κατέστη πιο επιτακτική, καθώς αποτελούσε μνημονιακή υποχρέωση απέναντι στην Τρόικα.

Κατά την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο θεωρείται απαραίτητο να ληφθούν σοβαρά υπόψη, οι θέσεις, οι απόψεις, οι προβληματισμοί και οι εισηγήσεις που πηγάζουν από τον ιδιωτικό τομέα και ιδιαίτερα από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ούτως ώστε να καταστεί εφικτή η ομαλή μετάβαση σε ένα καινούργιο πλαίσιο συστήματος υγείας και να εξασφαλιστεί η λειτουργικότητά του. Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι να ιχνηλατήσει τις δυνητικές ανάγκες και μεταβολές στα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια που θα προκύψουν στα πλαίσια εφαρμογής του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης με ημιδομημένες ερωτήσεις και έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων από τα οποία προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους αρμόδιους φορείς.

Στη παρούσα διατριβή, μέσα από μια σύντομη ιστορική αναδρομή δίνονται πληροφορίες για την οργάνωση, τις υπάρχουσες υποδομές, τη διοίκηση, τη χρηματοδότηση και τις ανάλογες δαπάνες του υφιστάμενου συστήματος υγείας και στη συνέχεια αναφέρονται οι σχετικές μελέτες, τα νομοσχέδια και οι τροποποιητικοί νόμοι για το ΓεΣΥ. Επίσης περιλαμβάνονται οι θέσεις και απόψεις των ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με την επερχόμενη εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας.

Ακολούθως παρουσιάζεται ο τρόπος λειτουργίας της ιδιωτικής ιατρικής με εστίαση στα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια καθώς επίσης και η γνώμη ειδικών που τα εκπροσωπούν και εμπειρογνομόνων σχετικά με τις ανάγκες τους που θα προκύψουν με τη συμμετοχή τους στο

ΓεΣΥ.

Για τους σκοπούς της διατριβής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημιδομημένων συνεντεύξεων μέσα από τις οποίες διαφαίνονται οι θέσεις και απόψεις των εκπροσώπων των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων και των σχετικών εμπειρογνομώνων.

Τα τελικά συμπεράσματα που προκύπτουν από την ποιοτική ανάλυση αναδεικνύουν τις δυνητικές ανάγκες και τις ενδεχόμενες αλλαγές που χρειάζονται να γίνουν στα Ιδιωτικά Νοσηλευτηρία προκειμένου τα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια να ανταπεξέλθουν και να λειτουργήσουν ομαλά στο νέο περιβάλλον υγείας που διαμορφώνεται.

## ABSTRACT

The National Health System is the most important reform in both the health sector and the wider public sector in Cyprus. Cyprus remains the only country in the European Union without a comprehensive health system with patients wandering between the public and private health sectors. Although efforts have been made for decades to implement the NHS, its implementation became a reality only in 2019. In 2001, the Parliament approved the General Law on the General Health System. With the introduction of NHS, it is predicted that the problems of the existing health system will be addressed. After the financial crisis of 2013, the need to implement it became more urgent, as it was a memorandum obligation to the Troika.

During the implementation of the NHS in Cyprus, it is necessary to consider seriously the positions, views, concerns and suggestions that came from the private sector and especially from private hospitals so that a smooth transition to a new health system framework will be possible and functional. The aim of this work is to track the potential needs and changes in the Private Hospitals that will arise in the context of the implementation of the NHS in Cyprus. For this purpose, the interview method was used with semi-structured questions and the results were analyzed from which useful conclusions can be drawn and could be used by the competent bodies.

The present dissertation, through a brief historical review provides information on the organization, existing infrastructure, administration, funding and related costs of the existing health system and then refer to the relevant studies and amending laws on NHS.

Then there is the mode of operation of private medicine with a focus on Private Hospitals as well as the opinion of specialists who represent them and experts, on their needs that will arise with their participation in NHS.

For the purposes of the dissertation, the method of semi-structured interviews was used, through which the positions and opinions of the representatives of the Private Hospitals and the relevant experts are revealed.

The final conclusions that emerge from the qualitative analysis highlight the potential needs and possible changes that need to be made in Private Hospitals in order for them to cope and operate smoothly in the new health environment that is being formed.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1. Ιστορία και χαρακτηριστικά του κυπριακού κράτους και του κυπριακού συστήματος υγείας

##### 1.1. Γεωγραφία, θέση, έκταση και πληθυσμός

Η Κύπρος είναι το τρίτο μεγαλύτερο νησί της Μεσογείου μετά τη Σαρδηνία και τη Σικελία. Βρίσκεται βορειοανατολικά στην άκρη της ανατολικής λεκάνης της Μεσογείου. (1)

Η απόσταση της Κύπρου στα βόρεια, από την Τουρκία είναι 69 χλμ., στα ανατολικά από τη Συρία είναι 103 χλμ., στα νότια από την Αίγυπτο είναι 352 χλμ. και στα δυτικά από τη Ρόδο - Ελλάδα είναι 398 χλμ.. Το πλησιέστερο νησί προς την Κύπρο είναι το Καστελόριζο.

Η συνολική έκταση της Κύπρου είναι 9.251.47 Km<sup>2</sup>. Η σημερινή κατάσταση (2011) της έκτασης της Κύπρου σε εκατοστιαία ποσόστωση έχει ως ακολούθως:

Έδαφος κατεχόμενο από τα τουρκικά στρατεύματα: 34,85% (3.224.29 Km<sup>2</sup>)

Έδαφος ελεύθερων περιοχών που ελέγχει η Κυπριακή Δημοκρατία: 59,79% (5.531.15 Km<sup>2</sup>)

Συνολική έκταση της νεκρής ζώνης: 2,62% (242,23 Km<sup>2</sup>)

Συνολική έκταση των βρετανικών βάσεων: 2,74% (253,80 Km<sup>2</sup>)

Ο πληθυσμός της Κύπρου στο τέλος του 2017, σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του Υπουργείου Οικονομικών ήταν 956,000, οι 713,500 δηλαδή το 74,6% του πληθυσμού είναι ελληνοκύπριοι, 92,600 δηλαδή 9,7% του πληθυσμού ανήκουν στην τουρκοκυπριακή κοινότητα και 150,700 δηλαδή 15,7% του πληθυσμού είναι ξένοι υπήκοοι. Οι θρησκευτικές ομάδες που ανήκουν στην Ελληνοκυπριακή κοινότητα έχουν ως εξής: Αρμένιοι: 0,4% της Ελληνοκυπριακής κοινότητας, Μαρωνίτες: 0,7% της Ελληνοκυπριακής κοινότητας και Λατίνοι: 0,1% της Ελληνοκυπριακής κοινότητας. (2)

Η πρωτεύουσα της Κύπρου είναι η Λευκωσία, που βρίσκεται περίπου στο κέντρο του νησιού και αποτελεί την έδρα της κυβέρνησης. Η τουρκική εισβολή του 1974 και η κατοχή του 35% του εδάφους της Κύπρου, μοίρασε την πρωτεύουσα στα δύο. Από την τουρκική εισβολή και



κατοχή του ενός τρίτου περίπου του νησιού, η δημογραφική ισορροπία έχει αλλάξει δραματικά, λόγω της πολιτικής της Τουρκίας. Στην κατεχόμενη περιοχή κατοικούν σήμερα τουλάχιστον 200,000 παράνομοι έποικοι από την Τουρκία, ενώ 55 000 Τουρκοκύπριοι έχουν μεταναστεύσει (69).

## 1.2 Ιστορικά δεδομένα

Τα πρώτα ευρήματα πολιτισμού στο νησί χρονολογούνται από την 10η χιλιετία π.Χ. (πρώιμη φάση της Ακεραμικής Νεολιθικής περιόδου). Η Κύπρος εξελίχθηκε σε σημαντικό κέντρο ελληνικού πολιτισμού με την εγκατάσταση των Ελλήνων Μυκηναίων-Αχαιών, μεταξύ του 13ου και του 11ου αιώνα π.Χ. Στα μέσα του 9ου αιώνα π.Χ. άρχισαν να φτάνουν στην Κύπρο Φοίνικες έποικοι οι οποίοι συγκεντρώθηκαν κυρίως, στην παραλιακή πόλη του Κιτίου. Ακολούθησαν κατακτητές όπως οι Ασσύριοι, οι Αιγύπτιοι και οι Πέρσες (8ος - 4ος αιώνας π.Χ.). Από το 30 π.Χ. μέχρι το 330 μ.Χ. η Κύπρος υπάγεται στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία. Τότε, διαδόθηκε ο Χριστιανισμός στο νησί. Ωστόσο, το νησί κατόρθωσε να διατηρήσει την ελληνική του ταυτότητα και η εθνική του κληρονομιά ενισχύθηκε όταν έγινε ένα από τα σημαντικότερα κέντρα της Δυναστείας των Πτολεμαίων της Αιγύπτου κατά την Ελληνιστική περίοδο (310-30 π.Χ.) και αργότερα του ελληνορθόδοξου κόσμου του Βυζαντίου (330-1191 μ.Χ.). Η ελληνική γλώσσα και ο ελληνικός πολιτισμός επικράτησαν διά μέσου των αιώνων που ακολούθησαν, παρά το γεγονός ότι η Κύπρος περιήλθε διαδοχικά στην κυριαρχία ξένων κατακτητών, του Ριχάρδου του Λεοντόκαρδου και του Τάγματος των Ναϊτών Ιπποτών (1191-1192), των Φράγκων Λουζινιανών (1192-1489), των Ενετών (1489-1571), των Οθωμανών Τούρκων (1571-1878) και των Βρετανών (1878-1960). Οι Ελληνοκύπριοι διεξήγαγαν απελευθερωτικό αγώνα ενάντια στη βρετανική αποικιοκρατία από το 1955 μέχρι το 1959. Το 1960 η Κύπρος απέκτησε την ανεξαρτησία της και ανακηρύχθηκε σε συνταγματική Δημοκρατία. Στο πλαίσιο των Συμφωνιών Ζυρίχης-Λονδίνου, η Ελλάδα, η Τουρκία και η Βρετανία ορίζονταν ως εγγυήτριες δυνάμεις της ανεξαρτησίας της χώρας, ενώ η Βρετανία θα διατηρούσε στο νησί δύο κυρίαρχες βάσεις. Οι βρετανικές στρατιωτικές βάσεις στο νησί, η μία στο Ακρωτήρι/Επισκοπή και η άλλη στη Δεκέλεια, καλύπτουν το 2,7% του εδάφους. Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Κυπριακής Δημοκρατίας, η πολιτική εξουσία θα κατανεμόταν μεταξύ των Ελληνοκυπρίων και των Τουρκοκυπρίων με αναλογία 7:3. Αυτό έδωσε στην τουρκοκυπριακή κοινότητα (18% του πληθυσμού) δικαιώματα συμμετοχής στη Δημόσια Υπηρεσία κατά 30%. Επιπρόσθετα, δόθηκαν στην τουρκοκυπριακή κοινότητα δικαιώματα αρνησικυρίας σε σημαντικά θέματα (3).

Οι σχέσεις μεταξύ των δύο κοινοτήτων υπήρξαν για αιώνες ειρηνικές και φιλικές. Ωστόσο, συγκεκριμένες πρόνοιες των Συμφωνιών Ζυρίχης-Λονδίνου και του Συντάγματος του 1960 (οι οποίες είχαν επιβληθεί στον λαό της Κύπρου), έμελλε να αποδειχθούν αιτία εσωτερικών προστριβών και εξωτερικών παρεμβάσεων. Το ίδιο το Σύνταγμα καλλιέργησε τις διαφορές μεταξύ Ελληνοκυπρίων και Τουρκοκυπρίων, προωθώντας περισσότερο τις διαιρετικές παρά τις συνενωτικές τάσεις μεταξύ των δύο κοινοτήτων. Οι Ελληνοκύπριοι είχαν όλη την καλή θέληση να ενδυναμώσουν την ενότητα του κράτους, όμως η τουρκοκυπριακή ηγεσία, με την έντονη παρότρυνση και καθοδήγηση της Τουρκίας, επεδίωκε τον εθνικό διαχωρισμό και τη γεωγραφική διχοτόμηση. Αυτό αποτέλεσε την απαρχή διακοινοτικών ταραχών μεταξύ του 1963 και 1967 που οδήγησαν σε αεροπορικούς βομβαρδισμούς εκ μέρους της Τουρκίας καθώς και απειλές ότι θα εισβάλει στην Κύπρο. Το 1964, οι Τουρκοκύπριοι αποχώρησαν από την Κυβέρνηση, τη Βουλή των Αντιπροσώπων και τη Δημόσια Υπηρεσία. Από το 1968 ως το 1974 διεξάγονταν διακοινοτικές συνομιλίες για την επίτευξη λύσης υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών. Η διακοινοτική ένταση μειώθηκε και σταδιακά η βία εξαλείφθηκε κατά την περίοδο αυτή. Η Ειρηνευτική Δύναμη των Ηνωμένων Εθνών (που αποτελείται σήμερα από λιγότερο από 900 στρατιώτες) εγκαθιδρύθηκε στην Κύπρο το 1964 μετά από τις διακοινοτικές ταραχές του Δεκεμβρίου του 1963 και τις τουρκικές απειλές για εισβολή. Κύριο της καθήκον, σήμερα, είναι η επιτήρηση της νεκρής ζώνης και η διατήρηση της κατάπαυσης του πυρός, δεδομένου ότι περισσότεροι από 40.000 Τούρκοι στρατιώτες συνεχίζουν να κατέχουν το βόρειο τμήμα του νησιού, μετά την τουρκική εισβολή του 1974.(3)

### **Στρατιωτική εισβολή και κατοχή από την Τουρκία**

Στις 15 Ιουλίου 1974, η στρατιωτική χούντα, που κυβερνούσε τότε την Ελλάδα, και οι Ελληνοκύπριοι συνεργάτες της στο νησί, πραγματοποίησαν πραξικόπημα για να ανατρέψουν τη δημοκρατικά εκλεγμένη Κυβέρνηση της Κύπρου. Στις 20 Ιουλίου η Τουρκία, χρησιμοποιώντας το πραξικόπημα ως πρόσχημα, εισέβαλε στην Κύπρο, κατά παράβαση του Καταστατικού Χάρτη του ΟΗΕ και των αρχών που διέπουν τις διεθνείς σχέσεις, για να αποκαταστήσει δήθεν τη συνταγματική τάξη. Αντ' αυτού κατέλαβε το 36,2% του εδάφους της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η Τουρκία εξακολουθεί από τότε να περιφρονεί πληθώρα ψηφισμάτων των Ηνωμένων Εθνών που απαιτούν την αποχώρηση όλων των ξένων στρατευμάτων από το νησί. Τραγικές ήταν οι συνέπειες της τουρκικής εισβολής. Χιλιάδες ήταν οι νεκροί, ενώ περίπου 180.000 Ελληνοκύπριοι που ζούσαν στο βόρειο τμήμα της χώρας,

περισσότεροι από το ένα τρίτο του πληθυσμού εκδιώχθηκαν βίαια από τα σπίτια και τις περιουσίες τους και έγιναν πρόσφυγες στην ίδια τους την πατρίδα. Άλλοι 20.000 Ελληνοκύπριοι που είχαν εγκλωβιστεί στις κατεχόμενες περιοχές το 1974, εξαναγκάστηκαν σταδιακά, με εκφοβισμό και στέρηση των βασικών τους ανθρωπίνων δικαιωμάτων, να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους και να βρουν καταφύγιο στην ελεγχόμενη από την Κυβέρνηση περιοχή. Σήμερα, παραμένουν περίπου 410 εγκλωβισμένοι, κυρίως ηλικιωμένοι. Επιπρόσθετα, οι Τουρκοκύπριοι εξαναγκάστηκαν να μεταβούν στις κατεχόμενες περιοχές στο πλαίσιο της τουρκικής πολιτικής για εθνικό διαχωρισμό. Ως αποτέλεσμα της τουρκικής εισβολής, περίπου 1.400 Ελληνοκύπριοι, πολίτες και στρατιώτες, εξαφανίστηκαν. Πολλοί είτε συνελήφθησαν από τις τουρκικές δυνάμεις εισβολής και θεάθηκαν σε φυλακές στην Τουρκία, είτε εξαφανίστηκαν μετά τη λήξη των εχθροπραξιών σε περιοχές που βρίσκονταν υπό τον έλεγχο του τουρκικού στρατού. Οι περισσότεροι από αυτούς εξακολουθούν να είναι αγνοούμενοι, λόγω της απροθυμίας της Τουρκίας να βοηθήσει στη διακρίβωση της τύχης τους. Επιπρόσθετα, η πολιτική της μεταφοράς και εγκατάστασης εποίκων από την Τουρκία στο κατεχόμενο τμήμα έχει αλλοιώσει τη δημογραφική δομή του νησιού, σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο συνολικός αριθμός των παράνομων εποίκων να είναι σχεδόν διπλάσιος των Τουρκοκυπρίων. Το γεγονός αυτό έχει προφανείς σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες για τους ίδιους τους Τουρκοκύπριους, οι οποίοι επανειλημμένα έχουν εκφράσει τη διαφωνία τους σχετικά με τη μαζική εισροή εποίκων. Σαν αποτέλεσμα, χιλιάδες υποχρεώθηκαν να μεταναστεύσουν. Η τουρκική εισβολή και κατοχή επέφερε οικονομική κατάρρευση στο βόρειο τμήμα του νησιού, το οποίο πριν το 1974 ήταν το πλουσιότερο και το πιο ανεπτυγμένο. Το 70% των πλουτοπαραγωγικών πόρων της Κύπρου χάθηκε, ενώ 30% του εργατικού δυναμικού κατέστησαν άνεργοι.

## **Ευρωπαϊκή Ένωση**

Καθώς η Κύπρος αποτελούσε πάντα μέρος της ευρωπαϊκής οικογένειας εθνών, η ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν μία αναμενόμενη επιλογή για την Κύπρο, υπαγορευμένη από την ιστορία, την κουλτούρα, τον πολιτισμό, τις παραδόσεις και την ευρωπαϊκή νοοτροπία της. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατανόησε την πολυπλοκότητα της κατάστασης. Όρισε λοιπόν ρητά ότι η εφαρμογή του κοινοτικού κεκτημένου στην κατεχόμενη Κύπρο θα αναστελλόταν μέχρις ότου αυτή η περιοχή επανενωθεί με την υπόλοιπη Δημοκρατία, αν και η Κυπριακή Δημοκρατία στο σύνολό της θα αποτελούσε μέλος της ΕΕ. Οι συνομιλίες για την επίλυση του Κυπριακού ξεκίνησαν τον Νοέμβριο του 2002, μεταξύ των ηγετών των δύο κοινοτήτων, και μετά από διάφορες συσκέψεις μεταξύ των κυβερνήσεων της Κύπρου, της Ελλάδας, της Τουρκίας και της

Βρετανίας (με τις Ηνωμένες Πολιτείες σε ανεπίσημο ρόλο) υπό την αιγίδα του ΟΗΕ, ένα πολυσύνθετο συνολικό σχέδιο τέθηκε σε δημοψήφισμα τον Απρίλιο του 2004. Το σχέδιο απορρίφθηκε διότι κρίθηκε από τη μεγάλη πλειοψηφία των Κυπρίων επιβλαβές για την επιβίωση του κυπριακού κράτους και για το καλώς νοούμενο κοινό συμφέρον του κυπριακού λαού. Το 76% των ψηφοφόρων στην ελεύθερη Κύπρο το απέρριψε, σε σύγκριση με την αρνητική ψήφο του 35% στην κατεχόμενη Κύπρο. Το σχέδιο υπέστη σαρωτική ήττα και θεωρήθηκε άκυρο στο σύνολό του, σύμφωνα με το τι προνοούσε. Το σχέδιο περιλάμβανε πρόνοιες των ίδιων των Συνθηκών του 1960, που από πολλούς θεωρήθηκαν σημαντικός παράγοντας που συντέλεσε στη ρήξη του 1963. Περιλάμβανε την κάπως αυθαίρετη διάταξη ότι η Βρετανία, η Ελλάδα και η Κύπρος θα υποστήριζαν την αίτηση της Τουρκίας για ένταξη στην ΕΕ, με μία απαράδεκτη φαλκίδευση της εθνικής κυριαρχίας. Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το γεγονός ότι σήμαινε επίσης την κατάργηση της Κυπριακής Δημοκρατίας και την επαναδημιουργία μιας νέας, χωρίς κάποια εγγύηση για συνολική αποχώρηση των κατοχικών στρατευμάτων και των παράνομων εποίκων ή για τα δικαιώματα των Κυπρίων να εγκαθίστανται όποτε και όπου επιθυμούν. Επιπλέον, δεν προνοούσε για μία ορθά λειτουργική κυβέρνηση, απαλλαγμένη από τους εθνικούς διαχωρισμούς του παρελθόντος που είχαν επιβληθεί στο νησί. Με λίγα λόγια, το σχέδιο στο οποίο ενσωματώθηκαν αυθαίρετα απαράδεκτες τουρκικές αξιώσεις, δεν ήταν μόνο για τους Κύπριους, αλλά και για εξωτερικά συμφέροντα. Ενδεικτικά, πολλές από τις πρόνοιες ήταν σε τέτοιο βαθμό αντίθετες προς το πνεύμα του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να αποδυναμώνουν τις ίδιες τις θεμελιώδεις αρχές του ευρωπαϊκού κεκτημένου και ιδιαίτερα εκείνες που αφορούν το δικαίωμα της ελεύθερης μετακίνησης και εγκατάστασης. Το πολύπλοκο πακέτο αποκλίσεων από το ευρωπαϊκό δίκαιο υπονόμει τον λόγο ύπαρξης της ίδιας της ΕΕ, ιδίως με το να δείχνει ότι παραβλέπει τους επιθετικούς στόχους μιας δύναμης που κατέχει παράνομα μία άλλη χώρα. (4)

### 1.3 Οικονομικά δεδομένα

#### **Οικονομία**

Παρά την εκκρεμότητα στο πολιτικό πρόβλημα, η οικονομία της ελεύθερης αγοράς στην ελεγχόμενη από την Κυβέρνηση περιοχή σημείωσε αξιοσημείωτη ανάκαμψη από το 1974. Η επιτυχία στην οικονομία αποδίδεται, μεταξύ άλλων, στους εξής παράγοντες: στην υιοθέτηση της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς, στην ορθή μακροοικονομική πολιτική διαδοχικών Κυβερνήσεων, στον δυναμισμό και ευελιξία της επιχειρηματικής κοινότητας καθώς και στο υψηλό επίπεδο κατάρτισης του εργατικού δυναμικού. Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, η κυπριακή οικονομία έχει μετατραπεί από αγροτική σε οικονομία ελαφράς βιομηχανίας και υπηρεσιών. Σήμερα, η Κύπρος είναι ένας σημαντικός τουριστικός προορισμός

καθώς και μια σύγχρονη οικονομία, η οποία προσφέρει δυναμικές υπηρεσίες μαζί με προηγμένες φυσικές και κοινωνικές υποδομές. Την 1η Ιανουαρίου 2008 η Κυπριακή Δημοκρατία εντάχθηκε στην Ευρωζώνη, υιοθετώντας το ευρώ ως το επίσημο νόμισμά της, το οποίο αντικατέστησε την κυπριακή λίρα. Η πρόσφατη διεθνής οικονομική κρίση, η οποία είχε σημαντικό αντίκτυπο στην παγκόσμια ανάπτυξη, δεν άφησε ανεπηρέαστη την Κύπρο, με αποτέλεσμα η Κυβέρνηση να αναγκαστεί να υποβάλει αίτηση για βοήθεια στον Μηχανισμό Στήριξης που παρέχεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα). Η σχετική δανειακή σύμβαση και ένα Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής (Μνημόνιο Συν-αντίληψης) υπογράφηκαν με την Τρόικα την άνοιξη του 2013 με στόχο την αποκατάσταση της οικονομικής σταθερότητας. Τρία χρόνια αργότερα, στις 31 Μαρτίου 2016, η Κύπρος εξήλθε του Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής έχοντας επιτυχώς εφαρμόσει τις πρόνοιές του και έχοντας αντιμετωπίσει δημοσιονομικές, τραπεζικές και διαρθρωτικές προκλήσεις, σηματοδοτώντας έτσι την έξοδό της από την ύφεση. Το Eurogroup, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και αξιωματούχοι της ΕΕ έχουν επαινέσει την Κύπρο για τη σκληρή δουλειά και την αφοσίωσή της, καθώς και για τα σημαντικά της επιτεύγματα που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την εντυπωσιακή ανάκαμψη της οικονομίας, η οποία επέστρεψε σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης το 2016, με ρυθμό ανάπτυξης περίπου 3,4%, τη σταθεροποίηση του τραπεζικού τομέα, την επαναφορά της δημοσιονομικής θέσης της χώρας σε βιώσιμη πορεία, τη μείωση του δημόσιου χρέους, την επανάκτηση της πρόσβασης στις διεθνείς αγορές κεφαλαίων και τις συνεχείς αναβαθμίσεις της πιστοληπτικής της ικανότητας από διεθνείς οίκους αξιολόγησης. Τονίζεται ότι διακηρυγμένη δέσμευση της Κυβέρνησης είναι η διατήρηση συνετών μακροοικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών και η συνέχιση της προώθησης διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Πρόθεσή της είναι επίσης, να διατηρήσει τα πλεονεκτήματα της Κύπρου όπως οι προηγμένες υποδομές και το ευνοϊκό φορολογικό σύστημα προκειμένου να ενισχύσει περαιτέρω την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Επιπλέον, οι έρευνες φυσικού αερίου στην Αποκλειστική Οικονομική Ζώνη (ΑΟΖ) της Κύπρου έχουν αποκαλύψει σημαντικά αποθέματα φυσικού αερίου τα οποία θα επιφέρουν οικονομικά οφέλη για την Κύπρο στο προσεχές μέλλον.(3)

Μέχρι το 2009, η Κύπρος γνώριζε οικονομική ανάπτυξη. Η οικονομική κρίση όμως που έπληξε και την κυπριακή οικονομία από το 2009, είχε ως αποτέλεσμα πολύ αργούς ρυθμούς ανάπτυξης και τεράστιες πιέσεις στο τραπεζικό σύστημα.

Η οικονομική κρίση δεν μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο και το υφιστάμενο σύστημα υγείας. Η δραστική μείωση του εισοδήματος της πλειονότητας του κυπριακού λαού, επηρέασε σε μεγάλο βαθμό και τη συμπεριφορά του όσον αφορά στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ενώ προ κρίσης μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού απευθυνόταν για την

ικανοποίηση των ιατρικών του αναγκών στον ιδιωτικό τομέα, στη μετά κρίση εποχή αυτό δεν ισχύει. Η συνεχιζόμενη πίεση στο σύστημα υγείας, αναμένεται να επιφέρει μεγαλύτερη μείωση των υφιστάμενων κονδυλίων που διατίθενται για την υγεία. (20)

#### 1.4 Υγεία – Κυβερνητική Πολιτική

Η πολιτική υγείας του κράτους, στοχεύει όχι μόνο στη διατήρηση του υψηλού επιπέδου υγείας, αλλά και στη συνεχή βελτίωση του. Σύμφωνα με τα ετήσια στατιστικά στοιχεία που παρέχει η αρμόδια υπηρεσία του κράτους, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι υψηλό και μπορεί να συγκριθεί με εκείνο των αναπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών. Ο μέσος όρος ζωής των Κυπρίων ανδρών είναι τα 80.5 χρόνια και των γυναικών τα 84.9 χρόνια. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου ήταν οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος (33,1%), τα νεοπλάσματα (23,7%), οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (8,9%), οι ασθένειες των ενδοκρινών αδένων, της θρέψης και του μεταβολισμού (6,9%), καθώς και τα τραύματα και δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες (5,4%) (25).

Στην Κύπρο, δεν υπήρχε εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών(6). Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας (μοντέλο Beveridge)(6). Άρα, έχει δημόσιο χαρακτήρα και διέπεται από την αρχή της υποχρεωτικής συμμετοχής, της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών που επιτυγχάνεται από την αυξημένη κρατική δράση και παρέμβαση (9). Η πολιτική υγείας του Υπουργείου Υγείας, διέπεται από τη θεμελιακή αρχή ότι το αγαθό «υγεία» είναι κοινωνικό αγαθό ενώ η διασφάλισή του αποτελεί κρατική υποχρέωση και ευθύνη (10). Βασικό χαρακτηριστικό της πολιτικής αυτής είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη, η καθολική και η πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας (11).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Ιστορική αναδρομή

Το κυπριακό σύστημα υγείας, δεν έχει μακρά πορεία ανάπτυξης. Η αρχή του εντοπίζεται επί Αγγλοκρατίας, όταν εισήχθη το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, (Beveridge) το 1957. Η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης και οργάνωσής του είναι στενά συνδεδεμένη με την ίδια την πορεία ανάπτυξης της Κυπριακής Δημοκρατίας. Οι δυσμενείς πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν με τις διακοινοτικές ταραχές του 1963-1964, καθώς και την τουρκική εισβολή του 1974, επηρέασαν αρνητικά την ανάπτυξη και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Επιπρόσθετα, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, τα προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και η αντίδραση οργανωμένων συμφερόντων καθυστέρησαν τις μεταρρυθμίσεις που θα οδηγούσαν στη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας.(8)

Μέχρι πρόσφατα, η Κύπρος αποτελούσε το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δεν είχε ένα εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό.(8) Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω, το σύστημα υγείας έρχεται αντιμέτωπο με τις θεμελιώδεις αρχές του. Οι αρχές της ισότητας, της αλληλεγγύης, της αξιοπρέπειας και της κοινωνικής δικαιοσύνης για τη μείωση των προκλητικών κοινωνικών ανισοτήτων έπρεπε να εφαρμοστούν. Η εφαρμογή των αρχών αυτών υιοθετήθηκε, ίσως αναπόφευκτα κάποιες φορές, σε βάρος άλλων αρχών, δηλαδή αυτών της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Συνεπώς, το σύστημα υγείας παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες (8). Οι δυσλειτουργίες αυτές, εντοπίζονται σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας, από τη στρατηγική ανάπτυξη του, έως τη γραφειοκρατική διοίκηση, την οικονομική διαχείριση, τις παραγόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις σχέσεις με τον ιδιωτικό τομέα και τελικά την ταυτότητα του (7).

## 2.2 Η παροχή υπηρεσιών υγείας από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία της Κύπρου

Σύμφωνα με τα αρχαιολογικά ευρήματα η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο ανάγεται στο 480-470 π.Χ. στην πινακίδα του Ιδαλίου (εικόνα 2.2.1). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη πινακίδα υπήρξε σύναψη μιας συμφωνίας μεταξύ του βασιλιά Στασίκυπρου και του δήμου Ιδαλίου με τον ιατρό Ονάσηλο και τα αδέρφια του, οι οποίοι ανέλαβαν την περίθαλψη των τραυματιών της μάχης κατά την πολιορκία του Ιδαλίου από τους Πέρσες και τους Κιτιείς, χωρίς να παίρνουν αμοιβή από τους τραυματίες. Για αυτό, ο βασιλιάς και ο δήμος, όπως αναφέρεται στην πινακίδα, προσέφεραν στον Ονάσηλο και τα αδέρφια του χρήματα, χωράφια, καρποφόρα δέντρα και προνόμια. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ιατρική ήταν οικογενειακό επάγγελμα, αφού όπως αναφέρεται, βοηθοί του Ονάσηλου ήταν τα ίδια του τα αδέρφια. Ακόμη πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι το κράτος για να διασφαλίσει την ορθή περίθαλψη των τραυματιών, προέβαινε στην υπογραφή συμβολαίου με τους ιατρούς. Αυτό αποτελεί είδος κοινωνικής ασφάλισης των υπερασπιστών της πόλης και παραμένει η αρχαιότερη μαρτυρία της ιδέας του θεσμού αυτού στον ελληνικό κόσμο. (13)



Εικόνα 2.2.1 Ορειχάλκινη πινακίδα του Ιδαλίου στην Κύπρο, χαραγμένη και στις δύο πλευρές της με κυπροσυλλαβική Ελληνική γραφή

Από τις αρχές του 5<sup>ου</sup> αιώνα π.Χ. με την αναφορά στον Ονάσηλο και μέχρι τον 4<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. υπάρχουν πληροφορίες για δεκαεννέα επώνυμους ιατρούς, οι οποίοι φαίνεται να ήταν Κύπριοι ή να εργάστηκαν στην Κύπρο, όπως ο Δαμασσαγόρας, που αναφέρεται σε επιγραφή σε βάση αγάλματος στην Παλαίπαφο και καταγόταν από την Τένεδο. Οι διασημότεροι από τους γνωστούς Κύπριους ιατρούς, υπήρξαν ο Ζήνων ο Κύπριος ( 4<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ.) και ο Απολλώνιος



ο Κιτιεύς (1<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ.). Ο Ζήνων έδρασε στην Αλεξάνδρεια, κατείχε το αξίωμα του αρχιάτρου και ίδρυσε μια φημισμένη ιατρική σχολή. Ο Απολλώνιος ήταν διαπρεπής χειρουργός και πολυγραφότατος συγγραφέας. Σπούδασε στην Αλεξάνδρεια και εξάσκησε το επάγγελμα του στην Κύπρο, όπου διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο σε ιατρικές συζητήσεις. Τον 3<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ., έζησε και έδρασε ο Διαγόρας ο Κύπριος, που ήταν ιατρός και υπομνηματιστής (ερμηνευτικός σχολιαστής) του Ιπποκράτη. Έγραψε επίσης σχόλια για διάφορες φαρμακευτικές ουσίες και μελέτησε παθήσεις των αυτιών και των οφθαλμών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο κατά την αρχαιότητα, αποτελεί η ανακάλυψη πήλινων θερμοφόρων για διάφορα μέλη του σώματος, στις οποίες έβαζαν ζεστό νερό για να προκαλέσουν υπερθερμία και να αυξήσουν την κυκλοφορία του αίματος, για θεραπευτικούς σκοπούς και για την ανακούφιση των πόνων και των πιασιμάτων (14).

Κατά τη Βυζαντινή περίοδο, η απομάκρυνση του πόνου δε βρισκόταν πλέον στα χέρια του ιατρού, αλλά στα χέρια του Θεού. Η διαπίστωση αυτή μας βοηθά να καταλάβουμε ότι οι αντιλήψεις οδήγησαν την ιατρική σε οπισθοδρόμηση κατά τα βυζαντινά χρόνια. Η Εκκλησία βέβαια, ποτέ δεν απέρριψε την ιατρική περίθαλψη ως έκφανση φιλανθρωπίας. Άγιοι όπως ο Κοσμάς και Δαμιανός ήταν ιατροί που θεράπευαν τους άπορους χωρίς να αμείβονται, γι' αυτό και ονομάστηκαν Ανάργυροι. Η δράση τους παρουσιάζεται ως προσφορά, παρά ως εξάσκηση της επιστήμης της ιατρικής (13).

Πολλοί αυτοκράτορες και κυρίως ο Ιουστινιανός έκτισαν ευαγή ιδρύματα, ανάμεσα στα οποία και νοσοκομεία, για την περίθαλψη ανθρώπων που έπασχαν από ανίατες και μεταδοτικές ασθένειες, όπως η λέπρα. Γι' αυτό τα λεπροκομεία είχαν προτεραιότητα στα προγράμματα οικοδόμησης ιδρυμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Η Κύπρος, ως Βυζαντινή επαρχία, ήταν ενταγμένη στο γενικότερο πλαίσιο κοινωνικής πρόνοιας της αυτοκρατορίας. Η δυναμική τότε άρχουσα τάξη της Κύπρου, συναγωνιζόταν στη φιλανθρωπική δράση, παράδειγμα ο άρχοντας Φιλέντολος Ολυμπίου που έζησε στην Κωνσταντία, πρωτεύουσα του νησιού, ο οποίος ίδρυσε εκεί νοσοκομείο. Ενδεικτική ακόμη περίπτωση είναι η ίδρυση εκκλησιαστικού γηροκομείου από τον επίσκοπο Ιωάννη (13).

Η ύπαρξη οργανωμένων νοσοκομείων καταδεικνύει ότι στην Κύπρο παρεχόταν ιατρική περίθαλψη. Στο πλαίσιο της αυτοκρατορικής πολιτικής εντάχθηκε η ίδρυση ευαγών ιδρυμάτων. Ο τότε δούκας της Κύπρου, διορίστηκε ως υπεύθυνος για την οικοδόμηση σειράς έργων μεταξύ των οποίων ήταν και τα ευαγή ιδρύματα. Ακολουθώντας την ερμηνευτική προσέγγιση των

πηγών και των αρχαιολογικών δεδομένων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου, αποτελούσε ζητούμενο για την κοινωνία της Βυζαντινής Κύπρου και ενέπλεκε για το σκοπό αυτό, την αριστοκρατία, τη διοίκηση και την εκκλησία (13).

Από τις ιστορικές πηγές, εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι ιατρικές γνώσεις των Βυζαντινών ήταν περιορισμένες και απλοϊκές. Η ιστορία της Βυζαντινής ιατρικής καταδεικνύει ότι οι διαγνώσεις που γίνονταν ήταν λανθασμένες και η θεραπευτική αγωγή που συνιστούσαν ακόμη και οι φημισμένοι ιατροί δεν οδηγούσε σε θεραπεία και συχνά δεν απέτρεπε το θάνατο και αυτό οφειλόταν στην έλλειψη γνώσεων ανατομίας, λόγω του ότι η μοναδική ιατρική πηγή των ιατρών ήταν τα ιατρικά συγγράμματα της αρχαιότητας (13).

Στην περίοδο της Φραγκοκρατίας, λειτουργούσαν ιδρύματα-νοσοκομεία για την ιατρική περίθαλψη των ασθενών στη Λευκωσία, την Αμμόχωστο και τη Λεμεσό, όπου η περίθαλψη προσφερόταν από τους μοναχούς των ταγμάτων της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας. Κατά τον 15ο και 16ο αιώνα, για την ιατρική στην Κύπρο υπάρχουν πολλές μαρτυρίες. Προς το τέλος της Φραγκοκρατίας, αναφέρονται ενδιαφέροντα στοιχεία για δύο ιατρούς, το χειρουργό Eschive Barthelemy, γαλλικής καταγωγής και το Βενετό Gabriel Gentile. Να σημειωθεί ότι εκτός από τους Κύπριους, Γάλλους και Ιταλούς ιατρούς που απαντώνται στην Κύπρο αυτή την εποχή, υπάρχει αναφορά το 1566 και σε Βέλγο ιατρό, σύμφωνα με τον περιηγητή Christopher Furer, που είχε νυμφευτεί στην Αμμόχωστο και εξασκούσε εκεί το επάγγελμα του. Στην φραγκοκρατούμενη και ενετοκρατούμενη Κύπρο, συνυπήρχαν διάφορες εθνικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές ομάδες, όπως και ιατροί και ιατρικές παραδόσεις που μετέφεραν και που προέρχονταν, τόσο από τη δυτική παράδοση, όσο και από τις παραδόσεις της Ανατολής. Σημαντική ήταν και η Εβραϊκή ιατρική παράδοση (15).

Πριν από το 19ο αιώνα, τα ιδρύματα που φρόντιζαν για τη δημόσια υγεία, στην περίοδο της οθωμανικής κατοχής, βασίζονταν στο θεσμό των «βακουφίων», τα οποία ήταν ευαγή ιδρύματα που δημιουργούνταν με τη μόνιμη δωρεά προσωπικής περιουσίας για τη συντήρηση δραστηριοτήτων, οι οποίες θεωρούνταν φιλανθρωπικές ή δημοσίου συμφέροντος. Ο εκσυγχρονισμός των υγειονομικών θεσμών και η δημιουργία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, άργησε να φτάσει στην Κύπρο, λόγω της αδιαφορίας των οθωμανικών αρχών. Τον Αύγουστο του 1835, το μικρό φρούριο της Λάρνακας, μετατρέπεται προσωρινά σε λοιμοκαθαρτήριο, μέχρι την ανέγερση κατάλληλου κτηρίου, για την εφαρμογή των υγειονομικών μέτρων σύμφωνα με το φερμάνι του σουλτάνου, που διάταζε την ίδρυση «λαζαρέτο»

(λοιμοκαθαρτηρίου), σε όλα τα λιμάνια της αυτοκρατορίας, λόγω των εκτεταμένων κρουσμάτων επιδημίας πανώλης. Παράρτημα του λοιμοκαθαρτηρίου ιδρύθηκε και στη Λεμεσό. Σύμφωνα με τη βρετανική προξενική έκθεση του 1859, τα γραφεία υγείας των πόλεων της Κύπρου υπάγονταν στην ανάλογη κεντρική υπηρεσία της Κωνσταντινούπολης και η λειτουργία τους ρυθμιζόταν από γραπτούς κανονισμούς, οι οποίοι τηρούνταν αυστηρά (16).

Το λοιμοκαθατήριο δεν ήταν το μοναδικό υγειονομικό ίδρυμα στην Κύπρο κατά την Οθωμανική περίοδο. Ιδρύθηκε στη Λευκωσία λεπροκομείο και η εκκλησία ανέλαβε τα έξοδα για τη διατροφή και ένδυση των ασθενών, ενώ η οθωμανική κυβέρνηση πλήρωσε για την ανέγερση των κατάλληλων κτηρίων. Η πρώτη γνωστή αναφορά για πρόθεση ίδρυσης νοσοκομείου γενικής φύσεως στην Κύπρο τοποθετείται το 1839, με τη μεταρρυθμιστική διακήρυξη του Hatt-I Serif. Το πρώτο γνωστό νοσοκομείο που λειτούργησε στην οθωμανική περίοδο προήλθε από πρωτοβουλία Γάλλων υπηκόων με την υποστήριξη του γαλλικού προξενείου, το οποίο χρησιμοποίησε το ίδρυμα αυτό για να επεκτείνει την επιρροή της Γαλλίας στο νησί. Το 1844, άρχισε να λειτουργεί νοσοκομείο στην περιοχή της εκκλησίας της Χρυσοπολίτισσας στη Λάρνακα, στο οποίο όσοι προσέρχονταν εξετάζονταν από το Γάλλο γιατρό Joseph-Ivène Foblant Philomère Frague, δωρεάν. Τα φάρμακα αποστέλλονταν από τη γαλλική κυβέρνηση και στο ίδρυμα προσέρχονταν πολλοί ασθενείς από τα γύρω χωριά, οι οποίοι έπασχαν κυρίως από ελονοσία, οφθαλμία ή εντερικές διαταραχές. Μαρτυρίες αναφέρουν ότι εκτός από τη λειτουργία νοσοκομείου, λειτουργούσαν και κάποιες ιδιωτικές κλινικές. Ο γιατρός Giuseppe Zambelli περιέθαλπε ασθενείς στην κλινική του στην Αμμόχωστο (16).

Κατά την άφιξη των Άγγλων στην Κύπρο το 1878, λειτούργησε μόνο ένα στρατιωτικό νοσοκομείο στη Λευκωσία, κοντά στη πύλη Πάφου. Οι Άγγλοι αποικιοκράτες εγκαινίασαν το 1878 τις πρώτες υποδομές και πήραν τα πρώτα μέτρα για την προστασία της υγείας του λαού, αλλά και των στρατιωτών που ήρθαν στο νησί. Σε όλες τις πόλεις του νησιού διορίστηκαν ως επί το πλείστον Άγγλοι ιατροί στην κρατική υπηρεσία και λειτούργησαν τα πρώτα νοσοκομεία, ενώ σε κεντρικούς χώρους ιδρύονται τα πρώτα φαρμακεία, που συνδυάζονταν με εξωτερικά ιατρεία. Το 1879 άρχισε η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων Λάρνακας, Λεμεσού, Αμμοχώστου, Κερύνειας και Πάφου. Το 1898 διορίζονται και οι πρώτοι αγροτικοί ιατροί σε έξι αγροτικά κέντρα. Μεταξύ του 1878 και του 1893, ιδρύονται και λειτουργούν νοσοκομεία και σε άλλες πόλεις που συντηρούνται αρχικά από τα δημαρχεία και από εθελοντικές συνεισφορές και κυβερνητικές επιχορηγήσεις. Στα επόμενα χρόνια, η αγγλική κυβέρνηση ανέλαβε πλήρως τη συντήρησή τους. Τα νοσοκομεία αυτά παρείχαν δωρεάν περίθαλψη και

φάρμακα στους άπορους. Το 1881, ιδρύεται στη Λεμεσό το ειδικό νοσοκομείο για αφροδίσια νοσήματα (Lock Hospital), το οποίο διοικείται από τις δημοτικές αρχές και επιχορηγείται από την κυβέρνηση (17).

Το 1907 γίνονται προσπάθειες για ίδρυση φθισιατρείου και τον επόμενο χρόνο εγγράφεται στον προϋπολογισμό κονδύλι ύψους πενήντα λιρών, ως συνδρομή για την ίδρυση σανατορίου. Το 1909, στις όχθες του Πεδιαίου ποταμού, λειτούργησε μικρό φθισιατρείο με τρία κρεβάτια για την περίθαλψη άπορων ασθενών με φυματίωση, στους οποίους παρεχόταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το 1926 λειτουργεί το σανατόριο Αθαλάσσης το οποίο διέθετε 50 κλίνες νοσηλείας. Το 1936 κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία σανατορίου για τους ασθενείς με φυματίωση και το 1940 λειτούργησε το σανατόριο Κυπερούντας. Το 1936 άρχισε η ανέγερση του νέου νοσοκομείου Λευκωσίας, που λειτούργησε το 1940 και αποτέλεσε το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας μέχρι το 2006, οπότε και κατεδαφίστηκε, ενώ ξεκίνησε παράλληλα τη λειτουργία του το νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (17).

Με την προσάρτηση της Κύπρου στη Μ. Βρετανία, οι Άγγλοι θεσπίζουν νόμους για την προστασία της δημόσιας υγείας. Ένα από τα παλαιότερα νομοθετήματα είναι ο περί Καραντίνας Νόμος του 1879, που έδινε την απόλυτη εξουσία στην αποικιοκρατική κυβέρνηση της Κύπρου για την αποτροπή της εξάπλωσης μολυσματικών ή μεταδοτικών ασθενειών. Η νομοθεσία εξουσιοδοτούσε επίσης τις τοπικές αρχές να αφαιρούν προσωπικές ελευθερίες και να απομονώνουν σε ξεχωριστά σπίτια οποιονδήποτε είχε μολυσματική ασθένεια. Τα πλοία που έφταναν στο νησί, υπόκειντο στα υγειονομικά μέτρα που περιλάμβαναν ιατρική εξέταση από ιατρικούς λειτουργούς της αποικίας, όλων των προσώπων και ζώων που επέβαιναν στο σκάφος (17).

Για την εσωτερική ρύθμιση της δημόσιας υγείας, οι Άγγλοι θέσπισαν νόμο το 1883, περί πρόληψης ασθενειών με τον οποίο ο κυβερνήτης εξουσιοδοτούσε τους επιτρόπους των επτά επαρχιών της Κύπρου να λαμβάνουν έκτακτα μέτρα για την αποτροπή της εξάπλωσης συγκεκριμένων ασθενειών της τότε εποχής. Το 1892 με τη θέσπιση του περί δημόσιας υγείας νόμου διαμορφώνεται η δομή της δημόσιας υγείας, όχι μόνο στις πόλεις αλλά και στα χωριά και αποτέλεσε το πρώτο βήμα για τη δημιουργία υποδομής για την υγειονομική ανάπτυξη των χωριών. Στο πλαίσιο του νόμου ιδρύθηκαν επιτροπές υγείας, οι οποίες είχαν ευρείες εξουσίες και στόχευαν στη βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης στην επαρχία (17).

Το σύστημα υγείας της Κύπρου βασίστηκε στο σύστημα της Μ. Βρετανίας. Η χορήγηση άδειας εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος άρχισε από το τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα με τη θέσπιση σχετικής νομοθεσίας στην Αγγλία. Το 1891 θεσπίστηκε και στην Κύπρο ο πρώτος νόμος για τη ρύθμιση της άσκησης της ιατρικής και της χειρουργικής. Βάσει του νέου νομοθετήματος, ιδρύεται στην Κύπρο το Ιατρικό Συμβούλιο που έχει τη δικαιοδοσία εγγραφής και εκδόσεως ασκήσεως του ιατρικού ή χειρουργικού επαγγέλματος, βάσει εξετάσεων που διοργάνωνε για ιατρούς, χειρουργούς και μαίες, για να διαπιστωθεί αν είχαν τις κατάλληλες γνώσεις και την αναγκαία δεξιότητα (17).

Το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εισήχθη το 1957 όταν η Κύπρος ήταν ακόμα βρετανική αποικία. Την ίδια χρονική περίοδο, η Κύπρος εντάχθηκε στο αγγλικό σύστημα υγείας, ως αγγλική αποικία. Μετά από απαίτηση της αποικιοκρατικής αγγλικής κυβέρνησης, κλήθηκε το 1950 ο Kenneth Clucas (που εκείνη την περίοδο ήταν ακόλουθος πρεσβείας του Υπουργείου Εργασίας στο Κάιρο) για να συμβάλει στη διαμόρφωση ενός σχεδίου κοινωνικής ασφάλισης. Για το σκοπό αυτό, ετοίμασε σχετική έκθεση η οποία για πολλά χρόνια δεν αξιοποιήθηκε (18). Παρόλα αυτά, το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όσον αφορά τις εισφορές και την παροχή υπηρεσιών υγείας βασίστηκε στις αρχές του Βρετανικού συστήματος Beveridge και χρηματοδοτείτο από το φόρο εισοδήματος. Με την πάροδο του χρόνου και ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία, οι ανάγκες για αλλαγή των δεδομένων, ώστε να συνάδουν με τις νέες πραγματικότητες και περιστάσεις παρήγαγαν κύμα νέων τροποποιήσεων της νομοθεσίας τις οποίες η παρούσα εργασία εξετάζει ακολούθως. (19).

### 2.3 Οργάνωση και διοίκηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας

Στην Κύπρο, δεν υπήρχε εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (20). Το σύστημα υγείας της Κύπρου αποτελείται από δύο χωριστούς όσο και αλληλοδιαπλεκόμενους τομείς: το δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό (εικόνα 2.3.1).



Εικόνα 2.3.1 Δομή του υφιστάμενου Συστήματος Υγείας

Ο δημόσιος τομέας υγείας διοικητικά, οργανωτικά, λειτουργικά και χρηματοδοτικά, υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι διασκορπισμένες σε ολόκληρη την Κύπρο και προσφέρονται μέσω των αστικών κέντρων υγείας (συνολικά 6), των αγροτικών κέντρων υγείας (συνολικά 23) και των υποκέντρων αυτών (στις μεγάλες αγροτικές κοινότητες). Υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, προσφέρουν τρία αγροτικά νοσοκομεία (Κυπερούντας, Πόλης Χρυσοχούς και Παραλιμνίου) και πέντε γενικά νοσοκομεία (Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου, Πάφου). Υπάρχουν δύο εξειδικευμένα νοσοκομεία, το Μακάριο Νοσοκομείο, που στεγάζει τη μαιευτική και παιδιατρική μονάδα και το νοσοκομείο Αθαλάσσας, που προσφέρει υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επίσης, εξειδικευμένες υπηρεσίες προσφέρουν το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, το Κέντρο Θαλασσαιμίας, το Κέντρο Παρηγορητικής Φροντίδας Αροδαφνούσα και το Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου (20).

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τους ιδιώτες ιατρούς και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, των οποίων ιδιοκτήτες είναι κατά βάση ιδιώτες ιατροί ή εταιρείες ιδιωτών ιατρών. Προσφέρει πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υπηρεσίες φροντίδας υγείας επ' αμοιβή. Την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προσφέρουν οι ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι, τα ανεξάρτητα κέντρα παροχής φροντίδας υγείας, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, οι

ακτινολογικές και ακτινοθεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς και τα ιδιωτικά φαρμακεία. Τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, προσφέρουν οι ιδιωτικές κλινικές, που εξυπηρετούν, τόσο εξωτερικούς, όσο και εσωτερικούς ασθενείς. Κάποιες από αυτές, διαθέτουν εξειδικευμένες υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι το Παρασκευαΐδιο Μεταμοσχευτικό Κέντρο, το Αμερικανικό Καρδιολογικό Κέντρο και το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου (22).

Ο αριθμός των ιατρών το 2012 ανήλθε στους 2,630 σε σύγκριση με 2,553 το 2011 και 2,442 το 2010. Από αυτούς, ο δημόσιος τομέας απασχολούσε 839 ιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων, ή ποσοστό 31,9% και ο ιδιωτικός τομέας 1,791 ή ποσοστό 68,1%. (23).

Μια άλλη μορφή παρόχου υπηρεσιών υγείας, είναι οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και σύνδεσμοι ιδιωτικού χαρακτήρα, που παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες όπως το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, το Παρασκευαΐδιο Μεταμοσχευτικό Κέντρο και το Ινστιτούτο Γενετικής και Νευρολογίας και οι υπηρεσίες υποστήριξης σε χρόνιους ασθενείς, όπως καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς, διαβητικούς, νεφροπαθείς κτλ. Αυτές οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από κρατικές επιδοτήσεις, από δημόσιες δωρεές και από διάφορες εκδηλώσεις που γίνονται από τους πολίτες με σκοπό να μαζευτούν χρήματα για την ενίσχυση τους (22).

Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, όπως επίσης ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Εφόσον δεν υπάρχει σύστημα παραπομπής, οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν όποιο δημόσιο νοσοκομείο επιθυμούν. Ακόμη, μπορούν να επιλέξουν ιατρό του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, αν και στο δημόσιο τομέα, η ελευθερία επιλογής για τους ασθενείς είναι περιορισμένη. (20).

Η επιλογή ιδιωτικού πάροχου, συνήθως γίνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και μια πιο προσωπική και εξειδικευμένη φροντίδα. Επίσης όταν δεν του επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του να αναμένει την παροχή φροντίδας από το δημόσιο σύστημα υγείας, λόγω της μεγάλης λίστας αναμονής. Στο δημόσιο τομέα, οι ασθενείς σπαταλούν τριπλάσιο χρόνο από ό,τι στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθούν αφού ο χρόνος αναμονής για ένα ραντεβού είναι πολύ μεγαλύτερος. Αυτό επηρεάζει τους πολίτες, ώστε να προτιμούν να πληρώνουν τον ιδιωτικό τομέα για να αποφύγουν την ταλαιπωρία. (20). Επίσης, αν κάποια θεραπεία δεν προσφέρεται στον δημόσιο τομέα, τότε ο ασθενής απευθύνεται στον ιδιωτικό (20).

Παρά τη βελτίωση στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένων κέντρων και νοσοκομείων, πέραν των 2000 ασθενών κάθε χρόνο, αναζητούν θεραπεία σε εξειδικευμένα κέντρα και νοσοκομεία του εξωτερικού. Περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς τους ασθενείς, επιλέγουν το Ηνωμένο Βασίλειο, το Ισραήλ και την Ελλάδα. Οι ασθενείς αυτοί, υποφέρουν κυρίως από καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, ορθοπεδικά και οφθαλμολογικά προβλήματα. Αρκετοί από αυτούς, παίρνουν προέγκριση από ιατρικό συμβούλιο και την τελική απόφαση για τη θεραπεία τους στο εξωτερικό, την παίρνει το Υπουργείο Υγείας. Το συνολικό κόστος για το κράτος ανέρχεται πέραν του ποσού των 35 εκατομμυρίων ευρώ (20).

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ανήκει πρωτίστως στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, που είναι ο κύριος φορέας πολιτικής για την υγεία και για την οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (22). Το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τις οδοντιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας, τις φαρμακευτικές υπηρεσίες και το κρατικό χημείο. Είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους. Χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό και είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διοίκηση, και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς επίσης και για την παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και νοσοκομεία που είναι υπό τον έλεγχο του, με τη μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένων υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, παραϊατρικών υπηρεσιών, υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, υπηρεσιών νοσοκομειακής, φαρμακευτικής, οδοντιατρικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και κατ'οίκον φροντίδας (24). Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας, επεκτείνεται και στα ιδιωτικά νοσοκομεία και πολυκλινικές, αφού αυτά ελέγχονται, ρυθμίζονται και αξιολογούνται από αυτό, σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους περί ιδιωτικών νοσοκομείων. Υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας λειτουργεί επίσης και ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) (20).

Το Υπουργείο Οικονομικών, που προετοιμάζει και ελέγχει τον κρατικό προϋπολογισμό, αποφασίζει το μέρος του προϋπολογισμού, που αναλογεί στο Υπουργείο Υγείας. Επίσης είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση επιδομάτων και επιχορηγήσεων που αφορούν εργαζόμενους με βαθμό ανικανότητας ή αναπηρίας και για τα επιδόματα μητρότητας. Επιπλέον το Υπουργείο Οικονομικών είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία και την έγκριση νέων θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα υγείας, καθώς και για τη μισθοδοσία των επαγγελματιών υγείας (20).



Το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, κυρίως μέσω των δημόσιων και ιδιωτικών πανεπιστημίων, όπου λειτουργούν ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, σχολές διοίκησης, φροντίδας υγείας και φυσικοθεραπείας. Το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, παρέχουν προγράμματα προαγωγής υγείας καθώς και εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλους τους μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (20).

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να θεωρηθεί ως ο δεύτερος πυλώνας του συστήματος κοινωνικής προστασίας, εφόσον είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή των κυβερνητικών πολιτικών για την εργοδότηση και την κοινωνική ασφάλιση και ευημερία των εργαζομένων, μεταξύ των οποίων είναι και οι επαγγελματίες υγείας. Καλύπτει την παροχή κατ'οίκον υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρίες (20).

Μέχρι και το 2018 υπήρχε στρατιωτικό νοσοκομείο το οποίο υπαγόταν στο Υπουργείο Άμυνας και παρείχε ιατροφαρμακευτική φροντίδα στους στρατιώτες μέσω στρατιωτικών ιατρών. Το Υπουργείο Εμπορίου - Βιομηχανίας και Τουρισμού, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, έχει την ευθύνη δημιουργίας κανονισμών, που αφορούν τα ιατρικά μηχανήματα. Το Υπουργείο Γεωργίας – Φυσικών Πόρων και Περιβάλλοντος, έχει την ευθύνη για την εφαρμογή νόμων και κανονισμών, που αφορούν τη διαχείριση αποβλήτων για την προστασία της δημόσιας υγείας (20).

Στην παροχή φροντίδας υγείας συμβάλλουν επίσης εθελοντικοί οργανισμοί, όπως ο αντικαρκινικός σύνδεσμος οι οποίοι χρηματοδοτούνται, τόσο από δωρεές, όσο και από το Υπουργείο Υγείας (20).

Επιπλέον, υφίστανται συστήματα υγειονομικής φροντίδας όπως τα συστήματα Εργοδοτικών Οργανώσεων τα οποία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΕΟ, ΣΕΚ, ΔΕΟΚ), τα συστήματα ημικρατικών Οργανισμών, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους υπαλλήλους τους (ΑΤΗΚ, ΑΗΚ, ΕΤΥΚ) και τα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (24).

Οι επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο εκπροσωπούνται από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, την Παγκύπρια Συντεχνία Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΟ), την Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών (ΠΑΣΥΚΥ) Ιατρών, την Ένωση Δημόσιων Νοσηλευτών και τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (ΠΑΣΙΝ), που μεριμνούν για τη συνεχή επαγγελματική

ανέλιξη των μελών τους με την οργάνωση συνεδρίων και σεμιναρίων. Επίσης, προστατεύουν και προωθούν τα συμφέροντα των μελών τους (20).

## 2.4 Χρηματοδότηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τα πρόσφατα στατιστικά δεδομένα της Κυπριακής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία το 2017, υπολογίζονται στο 6,9% του Α.Ε.Π και ανέρχονται στα 1,381,33 εκατομμύρια ευρώ, από τα οποία τα 572,68 εκατομμύρια είναι δημόσιες δαπάνες και 808,65 εκατομμύρια είναι ιδιωτικές δαπάνες (25)(πίνακας 2.4.1). Οι συνολικές δαπάνες υγείας της Κύπρου, ως ποσοστό του Α.Ε.Π και οι κρατικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών είναι σχετικά χαμηλές, γεγονός που καταδεικνύει ότι ο τομέας της υγείας αποτελεί χαμηλή προτεραιότητα στην κυβερνητική πολιτική ατζέντα.

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 2010-2018



Έτος	Τρέχουσες Δαπάνες Υγείας (ΤΡΔΥ) (€εκ.)			Συνολικές Δαπάνες Υγείας (ΣΔΥ) (€εκ.)			Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) (€εκ.)	% ΤΡΔΥ στο ΑΕΠ	% ΣΔΥ στο ΑΕΠ
	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας <sup>1</sup>	Σύνολο	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας <sup>1</sup>	Σύνολο			
2018 <sup>p</sup>	615,21	815,77	<b>1.430,98</b>	635,91	...	...	21.137,81	<b>6,8</b>	...
2017 <sup>r</sup>	558,38	791,95	<b>1.350,33</b>	572,68	808,65	<b>1.381,33</b>	20.039,70	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>
2016 <sup>r</sup>	529,93	759,89	<b>1.289,82</b>	543,23	774,09	<b>1.317,32</b>	18.872,87	<b>6,8</b>	<b>7,0</b>
2015 <sup>r</sup>	513,62	721,02	<b>1.234,64</b>	524,82	733,92	<b>1.258,74</b>	17.826,95	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>
2014 <sup>r</sup>	521,62	690,19	<b>1.211,81</b>	535,42	703,09	<b>1.238,51</b>	17.408,53	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>
2013 <sup>r</sup>	576,03	673,75	<b>1.249,78</b>	589,63	685,85	<b>1.275,48</b>	17.994,97	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>
2012 <sup>r</sup>	590,54	683,75	<b>1.274,29</b>	603,14	692,45	<b>1.295,59</b>	19.440,78	<b>6,6</b>	<b>6,7</b>
2011 <sup>r</sup>	610,98	666,17	<b>1.277,15</b>	625,68	706,07	<b>1.331,75</b>	19.803,03	<b>6,4</b>	<b>6,7</b>
2010 <sup>r</sup>	583,70	681,38	<b>1.265,08</b>	595,10	701,78	<b>1.296,88</b>	19.409,97	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>

Πίνακας 2.4.1 Δαπάνες για την υγεία 2010-2018

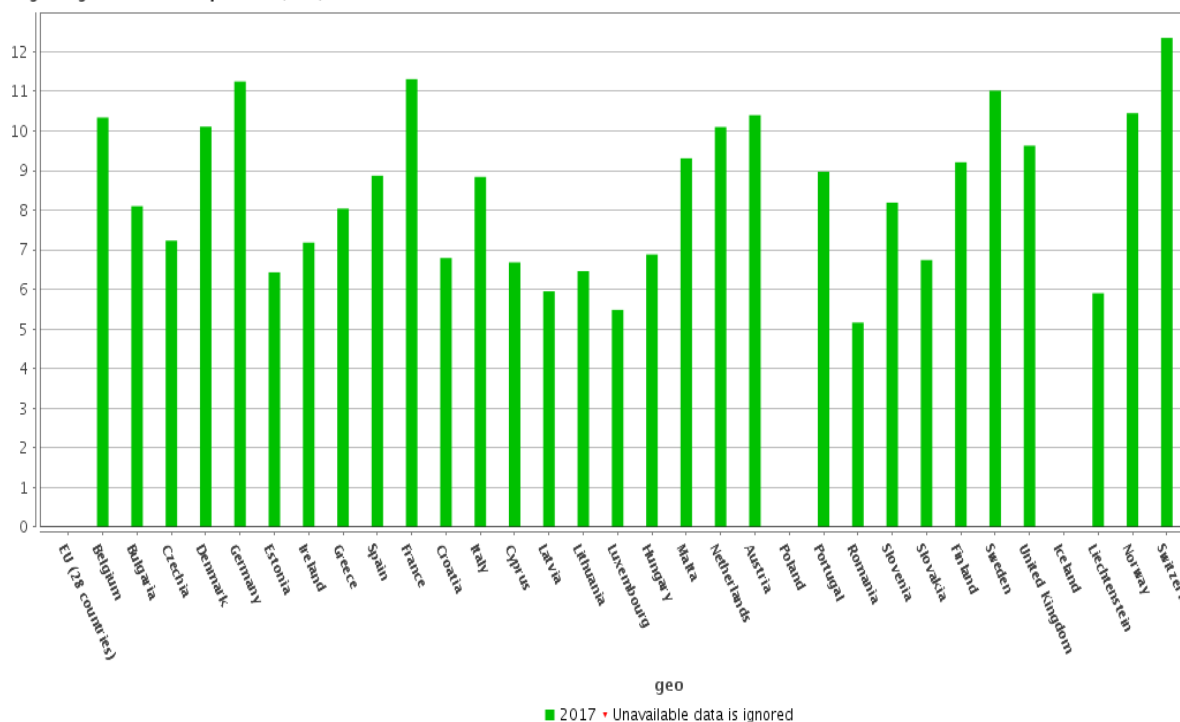
Πηγή: Τμήμα Στατιστικής Υπηρεσίας

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι συνολικές δαπάνες υγείας της Κύπρου ως ποσοστό του Α.Ε.Π, είναι από τις πιο χαμηλές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ από τις συνολικές κυβερνητικές δαπάνες, το ποσοστό των δαπανών υγείας είναι το χαμηλότερο όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το χαμηλό αυτό ποσοστό δαπανών για την υγεία, οφείλεται στο γεγονός ότι η Κύπρος έχει συγκριτικά πιο νεανική δομή πληθυσμού,

η ιατρική έρευνα παραμένει πολύ περιορισμένη, και επίσης λόγω της έλλειψης Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο συνολικός προϋπολογισμός του τομέα της υγείας ανέρχεται περίπου στο 6,68% του ΑΕΠ, σε αντίθεση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 11,3%. (22).

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του υφιστάμενου συστήματος υγείας προέρχονται από τη φορολογία, τις απευθείας ιδιωτικές πληρωμές από τους ασθενείς, τις ιδιωτικές ασφάλειες υγείας και σε μικρότερο βαθμό από εθελοντικούς οργανισμούς, οι οποίοι αποτελούνται και χρηματοδοτούνται από τους πολίτες για τη βοήθεια συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Συνολικά το 2015, το 42,6% των δαπανών υγείας, προήλθε από τον κρατικό προϋπολογισμό, το 43,9% από ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών και το 13,5% από εθελοντικές οργανώσεις πολιτών (25).

**Total health care expenditure**  
Percentage of gross domestic product (GDP)



**Διάγραμμα 2.4.1 Συνολικές Δαπάνες για την υγεία, ποσοστό του ΑΕΠ**  
Πηγή: Eurostat 2017

Στο δημόσιο τομέα κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας μέσω γενικής φορολογίας ο οποίος αποφασίζεται από την κυβέρνηση. Μέρος του κρατικού προϋπολογισμού προέρχεται από την έμμεση φορολογία, κυρίως το Φ.Π.Α, ενώ τα κύρια έσοδα του κράτους προέρχονται από τον άμεσο φόρο εισοδήματος. Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό της κυβέρνησης για το 2019, ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας, ανήλθε στα 621.9 εκατομμύρια ευρώ, με ποσοστό 9.07% επί του συνολικού προϋπολογισμού

και αύξηση κατά 36 εκατομμύρια σε σχέση με το προηγούμενο έτος (26) γεγονός που δείχνει μια τάση διαφοροποίησης σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια όσον αφορά τον τομέα της υγείας και συμπίπτει με την έναρξη της 1<sup>ης</sup> φάσης του ΓΕΣΥ.

Το Υπουργείο Υγείας, είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για την εφαρμογή του προϋπολογισμού και κανένας δημόσιος παροχέας δεν μπορεί να υπερβεί τα όρια αυτού του προϋπολογισμού. Τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας, τα οποία αποτελούν μονάδες του Υπουργείου Υγείας, μέχρι τώρα δεν είχαν οποιαδήποτε αυτονομία (20).

Παρότι το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται βάση της γενικής φορολογίας (όπως συμβαίνει σε πολλά συστήματα Beveridge), δεν επιτυγχάνεται καθολική κάλυψη του πληθυσμού της Κύπρου. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, το 2007 μόνο το 83% του πληθυσμού είχε δωρεάν κάλυψη ενώ το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού είχε πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας μέσω ιδιωτικών πληρωμών. Συνεπώς, εφόσον το 17% των Κυπρίων υποχρεούται να καταβάλλει ιδιωτικές πληρωμές για να έχει πρόσβαση στο υφιστάμενο σύστημα υγείας ή αγοράζει φροντίδα υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, το σύστημα υγείας της Κύπρου δεν εγγυάται δωρεάν και καθολική υγειονομική κάλυψη για όλο τον πληθυσμό (20). Το παραπάνω γεγονός υποδεικνύει ότι δεν επιτυγχάνονται οι βασικές αρχές της ισότιμης και καθολικής κάλυψης (22).

Το δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από το ετήσιο εισόδημα του κάθε πολίτη. Μέχρι τον Αύγουστο του 2013 οι πολίτες που είχαν δικαίωμα σε δωρεάν φροντίδα υγείας και με ετήσιο εισόδημα κάτω από 15,380 ευρώ αναφέρονταν ως Δικαιούχοι Α. Οι πολίτες που το ετήσιο εισόδημα τους ήταν μεταξύ 15,380 – 20,500 ευρώ και αναφέρονταν ως Δικαιούχοι Β, υποχρεούνταν να καταβάλλουν μέρος του προκαθορισμένου ποσού. Οι πολίτες που έχουν υψηλό ετήσιο εισόδημα αποτελούν τους μη δικαιούχους και δεν έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εκτός εάν προβούν σε ιδιωτικές πληρωμές (20). Από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου όμως δικαίωμα σε δωρεάν φροντίδα υγείας είχαν όλοι όσων το εισόδημα δεν ξεπερνούσε τις 15,400 ευρώ ενώ οι υπόλοιποι με μεγαλύτερο εισόδημα είχαν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μόνο μέσω ιδιωτικών πληρωμών (27).

Αν ληφθεί υπόψη, ότι οι πολίτες με υψηλότερο ετήσιο εισόδημα συνεισφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό χρημάτων στον κρατικό προϋπολογισμό, συμπεραίνεται ότι το σύστημα συμβάλλει στην αναδιανομή πηγών, από τα πιο εύπορα άτομα, σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, κυρίως ηλικιωμένους και συνταξιούχους. Έτσι διαφαίνεται ότι το δημόσιο σύστημα υγείας της

Κύπρου, είναι σε κάποιο βαθμό δίκαιο (20).

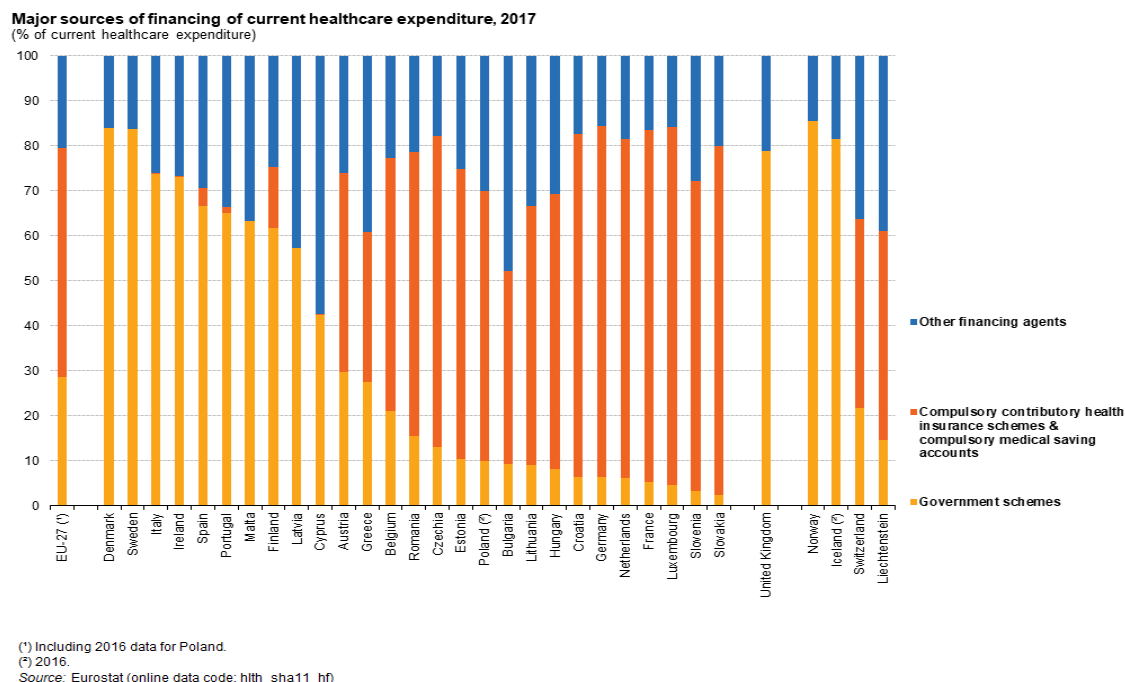
Πηγή χρηματοδότησης του υφιστάμενου συστήματος υγείας, είναι και οι ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket payments), που περιλαμβάνουν κυρίως τις απευθείας πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς για υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, τα ιδιωτικά ασφαλιστικά σχέδια υγείας και τις ήδη θεσπισμένες συμπληρωμές που χρησιμοποιούν τα μέλη εργατικών συνδικάτων και συνδικαλιστικών οργανώσεων (διάγραμμα 2.4.2). Το 2012, το 83,5% των ιδιωτικών δαπανών, αποτελούσαν οι απευθείας ιδιωτικές πληρωμές και το 9,4% οι πληρωμές μέσω προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (20). Οι ιδιωτικές πληρωμές, εξασφαλίζουν στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού ή και του νοσοκομείου που θέλει να χρησιμοποιήσει (28).

Οι απευθείας ιδιωτικές πληρωμές που αντιπροσωπεύουν περίπου το 83% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και σχεδόν το μισό των συνολικών δαπανών υγείας, γίνονται συνήθως από άτομα με υψηλό εισόδημα τα οποία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα και μπορούν να επωμιστούν το κόστος τους. Οι απευθείας ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών κυριαρχούν στις ιδιωτικές δαπάνες της Κύπρου και γι' αυτό η Κύπρος είναι μια από τις χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες για την υγεία, που προέρχονται από τα νοικοκυριά, συγκριτικά με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (διάγραμμα 2.4.2). Το παραπάνω αποτελεί και ένα από τα σημαντικά παράδοξα του κυπριακού συστήματος υγείας, αφού τουλάχιστον το 83% του πληθυσμού θα έπρεπε να προσφεύγει στη δημόσια και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Η επιβάρυνση των απευθείας ιδιωτικών πληρωμών ειδικά για τα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος νοικοκυριά, είναι σχετικά μεγάλη. Μια πιθανή εξήγηση για τις τόσο υψηλές απευθείας ιδιωτικές δαπάνες, είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής του δημόσιου τομέα υγείας, καθώς και τα ζητήματα ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα οι πολίτες να επιλέγουν να αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, έστω και αν δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση στο δημόσιο τομέα υγείας (20).

Οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί επιβαρύνονται όταν η ιδιωτική δαπάνη υγείας είναι αυξημένη και δημιουργούνται υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη των εξόδων εξαρτάται από την οικονομική ευχέρεια του ασθενούς. Έτσι ακυρώνεται ο δωρεάν χαρακτήρας του δημόσιου συστήματος (29).

Η απουσία καθολικής κάλυψης των πολιτών στον τομέα της υγείας, αποδεικνύεται και από τη στροφή αρκετών Κυπρίων πολιτών στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι πολίτες με υψηλότερο ετήσιο εισόδημα προτιμούν τα προσωπικά σχέδια ασφάλειας υγείας, ενώ

οι υπάλληλοι εταιριών μεσαίου ή μεγάλου μεγέθους, καλύπτονται κυρίως από ομαδικές ασφάλειες.



eurostat

Διάγραμμα 2.4.2 Κύριες πηγές χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία  
Πηγή: Eurostat 2018

Οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας, ως μέρος των ιδιωτικών δαπανών, παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη ανάπτυξη, από 1,4% το 1995, σε 9,4% το 2009. Τα άτομα με ιδιωτική ασφάλεια υγείας, το 2009, υπολογίζονται σε περίπου 21,5% του συνολικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά, αναμένεται ότι το ποσοστό αυτό θα μειωθεί με την εφαρμογή του νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας, εφόσον θα υπάρξει καθολική κάλυψη στον τομέα της υγείας (20).

Εργοδότες και εργατικές συντεχνίες παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους εργοδοτούμενους τους μέσω σχεδίων. Τα σχέδια αυτά προνοούν δωρεάν κάλυψη, χωρίς εισφορές των δικαιούχων, που είναι υπάλληλοι ημικρατικών οργανισμών, όπως είναι η ΑΤΗΚ και ΑΗΚ. Υπολογίζεται ότι το 4% του πληθυσμού απολαμβάνει υπηρεσίες που παρέχονται από τους ημικρατικούς οργανισμούς (22).

Οι εργαζόμενοι – μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων και συντεχνιών (ΠΕΟ, ΣΕΚ, ΔΕΟΚ), καλύπτονται από τα σχέδια των εργατικών αυτών συνδικάτων έναντι καταβολής συνεισφοράς.

Οι επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς, καλύπτονται με το «διατακτικό» το οποίο ο ασθενής εξασφαλίζει από τη συνδικαλιστική του οργάνωση, έναντι καταβολής συγκεκριμένου ποσού και αποτελεί την απόδειξη ότι είναι μέλος της συνδικαλιστικής αυτής οργάνωσης. Οι εξειδικευμένες εξετάσεις απαιτούν επιπλέον χρέωση, η οποία είναι προκαθορισμένη από τα σχέδια των εργατικών συνδικάτων. Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ο ασθενής πληρώνει ο ίδιος το κόστος της φροντίδας του και με τη σχετική απόδειξη του ποσού που κατέβαλε, του επιστρέφεται αργότερα από τη συνδικαλιστική του οργάνωση ένα μέρος των χρημάτων. Υπολογίζεται ότι, οι τρεις αυτές συντεχνίες εργαζομένων της Κύπρου, καλύπτουν το 15% του πληθυσμού, σε θέματα υγείας (22).

Άλλη μια πηγή χρηματοδότησης του υφιστάμενου συστήματος υγείας, αποτελούν οι εθελοντικοί, φιλανθρωπικοί οργανισμοί, οι οποίοι είναι μη κερδοσκοπικοί και μη κυβερνητικοί. Αυτοί οι οργανισμοί, προσφέρουν χρήματα που μπορεί να συγκεντρωθούν από διάφορους εράνους ή εκδηλώσεις, αλλά παράλληλα παρέχουν και υπηρεσίες. Υπολογίζεται πως υπάρχουν περίπου εκατόν τέτοιοι οργανισμοί στην Κύπρο και είναι γνωστοί για την κοινωνική και φιλανθρωπική τους εργασία. Μερικοί από αυτούς είναι ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου, το Κέντρο Παρηγορητικής Φροντίδας «Αροδαφνούσα», το Κέντρο Θαλασσαιμίας, ο Ερυθρός Σταυρός Κύπρου, ο Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων Κύπρου και το Κέντρο Προληπτικής Παιδιατρικής (20).

## 2.5 Υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό του υφιστάμενου συστήματος

Οι διαθέσιμοι πόροι και το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγείας κατανέμονται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας, στις ιδιωτικές κλινικές και πολυκλινικές. Στην Κύπρο λειτουργούν πέντε δημόσια γενικά νοσοκομεία που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας είναι το μεγαλύτερο τριτοβάθμιο νοσηλευτήριο της χώρας σε κλίνες και προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς που προέρχονται από όλη την Κύπρο. Επίσης λειτουργούν δύο αγροτικά νοσοκομεία, ένα νοσοκομείο ψυχικής φροντίδας και ένα εξειδικευμένο νοσοκομείο σε θέματα παιδιατρικής και μαιευτικής.

Πρωτοβάθμια φροντίδα στο δημόσιο τομέα, παρέχεται από τα αστικά κέντρα στα νοσοκομεία κάθε πόλης, τα 23 αγροτικά κέντρα υγείας και τα περιφερειακά κέντρα που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές. Λειτουργούν ακόμη 81 ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές και κέντρα

ημέρας (22). Κατά το 2016 ο συνολικός αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ήταν 2.918. Από αυτές 1.562 λειτουργούσαν στον δημόσιο τομέα (1.379 στα γενικά νοσοκομεία, 51 στα αγροτικά νοσοκομεία και 132 στο Νοσοκομείο Ψυχικής Υγείας) και 1.356 στον ιδιωτικό τομέα. Οι αριθμοί αυτοί δεν περιλαμβάνουν τις κλίνες των Πρώτων Βοηθειών, της Αιμοκάθαρσης και της Θαλασσαιμίας (25).

Ο ιατρικός εξοπλισμός και τα αναλώσιμα που απαιτούνται για τα δημόσια νοσηλευτήρια, εξασφαλίζονται από το Υπουργείο Υγείας, που διαθέτει μέρος του προϋπολογισμού για το σκοπό αυτό. Το γεγονός αυτό, δε δίνει κίνητρα ούτε για τη μείωση του κόστους, ούτε για την αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Στο υφιστάμενο σύστημα υγείας υπάρχει ανισομερής κατανομή διαθέσιμων πόρων μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, πχ. η Κύπρος συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, διαθέτει μεγάλο αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογράφων και οι περισσότεροι από αυτούς ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα υγείας (21).

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν οι ιατροί, οι οδοντίατροι, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ιατρών και οδοντιάτρων είναι συγκεντρωμένος στον ιδιωτικό τομέα, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα. Οι φαρμακοποιοί είναι πολύ λιγότεροι από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και εργάζονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα (22). Σήμερα ο αριθμός των ιατρών ανέρχεται στους 2944, από τους οποίους οι 1920 εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και οι 1024 στο δημόσιο τομέα υγείας. Από τους κυβερνητικούς ιατρούς, 482 είναι μόνιμοι ιατροί στο δημόσιο τομέα, 324 έκτακτοι και 178 ειδικευόμενοι (70).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Παροχή υπηρεσιών στο υφιστάμενο σύστημα υγείας

Το σύστημα της δημόσιας υγείας στην Κύπρο, διαθέτει ένα ευρύ δίκτυο παρόχων υγείας, που λειτουργεί παράλληλα με εκείνο του ιδιωτικού τομέα. Παρέχει κυρίως πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα σε εξωτερικούς ασθενείς. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας δεν έχουν κάποια επίσημη σχέση, αφού η τελευταία ανήκει στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (20).

Ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας, με τη μη επαρκή φροντίδα και την ελλιπή επικοινωνία μεταξύ ιατρών και άλλων παροχών φροντίδας υγείας και η έλλειψη συνεργασίας ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή λειτουργία του συστήματος. Έτσι και οι δύο τομείς είναι αναποτελεσματικοί, υπάρχει επικάλυψη υπηρεσιών και η αξιοποίηση του ιδιωτικού τομέα είναι ανεπαρκής. Στο δημόσιο τομέα, υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά την οργάνωση και την κάλυψη του πληθυσμού. Επίσης υπάρχουν δυσκολίες πρόσβασης σε ορισμένες υπηρεσίες λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής. Επιπλέον πρόβλημα πρόσβασης έχουν ορισμένες ομάδες πληθυσμού όπως οι μετανάστες. Επίσης η κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα είναι ελλιπής, όπως και για τη μακροχρόνια φροντίδα, τη φροντίδα αποκατάστασης και την παρηγορητική φροντίδα (που κυρίως παρέχεται από φιλανθρωπικές οργανώσεις). Ένα ακόμη πρόβλημα που αφορά τις προαναφερθείσες υπηρεσίες, είναι το θέμα του κόστους, δεδομένου ότι οι ασθενείς επωμίζονται το κόστος της περίθαλψής τους (20).

### 3.2 Δημόσια Υγεία

Το Υπουργείο Υγείας στοχεύει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, έχοντας κατά νου ότι η πρόληψη και προαγωγή υγείας έχουν λιγότερο κόστος από τη θεραπεία. Το τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας είναι υπεύθυνο για την

οργάνωση και την εφαρμογή δράσεων για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Τέτοιες δράσεις είναι η επιδημιολογική παρακολούθηση, ο πληθυσμιακός έλεγχος για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι υπηρεσίες για τους μελλοντικούς γονείς, τις έγκυες και τα παιδιά, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας, οι υπηρεσίες εμβολιασμού, ο έλεγχος των περιβαλλοντικών και των μεταδοτικών ασθενειών, η επαγγελματική υγεία και η εκπαίδευση και προαγωγή της υγείας (20).

### **3.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προσφέρεται και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα. Όλα τα ιατρικά κέντρα του δημόσιου τομέα είναι επαρκώς εξοπλισμένα και στελεχωμένα με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, που παρέχουν θεραπευτική φροντίδα, πρόληψη και προαγωγή υγείας σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού. Αν και η πρόσβαση των ασθενών στο δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι εύκολη, ο χρόνος αναμονής συνήθως είναι παρατεταμένος. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προσφέρει και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Σχεδόν όλοι οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα είναι ειδικοί ιατροί και υποστηρίζονται από σύγχρονο διαγνωστικό ιατρικό εξοπλισμό. Η πρόσβαση των ασθενών είναι εύκολη, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα εμπόδια και υπάρχει ελευθερία επιλογής του παροχέα. Το κόστος είναι ανάλογο με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Πρόσβαση στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια έχουν και τα μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων, που μέσω συμβάσεων έχουν την ευχέρεια να αξιοποιούν τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα υγείας (20).

### **3.2.2 Ενδονοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας**

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Η σχέση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη, εφόσον δεν υπήρχε κανένα καθιερωμένο σύστημα παραπομπής μέχρι την εφαρμογή του ΓεΣΥ (20).

### **3.2.3 Ημερήσια Φροντίδα Υγείας**

Σχετικά με τις υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία. Ημερήσια φροντίδα υγείας, για συγκεκριμένες περιπτώσεις παρέχεται τόσο από τα δημόσια όσο και από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (20).

### **3.2.4 Επείγουσα Φροντίδα**

Η επείγουσα φροντίδα περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες σε ασθενείς που η ζωή τους απαιτεί επείγουσα θεραπευτική αγωγή. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τα τμήματα Πρώτων Βοηθειών όλων των δημόσιων νοσοκομείων, όπως και μερικών ιδιωτικών νοσοκομείων. Η μεταφορά ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών αποτελεί ευθύνη της υπηρεσίας ασθενοφόρων του Υπουργείου Υγείας. Όλα τα ασθενοφόρα στελεχώνονται με ένα νοσηλεύτη και με ένα ιατρό, εφόσον είναι αναγκαίο. Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών λειτουργούν σε 24ωρη βάση και ο κάθε πολίτης μπορεί να έχει πρόσβαση ανά πάσα στιγμή (20).

### **3.2.5 Φαρμακευτική Φροντίδα**

Η αρμόδια εθνική αρχή του Υπουργείου Υγείας για τη ρύθμιση και την εποπτεία της παρασκευής και πώλησης φαρμάκων και άλλων φαρμακευτικών προϊόντων είναι οι Φαρμακευτικές Υπηρεσίες. Με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές, τα φαρμακευτικά προϊόντα χωρίζονται σε εκείνα που απαιτείται συνταγογράφηση για τη χορήγηση τους και στα υπόλοιπα, που μπορούν να τα προμηθεύονται ελεύθερα. Ο διαχωρισμός και η κατάταξη των φαρμάκων είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Πριν από τη διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων, απαιτείται έγκριση από τις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες. Οι αποκλειστικοί διανομείς όλων των φαρμακευτικών προϊόντων, εκτός της ασπιρίνης που διατίθεται στα περίπτερα και υπεραγορές, είναι τα φαρμακεία. Δεν επιτρέπεται η πώληση φαρμάκων μέσω διαδικτύου ή ταχυδρομείου. Στο δημόσιο τομέα υγείας, τα γενόσημα φάρμακα και τα φάρμακα που περιέχουν την ίδια βασική ουσία με τα γενόσημα, αλλά έχουν διαφορετική σύνθεση και ονομασία, χορηγούνται χωρίς διάκριση μεταξύ τους. Στον ιδιωτικό τομέα, επειδή δεν υπάρχουν κίνητρα για μείωση του κόστους (εκτός αν ο ασθενής απαιτήσει τη χορήγηση φθηνότερου φαρμάκου), συνταγογραφούνται κυρίως μη γενόσημα φάρμακα (20).

### **3.2.6 Φροντίδα Αποκατάστασης Υγείας**

Όσον αφορά τις υπηρεσίες αποκατάστασης, προσφέρονται τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες αυτές διακρίνονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες αποκατάστασης, περιλαμβάνουν εξατομικευμένη θεραπεία, που μπορεί να προσφέρεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό

νοσοκομείο, ή σε ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης που προσφέρονται από τον ιδιωτικό τομέα, συνήθως πληρώνονται από τον ασθενή ή εν μέρει από την ιδιωτική του ασφάλεια υγείας. Τα κύρια κέντρα του δημόσιου τομέα που προσφέρουν φροντίδα αποκατάστασης είναι το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και το Μέλαθρο Αγωνιστών της ΕΟΚΑ. Εκτός από τα δύο αυτά κύρια κέντρα αποκατάστασης, υπάρχει το Παιδιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης του Ερυθρού Σταυρού, το Παιδιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης Θεοτόκος, το Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Λεμεσού, το Ιδιωτικό Ιατρικό Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης και δύο μονάδες εξωνοσοκομειακής φροντίδας στη Λευκωσία και Λεμεσό (20).

### **3.2.7 Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας**

Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, παρέχονται κυρίως σε άτομα με υψηλό επίπεδο εξάρτησης, όπως ηλικιωμένα άτομα, άτομα με χρόνιες παθήσεις, καθώς και σε άτομα με σωματικές, μαθησιακές και διανοητικές δυσχέρειες. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται είτε από το κράτος, τις κοινότητες και τις εθελοντικές οργανώσεις, είτε από τον ιδιωτικό τομέα σε γηριατρικές κλινικές, σε σπίτια για ηλικιωμένους, σε γηροκομεία, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας και σε ψυχιατρικές κλινικές. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται επίσης από ένα δίκτυο κοινοτικών νοσηλευτών με κατ' οίκον επισκέψεις για τους ψυχικά ασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους (20).

### **3.2.8 Παρηγορητική Φροντίδα**

Οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας στο δημόσιο τομέα είναι πολύ περιορισμένες και προσφέρονται κυρίως από τα ογκολογικά τμήματα των νοσοκομείων Λευκωσίας και Λεμεσού και από το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται επίσης από ιδιώτες ογκολόγους και αιματολόγους ιατρούς και εν μέρει από εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, όπως είναι ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου και ο Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φύλων. Αυτές οι εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, χρηματοδοτούνται από κρατικές επιδοτήσεις, δημόσιες δωρεές ή από διάφορες εκδηλώσεις που αποσκοπούν στη συλλογή χρημάτων. Ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος λειτουργεί το Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας Αροδαφνούσα στη Λευκωσία και το Ευαγόριο Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας στη Λεμεσό, τα οποία εξυπηρετούν καρκινοπαθείς. Τα τελευταία χρόνια, η παρηγορητική φροντίδα στην Κύπρο έχει εξελιχθεί σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης όσον αφορά

την παρηγορητική φροντίδα για επαγγελματίες υγείας. Επίσης είναι αναγκαία η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων της κατ' οίκον φροντίδας και των ογκολόγων, η καλύτερη συνεργασία όλων των οργανώσεων που προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα, και η ενίσχυση της δημόσιας χρηματοδότησης (20).

### **3.2.9 Φροντίδα Ψυχικής Υγείας**

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υπάγονται στη δικαιοδοσία του τμήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Υπουργείου Υγείας που λειτουργεί με δικό του προϋπολογισμό. Η παροχή των υπηρεσιών αυτών προσφέρεται κυρίως από το δημόσιο τομέα υγείας, στο Νοσοκομείο Ψυχικής Φροντίδας Αθαλάσσιας και από δύο ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων Λευκωσίας και Λεμεσού. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι πολύ περιορισμένη και προσφέρεται από ιδιώτες ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές. Από το 1997 η πολιτική του Υπουργείου Υγείας, στοχεύει στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας που επεκτείνονται συνεχώς προς τις κοινότητες. Σύμφωνα με το σχέδιο που αναπτύχθηκε, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπάγονται σε πέντε διοικητικούς τομείς. Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών εντός της κοινότητας, ώστε οι ασθενείς να υποστηρίζονται από το δικό τους οικογενειακό περιβάλλον, διατηρώντας τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας, εστιάζεται τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αποκατάσταση. Παράλληλα συνεχίζονται οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών στο Νοσοκομείο Ψυχικής Φροντίδας Αθαλάσσιας. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, καθώς και στον εθισμό σε εξαρτησιογόνες ουσίες (20).

### **3.2.10 Οδοντιατρική Φροντίδα**

Οι υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας παρέχονται κυρίως από ιδιώτες οδοντιάτρους. Για τους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα και τους συνταξιούχους, η φροντίδα αυτή παρέχεται από τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, τις υπηρεσίες αυτές απολαμβάνουν οι δημόσιοι υπάλληλοι, μαθητές και άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα υγείας παρέχονται είτε δωρεάν, είτε με συμπληρωμή από τους πολίτες, ενώ στον ιδιωτικό τομέα η πληρωμή καταβάλλεται από τους πολίτες (20).

### **3.2.11 Εναλλακτική ή μη συμβατική ιατρική**

Η εναλλακτική ή μη συμβατική ιατρική δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη στην Κύπρο και ως εκ τούτου οι ειδικοί στους τομείς αυτούς (οστεοπαθολόγοι, φυσικοθεραπευτές, χειροπράκτες, ομοιοπαθητικοί), δεν μπορούν επίσημα να εργαστούν ως ιατροί. Ο αποκλεισμός της μη συμβατικής ιατρικής από το σύστημα υγείας, μπορεί να αποδοθεί στην αντίθεση του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου σε αυτό το ενδεχόμενο (20).

### **3.2.12 Υπηρεσίες Υγείας για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού**

Υπηρεσίες υγείας προσφέρονται και σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι υπήκοοι τρίτων χωρών, παράνομοι μετανάστες, αιτητές ασύλου, πρόσφυγες, κρατούμενοι και Ελληνοκύπριοι που δεν ζουν στις περιοχές, που είναι υπό τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας. Τα μέλη αυτών των ομάδων έχουν δύσκολη πρόσβαση ή δεν έχουν σχεδόν καθόλου πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Η προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας, επικεντρώνεται στη λειτουργία προγραμμάτων για όλες αυτές τις ομάδες. Ένα σημαντικό πρόβλημα που δημιουργείται από τους παράνομους μετανάστες και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από τις αρμόδιες αρχές είναι η συχνή και σε πολλές περιπτώσεις μη αναγκαία επίσκεψη τους στα δημόσια νοσοκομεία (20).

### **3.2.13 Άτυπη Φροντίδα Υγείας**

Το Υπουργείο Υγείας, δυστυχώς μένει αμέτοχο στη ρύθμιση της άτυπης φροντίδας. Αν και δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τους άτυπους φροντιστές, είναι βέβαιο ότι τα μέλη της οικογένειας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας, κυρίως για ηλικιωμένους ή άτομα με σωματικές και μαθησιακές δυσκολίες. Οι περισσότεροι άτυποι φροντιστές, παρέχουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους, χωρίς αμοιβή και αυτό οφείλεται στις αξίες της κυπριακής κοινωνίας και τους στενούς δεσμούς μεταξύ των μελών της οικογένειας (20) κάτι που αποδείχτηκε άλλωστε και εμπράκτως κατά την πανδημία του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 .

Πενήντα χρόνια μετά την εφαρμογή του, το σύστημα υγείας συνεχίζει να προσφέρει σοβαρές υπηρεσίες στον Κύπριο πολίτη, στηριζόμενο στις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, αναλαμβάνοντας μορφές κοινωνικής πολιτικής, βασισμένο στις αρχές της

κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, της ελευθερίας, της ωφελιμότητας, της διαθεσιμότητας και της προσπελασιμότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με απώτερο στόχο την επίτευξη της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη σημαντική μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (21).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (ΓεΣΥ) ΚΥΠΡΟΥ

Η Κύπρος, αποτελούσε το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο δεν είχε ένα εθνικό σύστημα υγείας που να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Διάφοροι ιδεολογικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, έχουν καθορίσει σε σημαντικό βαθμό, τόσο τον τύπο και τα χαρακτηριστικά του κυπριακού συστήματος υγείας, όσο και τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και διαχείρισής του. (30)

Στο υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου υπάρχει έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, που οδηγεί σε σπατάλες πόρων και διπλές αχρείαστες υποδομές, αλλά και ελλιπής οργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Παρά την πλήρη κάλυψη υπηρεσιών για τους δικαιούχους του δημόσιου τομέα, πολύ μεγάλα ποσά ξοδεύονται από τον οικογενειακό προϋπολογισμό στον ιδιωτικό τομέα. Η υπερφόρτωση του δημόσιου τομέα με επιπτώσεις στην εξυπηρέτηση του ασθενή και το υψηλό κόστος υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε σχέση με άλλες χώρες στον ιδιωτικό τομέα, αποτελούν σημαντικές αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Μεγάλο πρόβλημα του συστήματος αποτελεί η έλλειψη διαφάνειας για τον όγκο και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, όπως και η ανεπαρκής διαχείριση των πόρων του δημόσιου τομέα. Ο τριπλός ρόλος του Υπουργείου Υγείας (διαμορφωτής πολιτικής, ρυθμιστής και παροχέας), οδηγεί σε σύγκρουση συμφερόντων στην προώθηση της αποτελεσματικότητας, ενώ υπάρχει έλλειψη ελέγχου και εφαρμογής προτύπων ποιότητας. Επιπρόσθετα οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό από τα εισοδήματα και οι δημόσιες δαπάνες δημιουργούν πιέσεις στον κρατικό προϋπολογισμό. Το 85% των πολιτών δικαιούται δωρεάν ή με μειωμένα τέλη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου, ενώ ο δημόσιος τομέας με τις υφιστάμενες υποδομές έχει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης περίπου του 50% του πληθυσμού με αποτέλεσμα τη δημιουργία λιστών αναμονής. Η μείωση του κόστους υγείας σε συνάρτηση με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη



χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, παραμένει μια μεγάλη πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπίσει ο τομέας υγείας της Κύπρου. Λαμβάνοντας υπόψη τη πρόοδο της τεχνολογίας, το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας και την παρατηρούμενη γήρανση του πληθυσμού, είναι επιτακτική η ανάγκη ριζικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας ενός Γενικού Συστήματος Υγείας που να παρέχει καλύτερη ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες (31).

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός Εθνικού Σχεδίου για την Υγεία συζητούνταν εδώ και δεκαετίες, σχεδόν μετά την δημιουργία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Το 2001 εγκρίθηκε ο νόμος για το ΓεΣΥ, κατά τον οποίο το νέο σύστημα υγείας θα βασίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης, της δικαιοσύνης και της καθολικότητας. Ωστόσο η ημερομηνία εφαρμογής του παρά τα χρονοδιαγράμματα που είχαν τεθεί, αναβαλλόταν συνεχώς. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μια έντονη κινητικότητα για την υλοποίηση του, λόγω και του ότι αποτελούσε μνημονιακή υποχρέωση. Προς αυτό τον σκοπό δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος ορίστηκε ως η αρμόδια αρχή για την υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας. Είναι πλέον δεδομένο ότι το υφιστάμενο μοντέλο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας δεν είναι βιώσιμο και δεν μπορεί να συνεχιστεί, ιδίως υπό το πρίσμα των εξελίξεων κατά και μετά την περίοδο του προγράμματος της οικονομικής στήριξης από την Τρόικα. Ένα αποτελεσματικό και βιώσιμο ΓεΣΥ θα μπορούσε να συμβάλλει στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας ενώ διά της λειτουργίας του θα προσδιορίσει νέες δομές στον τρόπο εφαρμογής των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και να διαφοροποιήσει προς τη σωστή κατεύθυνση τον τρόπο που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας. Η εισαγωγή και εφαρμογή του νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας, αποτελεί την πιο σημαντική μεταρρύθμιση στην Κύπρο.

#### 4.1 Ιστορία του σύγχρονου συστήματος υγείας της Κύπρου

Με την ανακήρυξη της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960, ο τομέας της υγείας εξακολούθησε να λειτουργεί με το αποικιοκρατικό σύστημα. Το υφιστάμενο αποικιακό σύστημα υγείας, σταδιακά μετεξελίχθηκε με αποτέλεσμα να παρέχει δωρεάν περίθαλψη στο 65% και μερικώς στο 15-20% του πληθυσμού (32). Οι ιατροφαρμακευτικές

υπηρεσίες υγείας παρέχονταν δωρεάν στους δημόσιους υπαλλήλους και στους άπορους. Υπήρχαν ταμεία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης συντεχνιών, όπως της ΠΕΟ (Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία) και της ΣΕΚ (Συνομοσπονδία Εργαζομένων Κύπρου), που κάλυπταν επιπλέον έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των μελών τους, καθώς επίσης ταμεία υγείας των μεταλλωρύχων της Κυπριακής Μεταλλευτικής Εταιρείας και άλλων ομάδων επαγγελματιών. Από τα πρώτα χρόνια της Κυπριακής Δημοκρατίας, οι πολίτες ζητούσαν την εισαγωγή ενός νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας, το οποίο κατά την προεδρία του Δρ. Βάσου Λυσσαρίδη, υποστήριζαν και οι ιατροί, μέσω του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (33).

Η ανάγκη σύνταξης μελέτης για την εισαγωγή ενός Σχεδίου Υγείας έγινε αντιληπτή από τον τέως πρόεδρο της Δημοκρατίας Τάσο Παπαδόπουλο, όταν το 1966 ήταν Υπουργός Υγείας και ταυτόχρονα Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ζήτησε τη βοήθεια του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (ILO), το οποίο προέβηκε στην πρώτη ουσιαστικά αναλυτική μελέτη για τη μετεξέλιξη του τότε συστήματος υγείας. Η έκθεση με τίτλο “Report to the Government of the Republic of Cyprus on the development of medical care within the framework of a social security scheme” συντάχθηκε από τον Dr. Stilon De Piro και εκδόθηκε στη Γενεύη το 1966. Η έκθεση εισηγείται την καθιέρωση Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service), που θα διασφαλίζει σε κάθε πολίτη το δικαίωμα φροντίδας υγείας, χωρίς προϋποθέσεις και έλεγχο του εισοδήματος και την παροχή δωρεάν ιατρικής φροντίδας μέσω του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων, αλλά και την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα. Η χρηματοδότηση του Σχεδίου Υγείας θα εξασφαλιζόταν με την τριμερή συνεισφορά των εργαζομένων, των εργοδοτών και του κράτους και γίνεται εισήγηση να εξασφαλιστεί αρχικά μέσω των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ολοκλήρωση του αρχικού σχεδιασμού προβλεπόταν και η δημιουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας σε μεταγενέστερο στάδιο (33).

Η δεύτερη μελέτη έγινε το 1972 από τον W.H.O (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), όταν Υπουργός Υγείας ήταν ο κ. Γλυκός. Συντάκτης της μελέτης ήταν ο R.F. Bridgman, σύμβουλος του WHO. Η μελέτη είχε τίτλο: “Assignment Report. Organization of Medical Care Services in Cyprus” και ασχολήθηκε κυρίως με την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα, επισημαίνοντας παράλληλα και τις αδυναμίες του ιδιωτικού τομέα. Εκφράζει την άποψη ότι η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (N.H.S),

οργανωμένη σύμφωνα με το Βρετανικό σύστημα, θα απαιτούσε πραγματική επανάσταση, που υπό τις τότε συνθήκες θα ήταν δύσκολο να εφαρμοστεί. Εισηγείται ακόμη, το σχέδιο αυτό να τεθεί κάτω από τον έλεγχο του Υπουργείου Εργασίας, ή να δημιουργηθεί ένα νέο Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, με τη συγχώνευση των Υπουργείων Εργασίας, Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (33).

Το 1977, σε μια τρίτη προσπάθεια, η εκτεταμένη και λεπτομερής έκθεση του H.O. Theile, εμπειρογνώμονα του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, εισηγείται την εφαρμογή Σχεδίου Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά γίνεται εισήγηση το Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, το οποίο θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό και θα συνεισφέρουν σε αυτό οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες και το κράτος, να είναι ανεξάρτητο από τις κρατικές υπηρεσίες, δηλαδή από τα Υπουργεία Υγείας και Εργασίας και να αυτοδιοικείται από Συμβούλιο στο οποίο να μετέχουν οι εισφορείς (33).

Βάσει των προτάσεων του H.O Theile κλήθηκε μετέπειτα ο καθηγητής Detler Zoellner (αναλογιστής του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας), ο οποίος ετοίμασε μελέτη για το κόστος και για το αρχικό ύψος του ποσοστού των εισφορών που θα προέρχονταν από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το κράτος που χρειάζεται για να λειτουργήσει ένα σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην Κύπρο. Η έκθεση του δόθηκε στις 2/9/1980. Σημειώνει ότι τα στατιστικά στοιχεία που είχε στην διάθεση του ήταν ανεπαρκή και ότι οι αρμόδιες αρχές της Κύπρου έπρεπε να βελτιώσουν τα στοιχεία πάνω στα οποία θα μπορούσε να στηριχθεί μια ακριβής μελέτη για το συνολικό κόστος. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι το ποσοστό επί του ασφαλιστέου εισοδήματος που χρειαζόταν για την κάλυψη των εξόδων των υπηρεσιών που θα προσέφερε το Σχέδιο ήταν 5.59% και πρότεινε αρχική εισφορά ύψους 6% επί του ασφαλιστέου εισοδήματος. Τονίζεται ότι οι υπολογισμοί στην αναλογιστική αυτή μελέτη, βασίστηκαν στην αμοιβή των ιατρών, οδοντιάτρων και στα νοσήλια. Πρότεινε επίσης, το ύψος της μισθοδοσίας των επαγγελματιών υγείας να αποτελέσει αντικείμενο διαπραγματεύσεων με τα ενδιαφερόμενα μέρη (33).

Επί διακυβέρνησης Σπύρου Κυπριανού, ανατέθηκε στο βρετανικό οίκο Lwelyn – Daview - Weeks, η διεξαγωγή ολοκληρωμένης έρευνας με στόχο την εφαρμογή ενός βιώσιμου σχεδίου ιατροφαρμακευτικής κάλυψης του πληθυσμού. Στην εισήγηση του

οίκου αυτού προβλεπόταν μεταξύ άλλων η διατήρηση του μεικτού συστήματος – ιδιωτικού και κρατικού τομέα – παροχής ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, καθώς και η μεταβίβαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στον ιδιωτικό τομέα (32).

Το Υπουργείο Υγείας, βασισμένο στις εισηγήσεις των δύο τελευταίων εκθέσεων των εμπειρογνώμων, συνέταξε το Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (20). Επιπλέον, μετά το 1980 εφαρμόστηκαν οι πρώτες ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις, όπως η εισαγωγή της ιθαγένειας ως στοιχείο για τη συνταξιοδοτική κάλυψη στην ηλικία των 65 ετών, η εισαγωγή κοινωνικής σύνταξης για την κάλυψη των μη ασφαλισμένων ατόμων και ο νόμος του δημόσιου βοηθήματος. Η μεταρρύθμιση του 1980, εισήγαγε ένα πλαίσιο ασφάλειας για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, αφού το γεγονός ότι την περισσότερη βοήθεια λαμβάνουν άτομα που δεν μπορούν να εργαστούν, ή ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται βοήθεια, όπως χήρες και ορφανά, υποδηλώνει ότι η Κοινωνική Ασφάλιση στην Κύπρο συμβάλλει στη μείωση της φτώχειας και της ανισότητας, όσον αφορά το εισόδημα (21).

Το 1982 μετακλήθηκε ο Dr Brian Abel-Smith, καθηγητής της Κοινωνικής Διοίκησης στο London School of Economics and Political Sciences και σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος στην έκθεση του “Assignment Report Comments on the proposed general health scheme of Cyprus”, αναλύει την υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο. Πρότεινε ως πρώτο βήμα αντί να γίνει καθολική εφαρμογή του Σχεδίου σε όλα τα επίπεδα υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), να γίνει αρχική εφαρμογή του στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή να υπάρχει κάλυψη της γενικής ιατρικής και των φαρμάκων που θα συνταγογραφούσαν οι γενικοί ιατροί. Το κόστος με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να συγκρατηθεί στο 1% του ασφαλιστέου εισοδήματος των εργαζομένων και των εργοδοτών και στο 2% των αυτοεργοδοτούμενων. Με την εφαρμογή της πρώτης αυτής φάσης, θα γινόταν γνωστό το πραγματικό κόστος της εφαρμογής του Σχεδίου. Με την τριμερή συνεισφορά, θα εισαγόταν σταδιακά η παροχή φροντίδας από τους ειδικούς ιατρούς και οδοντιάτρους. Επιπλέον πρότεινε να συμβληθεί το κράτος με ιδιωτικές κλινικές για την παροχή αριθμού κλινών και με ιδιώτες ειδικούς ιατρούς για την παροχή των υπηρεσιών τους στα δημόσια νοσηλευτήρια, εφόσον υπήρχαν σε αυτά ελλείψεις (33).

#### **4.1.1 Γενικές Αρχές για την εισαγωγή του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο**

Παρά τις πολύχρονες μελέτες, αναλύσεις και διαβουλεύσεις που έγιναν, η εισαγωγή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας δεν μπόρεσε να υλοποιηθεί παρά μόνο μέχρι το 2019. Η αποτυχία να ψηφιστούν ή να εφαρμοστούν τα σχετικά νομοθετήματα, οφειλόταν στην έλλειψη συναίνεσης, στην ισχυρή αντίδραση των παλαιότερων ιατρών, στην έλλειψη θεσμικής υποδομής, διοικητικών και διαχειριστικών δυνατοτήτων και στην απουσία πολιτικής βούλησης να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις όπως επίσης και λόγω διαφόρων αντιστάσεων σε πολιτικό επίπεδο των εκάστοτε κυβερνήσεων της Κύπρου (32). Η έλλειψη όμως ενός συστήματος αποτελεσματικής κάλυψης των ιατροφαρμακευτικών αναγκών του λαού, αποτελούσε σημαντικό κενό στη κοινωνική πολιτική του κράτους. Η Κυβέρνηση συνειδητοποίησε πόσο επείγον ήταν το θέμα εισαγωγής ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο από τις διάφορες αδυναμίες και κενά που χαρακτήριζαν το τότε σύστημα υγείας. Κύρια χαρακτηριστικά του υφιστάμενου συστήματος υγείας, αποτελούν κυρίως τα εξής :

- Η μεγάλη συμφόρηση στο δημόσιο τομέα σε βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, ιδιαίτερα όσον αφορά στα Εξωτερικά Ιατρεία, παρά τη συνεχόμενη επέκταση των γενικών νοσοκομείων και τη δημιουργία περιφερικών κέντρων για εξωτερικούς ασθενείς.
- Η πολύ μεγάλη αύξηση του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η οποία είναι ιδιαίτερα αισθητή σε πολύ εξειδικευμένες υπηρεσίες, στις οποίες χρησιμοποιείται σύγχρονος, προηγμένος αλλά και δαπανηρός εξοπλισμός τόσο για διάγνωση όσο και για θεραπεία.
- Η επιθυμία των συντεχνιών και των χαμηλών εισοδηματικών στρωμάτων του λαού για αναβάθμιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών και της παροχής επαρκούς κάλυψης, η οποία μάλιστα έγινε πιο επιτακτική με τη φορολογική μεταρρύθμιση και την εισαγωγή του Φ.Π.Α.
- Η ανάγκη εναρμόνισης των συνθηκών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς τις ελάχιστες απαιτήσεις και επίπεδα του νέου κοινωνικού χάρτη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, που προβλέπει μεταξύ άλλων και την παροχή επαρκούς κάλυψης στον ιατροφαρμακευτικό τομέα.
- Η ανάγκη αξιοποίησης όλου του ιατρικού και άλλου δυναμικού, τόσο δημόσιου, όσο και ιδιωτικού, για την εξυπηρέτηση ολόκληρου του κυπριακού λαού.

- Οι συνταξιούχοι, οι χαμηλά αμειβόμενοι και διάφορες άλλες αδύναμες εισοδηματικές ομάδες πολιτών, είχαν ανάγκη από ικανοποιητική κάλυψη υψηλού ποιοτικού επιπέδου, που θα μπορούσε να επιτευχθεί μόνο με ένα Γενικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Η κάλυψη που προσέφερε ο δημόσιος τομέας δεν ήταν απόλυτα ικανοποιητική, λόγω κυρίως της συμφόρησης και του ξεπερασμένου θεσμικά συστήματος και διαδικασιών που εφαρμόζονταν (34).

Το 1990, ο Υπουργός Υγείας της κυβέρνησης Γιώργου Βασιλείου, προώθησε «Προσχέδιο Μεταβίβασης της Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης στον Ιδιωτικό Τομέα». Τον επόμενο χρόνο, το 1991, παρουσίασε ολοκληρωμένη πρόταση για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Υπήρχαν σοβαρές αντιδράσεις από μερίδα ιατρών με επικεφαλής τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Λεμεσού, Χριστόδουλο Μέση. Τελικά πάρθηκε απόφαση να μετακληθούν ξανά ξένοι επιστήμονες για να μελετήσουν το θέμα της εισαγωγής ενός ολοκληρωμένου Γενικού Σχεδίου Υγείας (32). Η πρόθεση και η προσπάθεια της κυβέρνησης Γ. Βασιλείου ήταν να θέσει τις γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν το νέο αυτό σχέδιο παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι αρχές αυτές στηρίζονταν πάνω στις διάφορες μελέτες που έγιναν στο παρελθόν και στις γενικές αντιλήψεις που επικρατούσαν αναφορικά με τα δικαιώματα και ταυτόχρονα τις υποχρεώσεις του σύγχρονου κράτους μέσα στα πλαίσια μιας προοδευτικής κοινωνικής πολιτικής. Πάνω στις γενικές αυτές αρχές, όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη κλήθηκαν να εκφέρουν τις απόψεις και εισηγήσεις τους για τη διαμόρφωση του τελικού κειμένου (33).

#### **4.1.2 Κάλυψη**

Η κάλυψη πρέπει να είναι καθολική και θα στηρίζεται στο θεσμό των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Όλοι οι συμμετέχοντες στις Κοινωνικές Ασφαλίσεις γίνονται υποχρεωτικά μέλη του Σχεδίου και συνεισφέρουν σε αυτό. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι συνταξιούχοι του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων και οι άνεργοι. Η συνεισφορά των ανέργων, καλύπτεται από το Ταμείο Ανεργίας του Σχεδίου των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το σχέδιο υγείας, θα παρέχει τη δυνατότητα εθελοντικής ασφάλισης σε πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας, που δεν συνεισφέρουν στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Επομένως, δικαιούχοι του Σχεδίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης θα είναι τα μέλη που συμμετέχουν υποχρεωτικά στο

Σχέδιο, οι συνταξιούχοι του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι άνεργοι, όσοι θα εντάσσονται εθελοντικά στο Σχέδιο, καθώς και όσα άτομα είναι εξαρτώμενα από όσους είναι μέλη του Σχεδίου (35).

#### **4.1.3 Ταμείο Ασφάλισης Υγείας**

Δημιουργία Ειδικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας-ΟΑΥ), το οποίο θα είναι ξεχωριστό και ανεξάρτητο από τα άλλα ταμεία των Κοινωνικών Ασφαλίσεων και θα διοικείται από τριμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Το Συμβούλιο θα είναι υπεύθυνο για θέματα που αφορούν εισφορές, κάλυψη, παροχή ωφελημάτων, ανάληψη δαπανών από το Ταμείο και θα έχει την απόλυτη ευθύνη διαχείρισης του Σχεδίου. Τα κύρια έσοδα του Ταμείου, θα προέρχονται από εισφορές των μελών, των εργοδοτών και της Κυβέρνησης. Ακόμη, θα ενισχύονται από τα τέλη που θα επιβάλει το Σχέδιο, καθώς και από δωρεές ή συνεισφορές προς το Ταμείο. Στα έσοδα του Ταμείου περιλαμβάνονται και οι πληρωμές που θα γίνονται από τους δικαιούχους την ώρα που θα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Σχεδίου. Να σημειωθεί ότι οι εισφορές θα πρέπει να καλύπτουν όλες τις απαιτούμενες δαπάνες του Ταμείου, το επίπεδο τους θα εξαρτάται από το κόστος λειτουργίας του και θα είναι ανάλογες με το εισόδημα των εισφορέων. Για τους αυτοεργοδοτούμενους και τα εθελοντικά μέλη θα χρησιμοποιηθεί το σύστημα των τεκμαρτών εισοδημάτων του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε ότι αφορά την πληρωμή των εισφορών και τον υπολογισμό του εισοδήματος, στην περίπτωση του Σχεδίου Υγείας θα εφαρμόζονται οι κανονισμοί του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Όλα τα ωφελήματα και λειτουργικές δαπάνες του Σχεδίου θα καλύπτονται από το Ταμείο το οποίο θα έχει τον δικό του προϋπολογισμό εσόδων και δαπανών (35).

#### **4.1.4 Ωφελήματα – Υπηρεσίες του Σχεδίου**

Στο αρχικό σχέδιο υπήρχε πρόνοια για παροχή ωφελημάτων-υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνονταν οι επισκέψεις στο σπίτι ασθενών, γενική νοσοκομειακή περίθαλψη και όλες οι παρεμφερείς υπηρεσίες σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο, μαιευτική παρακολούθηση προς τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την περίοδο μετά τον τοκετό και ιατρική παρακολούθηση του παιδιού μέχρι την ηλικία των 2

χρόνων. Επίσης περιλαμβάνονταν εργαστηριακές, ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις για διαγνωστικούς σκοπούς και παροχή των αναγκαίων φαρμάκων και άλλου θεραπευτικού υλικού με βάση τις συνταγές των ιατρών. Το Σχέδιο αποζημιώνει μόνο για τα φάρμακα που θα περιλαμβάνονται στον εκάστοτε κατάλογο που θα ετοιμάζει το Διοικητικό Συμβούλιο του Σχεδίου (35).

#### **4.1.5 Φορείς Παροχής Υπηρεσιών**

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας για την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών θα συμβάλλεται τόσο με κυβερνητικές υπηρεσίες όσο και με ιδιώτες επαγγελματίες και ιδρύματα. Στόχος είναι η πλήρης αξιοποίηση των υφιστάμενων εγκαταστάσεων και ανθρώπινου δυναμικού τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα. Σε περιπτώσεις όπου παρατηρείται περιορισμένη χρήση διευκολύνσεων, ιδιαίτερα αυτών του δημόσιου τομέα, το Σχέδιο προβλέπει την επιβολή περιορισμών στην ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου-κλινικής. Αυτό θεωρείται απαραίτητο για την εξασφάλιση της πλήρους αξιοποίησης των πόρων που επενδύονται σε νοσοκομειακές διευκολύνσεις. Τα διάφορα συμβόλαια θα βασίζονται σε ειδικές συμφωνίες με τους διάφορους φορείς με γενικό γνώμονα την αρχή του ανταγωνισμού και την ποιότητα των υπηρεσιών που θα προσφέρονται, με βάση τα ελάχιστα επίπεδα που θα καθορίζει το Συμβούλιο. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Σχεδίου θα καθορίζει τα επίπεδα με βάση τα οποία θα αποφασίζεται η σύναψη συμβολαίων με νοσοκομεία, κλινικές, ιδρύματα και ιδιώτες ιατρούς. Τα επίπεδα αυτά, μεταξύ άλλων, στην περίπτωση των νοσοκομείων και κλινικών θα πρέπει να διασφαλίζουν την ύπαρξη επαρκούς ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, εξοπλισμού και κατάλληλων διευκολύνσεων διαμονής (35).

#### **4.1.6 Το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής**

Οι δικαιούχοι θα μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα τον ιατρό, νοσοκομείο, κλινική, φαρμακείο, εργαστήριο κτλ. που θα τους προσφέρει ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες, ανάμεσα από όλα τα συμβαλλόμενα άτομα ή ιατρικές και παραϊατρικές μονάδες του σχεδίου, μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Οι υπηρεσίες που θα παρέχονται από ιατρούς και ιδρύματα εκτός των αστικών κέντρων θα πρέπει να αμείβονται πρόσθετα από το κανονικό επίπεδο για να υπάρξουν τα αναγκαία κίνητρα για τη σωστή εξυπηρέτηση της υπαίθρου. Η επιλογή όμως του γενικού παθολόγου στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής θα περιορίζεται σε ένα βαθμό περιφερειακά για να



διασφαλιστεί η πληρέστερη αξιοποίηση όλου του υπάρχοντος δυναμικού, το δικαίωμα επιλογής και ο ανταγωνισμός σε ποιότητα υπηρεσιών που θα προσφέρεται. Επίσης, υπάρχει ένας μέγιστος αριθμός ασθενών που θα δικαιούται κάθε ιατρός ή μονάδα να διατηρεί στους καταλόγους του. Οι δικαιούχοι δεν θα μπορούν να προσφεύγουν σε ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπομπή από γενικό ιατρό. Από τη στιγμή που υπάρχει παραπομπή σε ειδικό ιατρό, η επιλογή του είναι ελεύθερη. Για την εισαγωγή και νοσηλεία σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο σε νοσοκομείο ή κλινική, απαιτείται και πάλι παραπομπή από τους ειδικούς ιατρούς και γενικούς παθολόγους ανάλογα με την περίπτωση, με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά (35).

#### **4.1.7 Πληρωμή για υπηρεσίες και φάρμακα**

Το Διοικητικό Συμβούλιο θα πληρώνει κατευθείαν για υπηρεσίες που θα προσφέρονται από συμβαλλόμενους ιατρούς, ιδρύματα κτλ. Σε ορισμένες προκαθορισμένες περιπτώσεις, το συμβαλλόμενο άτομο ή ίδρυμα θα μπορεί να χρεώσει τον ασθενή για επιπρόσθετα έξοδα με βάση τα επίπεδα τελών που θα καθορίζει το Διοικητικό Συμβούλιο του Σχεδίου. Οι συμβαλλόμενες κλινικές και νοσοκομεία μπορεί να χρεώνουν τους πελάτες τους με πρόσθετα τέλη αν οι ασθενείς επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υψηλότερης αξίας από τις ελάχιστες που προβλέπει το Σχέδιο. Αυτό θα αφορά μόνο το επίπεδο υπηρεσιών που θα προσφέρεται για παραμονή στην κλινική ή νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ασθένειας, εγχείρησης κτλ. Σαν γενική αρχή ο δικαιούχος θα πρέπει να πληρώνει ένα μέρος της τιμής των φαρμάκων που χρησιμοποιεί, όπως επίσης των υπηρεσιών (εξετάσεις, ακτινογραφίες κτλ.) στις οποίες προσφεύγει, ούτως ώστε να αποφευχθεί η ανεξέλεγκτη χρήση. Το μέτρο αυτό είναι απαραίτητο για να περιοριστεί το συνολικό κόστος και να μην επιβαρυνθεί η οικονομία. Οι ιατροί που θα απασχολούνται σαν γενικοί ιατροί θα παίρνουν πάγιο ποσό για κάθε δικαιούχο που θα περιλαμβάνεται στον κατάλογο τους και με τον όρο ότι θα υπάρχει ανώτατος αριθμός επισκέψεων. Δε θα χρεώνονται οι επισκέψεις που αποκλειστικός τους σκοπός θα είναι η παροχή συνταγής για τη συνέχεια της θεραπείας, ενώ οι επισκέψεις στο σπίτι θα χρεώνονται πρόσθετα. Οι ειδικοί ιατροί θα πληρώνονται σύμφωνα με συμφωνημένο τιμοκατάλογο για τις υπηρεσίες τους. Τα νοσοκομεία και οι κλινικές θα πληρώνονται ένα τέλος την ημέρα, το οποίο θα περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες για τη διαμονή, ιατρική παρακολούθηση, νοσηλευτική φροντίδα και θα καλύπτει φυσικοθεραπεία, εξετάσεις, ακτινογραφίες και φάρμακα. Πέρα από ένα

μέγιστο αριθμό ημερών το Σχέδιο δε θα υποχρεώνεται να καλύψει το κόστος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο ή την κλινική. Οι εγχειρήσεις θα πληρώνονται σύμφωνα με συμφωνημένο τιμοκατάλογο (35).

#### **4.1.8 Οργάνωση και Λειτουργία του Σχεδίου**

Η καταγραφή των μελών και των δικαιούχων και η συλλογή των συνεισφορών θα γίνεται από το Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Εργασίας. Για την υπηρεσία αυτή θα καταβάλλεται τέλος στο Ταμείο των Κοινωνικών Ασφαλίσεων για διοικητικά έξοδα ανάλογα με τις ρυθμίσεις που θα συμφωνηθούν. Το Σχέδιο θα πληρώνει κανονικά, μόνο για το ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών που θα είναι διαμονή σε δωμάτιο με έξι ή τέσσερα κρεβάτια. Για διαμονή σε δίκλινο ή σε μονόκλινο, οι κλινικές και τα νοσοκομεία θα μπορούν να επιβάλλουν υψηλότερα τέλη που θα εγκρίνονται από το Διοικητικό Συμβούλιο. Το Συμβούλιο του Σχεδίου θα αποτελείται από εκπροσώπους της κυβέρνησης, των εργοδοτών και των εργαζομένων και η προεδρία θα γίνεται εναλλάξ από τους τρεις φορείς. Την καθημερινή διαχείριση του Σχεδίου και του Ταμείου θα αναλάβει ειδική υπηρεσία που θα είναι ανεξάρτητη και θα διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο. Η διαχείριση του Γενικού Σχεδίου Υγείας συμπεριλαμβανομένου του Ταμείου θα ανατίθεται σε Γενικό Διευθυντή και θα υπόκειται και στον εποπτικό έλεγχο του Γενικού Ελεγκτή, η έκθεση του οποίου θα υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και στη Βουλή των Αντιπροσώπων. Η ίδρυση του Ταμείου και της υπηρεσίας θα γίνει με τη θέσπιση ειδικής νομοθεσίας και θα περιέχει πρόνοια για την έκδοση «γενικών οδηγιών πολιτικής» προς το Διοικητικό Συμβούλιο από τον Υπουργό Υγείας (35).

#### **4.1.9 Κατανομή κόστους συνεισφοράς**

Το σύστημα χρηματοδότησης θα βασίζεται στις Κοινωνικές Ασφαλίσεις, όπου οι συνεισφορές υπολογίζονται σαν ποσοστό πάνω στο επίπεδο αμοιβών των εργαζομένων. Αυτό εξασφαλίζει ευκολία εφαρμογής (αφού ήδη υπάρχει ο μηχανισμός είσπραξης), αποτελεί σύστημα κοινωνικοποίησης των κινδύνων, οι συνεισφορές είναι δίκαιες αφού συσχετίζονται με το εισόδημα των δικαιούχων. Οι συνεισφορές θα είναι τριμερείς και θα προέρχονται από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το Κράτος (35).

#### **4.1.10 Δαπάνες για Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη**

Με βάση τα δεδομένα για το Εθνικό Εισόδημα και το συνολικό μισθολόγιο του 1991, πρέπει να επιβάλλεται το ποσοστό 6% πάνω στους μισθούς και στα ημερομίσθια, για την εξασφάλιση ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών. Δύο στοιχεία αναμένεται να περιορίσουν τις πραγματικές εισπράξεις από την επιβολή 6% πάνω στο συνολικό μισθολόγιο της οικονομίας. Το πρώτο αφορά το γεγονός ότι οι εισφορές δεν καταβάλλονται για το σύνολο των απολαβών αλλά μέχρι ένα ανώτατο σημείο. Τα ψηλά εισοδήματα πέρα από το σημείο αυτό δεν καταβάλλουν εισφορές. Το δεύτερο είναι ο τρόπος υπολογισμού των τεκμαρτών εισοδημάτων των αυτοεργοδοτούμενων για σκοπούς καταβολής της συνεισφοράς. Το εισόδημα πάνω στο οποίο οι αυτοεργοδοτούμενοι καταβάλλουν συνεισφορές είναι χαμηλότερο από το πραγματικό και επομένως και οι εισπράξεις του Ταμείου θα είναι χαμηλότερες. Ο στόχος του Σχεδίου ήταν να οργανωθεί και να παρέχει υπηρεσίες που το συνολικό κόστος τους θα κυμαίνεται γύρω στο 6% του συνολικού μισθολογίου της οικονομίας. Το πραγματικό ποσό που θα δαπανάται θα είναι μεγαλύτερο αφού οι χρήστες θα συνεισφέρουν ένα πρόσθετο ποσό μέσω καταβολής τέλους στα σημεία χρήσης των υπηρεσιών. Οι συνολικές δαπάνες για το Σχέδιο δεν περιλαμβάνουν τις δαπάνες που θα εξακολουθήσει να επωμίζεται το Κράτος, όπως την προληπτική ιατρική, δημόσια υγεία, ψυχιατρικές υπηρεσίες, οδοντιατρικές υπηρεσίες, καθώς και τις δαπάνες από όσους επιλέγουν να αγοράζουν υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα (35).

#### **4.2 Οι πρώτες ουσιαστικές μελέτες για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας της Κύπρου**

Βάση των προαναφερόμενων αρχών, το Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, ζήτησε από το τμήμα Συμβούλων της Κυπριακής Τράπεζας Αναπτύξεως σε συνεργασία με ομάδα ξένων επιστημόνων την εκπόνηση και υποβολή ενός ολοκληρωμένου πακέτου προτάσεων για ένα Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας που θα κάλυπτε υγειονομικά το σύνολο των πολιτών της Κυπριακής Δημοκρατίας. Οι προτάσεις αυτές έπρεπε να βρίσκονται σε συμφωνία με τις διακηρυγμένες αρχές και θέσεις της Κυβέρνησης, για ένα δίκαιο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα δίνει μεγάλο βάρος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (36).

Η ομάδα που σχηματίστηκε αποτελείτο από γνωστούς επιστήμονες που προέρχονταν από ειδικευμένα κέντρα και τμήματα Πανεπιστημίων, γνωστά διεθνώς για την προσφορά τους στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Την ομάδα αποτελούσαν ο καθηγητής W. C. Hsiao, οικονομολόγος και ειδικός στην πολιτική υγείας από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Harvard ο οποίος ήταν ο επικεφαλής των αναλογιστικών μελετών, ο T. Sheldon, Στατιστικολόγος Υγείας από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Leeds, ο S. Harrison Ειδικός στη Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Leeds, ο καθηγητής A. Maynard, Οικονομολόγος και αρχηγός της ομάδας από το Κέντρο Οικονομικών Υγείας του Πανεπιστημίου York και ο Dr T. Ensor Οικονομολόγος από το Κέντρο Οικονομικών Υγείας του Πανεπιστημίου York (36).

Η ομάδα εμπειρογνομόνων που κλήθηκε για τη μελέτη της εισαγωγής του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας (ΕΑΣΥ) στην Κύπρο, είχε ως στόχο τη μελέτη του υφιστάμενου συστήματος υγείας, να εντοπίσει τις οποιεσδήποτε αδυναμίες των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την κοστολόγηση του Σχεδίου και να εισηγηθεί τρόπους κάλυψης των ελλείψεων. Επίσης ανέλαβε την εκτίμηση των Βασικών Αρχών που εξήγγειλε η Κυβέρνηση και την οργάνωση και διεξαγωγή σεμιναρίων για μια ολοκληρωμένη ενημέρωση σχετικά με το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, να εισηγηθεί τον κατάλληλο τύπο του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας για τα Κυπριακά δεδομένα, αναθεωρώντας τις Βασικές Αρχές που εξήγγειλε η Κυβέρνηση. Επίσης όφειλε να ετοιμάσει ένα προϋπολογισμό του κόστους για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας και μετά από μια ολοκληρωμένη συλλογή επαρκών και ακριβών στοιχείων να υποβάλει και την τελική κοστολόγηση (37).

Το Νοέμβριο του 1991, η ομάδα των επιστημόνων υπέβαλε την πρώτη έκθεση «Review of the Health Care System», που αφορούσε την υφιστάμενη κατάσταση του τομέα υγείας στην Κύπρο. Το Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου, οι επιστήμονες στη μελέτη «Review of the National Health Insurance Principles», πρότειναν τις δικές τους αρχές πάνω στις οποίες θα έπρεπε να βασιστεί το νέο Σχέδιο Υγείας. Το Μάρτιο του 1992, μετά από συσκέψεις και συνεννοήσεις με την Κυβέρνηση και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς και μετά από το μονοήμερο σεμινάριο που οργανώθηκε με θέμα τη διεθνή εμπειρία από τα συστήματα υγείας άλλων χωρών με ομιλητές, διακεκριμένους καθηγητές από ξένα πανεπιστήμια, οι εμπειρογνώμονες υπέβαλαν στην Κυβέρνηση την τρίτη έκθεση τους υπό μορφή προσχεδίου. Το Σεπτέμβριο του 1992 υπέβαλαν την

Τελική Έκθεση προτάσεων για ένα Εθνικό Σχέδιο Ασφάλισης Υγείας.

Οι τελικές αυτές προτάσεις καθόριζαν τις αρχές και τους στόχους, τη χρηματοδότηση του Σχεδίου, την οργάνωση και τον τρόπο χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την οργάνωση, διεύθυνση και χρηματοδότηση της νοσοκομειακής φροντίδας, την οργάνωση, διεύθυνση και χρηματοδότηση των υπόλοιπων υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο διοίκησης και διαχείρισης του ταμείου του νέου Φορέα, το ρόλο του Υπουργείου Υγείας, τη διαδικασία και τα στάδια υλοποίησης του Σχεδίου και το απαιτούμενο κόστος εφαρμογής και λειτουργίας του (36). Οι παραπάνω μελέτες των επιστημόνων αποτέλεσαν την πιο ενδελεχή, διεξοδική και σε βάθος εισήγηση για την εισαγωγή Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο (33). Οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων στην Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, προέβλεπαν τα εξής:

- Υποχρεωτική ασφάλιση και συμμετοχή σε ένα και μοναδικό Εθνικό Σχέδιο Υγείας στο οποίο να αντανακλάται η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης και η δημιουργία ενός «σφαιρικού προϋπολογισμού» για τη χρηματοδότηση του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας μέσω της συνεισφοράς της Κυβέρνησης, των εργοδοτών και εργοδοτούμενων, οι οποίοι θα επιβαρύνονται αναλόγως των απολαβών τους. Αυτό θα αποφασίζεται ύστερα από διαπραγματεύσεις που θα γίνονται κάθε χρόνο μεταξύ των συνδρομητών και των προμηθευτών ιατρικής φροντίδας. Η δημιουργία μίας πηγής χρηματοδότησης διευκολύνει και τον αυστηρό έλεγχο των δαπανών (37).

- Δημιουργία της Αρχής Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας, η οποία θα χρησιμοποιεί το σφαιρικό προϋπολογισμό για την αγορά υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας μέσα σε ένα σύστημα ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Η αγοραστική του δύναμη θα είναι σημαντική, αλλά μπορεί να λειτουργεί αποδοτικά μόνο αν το σχέδιο είναι ανεξάρτητο και με καλή διαχείριση. Αυτό θα καθορίζει τα επίπεδα φροντίδας υγείας, θα επιβλέπει την απόδοση και θα αγοράζει ιατρική φροντίδα από συμβεβλημένους ιατρούς, οικονομικά αποδοτικούς προμηθευτές από τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

- Δημιουργία ενός συστήματος υψηλής ποιότητας άσκησης οικογενειακής πρακτικής η οποία θα ενεργεί ως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς που θα παρέχει πλήρη και συνεχή πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα. Οι οικογενειακοί ιατροί θα είναι ανεξάρτητοι πάροχοι και θα αμείβονται με βάση τον αριθμό των ασθενών που θα είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο τους. Οι οικογενειακοί ιατροί θα ενεργούν ως «gate

keepers» για την πρόσβαση των ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

- Δυνατότητα των ασθενών να επιλέγουν οικογενειακό ιατρό και εφόσον έχουν παραπεμφθεί, την ελευθερία επιλογής μεταξύ των εγγεγραμμένων ειδικών ιατρών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (37). Αναδιοργάνωση των νοσοκομείων του δημόσιου τομέα, τα οποία θα υποχρεωθούν στο μέλλον να ανταγωνιστούν τον ιδιωτικό τομέα πάνω σε ίση βάση και θα αυτοχρηματοδοτούνται, προσελκύοντας ασθενείς που θα καλύπτονται από το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Μια προϋπόθεση για αυτό είναι η οικονομική και η διοικητική ανεξαρτησία των δημοσίων νοσηλευτηρίων από το Υπουργείο Υγείας και η ανάπτυξη μιας ανταγωνιστικής διαχείρισης τους. Τυχόν αποτυχία, θα έχει ως αποτέλεσμα την μετακίνηση ασθενών του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα την απώλεια εισοδήματος στα δημόσια νοσοκομεία.

- Ρύθμιση της δυναμικής (κλίνες, εξοπλισμός) και αξιολόγηση της τεχνολογίας. Η δημιουργία πρόσθετης δυναμικότητας και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας στην Κύπρο θα ελέγχεται με την έκδοση αδειών, οι οποίες θα χορηγούνται μόνον όταν αποδεικνύεται το οικονομικό όφελος και η ανάγκη χρήσης.

- Εισαγωγή περιορισμένου καταλόγου φαρμακευτικών σκευασμάτων. Χρησιμοποίηση τεχνολογίας της οποίας η χρησιμότητα δεν τεκμηριώνεται δεν θα τυγχάνει αποζημίωσης από το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας.

- Υιοθέτηση της πολιτικής αγοράς αγαθών και υπηρεσιών όταν και όπου χρειάζεται σε μεγάλους όγκους, στους τομείς στους οποίους η δαπάνη αυξάνεται ραγδαία όπως για παράδειγμα στις υπηρεσίες εργαστηρίων και φαρμακευτικών σκευασμάτων.

- Για τον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών, το σχέδιο θα προκηρύσσει προσφορές με συμβόλαια και θα διαπραγματεύεται τις τιμές με βάση το κόστος. Επίσης θα καθορίζονται τα επίπεδα της παρεχόμενης ποιότητας όλων των προμηθευτών υγείας.

- Το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας θα εξετάζει την αποδοτικότητα των προμηθευτών και θα τη συγκρίνει με βάση συμφωνημένα πρωτόκολλα τα οποία καθορίζουν την κατάλληλη ιατρική εξάσκηση (37).

#### **4.2.1 Εισηγήσεις της Τεχνικής Επιτροπής για βελτίωση της Τελικής Έκθεσης για την Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας**

Η αρμόδια Υπουργική Επιτροπή συνήλθε στις 30 Σεπτεμβρίου 1992 υπό την προεδρία του Υπουργού Υγείας και αφού μελέτησε την Τελική Έκθεση των εμπειρογνομόνων την ενέκρινε. Στη σύσκεψη αυτή διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν ουσιαστικά σημεία που χρήζουν περαιτέρω μελέτης. Ανατέθηκε στην Τεχνική Επιτροπή του Γενικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας να τα μελετήσει και να προβεί σε εισηγήσεις. Η Τεχνική Επιτροπή έκρινε ότι η Έκθεση είναι επιστημονικά ολοκληρωμένη και σύμφωνη με τις κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες που είχαν δοθεί στους εμπειρογνώμονες από την Κυβέρνηση. Συνέστησε όμως προσοχή σε κάποια συγκεκριμένα σημεία (38).

Εισηγήθηκε την αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και τη δημιουργία των κατάλληλων διευθύνσεων και τη στελέχωση τους με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό. Η αλλαγή του τρόπου διεύθυνσης και διοίκησης των νοσοκομείων θεωρείται αναγκαία και τονίζεται ότι πρέπει να προηγηθεί της εφαρμογής του Γενικού Σχεδίου Υγείας. Η έλλειψη εξειδικευμένου και καταρτισμένου προσωπικού για τη Διοίκηση, Οργάνωση και Λειτουργία του Σχεδίου, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά. Η Κυβέρνηση στις βασικές αρχές που εξήγγειλε θεωρούσε αναγκαία την εισαγωγή συμπληρωματικών πληρωμών, δηλαδή επιπρόσθετων πληρωμών από τους ασθενείς (co-payments), οι εμπειρογνώμονες όμως επέμεναν ότι η εισαγωγή του πιο πάνω θεσμού θα είναι αναποτελεσματική στην εξοικονόμηση πόρων και ότι θα επηρεάσει αρνητικά τις χαμηλά εισοδηματικές τάξεις, οι οποίες χρησιμοποιούν πιο συχνά τις ιατρικές υπηρεσίες. Η δημιουργία καταλόγου φαρμακευτικών σκευασμάτων που θα καλύπτονται από το Σχέδιο και ο τρόπος χορήγησής τους, θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω λόγω της πολυπλοκότητας του και των εμπλεκόμενων συμφερόντων. Οι εμπειρογνώμονες στην Έκθεση τους άφηναν εκτός Σχεδίου τη Ψυχιατρική Φροντίδα και εισηγήθηκαν όπως ενταχθεί σε μελλοντικό στάδιο μετά τη λειτουργία του Σχεδίου. Η Τεχνική Επιτροπή εισηγήθηκε όπως η Ψυχιατρική φροντίδα που παρέχεται σε εξωτερικά ιατρεία να συμπεριληφθεί στο Σχέδιο. Στο Σχέδιο δεν υπήρχε επίσης η πρόνοια κάλυψης των αποστολών των ασθενών για φροντίδα στο εξωτερικό. Η Τεχνική Επιτροπή εισηγείται όπως η αποστολή ασθενών στο εξωτερικό να ενταχθεί στο Σχέδιο, με την υιοθέτηση επιπρόσθετων οικονομικών κριτηρίων. Η Κυβέρνηση στις βασικές αρχές που εξήγγειλε δεν περιλάμβανε τις

οδοντιατρικές υπηρεσίες, ενώ οι εμπειρογνώμονες εισηγούνται την ένταξη τους στο Σχέδιο σε άτομα μέχρι 13 ετών, για να γίνεται καλύτερη πρόληψη και θεραπεία των οδοντιατρικών παθήσεων, γεγονός που βρήκε σύμφωνη την Τεχνική Επιτροπή. Όσον αφορά την κατανομή του κόστους, η Τεχνική Επιτροπή δήλωσε πως το θέμα είναι πιο σύνθετο από ότι εισηγούνται οι εμπειρογνώμονες και πρέπει να μελετηθεί από το Γραφείο Προγραμματισμού και το Υπουργείο Οικονομικών. Εισηγήθηκε επίσης πως πρέπει να δοθεί από την αρχή μεγάλη προσοχή στο ύψος της συνεισφοράς των αυτοεργοδοτούμενων για να διασφαλιστεί η δίκαιη κατανομή των εισφορών και να συνάδει με τα πραγματικά τους εισοδήματα. Από την Έκθεση απορρέει ότι με την εισαγωγή του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας τα εξωτερικά ιατρεία θα καταργηθούν. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα, ένας αριθμός ιατρικών λειτουργιών να πρέπει να μεταφερθεί στην Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα που περιλαμβάνεται στο Σχέδιο. Σύμφωνα με την Τεχνική Επιτροπή, ο τρόπος απασχόλησης τους είναι ένα θέμα που πρέπει να μελετήσει η Κυβέρνηση (38).

Σε ευρύτατη διαβούλευση που συγκάλεσε το Υπουργείο Υγείας, τον Ιανουάριο του 1994 στην Πάφο, έγινε αποδεχτή η Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας και τέθηκαν οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές για ένα νέο Σχέδιο Υγείας. Το 1996 έγινε νέα κοστολόγηση του ΓεΣΥ από την ομάδα του καθηγητή Hsiao η οποία ανέβασε το κόστος στο 9,2% του ασφαλιστέου εισοδήματος, δηλαδή του ποσού που θα προερχόταν από την τριμερή χρηματοδότηση (εργαζόμενοι, εργοδότες, κράτος), βάσει της μισθοδοσίας τους (33).

Το Υπουργείο Υγείας, ήταν έτοιμο να στείλει το σχετικό νομοσχέδιο στο Υπουργικό Συμβούλιο για έγκριση, όταν παρουσιάστηκε ξαφνικά εμπλοκή λόγω σοβαρών αμφισβητήσεων από την πλειονότητα των γιατρών των Ιατρικών Συλλόγων Λευκωσίας και Λεμεσού. Οι αντιδράσεις και οι αντιπαραθέσεις κορυφώθηκαν στην έκτακτη γενική συνέλευση του ΠΙΣ που πραγματοποιήθηκε στη Λεμεσό το Δεκέμβριο του 1994, όπου οι 600 παρευρισκόμενοι ιατροί καταψήφισαν το προταθέν υπό της κυβέρνησης, Σχέδιο Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας αντέδρασε έντονα, χαρακτηρίζοντας την πλειονότητα των ιατρών ως «ομάδα απορριπτικών ιατρών, συμφεροντολόγων και ... απατεώνων!» (32).



Το Δεκέμβριο του 1995, το Συμβούλιο Ιατρικού Σώματος καταθέτει νέες προτάσεις για το Σχέδιο Υγείας, που εγκρίνονται σχεδόν ομόφωνα σε νέα Έκτακτη Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ και ετοιμάζεται σχετικό νομοσχέδιο, το οποίο δεν προωθείται από την κυβέρνηση Γλαύκου Κληρίδη, προφανώς λόγω των τεράστιων οικονομικών επιπτώσεων που θα επέφερε στον κρατικό προϋπολογισμό (32).

Το 1996, έγινε νέα κοστολόγηση από την ομάδα του Πανεπιστημίου Harvard των ΗΠΑ, υπό τον καθηγητή Hsiao, η οποία ανέβασε το κόστος στο 9,2% του ασφαλιστέου εισοδήματος. Ταυτόχρονα επεσήμανε τις ελλείψεις του Υπουργείου Υγείας και τις ανεπάρκειες του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου. Το 1997 εκλέγεται νέα ηγεσία του ΠΙΣ και σταδιακά το κλίμα στις σχέσεις ιατρών και Υπουργείου Υγείας εξομαλύνεται, αφού η ηγεσία του ΠΙΣ διαβεβαιώνει τους πάντες για την αμέριστη στήριξη της στην εφαρμογή του Σχεδίου Υγείας (32).

#### 4.3 Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001

Μετά από μια μακρά περίοδο δημόσιου διαλόγου, κατά την προεδρία του Γλαύκου Κληρίδη ψηφίστηκε εν τέλει από τη Βουλή το 2001, ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος, ο οποίος προέβλεπε την εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας αποτελώντας τον επόμενο σημαντικό σταθμό στην πορεία αλλαγής του συστήματος υγείας της Κύπρου. Οι πρόνοιες του νομοσχεδίου του 2001, ήταν σύμφωνες με τις εισηγήσεις της Τελικής Έκθεσης των εμπειρογνομόνων του 1992. Βάση τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο (Ν.89(I)/2001), συστάθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) ο οποίος αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και αποστολή του είναι η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας. Ο Οργανισμός έχει αρμοδιότητα να διαχειρίζεται το Ταμείο που θα ιδρυθεί, να προβαίνει στις απαραίτητες διευθετήσεις για την εξασφάλιση της παροχής στους δικαιούχους της προβλεπόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, να συμβάλλεται με τους παροχείς ιατρικής φροντίδας, να διεξάγει ετήσιες αναλογιστικές ανασκοπήσεις της οικονομικής κατάστασης του Ταμείου σε συνάρτηση με τις υποχρεώσεις του, να διαθέτει χρήματα του Ταμείου για σκοπούς έρευνας, διαφώτισης, επιμόρφωσης και εκπαίδευσης για την καλύτερη λειτουργία και αποδοτικότητα του συστήματος, να διαθέτει ένα ποσοστό των χρημάτων του ετήσιου προϋπολογισμού το οποίο να μην υπερβαίνει το 5% για τη διαχείριση του ίδιου του Οργανισμού, να τηρεί αρχεία και να προβαίνει σε κάθε άλλη

ενέργεια η οποία είναι συναφής με τις πιο πάνω αρμοδιότητες. Διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο απαρτίζεται από τον πρόεδρο, δύο ως εκ της θέσης τους μέλη (ex officio) δηλαδή ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου Υγείας και ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου Οικονομικών καθώς επίσης και οκτώ διοριζόμενα μέλη που αντιπροσωπεύουν την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας, τις εργοδοτικές οργανώσεις, τις εργατικές οργανώσεις και τους αυτοεργοδοτούμενους. Ο πρόεδρος του Συμβουλίου είναι ανεξάρτητο πρόσωπο, το οποίο δεν έχει άμεσα συμφέροντα στην παροχή ιατρικής φροντίδας και η θητεία του είναι πενταετής. Τα δύο ως εκ της θέσης τους μέλη είναι ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου Υγείας και ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου Οικονομικών. Ο πρόεδρος και τα μέλη του Συμβουλίου, ο Γενικός Διευθυντής και οι υπάλληλοι του Οργανισμού θεωρούνται δημόσιοι λειτουργοί. Το Συμβούλιο προβαίνει στη σύσταση Συμβουλευτικής Επιτροπής, τα μέλη της οποίας αντιπροσωπεύουν τα συμφέροντα των διάφορων εισφορέων και δικαιούχων (39).

Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δικαιούται κάθε πολίτης της Δημοκρατίας ή υπήκοος κράτους μέλους, ο οποίος έχει τη μόνιμη διαμονή του στην Κύπρο, κάθε πρόσωπο το οποίο είναι εισφορέας, όπως επίσης οι εξαρτώμενοι των δικαιούχων, νοουμένου ότι είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου για ορισμένη χρονική περίοδο. Επισημαίνεται ότι όλοι οι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας είναι δικαιούχοι στο Γενικό Σύστημα Υγείας, αλλά για να λάβουν υπηρεσίες υγείας θα πρέπει πρώτα να εγγραφούν σε αυτό (39).

Ίδρυση Ταμείου Ασφάλισης Υγείας, οι πόροι του οποίου είναι οι εισφορές των δικαιούχων, δωρεές και κληροδοτήματα, πρόσδοδοι από περιουσιακά στοιχεία του Οργανισμού και κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τις δραστηριότητες του Οργανισμού. Υποχρέωση για καταβολή εισφορών έχει κάθε μισθωτός σε ποσοστό 2% επί των ολικών αποδοχών του, κάθε εργοδότης σε ποσοστό 2,55% επί των ολικών αποδοχών κάθε μισθωτού του, κάθε αυτοτελώς εργαζόμενος σε ποσοστό 3,55% επί των ολικών αποδοχών του, κάθε συνταξιούχος σε ποσοστό 2% επί του ποσού της σύνταξής του, κάθε πρόσωπο που κατέχει ή ασκεί οποιοδήποτε αξίωμα σε ποσοστό 2% επί των ολικών αποδοχών του, κάθε εισοδηματίας σε ποσοστό 2% επί του εισοδήματός του και το Πάγιο Ταμείο της Δημοκρατίας σε ποσοστό 4,55% επί των αποδοχών και συντάξεων των παραπάνω εισφορέων. Η βεβαίωση, καταβολή, είσπραξη και παρακράτηση των εισφορών, διενεργείται σύμφωνα με τις αντίστοιχες διατάξεις του περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου (39).

Βάσει του νόμου, οι ιατροί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται οι ιατροί, που παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής και στη δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται οι ιατροί που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες ειδικοτήτων. Οι ιατροί που κατατάσσονται στην πρώτη κατηγορία, είναι γενικοί ιατροί ή ιατροί παθολόγοι ή γηρίατροι για άτομα άνω των 65 ετών, οι οποίοι επιλέγονται από το δικαιούχο. Για τους σκοπούς παροχής υπηρεσιών γενικής ιατρικής, ο Οργανισμός συμβάλλεται με ιδιώτες ιατρούς που έχουν ειδικότητα στη γενική ιατρική, και έχουν εγγράψει τον καθορισμένο αριθμό δικαιούχων στον κατάλόγό τους, καθώς και με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής. Ο “καθορισμένος αριθμός δικαιούχων”, είναι ο κατώτατος αριθμός δικαιούχων που κάθε προσωπικός ιατρός πρέπει να έχει στον κατάλόγό του και ο οποίος δεν πρέπει να είναι κάτω των τριακοσίων για τα πρώτα τρία χρόνια και άνω των πεντακοσίων μετά τα πρώτα τρία χρόνια. Ο αριθμός των δικαιούχων τους οποίους δύναται να εγγράψει στον κατάλόγό του ο προσωπικός ιατρός δε δύναται να υπερβαίνει τους δύο χιλιάδες πεντακόσιους. Όλοι οι ιατροί οι οποίοι συμβάλλονται με τον Οργανισμό, τηρούν καταλόγους στους οποίους εγγράφουν τους δικαιούχους στους οποίους παρέχεται πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Οι δικαιούχοι θα πρέπει να εγγραφούν σε κατάλογο Προσωπικού Ιατρού ή Προσωπικού Παιδίατρου της επιλογής τους και με αυτόν τον τρόπο θα δικαιούνται απευθείας επισκέψεις στον προσωπικό τους ιατρό, όπως επίσης και τις αναγκαίες παρεχόμενες υπηρεσίες ώστε να επιτευχθεί η σωστή «πλοήγηση» του δικαιούχου στο σύστημα. Δικαιούχος ηλικίας κάτω των δεκαπέντε ετών εγγράφεται σε κατάλογο παιδίατρου ή προσωπικού ιατρού της επιλογής του γονέα ή του κηδεμόνα του (39) (Ν.89(Ι)/2001).

Ιατροφαρμακευτική φροντίδα ειδικοτήτων παρέχεται μόνο όταν ο ασθενής παραπέμπεται από τον προσωπικό ιατρό. Σε περιπτώσεις ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών η προϋπόθεση της παραπομπής δεν απαιτείται. Ο προσωπικός ιατρός με αναγνωρισμένη από το Ιατρικό Συμβούλιο ειδικότητα, υποχρεούται να παρέχει σε κάθε δικαιούχο εγγεγραμμένο στον κατάλόγό του τις υπηρεσίες της ειδικότητάς του και δε δικαιούται να παραπέμπει τον ασθενή σε άλλο ιατρό της ειδικότητάς του. Η ιατροφαρμακευτική φροντίδα που δεν προσφέρεται στην Κύπρο ή η προσφορά της οποίας δεν αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών, δυνατό να παρέχεται στο εξωτερικό σε ιατρικά ιδρύματα με τα οποία συμβάλλεται ο Οργανισμός. Οι δικαιούχοι οδοντιατρικής περίθαλψης έχουν ελεύθερη πρόσβαση στον οδοντίατρο της επιλογής

των γονέων ή κηδεμόνων τους, νοουμένου ότι ο οδοντίατρος είναι συμβεβλημένος με τον Οργανισμό (39).

Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική φροντίδα υγείας από το ΓεΣΥ, περιλαμβάνει τις πιο κάτω κατηγορίες υπηρεσιών, όπως αυτές θα καθορίζονται με διατάγματα του Υπουργού Υγείας και της Κυβέρνησης.

- Φροντίδα υγείας από προσωπικούς ιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής και από ιατρούς ειδικοτήτων για παροχή ιατρικής φροντίδας ειδικοτήτων, τόσο σε εξωτερικούς ασθενείς, όσο και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτήρια.
- Τις αναγκαίες απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις, κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, εξειδικευμένες βιοϊατρικές εργαστηριακές εξετάσεις.
- Την απαιτούμενη φαρμακευτική φροντίδα με βάση συνταγή που εκδίδει ιατρός συμβεβλημένος με τον Οργανισμό, η οποία περιλαμβάνεται σε εγκεκριμένο από τον Οργανισμό κατάλογο.
- Φροντίδα υγείας από νοσηλευτές και μαίες, καθώς και από άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Ανακουφιστική φροντίδα υγείας και ιατρική αποκατάσταση, περιλαμβανομένης της προμήθειας, της συντήρησης και της ανανέωσης ορθοπεδικών ειδών και τεχνητών μελών.
- Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας υγείας σε συγκεκριμένες ομάδες δικαιούχων και κατ' οίκον επισκέψεις από τους επαγγελματίες υγείας.
- Μεταφορά με ασθενοφόρο και φροντίδα υγείας σε περίπτωση ατυχήματος και επείγοντος περιστατικού.
- Ο Οργανισμός δεν θα καλύπτει χρόνια ψυχιατρική ιδρυματική ή υποχρεωτική φροντίδα (39)(Υπουργείο Υγείας, 2014).

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποτελεί το μοναδικό Οργανισμό διαχείρισης, ο οποίος με το κατάλληλο σύστημα πληροφορικής και επιχειρησιακών διαδικασιών, έχει στόχο την επίτευξη του αποτελεσματικού ελέγχου. Ο Οργανισμός συμβάλλεται για αγορά υπηρεσιών με κρατικά και ιδιωτικά νοσηλευτήρια, νοουμένου ότι αυτά τηρούν τα ελάχιστα κλινικά επίπεδα που καθορίζει ο Οργανισμός και το Υπουργείο Υγείας. Η αποζημίωση των ιατρικών παρεμβάσεων καθορίζεται ύστερα από συμφωνία μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών. Για το σκοπό αυτό, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν διάφορες μέθοδοι αποζημίωσης, όπως αποζημίωση κατά ιατρική

πράξη ή αποζημίωση κατά ομαδοποιημένες κατηγορίες ασθενειών (39).

Σύμφωνα με το Γενικό Σχέδιο Υγείας, οι γενικές αρχές του συστήματος υγείας θα αφορούν την ίση μεταχείριση των παροχών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, τα ίδια επίπεδα προσφερόμενων υπηρεσιών για όλους τους εμπλεκόμενους και την ελεύθερη επιλογή από το δικαιούχο. Επίσης, σημαντική είναι η αρχή για το ίδιο επίπεδο ελέγχου ποιότητας και εφαρμογής τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, έχει στόχο να διασφαλίσει τη σύγκλιση μεταξύ των παροχών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, με συμβάσεις πάνω στην ίδια βάση, με τα ίδια κριτήρια και επίπεδα για όλους. Συγκεκριμένα, το νέο σύστημα υγείας εγγυάται πρόσβαση σ' αυτούς που τη χρειάζονται και γενικότερα βελτίωση της υπάρχουσας ποιότητας φροντίδας της υγείας. Στα πλαίσια του ΓεΣΥ, όλοι οι δικαιούχοι θα τυγχάνουν ιατρικής φροντίδας ενώ σε μη δικαιούχους θα προσφέρεται τέτοια φροντίδα από το Υπουργείο Υγείας με τρόπο, όρους και προϋποθέσεις που θα καθορίσει το εν λόγω Υπουργείο (71).

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, θα καλύπτει τις επισκέψεις των ασθενών στον προσωπικό ιατρό, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή που θα συνταγογραφείται. Επιπλέον, θα καθορίζει την αμοιβή των προσωπικών ιατρών, η οποία θα υπολογίζεται σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών που θα περιλαμβάνονται στον προσωπικό του κατάλογο. Ειδικοί ιατροί, οι οποίοι συμβάλλονται με τον Οργανισμό, αποζημιώνονται για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών σύμφωνα με τους όρους και τιμές που ορίζονται από τον Οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο. Οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί, τα κλινικά εργαστήρια και άλλοι προμηθευτές που συμβάλλονται με τον Οργανισμό αποζημιώνονται με τους όρους και τιμές που ορίζονται από τον Οργανισμό. Ο Οργανισμός συντάσσει ετησίως κατάλογο φαρμάκων και υλικών, τα οποία εγκρίνει ως κατάλληλα και αποδεδειγμένης ποιότητας και πληρώνει μόνο γι' αυτά. Ο Οργανισμός μπορεί να καλύψει μερικώς μόνο τη δαπάνη του παρεχόμενου φαρμάκου και να ορίσει ποσό συμπληρωμής, νοουμένου ότι το ποσό αυτό δεν υπερβαίνει το 10% της δαπάνης του φαρμάκου. Υπηρεσίες ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών παρέχονται μόνο σε συγκεκριμένα και συμβεβλημένα με τον Οργανισμό νοσηλευτήρια (39).

Ο Οργανισμός υποβάλλει για έγκριση μέχρι την 31η Οκτωβρίου κάθε έτους στο Υπουργικό Συμβούλιο τον προϋπολογισμό εσόδων και εξόδων του για το επόμενο έτος. Αν σε οποιοδήποτε οικονομικό έτος το ποσό της πραγματικής δαπάνης για οποιαδήποτε υπηρεσία υπερβεί το προϋπολογισθέν κονδύλι που προσυμφωνήθηκε στο σφαιρικό προϋπολογισμό, τότε τα αντίστοιχα τέλη μειώνονται ανάλογα, ώστε η πραγματική δαπάνη να περιορισθεί στα όρια του εγκεκριμένου κονδυλίου. Ο επιμερισμός κόστους στην περίπτωση που οι δαπάνες υγείας υπερβούν τον σφαιρικό προϋπολογισμό, γίνεται μέσω συμπληρωμών των ασθενών. "Σφαιρικός προϋπολογισμός" σημαίνει το ύψος της προαποφασισθείσας δαπάνης, η οποία συμφωνήθηκε μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών που θα δαπανηθεί το επόμενο έτος (39).

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, σχεδιάστηκε με βασικά χαρακτηριστικά και βέλτιστες πρακτικές για τη συγκράτηση του κόστους. Στόχος του είναι να βελτιώσει την παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στους δικαιούχους, ρυθμίζοντας ταυτόχρονα τις δαπάνες του τομέα υγείας της Κύπρου. Η αρχή της ίσης πρόσβασης και του συντονισμού, δημιουργεί τις προϋποθέσεις συντονισμένης ανάπτυξης και συνεργασίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Ο δημόσιος τομέας υγείας, με την εισαγωγή του ΓεΣΥ θα πρέπει να ανταγωνιστεί με τους ίδιους όρους τον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, η εισαγωγή του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού, παρέχει τη δυνατότητα της ίσης και ορθής διακίνησης του δικαιούχου στο σύστημα, αφού εάν χρειαστεί μόνο μέσω της παραπομπής του, ο δικαιούχος θα έχει πρόσβαση σε άλλους παροχείς. Διασφαλίζει την ποιότητα και τον έλεγχο και ταυτόχρονα συμβάλλει στη συγκράτηση των δαπανών του συστήματος υγείας. Με το θεσμό του Προσωπικού Ιατρού επιτυγχάνεται οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη, ορθή πλοήγηση των ασθενών μέσα στο σύστημα, αποφόρτιση των Ειδικών Ιατρών από μη εξειδικευμένα περιστατικά και διαφάνεια για την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, το ΓεΣΥ διασφαλίζει υψηλή ποιότητα και αποτελεσματικότητα, αφού θα υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των παροχέων, ποιοτικά κίνητρα μέσω των αποζημιώσεων και ελάχιστες απαιτήσεις για τη συμμετοχή των παροχέων στο σύστημα.

Επίσης, μέσω της σταθερής και ευρείας βάσης εισφορών από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και την κυβέρνηση, καθώς επίσης και του προσυμφωνημένου σφαιρικού προϋπολογισμού, επιτυγχάνεται η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός διασφαλίζει ότι η πραγματική δαπάνη για κάθε κατηγορία παροχέα δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό που προσυμφωνήθηκε για το συγκεκριμένο οικονομικό έτος. Οι μέθοδοι αποζημίωσης των παροχέων είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση ανεξαρτήτως αριθμού επισκέψεων για τους Προσωπικούς Ιατρούς, η αποζημίωση με βάση τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRG's) για την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και η αποζημίωση με βάση τη δραστική ουσία και τη θεραπευτική κατηγορία του φαρμάκου για τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η μέθοδος αποζημίωσης των παροχέων μέσω των DRG's (Diagnosis Related Groups), είναι ένα σύστημα ταξινόμησης περιστατικών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, κατά το οποίο τα περιστατικά ταξινομούνται σε ομάδες με βάση τη σύγκλιση τους στην κλινική εικόνα και στη σχετική κατανάλωση πόρων και αποτελεί διεθνή βέλτιστη πρακτική. Με την μέθοδο των DRG's προωθείται η μείωση του κόστους, ο υγιής ανταγωνισμός μεταξύ των παροχέων και αυξάνεται η διαφάνεια. Οι συμπληρωμές (co-payments), από τους ασθενείς, θεωρούνται αποτελεσματικό εργαλείο για τη μείωση της κατάχρησης των υπηρεσιών υγείας και της συγκράτησης του κόστους. Επίσης επιτυγχάνεται αποτελεσματικός έλεγχος μέσω του συστήματος πληροφορικής και επιχειρησιακών διαδικασιών (διαφάνεια, έλεγχος απάτης) με μοναδικό οργανισμό διαχείρισης τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, το ΓεΣΥ αναμένεται να επιλύσει σημαντικά προβλήματα, αφού θα επιτευχθεί η συγκράτηση των δαπανών υγείας, η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος, η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η παροχή ολοκληρωμένου πακέτου καλύψεων, η ισότιμη μεταχείριση των δικαιούχων, η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών (ιατρού, φαρμακείου, κλινικού εργαστηρίου κ.λ.π.) και ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών (31).

Η εισαγωγή του ΓεΣΥ θα πρέπει να υλοποιηθεί μέσω ορισμένων προϋποθέσεων όπως η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και η λειτουργία τους σαν ξεχωριστές ενιαίες μονάδες βασισμένη σε σύγχρονες αρχές διαχείρισης και κοστολόγησης για αποφυγή επιδότησης από το κράτος και εξασφάλιση του ανταγωνισμού μεταξύ των

προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (39). Ταυτόχρονα, το κράτος θα εξακολουθήσει να έχει την ευθύνη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, των ψυχιατρικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών που δεν καλύπτει το ΓεΣΥ. Επίσης, θα προσφερθούν ολοκληρωμένα εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης των προσωπικών ιατρών πριν τη εφαρμογή του σχεδίου. Επίσης, προβλέπεται η κατάργηση των υφιστάμενων Ταμείων Υγείας μετά την πλήρη εφαρμογή του Σχεδίου Υγείας. Τέλος, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια (39).

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001, με διάφορες τροποποιήσεις ή και αντικαταστάσεις αποτελεί πλέον το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας. Παρόλα αυτά, η διαδικασία εφαρμογής του ΓΕΣΥ υπήρξε προβληματική κυρίως όσον αφορά τα χρονοδιαγράμματα και τις οργανωτικές μεταρρυθμίσεις, κυρίως λόγω έλλειψης πολιτικής βούλησης, των διαχρονικών προβλημάτων της δημόσιας διοίκησης, της αρνητικής επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην κυπριακή οικονομία και των διαφόρων αντιδράσεων από οργανωμένα συμφέροντα, με αποτέλεσμα σημαντική καθυστέρηση στην υλοποίηση του σχεδιασμού. Ενώ η πρώτη φάση του ΓΕΣΥ αναμενόταν να τεθεί σε ισχύ τον Ιούλιο του 2015 δεν τηρήθηκαν τα χρονοδιαγράμματα με αποτέλεσμα η εισαγωγή του σχεδίου να πραγματοποιηθεί το 2019 με την έναρξη της 1<sup>ης</sup> φάσης τον Ιούνιο του ίδιου έτους.

#### 4.4 Τροποποιητικοί Νόμοι Γενικού Σχεδίου Υγείας

Ο Νόμος του 2002, τροποποιεί τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο του 2001, ο οποίος αναφέρεται ως «ο βασικός νόμος» και αναφέρονται μαζί ως οι περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμοι του 2001 και 2002. Στον τροποποιητικό νόμο του 2002, τροποποιούνται άρθρα του βασικού νόμου, τα οποία σχετίζονται με τον πρόεδρο και τα διοριζόμενα μέλη του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, το Υπουργικό Συμβούλιο, το Γενικό Διευθυντή κ.λ.π. (Ν.134(Ι)/2002). Ακολούθησε ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2004, ο οποίος τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 και 2002 και αναφέρονται μαζί ως οι περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμοι του 2001 έως 2004. Ο τροποποιητικός νόμος του 2004, προσθέτει νέους όρους στο βασικό νόμο (Ν.101(Ι)/2004). Ο περί Γενικού



Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2005, διαβάζεται μαζί με τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 έως 2004 και μαζί θα αναφέρονται ως οι περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμοι του 2001 έως 2005 και τροποποιεί το άρθρο 12 του βασικού νόμου που αναφέρεται στα στελέχη και στους υπαλλήλους του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (Ν.62(I)/2005).

Το 2006, οι σύμβουλοι του οίκου McKinsey & Co, παρέδωσαν τις εισηγήσεις τους με τίτλο: «A shared vision for the Cyprus Health System». Επιπλέον έγιναν εισηγήσεις για τροποποιήσεις ορισμένων άρθρων του νόμου περί ΓεΣΥ (2001), οι οποίες βασικά στοχεύουν στον έλεγχο του κόστους. Το Σχέδιο Στρατηγικής για το ΓεΣΥ των Συμβούλων McKinsey & Co, περιλαμβάνει και περιγράφει σε λεπτομέρεια όλους τους σχεδιασμούς για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και τη μετάβαση από το υφιστάμενο στο νέο σύστημα υγείας. Περιλαμβάνει επίσης τη στρατηγική και την αρχιτεκτονική ενός συστήματος πληροφορικής που να υποστηρίζει το σύστημα, τις αρχές και προϋποθέσεις για την εφαρμογή του θεσμού του Προσωπικού και του Ειδικού Ιατρού καθώς και την εκτέλεση κλινικών εξετάσεων, την παροχή φαρμάκων και άλλων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών, τον καταρτισμό του σφαιρικού προϋπολογισμού, την επικοινωνιακή πολιτική και την οργανωτική δομή του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας. Σαν αποτέλεσμα του Σχεδίου Στρατηγικής, συγκεκριμενοποιήθηκαν οι στόχοι που επιδιώκεται να επιτευχθούν στη βάση λεπτομερούς οδικού χάρτη, καθώς και οι ενέργειες που αφορούν στις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν στον ευρύτερο τομέα της υγείας. Το Δεκέμβριο του 2006, το προσωπικό του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, συγκρότησε οκτώ θεματικές ομάδες εργασίας, οι οποίες εργάστηκαν για την ετοιμασία των εγγράφων πολιτικής, των θεσμών του νέου Συστήματος Υγείας, όπως ο Προσωπικός Ιατρός, ο Ειδικός Ιατρός, τα Κλινικά Εργαστήρια, οι Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών, άλλα Επαγγέλματα Υγείας, η Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη/Νοσηλεία, η Χρηματοδότηση του Συστήματος και ο Σφαιρικός Προϋπολογισμός.

Στο μεταξύ, στις αρχές του 2008, κατακυρώθηκε η προσφορά για τον υπολογισμό εσόδων και εξόδων του ΓεΣΥ, όπως επίσης της πρόβλεψης και εκτίμησης των δαπανών στον οίκο Mercer. Η αναλογιστική μελέτη κατέληξε στα συμπεράσματα ότι η χρηματοδότηση του ΓεΣΥ μπορεί να επιτευχθεί με οριακή μόνο αύξηση των ποσοστών εισφοράς, όπως καθορίζονται στον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο

του 2001. Η εφαρμογή του ΓεΣΥ όχι μόνο δεν θα αυξήσει τις υφιστάμενες δαπάνες υγείας, αλλά θα επιφέρει συνολικές εξοικονομήσεις για την οικονομία ύψους 292 εκατομμυρίων για την περίοδο 2016–2025, λόγω των βέλτιστων πρακτικών και των ασφαλιστικών δικλίδων ελέγχου που ενσωματώνει και θα συμβάλει στην δικαιότερη κατανομή του κόστους χρηματοδότησης της υγείας και στην αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων (33).

Στις 25 Ιανουαρίου 2008 εκδόθηκε με δημοσίευση στην επίσημη εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας το Νομοσχέδιο με τίτλο «Νόμος που τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 μέχρι 2005». Ο νόμος αναφέρεται ως ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2007, που μαζί με τους τροποποιητικούς νόμους του 2001 μέχρι 2005, θα αναφέρονται ως οι περί Γενικού Συστήματος Υγείας νόμοι του 2001 μέχρι 2007. Σκοπός αυτού του νομοσχεδίου είναι η πλήρης εναρμόνιση του βασικού νόμου με την κοινοτική οδηγία που αναφέρεται στο προοίμιο του και η τροποποίηση διατάξεων του βασικού νόμου για τη διασφάλιση της καλύτερης λειτουργίας του Γενικού Συστήματος Υγείας (Νομοσχέδιο, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, το παραπάνω νομοσχέδιο στοχεύει κυρίως στα εξής:

- Στη διασαφήνιση των διατάξεων του βασικού νόμου που αφορούν στις αρμοδιότητες του ΟΑΥ και στο διορισμό, παύση, αντικατάσταση του προέδρου και των μελών του Συμβουλίου, καθώς και στην ανασύνθεση του Συμβουλίου έτσι ώστε να συμμετέχει και εκπρόσωπος των οργανωμένων ασθενών.
- Στη διασαφήνιση των διατάξεων του βασικού νόμου σε σχέση με τους δικαιούχους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το Σύστημα και την καταβολή των απαιτούμενων εισφορών.
- Στη διασαφήνιση των διατάξεων αναφορικά με τις παρεχόμενες από το Σύστημα υπηρεσίες φροντίδας υγείας και τον τρόπο παροχής τους από προσωπικούς ιατρούς, ειδικούς ιατρούς καθώς και άλλους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας καθώς και τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των διαφόρων παροχέων που θα συμβάλλονται με τον Οργανισμό, συμπεριλαμβανομένης της αμοιβής τους.
- Στη διασαφήνιση των διατάξεων αναφορικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των δικαιούχων των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το Σύστημα

καθώς και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό.

- Στη ρύθμιση της δυνατότητας αγοράς από τον Οργανισμό φαρμακευτικών προϊόντων, της κάλυψης του κόστους απόκτησης τέτοιων προϊόντων από τους δικαιούχους και της εξέτασης των αιτήσεων κατόχων άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων για συμπερίληψη φαρμακευτικών προϊόντων στον κατάλογο που θα εγκρίνεται από τον Υπουργό.
- Στη ρύθμιση της δυνατότητας αγοράς από τον Οργανισμό ιατροτεχνολογικών προϊόντων και άλλων αναλώσιμων ειδών και της κάλυψης του κόστους τέτοιων προϊόντων και ειδών από τον ΟΑΥ.
- Στην εισαγωγή διατάξεων για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ ΟΑΥ και παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του περί του Συντονισμού των Διαδικασιών Σύναψης Δημοσίων Συμβάσεων Προμηθειών, Έργων και Υπηρεσιών και για Συναφή Θέματα Νόμου του 2006 καθώς και για τον έλεγχο της τήρησης των όρων της σύμβασης από τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας.
- Στη διασαφήνιση των αρμοδιοτήτων και εξουσιών του Επιτρόπου Εποπτείας καθώς και των διατάξεων που αφορούν στην υποβολή εκθέσεων εκ μέρους του Επιτρόπου Εποπτείας.
- Στη διασαφήνιση των διατάξεων αναφορικά με την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα έτσι ώστε να είναι συμβατές με τους περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμους του 2001 μέχρι 2003 και στην εισαγωγή διατάξεων για την αρμοδιότητα του Οργανισμού να επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο εκεί και όπου παραβιάζεται από οποιοδήποτε πρόσωπο ο Νόμος ή οι δυνάμει αυτού εκδιδόμενοι Κανονισμοί (44).

Τον Μάρτιο του 2012 μετά από τη διεξαγωγή σχετικής μελέτης η οποία έγινε κάτω από την καθοδήγηση του Προέδρου του ΟΑΥ, ο Οργανισμός υπέβαλε στην κυβέρνηση πρόταση για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του ΓεΣΥ και αφού έτυχε της θετικής ανταπόκρισης του Υπουργικού Συμβουλίου στις 20 Ιουνίου 2012, λήφθηκε η πολιτική απόφαση για την προώθηση της εφαρμογής του (33).

Καθώς η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων αποτελούσε προϋπόθεση για την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, όπως επίσης και μνημονιακή υποχρέωση, ψηφίστηκε από τη Βουλή των αντιπροσώπων ο περί Ίδρυσης Οργανισμών Γενικών

Νοσοκομείων Νόμος του 2015 (45). Προς το σκοπό αυτό και για να εκσυγχρονιστεί ο τρόπος διοίκησης και διαχείρισης των δημόσιων νοσηλευτηρίων καθώς και η αποκέντρωση και η εκχώρηση εξουσιών από το Υπουργείο Υγείας προς αυτά, έπρεπε να τους δοθεί η απαραίτητη αυτονομία για να μπορέσουν να αποδεσμευτούν από τον κρατικό προϋπολογισμό και να απαλλαγούν από τον έλεγχο των Ιατρικών Υπηρεσιών αλλά και να έχουν τη δυνατότητα λήψης κρίσιμων διαχειριστικών αποφάσεων χρησιμοποιώντας σύγχρονα μέσα και εργαλεία. Ως εκ τούτου, θεωρείται αναγκαία η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στα δημόσια νοσηλευτήρια κατά τη μετάβαση τους προς ένα αυτόνομο καθεστώς και για την απόσπαση και μεταφορά των απασχολουμένων σε αυτά προς τους νέους αυτόνομους οργανισμούς. Υπάρχει ανάγκη για αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του προσωπικού στους αυτόνομους οργανισμούς για την κάλυψη επειγουσών και συνεχώς μεταβαλλόμενων υπηρεσιακών αναγκών και διασφάλιση της απρόσκοπτης λειτουργίας τους με υψηλότερα πρότυπα ποιότητας. Με τον παρόν νόμο ιδρύονται έξι Οργανισμοί, το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου και το Νοσοκομείο Μητέρας και Παιδιού, Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III. Με την αυτονόμηση, τα δημόσια νοσηλευτήρια θα έχουν νομική, διοικητική, οικονομική και επιστημονική αυτονομία, θα καταστούν πιο λειτουργικά και αποδοτικά ενώ θα δημιουργηθούν μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς στους ασθενείς. Το παρόν νομοσχέδιο στοχεύει στην αποσαφήνιση των εισαγωγικών διατάξεων, της ίδρυσης, των σκοπών και των αρμοδιοτήτων των Οργανισμών, των οικονομικών και δημοσιονομικών διατάξεων που αφορούν τα έσοδα, τους πόρους και τους ετήσιους προϋπολογισμούς αυτών καθώς και του καθεστώτος στελέχωσης και λειτουργίας τους (45).

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, με βάση τις πρόνοιες του επικαιροποιημένου μνημονίου, αναμενόταν να τεθεί σε εφαρμογή σε τρεις φάσεις, με την πλήρη εφαρμογή του σχεδίου να είχε τοποθετηθεί αρχικά στα μέσα του 2016. Η πρώτη φάση περιελάμβανε τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως επισκέψεις στον οικογενειακό ιατρό και τον παιδίατρο και εργαστηριακές εξετάσεις, η δεύτερη φάση τις επιπρόσθετες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή τις επισκέψεις σε όλες τις ειδικότητες ιατρών και τη συνταγογράφηση εξωνοσοκομειακών φαρμάκων, ενώ η τρίτη φάση περιλαμβάνει την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ,

συμπεριλαμβανομένων όλων των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, και της νοσηλείας των ασθενών.

#### 4.5 Κυπριακή Οικονομική Κρίση 2012 – 2013

Η Κυπριακή Δημοκρατία γνώρισε τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση στην ιστορία της το 2012. Η μεγάλη έκθεση των κυπριακών τραπεζών σε ελληνικά ομόλογα, που κουρεύτηκαν την άνοιξη του 2012, απετέλεσε την κύρια αιτία της κρίσης. Όλοι οι μεγάλοι οίκοι αξιολόγησης υποβάθμισαν την κυπριακή οικονομία το 2011. Μετά το κούρεμα του ελληνικού χρέους, το χρέος των κυπριακών τραπεζών άγγιξε τα 22 δισεκατομμύρια ευρώ, ποσό μεγαλύτερο από το εγχώριο προϊόν της Κύπρου. Το διακρατικό δάνειο ύψους 2,5 δισεκατομμυρίων ευρώ, που πήρε η Κύπρος από τη Ρωσία, ήταν πλέον ανεπαρκές. Το 2012, η Κύπρος αιτήθηκε την ένταξή της στον Ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης. Στο τέλος του 2012, η κυπριακή κυβέρνηση συμφώνησε με την Τρόικα τους όρους διάσωσης της κυπριακής οικονομίας. Το Μάρτιο του 2013, αποφασίστηκε κούρεμα των καταθέσεων στις κυπριακές τράπεζες. Το κούρεμα ορίστηκε στο 6,7% για καταθέσεις έως 100.000 ευρώ και 9,9% για καταθέσεις που υπερβαίνουν τα 100.000 ευρώ. Η συμφωνία απορρίφθηκε από το κυπριακό κοινοβούλιο στις 19 Μαρτίου 2013. Στις 25 Μαρτίου οι υπουργοί οικονομικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο κατέληξαν σε νέο σχέδιο, με βάση το οποίο κουρεύονται κατά 40% οι καταθέσεις των κυπριακών τραπεζών που υπερβαίνουν τα 100.000 ευρώ, και συγχωνεύονται οι τράπεζες Κύπρου και Λαϊκή. Άμεση συνέπεια της οικονομικής κρίσης στην Κύπρο ήταν οι υψηλές περικοπές στον κρατικό προϋπολογισμό (47).

Οι μνημονιακές απαιτήσεις της Τρόικα, προέβλεπαν δεσμεύσεις για μεταρρυθμιστικές πρόνοιες στο νόμο που αφορούσε το ΓεΣΥ. Η Κύπρος υπό καθεστώς οικονομικής κρίσης, στην προσπάθεια της να επανέλθει σε ένα υγιές οικονομικό καθεστώς υποχρεώθηκε να περιορίσει τις κοινωνικές δαπάνες διαμέσου περικοπών στον κρατικό προϋπολογισμό. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια έχει υποστεί τις ανάλογες επιπτώσεις και το σύστημα υγείας. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, υπήρξε η πρόβλεψη ότι ο ιδιωτικός τομέας θα συρρικνωθεί ακόμα περισσότερο. Με βάση την υφιστάμενη δομή του συστήματος υγείας, η μείωση του εισοδήματος θα

οδηγούσε όλο και περισσότερους πολίτες στη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο θα είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση των κρατικών δαπανών. Ο τομέας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της Κύπρου, τόσο δημόσιος όσο και ιδιωτικός, θα έπρεπε να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, ώστε η οικονομική κρίση να μην συνοδεύεται από μια πιθανή «κρίση στην Υγεία»

#### **4.5.1 Μνημόνιο μεταξύ Τρόικας και Κύπρου. Δαπάνες στον τομέα της υγείας**

Σύμφωνα με το Μνημόνιο Συναντίληψης που υπογράφηκε τον Μάιο του 2014 μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και της Τρόικας, στον τομέα της υγείας θα έπρεπε να ληφθούν τα ακόλουθα μέτρα (48):

- Αξιολόγηση και δημοσιοποίηση των πιθανών κινδύνων και του οφέλους της προγραμματισμένης εισαγωγής του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω μίας επικαιροποιημένης αναλογιστικής μελέτης.
- Κατάργηση της κατηγορίας Δικαιούχων Τάξης «B» καθώς και όλων των εξαιρέσεων που αφορούν την πρόσβαση σε δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και βασίζονται σε μη εισοδηματικά κριτήρια. Θα εξαιρούνται άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες ανάλογα με την σοβαρότητα της κάθε ασθένειας. Δεν θα υπάρξουν αλλαγές όσον αφορά τα κριτήρια για τους Δικαιούχους Τάξης «A».
- Σαν αρχικό στάδιο, προτάθηκε η εισαγωγή ενός συστήματος καθολικής κάλυψης με υποχρεωτική συνεισφορά των δημοσίων υπαλλήλων και συνταξιούχων στο 1,5% του μισθού και των συντάξεων. Η συμμετοχή στο σχέδιο υγείας για τις οικογένειες με τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά θα είναι εθελοντική.
- Αύξηση τελών για τις ιατρικές υπηρεσίες προς μη δικαιούχους κατά 30% με σκοπό να αντανakλούν το πραγματικό κόστος των ιατρικών υπηρεσιών και η καθιέρωση φόρμουλας συμμετοχής του ασθενή στο κόστος με μηδενικά ή χαμηλά τέλη για επίσκεψη σε γενικούς ιατρούς και αυξημένα τέλη για πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.
- Καθιέρωση συστήματος οικογενειακών ιατρών που θα ενεργούν ως «σημείο ελέγχου» για την πρόσβαση σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης. Το σύστημα θα περιλαμβάνει οικονομικά αποτρεπτικά μέτρα για όποιους παρακάμπτουν το σύστημα των οικογενειακών ιατρών και για όσους απευθύνονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών χωρίς κάποιο επείγον πρόβλημα.

- Δημιουργία πρωτοκόλλων για ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακές εξετάσεις και για τη συνταγογράφηση φαρμάκων, βασισμένων σε ενδεδειγμένα επιστημονικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών αποτρεπτικών μέτρων, όπως οι συμπληρωμές, για τη μείωση της άσκοπης χρήσης των παραπάνω.
- Υιοθέτηση σχεδίου αναδιοργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων βελτιώνοντας την ποιότητα, βελτιστοποιώντας τα έξοδα και επανασχεδιάζοντας το οργανόγραμμα της διεύθυνσης των νοσοκομείων, θέτοντας σε εφαρμογή τις εισηγήσεις της μελέτης του 2009 « Public Hospital Roadmap».
- Ενδυνάμωση του μηχανισμού ελέγχου όλων των δημόσιων νοσοκομείων και δημιουργία προϋπολογισμών.
- Αναθεώρηση του κατώτατου ορίου εισοδήματος σχετικά με την παροχή δωρεάν δημόσιας φροντίδας υγείας, όπως επίσης και των κριτηρίων για κοινωνική στήριξη και εξασφάλιση ότι οι συμπληρωμές για τη δημόσια φροντίδα υγείας, τοποθετήθηκαν για να προστατεύσουν τα άτομα και τα νοικοκυριά από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας.
- Εισαγωγή ενός συναφούς ρυθμιστικού πλαισίου για την τιμολόγηση και τις πρακτικές κάλυψης για αγαθά και υπηρεσίες βασισμένα στο πραγματικό ύψος των εξόδων που δαπανήθηκαν για υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με το Άρθρο 7, οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.
- Καθορισμός των τεσσάρων πιο ευρέως χρησιμοποιούμενων, όσον αφορά ετήσιες δαπάνες, ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο με σκοπό την βελτίωση της σχέσης κόστους- αποτελεσματικότητας.
- Επίσης θα πρέπει να χαραχθούν νέες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές που θα επικεντρώνονται στην υψηλή ετήσια κίνηση και στις ασθένειες που εμπεριέχουν υψηλό κόστος.
- Αναθεώρηση του συστήματος προμηθειών φαρμάκων από εταιρείες χονδρικής πώλησης με βάση τις εμπειρίες άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό τη διευκόλυνση της διαθεσιμότητας φθηνότερων φαρμάκων. Ενθάρρυνση ιατρών να αναγράφουν σε συνταγές γενόσημα φάρμακα (generic) και αναθεώρηση των κανόνων που διέπουν τις συνταγές φαρμάκων και τις συμπληρωματικές διαγνωστικές εξετάσεις.

- Έναρξη κωδικοποίησης των περιστατικών με εσωτερικούς ασθενείς με σύστημα DRGs, (Diagnosis-Related Groups), με στόχο να αντικαταστήσει το παρόν νοσοκομειακό σύστημα πληρωμών με πληρωμές που θα βασίζονται στις πιο πάνω σχετικές διαγνώσεις.
- Εφαρμογή συνεχούς ωραρίου στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την μετακίνηση της έναρξης του ωραρίου κατά μισή ώρα (από τις 7.30 στις 8.00) και την επέκταση της ευέλικτης περιόδου από μισή σε μία ώρα. Με αυτή την αλλαγή, οι εβδομαδιαίες εργάσιμες ώρες των δημοσίων λειτουργιών δεν αλλάζουν, αλλά διανέμονται κατά ολόκληρο το έτος ως 37 ½ ώρες την εβδομάδα, 7 ½ ώρες την ημέρα, ημερησίως, Δευτέρα με Παρασκευή, 8.00/9.00 με 15.30/16.30. Ως δεύτερο βήμα, θα υπάρξει διαφοροποίηση των κανονικών ωρών εργασίας και της βάρδιας για το σύστημα αναμονής και κλήσης του προσωπικού που θα περιλαμβάνει και κανόνες για την αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού, όπως αναθεώρηση των υφιστάμενων κανονισμών στην πληρωμή υπερωριακής εργασίας και πλήρη εφαρμογή των υφιστάμενων νόμων που αφορούν την καταγραφή/παρακολούθηση για την πληρωμή υπερωριακής εργασίας (48).

Με την υπογραφή του μνημονίου το 2012, τίθεται ως μία από τις βασικές προϋποθέσεις στην υγεία η άμεση εφαρμογή Γενικού Σχεδίου Υγείας. Η Τρόικα ζητά να τυγχάνει συνεχούς ενημέρωσης κατά τη διαδικασία της εφαρμογής του ΓεΣΥ (32).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Το ιατρικό επάγγελμα κατέχει τον κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα υγείας, μέσα από την δυνατότητα που του παρέχεται να διαγνώσει προβλήματα υγείας και να θεραπεύσει ασθενείς. Για το λόγο αυτό απολαμβάνει μεγαλύτερη ελευθερία και κοινωνική υποστήριξη. Βρίσκεται σε μια διαρκή σύγκρουση συμφερόντων, τόσο με τους επαγγελματίες της υγείας, όσο και με την κρατική οικονομική υποστήριξη. Δεδομένου ότι οι πόροι είναι ανεπαρκείς για την πλήρη κάλυψη των αναγκών της υγείας και οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας συνεχώς μεταβάλλονται, οι υποχρεώσεις των ιατρών προς στους ασθενείς και την κοινωνία αυξάνονται και γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες. Το ιατρικό επάγγελμα ενώ προσφέρει ιδιαίτερα προνόμια σε ένα ιατρό, δημιουργεί παράλληλα και αυξημένες υποχρεώσεις. Βασικό στοιχείο από τις υποχρεώσεις των ιατρών αποτελεί η κλινική επάρκεια, ενώ κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα πρέπει να διέπονται από εντιμότητα, ηθική, αλτρουισμό και αξιοπιστία. Πρέπει να υπακούουν στις αρχές και τους κανονισμούς έτσι όπως ορίζονται από τις επαγγελματικές ενώσεις και συλλόγους. Στα προνόμια των ιατρών ανήκει η αυτονομία τους, η κοινωνική αναγνώριση και ενίοτε οι υψηλές οικονομικές απολαβές.

Οποιαδήποτε αλλαγή που συμβαίνει σε ένα σύστημα υγείας απαιτεί συμφωνία των επαγγελματιών, διαφορετικά δημιουργούνται δυσκολίες στην αποδοχή των νέων πολιτικών, αλλά και στην προσαρμογή των επαγγελματιών στις αλλαγές, αφού προκύπτουν ανησυχίες για την επαγγελματική τους καριέρα, την αλλαγή του ρόλου τους, τις σχέσεις τους με τους άλλους επαγγελματίες, την απώλεια της ανεξαρτησίας τους και της επαγγελματικής τους ταυτότητας. Οι κυβερνήσεις προσπαθούν να έχουν καλές σχέσεις με τα ισχυρά επαγγέλματα, γιατί έτσι επιτυγχάνουν εργασιακή ειρήνη, ικανοποίηση των εργαζομένων, αλλά και των πολιτών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών τους. Γι' αυτό οι πολιτικές προκειμένου να ολοκληρωθούν, απαιτούν συμφωνία εργαζομένων και κυβέρνησης στην οργάνωση και υλοποίηση τους. Θέματα εξουσίας και συγκρούσεων πολλές φορές δημιουργούν δύσκολα περιβάλλοντα συνεργασίας (53)

## 5.1 Άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στην Κύπρο

Η ιατρική άρχισε να ασκείται από τους ιδιώτες ιατρούς στις πόλεις και στα μεγάλα χωριά από τη δεκαετία του 50. Οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι του Εθνικού Πανεπιστημίου Αθηνών και ελάχιστοι των πανεπιστημίων Γαλλίας, Αυστρίας και Ελβετίας. Υπήρχαν τότε ελάχιστες χειρουργικές ή γυναικολογικές ιδιωτικές κλινικές στη Λευκωσία, Αμμόχωστο και Λεμεσό. Ο κάθε ιδιώτης ιατρός φρόντιζε να οργανώσει το ιατρείο του συνεργαζόμενος συνήθως με κάποιο φαρμακοποιό. Η συνεργασία τους ήταν και ο τρόπος για την αύξηση των ασθενών - πελατών τους. Λίγοι ήταν οι επιτυχημένοι και ακόμα λιγότεροι οι καταρτισμένοι επιστήμονες ιατροί. Η ικανοποίηση του ιατρού για την προσφορά του ήταν μεγάλη όταν ανταποδιδόταν από τον ασθενή του. Δεν έλειπε όμως και ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτών ιατρών της εποχής.

Η εγκαθίδρυση του νεοσύστατου κυπριακού κράτους το 1960, έφερε μια νέα εποχή και για την ιατρική στην Κύπρο. Λίγα χρόνια πριν και μετά την εγκαθίδρυση του νέου κράτους, αναπτύσσονται νέες ειδικότητες της ιατρικής, όπως η χειρουργική, η ορθοπαιδική, η καρδιολογία, η δερματολογία, η νευρολογία, η ψυχιατρική, η οφθαλμολογία, η οδοντιατρική με σημαντικούς επιστήμονες για την κάθε ειδικότητα.

Τα πρώτα χρόνια μετά την ανεξαρτησία, οι επαρχιακές πόλεις υστερούσαν έναντι της πρωτεύουσας, όσον αφορά τις διάφορες ειδικότητες της ιατρικής, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον κρατικό τομέα. Όλα τα πολύ σοβαρά περιστατικά ασθενών προωθούνταν, είτε προς το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, είτε στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ακρωτηρίου των Βρετανικών Βάσεων. Ωστόσο, πολλοί ιδιώτες ιατροί των επαρχιακών πόλεων ξεχώριζαν, τόσο για την επαγγελματικότητα τους όσο και για την κοινωνική τους δράση.

Πριν από την ίδρυση του ανεξάρτητου κυπριακού κράτους οι ιατροί της Κύπρου, δραστηριοποιούνταν κοινωνικά, συνδικαλιστικά και επιστημονικά μέσω τοπικών ιατρικών συνδέσμων και οργανώσεων. Στη Λευκωσία ήταν ο «Ιπποκράτης», στην Αμμόχωστο ο «Γαληνός» και στη Λεμεσό ο Ιατρικός Σύλλογος Λεμεσού. Η καθιέρωση όμως επίσημα και νομοτυπικά των τοπικών ιατρικών συλλόγων, αλλά και

του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), έγινε με τη ψήφιση από τη Βουλή των Αντιπροσώπων του Περί Ιατρών Νόμου το 1967. Η τουρκοκυπριακή ανταρσία, που προηγήθηκε και είχε ως αποτέλεσμα την αποχώρηση των Τούρκων μελών της κυβέρνησης Μακαρίου και όλων των Τούρκων δημοσίων υπαλλήλων, επέφερε σημαντικές αλλαγές στην άσκηση της ιατρικής. Οι τοπικοί Ιατρικοί Σύλλογοι με επικεφαλής τον «Ιπποκράτη» και η Παγκύπρια Συντεχνία των δημοσίων υπαλλήλων που εκπροσωπούσε τους κυβερνητικούς ιατρούς, συζήτησαν για πρώτη φορά το 1966, τα προβλήματα που απασχολούσαν τους ιατρούς, αλλά και τις σχέσεις των ιδιωτών και κυβερνητικών ιατρών με τον τότε Υπουργό Υγείας Τάσσο Παπαδόπουλο, με κύριο αίτημα την τροποποίηση του θεσμικού πλαισίου για την άσκηση της ιατρικής. Στη συνάντηση αυτή λήφθηκαν σημαντικές αποφάσεις, που οδήγησαν στην κατοχύρωση του ιατρικού επαγγέλματος, τη σύσταση του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου και των επαρχιακών συλλόγων και τη θέσπιση κανονισμών ιατρικής δεοντολογίας. Συστάθηκε ακόμη το Πειθαρχικό Συμβούλιο ιατρών. Οι αποφάσεις αυτές συμπεριλήφθηκαν στον Περί Ιατρών Νόμο που ψηφίστηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων το 1967 (58). Αμέσως μετά συνήλθε η πρώτη γενική συνέλευση του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου και σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία εξέλεξε, δια μυστικής ψηφοφορίας, τους εκπροσώπους της στο Συμβούλιο του Ιατρικού Σώματος. Σε τοπικές συνελεύσεις εξελέγησαν και οι εκπρόσωποι των τοπικών ιατρικών συλλόγων, που μαζί με το γενικό διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και το διευθυντή των Ιατρικών Υπηρεσιών αποτέλεσαν το πρώτο συμβούλιο του ιατρικού σώματος. Η σημαντικότερη ιστορία της κυπριακής ιατρικής γράφτηκε κατά την τουρκική εισβολή το 1974. Οι ιατροί του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, οι ιδιώτες ιατροί, οι εκπαιδευόμενοι ιατροί, οι φοιτητές της ιατρικής και οι νοσηλευτές, αφήνουν πίσω τους οποιαδήποτε διαφορά τους χωρίζει και ενωμένοι συνδράμουν στην αντιμετώπιση της τουρκικής εισβολής. Πολλές ιδιωτικές κλινικές της Λευκωσίας, γυναικολογικές, ορθοπαιδικές, χειρουργικές και άλλες, δέχθηκαν ασθενείς για να βοηθήσουν στην αποσυμφόρηση του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Κλινικές έμειναν ανοιχτές περιθάλποντας τραυματίες, ακόμη και στη δεύτερη εισβολή κατά τη μάχη της Λευκωσίας και όταν ο πληθυσμός είχε εγκαταλείψει την πρωτεύουσα (32).

Η γενιά των ιατρών που έζησε την τουρκική εισβολή του 1974 και τα χρόνια που ακολούθησαν, παραχωρεί τη σκυτάλη στη νέα γενιά ιατρών που κατέχουν τη σύγχρονη τεχνολογία και το διαδίκτυο. Εισάγονται στην Κύπρο νέες θεραπείες και

τεχνικές της σύγχρονης ιατρικής. Η είσοδος της κυπριακής δημοκρατίας το 2004 στην Ευρωπαϊκή Ένωση οδηγεί την ιατρική της Κύπρου ακόμη πιο κοντά στην πρόοδο και στην έρευνα. Η πρώτη δεκαετία του 21<sup>ου</sup> αιώνα χαρακτηρίζεται από την ανέγερση νέων ιατρικών κέντρων που είναι εφάμιλλα των πιο σύγχρονων ευρωπαϊκών κέντρων. Τα επιτεύγματα της σύγχρονης ιατρικής έχουν αναβαθμίσει σημαντικά την προσφερόμενη θεραπεία προς τους ασθενείς. Η σύγχρονη τεχνολογία σε συνδυασμό με την πληθώρα των νέων ιατρών, οι οποίοι είναι άρτια καταρτισμένοι καθώς και η παρουσία της ακαδημαϊκής ιατρικής, έχουν ανοίξει νέους ορίζοντες για την περαιτέρω άνοδο των δεικτών υγείας του πληθυσμού. Ο δε ιδιωτικός τομέας, έχει προχωρήσει τα τελευταία χρόνια, σε τεράστιες επενδύσεις, με τη δημιουργία μεγάλων σύγχρονων νοσηλευτικών μονάδων και νοσοκομείων.

## 5.2 Ιδιωτικός τομέας ιατρικής στην Κύπρο

Ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας έναντι αμοιβής και οι υπηρεσίες αυτές χωρίζονται σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας αφορούν τους ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, ανέρχονται στους 2007 και εξυπηρετούν εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης, στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας εντάσσονται οι 360 διαγνωστικές και άλλες υπηρεσίες σε ολόκληρη την Κύπρο, τα εργαστήρια, οι ακτινολογικές υπηρεσίες και τα φαρμακεία. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα αφορά τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και τις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς. Τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου, ανήκουν σε ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι είναι και μέτοχοι σε αυτά. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία στεγάζουν τους ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι καταβάλλουν ενοίκιο για το προσωπικό τους ιατρείο. Σε κάποιες από τις ιδιωτικές κλινικές εργάζονται ιδιώτες εξειδικευμένοι ιατροί που παρέχουν τριτοβάθμια ιατρική φροντίδα, όπως το Παρασκευαεΐδιο Μεταμοσχευτικό Κέντρο, το American Medical Centre (πρώην Αμερικανικό Καρδιολογικό Κέντρο), το Αρεταΐειο Νοσοκομείο και το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια τιμολογούν τις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρουν στον ασθενή. Οι ιδιώτες ιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία αυτά αμείβονται ξεχωριστά είτε ως μισθωτοί υπάλληλοι είτε ως μέτοχοι παίρνοντας ποσοστά από τα κέρδη.

Η ιδιωτική ιατρική στην Κύπρο θεωρείται ελεύθερο επάγγελμα, και δεν υφίσταται κάποιος περιορισμός σχετικά με τον αριθμό ασθενών τους οποίους μπορεί να εξυπηρετεί ο κάθε ιατρός. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια ή από τους ίδιους τους ιατρούς σε περιπτώσεις μικρών ιδιωτικών κλινικών. Μέχρι το 2006 λειτουργούσαν 86 ιδιωτικές κλινικές με 1434 κρεβάτια (22). Αυτή τη στιγμή είναι εγγεγραμμένα στο μητρώο του Παγκύπριου Συνδέσμου Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, 40 ιδιωτικά νοσηλευτήρια και κλινικές, 13 στη Λευκωσία, 12 στη Λεμεσό, 6 στη Λάρνακα, 6 στη Πάφο και 3 στην Αμμόχωστο. Ακόμη, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ο κύριος όγκος των ιατρών και οδοντιάτρων είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα. Επισημαίνεται ότι δεν υπάρχει ουσιαστική σχέση ή συνεργασία μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, μόνο σε μερικές περιπτώσεις ο δημόσιος τομέας αγοράζει κάποιες υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από κατ' ιδίαν πληρωμές των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ανεξάρτητους ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα και φαρμακεία, υπό τον έλεγχο, τη νομοθετική ρύθμιση και την παραχώρηση άδειας του Υπουργείου Υγείας. Είναι γεγονός ότι στην Κύπρο το μεγαλύτερο ποσοστό χρημάτων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δαπανάται στον ιδιωτικό τομέα και το επωμίζονται άμεσα οι πολίτες, παρόλο που το 85% περίπου του πληθυσμού έχει δωρεάν ή μειωμένου κόστους ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία.

Οι ιδιώτες ιατροί στην Κύπρο, αποτελούν το 80% του συνόλου των ιατρών. Το 2014, συστάθηκε η Ένωση Ιδιωτών Ιατρών Κύπρου (ΕΝ.Ι.Κ) η οποία εκπροσωπεί τους ιδιώτες ιατρούς που εργάζονται στην Κύπρο στην οποία όμως δεν είναι εγγεγραμμένοι όλοι οι ιδιώτες ιατροί. Επίσης, το 2016 συστάθηκε ο Παγκύπριος Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (72)

### 5.3 Θέσεις και απόψεις του ΠΑΣΙΝ για το ΓεΣΥ

Ο Παγκύπριος Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (ΠΑΣΙΝ) εκπροσωπεί πέραν του 80% των κλινών του ιδιωτικού τομέα υγείας. Ο Σύνδεσμος τάσσεται υπέρ της

εφαρμογής του ΓεΣΥ, αφού θεωρεί πως η υγεία αποτελεί ύψιστο αγαθό και πως το ευρύτερο σύστημα υγείας στην Κύπρο χρήζει σημαντικών αλλαγών. Υποστήριξε αρχικά ότι θα ήταν αντιδεοντολογικό να αναλάβει το ίδιο το Υπουργείο Υγείας την ευθύνη του ελέγχου, της εποπτείας και της ρύθμισης του ΓεΣΥ, αφού θα είναι ταυτόχρονα και ο ένας από τους δύο πάροχους υπηρεσιών μέσω των "αυτονομημένων" δημόσιων Νοσηλευτηρίων. Επίσης είναι απαραίτητο να διασαφηνιστεί ότι τα ελάχιστα κριτήρια που πρέπει να πληροί ένας παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας για να συμβληθεί με τον ΟΑΥ θα είναι κοινά για όλους, περιλαμβανομένων αυτών του δημοσίου, και ταυτόχρονα να τροποποιηθεί ανάλογα ο περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων Νόμος.

Τον Φεβρουάριο του 2020 υπογράφηκε τελικά Μνημόνιο Συναντίληψης για την ένταξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στο ΓεΣΥ. Το Μνημόνιο αποτελεί το πλαίσιο, στο οποίο θα πραγματοποιηθεί στη συνέχεια η διαβούλευση μεταξύ του ΟΑΥ και έκαστου ιδιωτικού νοσηλευτηρίου που θα εκφράσει ενδιαφέρον για ένταξη στο ΓεΣΥ, ώστε να συμφωνηθούν οι επιμέρους πτυχές της συμφωνίας που θα διέπει τη συνεργασία των δύο πλευρών σε περιβάλλον ΓεΣΥ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για το σκοπό αυτής της διατριβής, ο οποίος είναι να αναγνωριστούν οι ανάγκες που δυνητικά θα προκύψουν αλλά και οι μεταβολές στα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια στα πλαίσια της συμμετοχής τους στο ΓεΣΥ και της γενικότερης εφαρμογής του. Επίσης, στόχος είναι να διαφανεί η πρόθεση των διαφόρων εκπροσώπων των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων για στήριξη του Γενικού Συστήματος Υγείας και η θέληση για συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους εμπλεκόμενους φορείς.

#### 6.1 Σχεδιασμός και μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Στη διατριβή αυτή, χρησιμοποιήθηκαν δύο κύριες πηγές δεδομένων, οι γραπτές πηγές και οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικά δεδομένα τα οποία αποτελούν τις γραπτές πηγές. Στις γραπτές πηγές περιλαμβάνονται κυβερνητικά έγγραφα, όπως δημόσιες ανακοινώσεις, νομοσχέδια, εκθέσεις του κλάδου υγείας, καθώς επίσης άρθρα των θέσεων των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, του ΠΙΣ και άλλων ομάδων συμφερόντων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου. Οι γραπτές πηγές παρείχαν σημαντικές πληροφορίες για το σύστημα υγείας της Κύπρου, με την αναλυτική περιγραφή όλων των πτυχών του συστήματος. Οι γραπτές πηγές παρείχαν ένα πλούσιο υλικό, σχετικά με το Γενικό Σχέδιο Υγείας και την πορεία που ακολούθησε, από τις πρώτες μελέτες και νομοσχέδια μέχρι και σήμερα. Τέλος από τις γραπτές πηγές, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την ιδιωτική ιατρική της Κύπρου.

Το δεύτερο μέρος της συλλογής των δεδομένων που είναι οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, απαιτούσε την επιλογή των πληροφορητών που είναι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και ιθύνοντες σε θέσεις κλειδιά στο χώρο της υγείας. Για τον εντοπισμό των ατόμων, έγινε μια αρχική ανάλυση των κυριότερων συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, προσδιορίστηκαν τα σημαντικότερα νοσηλευτήρια και

οι κύριοι ιατρικοί οργανισμοί. Διενεργήθηκαν επτά ημιδομημένες συνεντεύξεις με βασικούς πληροφορητές επαγγελματίες στο χώρο της υγείας οι οποίοι εμπλέκονταν με διάφορους τρόπους στο σχεδιασμό ή την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας καθώς και σχετικούς εκπροσώπους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

## 6.2 Ημιδομημένες συνεντεύξεις με ειδικούς στο χώρο της υγείας

Ο τύπος συνέντευξης που επιλέχθηκε, ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη με βασικούς πληροφορητές. Όλοι οι πληροφορητές ήταν είτε ιατροί, εκπρόσωποι ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, είτε ιθύνοντες στον τομέα της υγείας. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο με τον πληροφορητή και χρησιμοποιήθηκε ένας θεματικός κατάλογος, που αποτελείται από δεκαεπτά ερωτήσεις,

Οι συνεντεύξεις αυτού του τύπου, επιτρέπουν στον ερευνητή να προετοιμάσει μια βασική δομή, αλλά την ίδια στιγμή είναι ευέλικτος, αφού αφήνει τον ερωτώμενο να εκφραστεί. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και ταυτόχρονα κρατήθηκαν σχετικές σημειώσεις. Πριν από την έναρξη της συνέντευξης, οι ιατροί ενημερώθηκαν πως οι συνεντεύξεις θα μαγνητοφωνούνται. Ενημερώθηκαν επίσης για το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο με τον οποίο θα αξιοποιούνταν τα αποτελέσματα. Η διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν 30 έως 90 λεπτά, ανάλογα με τα θέματα που έθιγε ο ερωτώμενος και την προθυμία του να απαντήσει στο σχετικό ερωτηματολόγιο. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν στα γραφεία των συνεντευξιαζόμενων στη Λευκωσία, και στη Λεμεσό το 2018. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από ερωτήσεις ανοικτού τύπου, είτε γενικής φύσεως είτε πιο ειδικές για το Γενικό Σχέδιο Υγείας και την υλοποίησή του καθώς επίσης και για τις απόψεις και θέσεις των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Τα προβλήματα που προέκυψαν κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, ήταν η δυσκολία συνάντησης με τους πληροφορητές, λόγω του βεβαρημένου προγράμματος τους ενώ κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων υπήρχαν συχνές διακοπές, τόσο από το εργασιακό περιβάλλον όσο και από τηλεφωνικές κλήσεις.. Παρόλα αυτά, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν πρόθυμοι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και οι συνεντεύξεις διεκπεραιώθηκαν ομαλά.

Οι πληροφορητές επελέγησαν επειδή ήταν άνθρωποι κλειδιά και είχαν άμεση εμπλοκή στην εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο. Πρόκειται για εκπροσώπους των μεγαλύτερων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και ιατρικών οργανισμών



αλλά και άτομα με μακροχρόνια επαγγελματικά συμφέροντα στην υγειονομική περίθαλψη. Οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν όλοι ιατροί του ιδιωτικού τομέα και κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες:

- Ακαδημαϊκοί
- Εκπρόσωπος του ΟΑΥ
- Εκπρόσωπος ΠΙΣ
- Εκπρόσωπος ΠΑΣΙΝ
- Στελέχη Πολυκλινικών συλλόγων

### 6.3 Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Κατά τη διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων, απομαγνητοφωνήθηκαν αρχικά οι επτά συνεντεύξεις. Στη συνέχεια, έγινε ομαδοποίηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, ανά ερώτηση. Για την κάθε ερώτηση έγινε ομαδοποίηση τόσο των κοινών, όσο και των αντίθετων απόψεων. Η μέθοδος της ποιοτικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε, ήταν η θεματική ανάλυση του περιεχομένου και η ομαδοποίηση του, η οποία αποτελεί μια ευρέως αποδεκτή ερευνητική μέθοδο για τις κοινωνικές επιστήμες. Η όλη διαδικασία έγινε δια χειρός (manually).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΣΥ

#### 7.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό περιέχει τη συλλογή των δεδομένων που προέκυψαν από τις επτά συνεντεύξεις των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από τα δεδομένα αυτά, διαφαίνονται οι θέσεις και οι απόψεις τους, για το υφιστάμενο σύστημα υγείας, για τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες δρομολογούνται στον τομέα της υγείας, την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ και την ένταξη σε αυτό και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

#### 7.2 Πρώτη Θεματική: Υφιστάμενο Σύστημα Υγείας και Μεταρρυθμίσεις

##### **7.2.1 Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου και οι μεταρρυθμίσεις που δρομολογούνται στον τομέα της υγείας**

Υπήρξε κοινή παραδοχή από όλους τους πληροφορητές για την ανάγκη μεταρρύθμισης του υφιστάμενου συστήματος υγείας το οποίο είναι απαρχαιωμένο με σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Η οικονομική κρίση του 2013, προκάλεσε περισσότερες ανάγκες και ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση αυξανόμενες πιέσεις στο σύστημα υγείας που είχε φτάσει στα όριά του, ενώ παράλληλα το κόστος θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα ολοένα και αυξάνεται. Όπως υποστήριξε πρώην διοικητικό στέλεχος ιδιωτικού νοσηλευτηρίου, βασικός πληροφορητής (5Σ), «..υπήρχε πάντα ανάγκη και προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας της Κύπρου που σκόνταφτε σε διοικητικά και συνδικαλιστικά ζητήματα αλλά η οικονομική κρίση ανέδειξε ότι η ανάγκη αυτή είναι πλέον επιτακτική και υποχρεωτική».

Σχεδόν όλοι οι βασικοί πληροφορητές αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα εφαρμογής ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο, έτσι ώστε η παρεχόμενη φροντίδα υγείας να αναβαθμιστεί ποιοτικά. Επίσης διατύπωσαν την άποψη ότι το υφιστάμενο σύστημα

δε διασφαλίζει την ίση μεταχείριση των ασθενών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ότι υπάρχει μεγάλη ανισότητα και ανταγωνισμός ανάμεσα στον κρατικό και ιδιωτικό τομέα και ότι το σύστημα υγείας θα πρέπει να γίνει ενιαίο. Ο πληροφορητής (4Σ) επεσήμανε ότι «το ΓεΣΥ δεν αποτελεί ένα τελικό προϊόν, αλλά την κορύφωση πολλών μεταρρυθμίσεων οι οποίες έχουν στόχο να αξιοποιήσουν τις ήδη υπάρχουσες υποδομές ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών. Είναι αναγκαία η εφαρμογή ενός βιώσιμου και ποιοτικού ΓεΣΥ, που να είναι σύμφωνο με τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας».

### **7.2.2 Νομοθεσία περί ΓεΣΥ**

Οι περισσότεροι από τους πληροφορητές συγκλίνουν στο ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ παρουσιάζει κενά και ότι πρέπει να επανασχεδιαστεί. Επισημαίνουν ότι το νομοσχέδιο του 2001 που αποτελεί τη βάση του σχεδιασμού και εφαρμογής του ΓεΣΥ είναι αναχρονιστικό, γι' αυτό θα πρέπει να αναθεωρηθεί και να τροποποιηθεί. Συμπληρωματικά ανέφεραν ότι από το 2001, έχουν αλλάξει τα δεδομένα, όπως για παράδειγμα οι δείκτες υγείας, το προσδόκιμο ζωής και οι οικονομικές συνθήκες, ενώ προβλέπουν ότι θα υπάρχουν πολλά προβλήματα σε περίπτωση εφαρμογής του. Παρόλα αυτά η πλειοψηφία συμφωνεί στο ότι «το ΓεΣΥ όπως προτείνεται έχει και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, όμως οπωσδήποτε θα πρέπει να εφαρμοστεί».

Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι είναι ενημερωμένοι στο μέτρο του δυνατού για το ΓεΣΥ και τη σχετική νομοθεσία άγκαι οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων εξέφρασαν την άποψη ότι η πληροφόρηση που είχαν από τους αρμόδιους φορείς ήταν ανεπαρκής και ελλιπής.

### **7.3 Δεύτερη Θεματική: ΓεΣΥ και Οικονομική Κρίση**

Οι απόψεις των πληροφορητών, συγκλίνουν στο ότι η οικονομική κρίση έχει καταστήσει απόλυτα αναγκαία την εφαρμογή του ΓεΣΥ, λόγω της αύξησης του ποσοστού των ασθενών που έμειναν άνεργοι, ή είναι χαμηλόμισθοι. Ως εκ τούτου, προέκυψε η υπερφόρτωση των δημόσιων νοσηλευτηρίων και η ανεπαρκής παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Εκφράστηκε η άποψη ότι ο προτεινόμενος προϋπολογισμός του ΓεΣΥ είναι μειωμένος λόγω του ότι σχεδιάστηκε εν μέσω οικονομικής κρίσης και υλοποιήθηκε μερικά χρόνια αργότερα. Υπογραμμίστηκε από

κάποιους από τους εκπροσώπους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να εφαρμόζονται σε περίοδο οικονομικής ευμάρειας και όχι σε περίοδο οικονομικής κρίσης, διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος υποβάθμισης της ποιότητας υγείας. Καταλήγουν επομένως στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση δεν θα έπρεπε να αποτελεί το ερέθισμα για την εφαρμογή ενός συστήματος υγείας.

Η οικονομική κρίση δεν μετέβαλε τις θέσεις κυρίως των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων απέναντι στο ΓεΣΥ. Θεωρούν ότι το σύστημα υγείας πριν την εφαρμογή του θα πρέπει να σχεδιαστεί σωστά, να δομηθεί σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες των Κυπρίων ασθενών και να λειτουργεί προς όφελος τους. Επιπλέον, αμετακίνητη παραμένει η θέση τους ότι θα πρέπει να διασφαλίζει την άμεση πρόσβαση, την ίση μεταχείριση και την ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικό, το νέο σύστημα υγείας, να αξιοποιεί την επιστημοσύνη των ιατρών και να διασφαλίζει το κύρος και την αξιοπρέπεια τους. Εκφράστηκε επίσης η άποψη ότι κάποιοι ιδιώτες ιατροί θεωρούν την εφαρμογή του συστήματος υγείας σαν σανίδα σωτηρίας αφού λόγω της κρίσης είχαν μείωση στη προσέλευση των ασθενών και κατ' επέκταση στα εισοδήματά τους.

Τονίζουν ακόμη ότι για να πετύχει η εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας, δεν πρέπει το ΓεΣΥ να συσχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με την οικονομική κρίση, διαφορετικά πιστεύουν ότι θα αποτύχει εντελώς με χειρότερες συνέπειες ενδεχομένως στον οικονομικό τομέα.

#### 7.4 Τρίτη Θεματική: ΓεΣΥ και Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια

Τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και οι ιδιώτες ιατροί χαρακτηρίζουν ως κομβικό το ρόλο τους στη σωστή εφαρμογή ενός ΓεΣΥ, καθώς η πλειονότητα των ιατρών στην Κύπρο είναι ιδιώτες και εργάζονται είτε αυτοτελώς είτε σε συνεργασία με νοσηλευτήρια του ιδιωτικού τομέα οπότε χωρίς τη συμμετοχή τους, ουσιαστικά το σύστημα δε θα υφίσταται.

Η σημαντική πλειονότητα των πληροφορητών-εκπροσώπων των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, εκφράζει την αγωνία, ότι με την εφαρμογή του ΓεΣΥ δε θα επιλυθεί κανένα απολύτως πρόβλημα τους, αλλά αντίθετα το προτεινόμενο ΓεΣΥ θα τους

δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα. Πιστεύουν ότι θα επηρεαστεί δυσμενώς τόσο η προσωπική τους επαγγελματική καριέρα, όσο και η πορεία των νοσηλευτηρίων τους. Επιπλέον, επισημαίνουν ότι τα προβλήματα του ιδιωτικού τομέα υγείας έχουν συσσωρευτεί διότι το Υπουργείο Υγείας, λειτουργούσε έως τώρα ως Υπουργείο μόνο για το δημόσιο τομέα και δεν μερίμνησε όσο θα έπρεπε για τα δικά τους θέματα. Επίσης οι περισσότεροι εξ αυτών αναγνώρισαν ότι ενδεχομένως η ιδιωτική ιατρική να έχει περισσότερα εισοδήματα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, κυρίως οι παθολόγοι-γενικοί ιατροί και οι παιδίατροι αφού αναμένεται μια αύξηση της ροής ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα.

Η πλειονότητα των πληροφορητών ήταν θετική ως προς την ένταξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στο ΓεΣΥ, καθώς αυτό συνεπάγεται και αυξημένο ανταγωνισμό και κατά συνέπεια βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βέβαια, οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων έθεσαν ως απαραίτητο όρο ένταξης τους στο σύστημα την πλήρη και πραγματική αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων ούτως ώστε να λειτουργούν όλοι επί ίσοις όροις. Θεωρούν απαραίτητο το γεγονός ότι το κράτος θα εξακολουθεί να παρέχει οικονομική στήριξη στα δημόσια νοσοκομεία για ακόμα κάποια χρόνια και ζητούν αντίστοιχα όπως το κράτος τους παραχωρήσει κάποιες εγγυήσεις ή διευκολύνσεις «μειωμένος φορολογικός συντελεστής, αύξηση του συντελεστή δόμησης ειδικά για τα νοσηλευτήρια για να έχουν τη δυνατότητα επέκτασης κλπ.».

Επίσης όλοι οι πληροφορητές συμφώνησαν για τη χρησιμότητα και τη φιλοσοφία των DRG's, εντούτοις οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων εξέφρασαν διαφωνία ως προς τον τρόπο που καθορίστηκαν και ανησυχία ως προς το βαθμό ανταπόκρισής τους στην κυπριακή πραγματικότητα. Επίσης θεωρούν ότι έτσι όπως είναι διαμορφωμένα δεν θα αποφέρουν τα αναμενόμενα έσοδα για τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

## 7.5 Τέταρτη Θεματική: Οι πρόνοιες του ΓεΣΥ

### 7.5.1 Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας και Υπουργείο Υγείας

Κατά την άποψη των πληροφορητών, ο ΟΑΥ μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στη σωστή οργάνωση και δομή του συστήματος υγείας, ως ο βασικός φορέας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η διαχείριση του προϋπολογισμού, θα πρέπει να

είναι ορθολογιστική, να χαρακτηρίζεται από διαφάνεια και να ελέγχεται από υγιείς ελεγκτικούς μηχανισμούς. Η αντίθετη άποψη, της μειοψηφίας των πληροφορητών και εκπροσώπων των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, υποστηρίζει ότι ο ΟΑΥ θα πρέπει να καταργηθεί άμεσα έτσι όπως παρουσιάζεται αυτή τη στιγμή και να μην αφηθεί να διαχειρίζεται τις αμοιβές των διαφόρων παροχέων, την επιλογή των φαρμάκων ή την κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Εκφράστηκαν ακόμη επιφυλάξεις, όσον αφορά τα προσόντα των ατόμων που απαρτίζουν τον ΟΑΥ, γιατί δεν έχουν κατά τη γνώμη τους, προηγούμενη εργασιακή πείρα στα συστήματα υγείας, ώστε να μπορούν να διαχειριστούν την εφαρμογή ενός τόσο περίπλοκου και απαιτητικού έργου, ούτε είναι και σχετικοί με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Επικρίνουν μάλιστα μέλη του ΟΑΥ, γιατί για πολλά χρόνια αμείβονται για να σχεδιάσουν ένα σύστημα υγείας το οποίο δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί.

Στα πλαίσια του ΓεΣΥ, το Υπουργείο Υγείας, θα πρέπει να ασκεί έλεγχο στον ΟΑΥ, στους ιατρούς και στα νοσηλευτήρια και να έχει εποπτικό ρόλο, στο συντονισμό, τον έλεγχο και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του ΟΑΥ. Κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να περιοριστεί μόνο στα θέματα που το αφορούν (πχ. Δημόσια Υγεία) και να έχει ένα επικουρικό-συμπληρωματικό ρόλο.

### **7.5.2 Πολυασφαλιστικό ή μονοασφαλιστικό σύστημα υγείας;**

Τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια επιθυμούν οπωσδήποτε την εφαρμογή του πολυασφαλιστικού συστήματος υγείας, διότι έτσι ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα της επιλογής και μπορεί να ασφαλιστεί στην εταιρεία που του παρέχει την καλύτερη κάλυψη. Διαπιστώνουν επίσης, ότι ένα πολυασφαλιστικό σύστημα θα ανταποκρίνεται καλύτερα στα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας. Επιχειρηματολογώντας στη συνέχεια, επικρίνουν το μονοασφαλιστικό σύστημα, επισημαίνοντας ότι δεν μπορεί να λειτουργήσει στην Κύπρο, γιατί η έλλειψη ανταγωνισμού δε θα επιφέρει καμιά βελτίωση, ή πρόοδο, στον τομέα της υγείας. Ακόμη υπογραμμίζουν ότι η εφαρμογή ενός μονοασφαλιστικού συστήματος, δε διασφαλίζει την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, που θα παρέχεται στους ασθενείς, γιατί «ως γνωστό τα μονοπώλια δεν προάγουν την ποιότητα». Η αντίθετη άποψη υποστήριξε, ότι το μονοασφαλιστικό σύστημα υγείας είναι καλύτερο, γιατί παρέχει ασφαλιστική κάλυψη σε όλους, ενώ μέχρι σήμερα, οι ασφαλιστικές εταιρείες είχαν ως όριο ασφάλισης το 65ο έτος ηλικίας, με αποτέλεσμα να μένει ακάλυπτη η τρίτη ηλικία. Μερικοί

πληροφορητές εξέφρασαν την άποψη ότι το καλύτερο σύστημα, είναι ένα μεικτό σύστημα, στο οποίο θα συμμετέχει τόσο ο ΟΑΥ ο οποίος θα διαχειρίζεται το ταμείο, όσο και οι ασφαλιστικές εταιρείες. Υποστηρίζουν ότι πρέπει να υπάρχει τόσο ο δημόσιος τομέας ασφάλισης όσο και ο ιδιωτικός ο οποίος θα λειτουργεί συμπληρωματικά για περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από τον ΟΑΥ.

### **7.5.3 Οικογενειακός Ιατρός**

Κάποιοι πληροφορητές θεωρούν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού περιττό για τα κυπριακά δεδομένα αφού στην Κύπρο οι αποστάσεις είναι μικρές και η πρόσβαση στον ιδιώτη ιατρό πολύ εύκολη. Άλλωστε στην Κύπρο, δεν υπάρχει ο απαιτούμενος αριθμός γενικών ιατρών, ενώ υπάρχει πληθώρα εξειδικευμένων ιατρών τους οποίους ο ασθενής προτιμά να επισκέπτεται. Επιπλέον, στην Κύπρο, δεν υπάρχουν γενικοί ιατροί με την απαιτούμενη κατάρτιση, ώστε να αναλάβουν το ρόλο του οικογενειακού ιατρού. Επίσης επισημαίνουν ότι η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, θα προκαλέσει καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των ασθενών και επιπλέον ταλαιπωρία. Ωστόσο, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, κρίνεται από όλους τους υπόλοιπους πληροφορητές απαραίτητος. Θεωρούν ότι μπορεί να λειτουργήσει ως «gatekeeper» και έτσι να αποτελέσει ένα τρόπο ελέγχου και ορθής χρήσης των υπηρεσιών του συστήματος είτε πρόκειται για παραπομπές προς ειδικούς ιατρούς, σε τμήματα πρώτων βοηθειών των νοσηλευτηρίων, είτε για την προμήθεια φαρμάκων.

### **7.5.4 Αυτονόμηση Δημόσιων Νοσοκομείων**

Η πλήρης διοικητική και οικονομική αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων είναι απαραίτητη και συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για να εφαρμοστεί το ΓεΣΥ. Η αυτονόμηση θεωρείται τεράστιας σημασίας, διότι μόνο έτσι θα υπάρχει υγιής ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων νοσοκομείων, εφόσον τα δημόσια νοσοκομεία θα εργάζονται εξίσου παραγωγικά με τα ιδιωτικά. Οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων θεωρούν ότι εάν εξακολουθήσουν να δίνονται κονδύλια στα δημόσια νοσοκομεία, δεν μπορεί να υπάρχει υγιής ανταγωνισμός και αυτό θα φέρει τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια σε μειονεκτική θέση. Εάν θα υπάρχουν νοσοκομεία δύο ταχυτήτων και δε θα λειτουργούν όλα επί ίσοις όροις, δε θα είναι εφαρμόσιμο το ΓεΣΥ. Επίσης τονίστηκε ότι η αυτονόμηση των δημόσιων

νοσηλευτηρίων θα λειτουργήσει θετικά για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων τους υπηρεσιών και καλύτερης διαχείρισης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και των οικονομικών πόρων.

#### **7.5.5 Σφαιρικός προϋπολογισμός**

Η πλειονότητα των συνεντευξιαζόμενων δήλωσαν τις αντιρρήσεις τους για το πώς ο σφαιρικός προϋπολογισμός θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών ή σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών ενώ θεωρούν ότι είναι ένα αρνητικό κίνητρο για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Όσοι ιατροί έλαβαν μέρος στη συνέντευξη, συμφώνησαν ότι ο τρόπος αμοιβής τους, πρέπει να είναι κατά πράξη, γιατί κατά την άποψη τους αυτό το σύστημα αμοιβής είναι το πιο δίκαιο. Το ύψος της αμοιβής τους, πρέπει να συζητηθεί και να καθοριστεί από τον αρμόδιο φορέα εκπροσώπησης τους, που είναι ο ΠΙΣ.

#### **7.6 Πέμπτη Θεματική: Βιωσιμότητα του συστήματος**

Παρόλο που η πλειονότητα των ερωτηθέντων τάσσεται υπέρ του ΓεΣΥ, εντούτοις σε μεμονωμένες περιπτώσεις εκφράστηκε η άποψη ότι δε θα υπάρχει κανένα πλεονέκτημα στην περίπτωση εφαρμογής του ΓεΣΥ, ούτε για τον ασθενή, ούτε για ιατρούς και νοσηλευτήρια και ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια είναι πολύ υψηλής ποιότητας αυτή τη στιγμή. Υποστηρίζουν ακόμη, ότι δε μπορεί να εφαρμοστεί από τη στιγμή που δεν έχει υπολογιστεί το ακριβές κόστος και ο σχεδιασμός δε στηρίζεται σε πραγματικά δεδομένα. Τα πλεονεκτήματα που διακρίνουν όσοι είναι υπέρμαχοι του ΓεΣΥ είναι η ισότιμη παροχή φροντίδας για όλους τους ασθενείς που σήμερα δεν υπάρχει, η ελευθερία και η δυνατότητα επιλογής των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς, η ποιοτική ιατρική που θα παρέχεται και η καθιέρωση πρωτόκολλων ελέγχου ποιότητας. Πιστεύουν ότι σε μεγάλο βαθμό, θα εκλείψει ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και θα υπάρχει καλύτερη κατανομή των ασθενών. Ιδιαίτερα σημαντικό, θεωρούν το γεγονός ότι οι ασθενείς θα πληρώνουν ένα μόνο ασφάλιστρο και ότι θα τους παρέχεται ιατρική φροντίδα από τη γέννηση μέχρι το θάνατο τους.



Μεγάλο μειονέκτημα αποτελεί κατά τη γνώμη των βασικών πληροφορητών, ο χαμηλός προϋπολογισμός του προτεινόμενου ΓεΣΥ, διότι δε μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των δαπανηρών ασθενειών, ούτε των χρόνιων παθήσεων, αλλά ούτε και μπορεί να καλύψει τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Κρίνουν ότι, επειδή ο προϋπολογισμός αυτός δεν έχει βασιστεί σε κοστολογημένες μελέτες, απέχει κατά πολύ από τα απαιτούμενα πραγματικά έξοδα υγείας και αν εφαρμοστεί όπως έχει, σίγουρα θα καταρρεύσει. Επιπλέον, θεωρούν τουλάχιστον για τα αρχικά στάδια ότι το σύστημα θα είναι βραδυκίνητο και δυσλειτουργικό, λόγω και των αρμοδιοτήτων που θα αναλάβουν οι γενικοί ιατροί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι εκπρόσωποι των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων θεωρούν ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου είναι απαρχαιωμένο και χρήζει μεταρρύθμισης. Η αναγκαιότητα αυτή επιτείνεται μετά την οικονομική κρίση του 2013, λόγω της συρροής μεγάλου αριθμού ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία. Είναι γεγονός ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα με βασικότερο την υπερφόρτωση των δημόσιων νοσοκομείων με αριθμό ασθενών και όγκο εργασιών που ξεπερνούν τις δυνατότητες τους. Τα βασικά προβλήματα που έχουν εντοπιστεί είναι η άνιση μεταχείριση των ασθενών, ο αθέμιτος ανταγωνισμός ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας, ο απαρχαιωμένος τρόπος λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων με κυριότερα χαρακτηριστικά τις μεγάλες λίστες αναμονής, τη κακή οργάνωση, τις ελλείψεις κλινών και το λανθασμένο τρόπο χειρισμού περιστατικών. Στην προσπάθεια να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς, η φροντίδα που παρέχεται δεν είναι ποιοτική. Η υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων και η αλόγιστη αγορά ιατρικού εξοπλισμού, συνιστούν σπατάλη εκατομμυρίων, που συνέτεινε στην οικονομική κρίση. Υπάρχουν όμως και κάποιοι από τους πληροφορητές που θεωρούν το υφιστάμενο σύστημα υγείας εφάμιλλο ή και καλύτερο από άλλες χώρες και ότι εκείνο που χρειάζεται είναι απλά αναβάθμιση. Η άποψη αυτή, ενισχύεται από την άποψη του Προέδρου του ΠΠΣ, ότι η Κύπρος στον τομέα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, συγκρίνεται άνετα με άλλες χώρες.

Φαίνεται ότι για την πλειονότητα των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα εφαρμογής του ΓεΣΥ στην Κύπρο, το οποίο θα είναι βιώσιμο και ποιοτικό, σύμφωνα με τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας και το οποίο θα επιλύσει προβλήματα και δυσχέρειες του υφιστάμενου συστήματος υγείας αρκεί να μπορούν να ανταγωνιστούν επί ίσοις όροις τα δημόσια νοσηλευτήρια. Θεωρούν επίσης ότι είναι αναγκαία η αναθεώρηση και η βελτίωση του νομοσχεδίου του 2001 το οποίο βρίσκουν αναχρονιστικό και δεν ανταποκρίνεται στα σημερινά δεδομένα.

Η οικονομική κρίση, σύμφωνα με τους πληροφορητές έδρασε καταλυτικά και κατέστησε απόλυτα αναγκαία την εφαρμογή του ΓεΣΥ, λόγω της αθρόας προσέλευσης ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία και της παρουσίας αυξημένων μεταναστευτικών ροών στο νησί που προκάλεσαν έντονη πίεση στα δημόσια νοσηλευτήρια και οδήγησε σε ανεπαρκή παροχή ποιοτικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον ΠΑΣΙΝ η οικονομική κρίση και η υπογραφή του μνημονίου με την Τρόικα εξανάγκασαν κατά κάποιον τρόπο το Υπουργείο Υγείας να βγάλει το ΓεΣΥ από τα συρτάρια του. Απόδειξη αποτελεί το γεγονός ότι δεν έγινε καμία αποτελεσματική ενέργεια έως τώρα που να οδηγεί στην υλοποίηση του ΓεΣΥ. Προϋπόθεση για την εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας, θεωρείται η ορθολογική κοστολόγηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Όλες οι απόψεις, συγκλίνουν στο ότι το ΓεΣΥ θα πρέπει να υπηρετεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, να αξιοποιεί εξίσου τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια, την επιστημοσύνη των ιατρών, να διασφαλίζει το κύρος και την αξιοπρέπεια τους και να προσφέρει ποιοτική περίθαλψη. Τονίζεται ότι για να πετύχει η εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας, δεν πρέπει να συσχετίζεται με την οικονομική κρίση ή να παραμένει αποτέλεσμα αυτής.

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ, κατά τη γνώμη των εκπροσώπων των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, θα είναι προς όφελος τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας με την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό του, οι συνθήκες εργασίας και υπάρξουν οι δικλείδες ασφαλείας για την απρόσκοπτη συμμετοχή και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων εξασφαλίζοντας ίση μεταχείριση με τα δημόσια νοσηλευτήρια ανεβάζοντας μέσω του υγειούς ανταγωνισμού την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σε περίπτωση εφαρμογής του προτεινόμενου ΓεΣΥ, θα θιγούν τα συμφέροντα, τόσο των ασφαλιστικών, όσο και των φαρμακευτικών εταιρειών, των υψηλόβαθμων υπαλλήλων του Υπουργείου Υγείας που λαμβάνουν τις αποφάσεις για τη διαχείριση κονδυλίων και φαρμάκων, αλλά και κάποιων μεγαλοιατρών του ιδιωτικού τομέα που λειτουργούν μονοπωλιακά. Ο ρόλος των υφιστάμενων ταμείων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών, παραμένει σημαντικός για τους ασθενείς και επομένως πρέπει να διατηρηθεί ως έχει, κατά τη γνώμη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, ενώ κάποιοι από τους υπόλοιπους πληροφορητές υποστηρίζουν ένα μονοασφαλιστικό σύστημα υγείας. Ο ΠΑΣΙΝ βέβαια υποστηρίζει ότι το πολυασφαλιστικό σύστημα

υγείας, ανταποκρίνεται καλύτερα στα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας, ενώ το μονοασφαλιστικό σύστημα, ως μονοπωλιακό, δε μπορεί να φέρει καμιά βελτίωση, ή πρόοδο στον τομέα της υγείας, λόγω της έλλειψης ανταγωνισμού και διότι δε διασφαλίζει ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το καλύτερο σύστημα ασφάλισης, θεωρείται από πολλούς το μεικτό σύστημα ασφάλισης, σύμφωνα με το οποίο θα συμμετέχει ο ΟΑΥ και οι ασφαλιστικές εταιρείες ενώ το πιο δίκαιο και σωστό σύστημα αμοιβής των ιατρών θεωρείται η αμοιβή κατά πράξη και όχι η αμοιβή τους μέσω του σφαιρικού προϋπολογισμού.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έτσι όπως προβλέπεται, δε θεωρείται καθόλου αναγκαίος, πρώτον γιατί στην Κύπρο οι αποστάσεις είναι μικρές και η πρόσβαση σε ιδιώτη ιατρό πολύ εύκολη και δεύτερο γιατί υπάρχει πληθώρα εξειδικευμένων ιατρών, ενώ δεν υπάρχει ο απαιτούμενος αριθμός γενικών ιατρών με την απαιτούμενη κατάρτιση. Η ΕΝΙΚ ενισχύει την παραπάνω άποψη, επισημαίνοντας ότι με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ανατρέπεται η σημερινή πραγματικότητα και αλλάζει εντελώς ο τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος στην Κύπρο, εφόσον οι ασθενείς θα παραπέμπονται από τον οικογενειακό ιατρό στον ειδικό ιατρό που ο ίδιος κρίνει. Εισήγηση της ΕΝΙΚ, είναι οι ασθενείς να έχουν απευθείας πρόσβαση σε ειδικό ιατρό, καταβάλλοντας ένα ποσό συν – πληρωμής.

Βασική και απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ, είναι η πλήρης διοικητική και οικονομική αυτονομία των δημόσιων νοσοκομείων, γιατί μόνο έτσι θα υπάρχει υγιής ανταγωνισμός μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και σωστή αξιοποίηση των κονδυλίων, που διατίθενται για τα δημόσια νοσοκομεία. Με τη θέση αυτή, συμφωνούν τόσο ο πρόεδρος του ΠΙΣ Πέτρος Αγαθαγγέλου, όσο και ο νυν Υπουργός Υγείας, Κωνσταντίνος Ιωάννου. Ο πρόεδρος του ΠΙΣ, τονίζει ότι τα δημόσια νοσοκομεία, θα μπορούν να ονομαστούν αυτόνομα, μόνο όταν παύσουν να λαμβάνουν κρατική χορηγία και καταστούν οικονομικά ανεξάρτητα.

Η βιωσιμότητα του προτεινόμενου ΓεΣΥ, δεν μπορεί να διασφαλιστεί, εφόσον δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για την κοστολόγηση του, επομένως ούτε μπορεί να εφαρμοστεί, ούτε προσδίδει οποιοδήποτε πλεονέκτημα η εφαρμογή του για τους

ασθενείς ή τους ιατρούς. Ωστόσο, ορισμένοι ιδιώτες ιατροί, διακρίνουν στο προτεινόμενο ΓεΣΥ, ως πλεονέκτημα, την ισότιμη και ποιοτική παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

Ο χαμηλός προϋπολογισμός του προτεινόμενου ΓεΣΥ, θεωρείται μεγάλο μειονέκτημα από τους ιδιώτες ιατρούς και αφού δεν έχει βασιστεί σε μελέτες κοστολόγησης, σε περίπτωση εφαρμογής του, θα καταρρεύσει. Σύμφωνα, με την προηγούμενη άποψη είναι και ο ΠΙΣ, ο οποίος διατηρεί πολλές επιφυλάξεις σχετικά με τη βιωσιμότητα του προτεινόμενου ΓεΣΥ και εισηγείται επανεξέταση του προϋπολογισμού του ΓεΣΥ, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, το προσδόκιμο ζωής και το πραγματικό κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, θα πλήξει οπωσδήποτε τον ιδιωτικό τομέα και κατά συνέπεια την ποιοτική φροντίδα των ασθενών, οι οποίοι δε θα έχουν ελεύθερη πρόσβαση στους ιατρούς και στα νοσοκομεία της επιλογής τους.

Το προτεινόμενο ΓεΣΥ, δεν μειώνει κατά τη γνώμη των ιδιωτών ιατρών τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας, του οποίου τη φυσική εξέλιξη θα αποτελέσει ένα καλά σχεδιασμένο ΓεΣΥ που θα περιλαμβάνει τις απαιτούμενες αλλαγές και θα είναι αποδεκτό από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Δε θεωρείται απαραίτητη η εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, για την επίλυση των προβλημάτων του υφιστάμενου συστήματος υγείας, αντιθέτως είναι αναγκαία η αύξηση των κονδυλίων για την υγεία.

Οι ιδιώτες ιατροί, προτείνουν το πολυασφαλιστικό σύστημα υγείας, την εισαγωγή του θεσμού της συν – πληρωμής, την ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών στον ιατρό και το νοσοκομείο της επιλογής τους, την κατάργηση του προτεινόμενου θεσμού του οικογενειακού ιατρού και την κατάργηση της πρόνοιας που ορίζει τον αριθμό ασθενών κατά ιατρό. Ακόμη, η αμοιβή των ιατρών, να καθορίζεται από τον ίδιο τον ιατρό και να μην συνδέεται με την αμοιβή του νοσοκομείου. Ταυτόσημες είναι και οι απόψεις της ENIK, που προτείνει την ένταξη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών στο ΓεΣΥ, δηλαδή πολυασφαλιστικό σύστημα. Ακόμη, προτείνει οι ασθενείς να έχουν το δικαίωμα επιλογής του φορέα ασφάλισης τους, καθώς και ελεύθερη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου.

Η μη εφαρμογή του ΓεΣΥ μέχρι το 2019 αποδίδεται στην έλλειψη πολιτικής βούλησης και οράματος των εκάστοτε κυβερνήσεων και στον ελλιπή σχεδιασμό του, που δεν έλαβε υπόψη τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας, τα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα που αφορούν τους ιατρούς του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα και τις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας που αναπόφευκτα αποτελούν τη ραχοκοκαλιά ενός συστήματος υγείας.

Οι απόψεις όσον αφορά την επάρκεια των επιστημονικών μελετών που έγιναν για το ΓεΣΥ διίστανται. Όσοι θεωρούν ότι είναι επαρκείς, πιστεύουν ότι πρέπει να προσαρμοστούν στα σύγχρονα δεδομένα. Όσοι θεωρούν τις μελέτες ανεπαρκείς, πιστεύουν ότι τα δεδομένα τους βασίστηκαν σε στοιχεία των συστημάτων άλλων χωρών και δε λήφθηκαν υπόψη οι απόψεις όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Καμιά από τις μελέτες παρόλα αυτά δεν αποδεικνύει ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ, είναι οικονομικά εφικτό και επισημαίνεται για άλλη μια φορά ότι υπάρχει πρόχειρος και βιαστικός σχεδιασμός, κάτω από συγκεκριμένες πιέσεις. Οι θέσεις αυτές αντιπροσωπεύουν και τον ΠΠΣ ο οποίος τονίζει την σημασία όπως το ΓεΣΥ βασιστεί στα κυπριακά δεδομένα προκειμένου να διασφαλιστεί μια ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Λόγω της απουσίας πραγματικής στατιστικής μελέτης για το κόστος του ΓεΣΥ, σύμφωνα με τον ΠΠΣ, δεν υπήρχε καθολική συμφωνία για την εφαρμογή του. Η ενδεχόμενη απόκλιση από τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας, πιθανόν να έχει απρόβλεπτα και ανεπιθύμητα επακόλουθα στον τομέα της υγείας, της οικονομίας και κατά συνέπεια της υγείας των πολιτών.

Η σταδιακή εφαρμογή του ΓεΣΥ, θα επιλύσει τυχόν προβλήματα που θα εμφανιστούν στην πορεία, όμως θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, για να μην πληγεί, ούτε ο τομέας της υγείας, ούτε ενδεχομένως και η οικονομία του τόπου. Ο ΠΠΣ, ενισχύει την άποψη αυτή, υποστηρίζοντας ότι εάν υπάρχει πολιτική βούληση και διάθεση από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, είναι δυνατόν να τροχοδρομηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, ώστε να αρχίσει η σταδιακή εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων θεωρούν θετική εξέλιξη την υλοποίηση του ΓεΣΥ με την προϋπόθεση τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια να ανταγωνίζονται επί ίσοις όροις, να δοθούν κίνητρα στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια για αναβάθμιση της ποιότητας και του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και η απαραίτητη τεχνογνωσία για ελέγχους ποιότητας και σωστής διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και των οικονομικών τους πόρων. Ελάχιστα ιδιωτικά νοσηλευτήρια θεωρούν το ΓεΣΥ μη βιώσιμο και ότι δε θα επιφέρει κάποια αναβάθμιση του επιπέδου της υγείας στην Κύπρο. Ως εκ τούτου, είναι αρνητικά στην συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ καθώς πιστεύουν ότι θα τους μειώσει σημαντικά τα κέρδη και θα υποβαθμίσει το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχουν μέχρι τώρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ΓεΣΥ αποτελεί τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση στον τομέα υγείας στην Κύπρο και όχι μόνο. Στην παρούσα εργασία, εξετάστηκαν οι θέσεις και απόψεις διαφόρων ειδικών στο χώρο της υγείας όσο και εκπροσώπων των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την ετοιμότητα των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων να ενταχθούν και να λειτουργήσουν στο νέο αυτό περιβάλλον.

Στην παρούσα διατριβή έγινε μια ιστορική αναδρομή για την παροχή υπηρεσιών υγείας από την αρχαιότητα μέχρι και την ανεξαρτησία της Κύπρου. Ακολούθως, παρουσιάστηκε η δομή του συστήματος υγείας πριν την εφαρμογή της 1<sup>ης</sup> φάσης του ΓεΣΥ τον Ιούνιο του 2019, εστιάζοντας στην οργάνωση, διοίκηση και χρηματοδότησή του, τις υφιστάμενες υποδομές και την παροχή υπηρεσιών. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι διάφορες μελέτες που έγιναν διαχρονικά για το ΓεΣΥ μέχρι σήμερα. Αναλύονται οι βασικές αρχές που διέπουν το ΓεΣΥ, τα σχετικά νομοσχέδια και οι τροποποιητικοί νόμοι και κανονισμοί ενώ παράλληλα αναφέρονται σχετικές πληροφορίες για την συνθήκες άσκησης και λειτουργίας της ιδιωτικής ιατρικής στην Κύπρο και παρουσιάζονται οι θέσεις του Παγκύπριου Συνδέσμου Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων σχετικά με την υλοποίηση του ΓεΣΥ και την ενδεχόμενη συμμετοχή τους.

Μέχρι το 2019 η Κύπρος, ήταν η μόνη Ευρωπαϊκή χώρα χωρίς εθνικό σχέδιο υγείας. Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, αποτελούσε ένα πλέγμα προσφοράς υπηρεσιών, τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα οι οποίοι λειτουργούσαν παράλληλα και ανεξάρτητα μεταξύ τους. Επομένως, υπήρχε μια έλλειψη συντονισμού που είχε οδηγήσει σε αχρείαστες σπατάλες πόρων και υποδομών και ένα ανεξέλεγκτο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του υφιστάμενου συστήματος είναι και το γεγονός ότι παρόλο που υπάρχει πλήρης κάλυψη υπηρεσιών για τους δικαιούχους από τον δημόσιο τομέα, ξοδεύονται πολύ μεγάλα ποσά από τους πολίτες και στον ιδιωτικό



τομέα (out of pocket money). Η υπερφόρτωση του δημόσιου τομέα υγείας με πληθώρα ασθενών και το υψηλό κόστος υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον ιδιωτικό τομέα, αποτελούν σημαντικές αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Επιπρόσθετα, σημαντικό πρόβλημα του υφιστάμενου συστήματος αποτελούν οι μεγάλες λίστες αναμονής. Οι μεγάλες προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει ο τομέας υγείας της Κύπρου είναι η μείωση του συνεχώς αυξανόμενου κόστους υγείας, η αντιμετώπιση των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Κρίνεται επομένως επιβεβλημένη η δημιουργία ενός ΓεΣΥ που να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους πολίτες (20).

Το ΓεΣΥ, μια διαχρονική ανάγκη για την Κύπρο, συζητούνταν και σχεδιαζόταν για δεκαετίες χωρίς να έχει υλοποιηθεί οτιδήποτε. Μετά από μια σειρά επιστημονικών μελετών, ψηφίστηκε το 2001 ο νόμος που προνοεί την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Παρά τα χρονοδιαγράμματα που τέθηκαν, οι συνεχείς αναβολές δεν επέτρεψαν την εφαρμογή του παρά μόνο τη δημιουργία του ΟΑΥ μέχρι τον Ιούνιο του 2019 όπου μπήκε σε εφαρμογή η 1<sup>η</sup> φάση του ΓεΣΥ που είχε να κάνει με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στην παρούσα εργασία διερευνάται το επίπεδο ετοιμότητας των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων να συμμετέχουν στο ΓεΣΥ. Ο ρόλος τους θεωρείται κομβικός και εξίσου σημαντικός με αυτό των δημοσίων νοσηλευτηρίων για την επίτευξη ενός καθολικού χαρακτήρα για το ΓεΣΥ. Έτσι γίνεται προσπάθεια να διατυπωθούν μέσω της συγκεκριμένης μεθοδολογίας ο ρόλος, οι θέσεις και απόψεις των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων αλλά επίσης και οι εισηγήσεις ή προτάσεις διαφόρων εμπειρογνομόνων στο χώρο της υγείας για τις δυνητικές ανάγκες και μεταβολές που χρειάζεται να γίνουν στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ούτως ώστε να συμμετέχουν αποτελεσματικά στο ΓεΣΥ.

Για τους σκοπούς της διατριβής χρησιμοποιήθηκαν δύο κύριες πηγές δεδομένων, οι γραπτές πηγές και οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Διενεργήθηκαν επτά ημιδομημένες συνεντεύξεις με ειδικούς στο χώρο της υγείας (διευθυντικά και υψηλά στελέχη από δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια, στελέχη του Υπουργείου Υγείας και του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας) μέσω ενός ερωτηματολογίου που περιλάμβανε

δεκαεπτά ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Μέσω των συνεντεύξεων έχουν εξαχθεί σημαντικά συμπεράσματα για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο και την ετοιμότητα των δημόσιων νοσηλευτηρίων να συμμετέχουν σε αυτό. Από τους επτά πληροφορητές, οι πέντε τάσσονται υπέρ της εφαρμογής του προτεινόμενου ΓεΣΥ και της συμμετοχής των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, ο ένας τάσσεται μεν υπέρ του ΓεΣΥ αλλά είναι αρνητικός ως προς τη συμμετοχή των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων υπό τις παρούσες συνθήκες και ένας παραμένει αρνητικός τόσο για το προτεινόμενο ΓεΣΥ όσο και για τη συμμετοχή σε αυτό των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

Συνοπτικά προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Αναγνωρίζεται η ανάγκη εφαρμογής του ΓεΣΥ στην Κύπρο το οποίο θα είναι βιώσιμο και ποιοτικό, με βάση τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας
- Προϋπόθεση επιτυχίας και ομαλής λειτουργίας του ΓεΣΥ αποτελεί ο εξορθολογισμός των δαπανών και η συνετή κοστολόγηση των διαφόρων υπηρεσιών-παροχών του
- Προτείνεται το πολυασφαλιστικό σύστημα υγείας, έναντι του μονοασφαλιστικού συστήματος. Ίσως το μεικτό σύστημα ασφάλισης, σύμφωνα με το οποίο θα συμμετέχει ο ΟΑΥ και οι ασφαλιστικές εταιρείες να αποτελεί τη χρυσή τομή

Η πλειονότητα των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων παραμένει θετική στην συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ με τις εξής προϋποθέσεις:

- Πλήρης διοικητική και οικονομική αυτονομία των δημόσιων νοσοκομείων, γιατί μόνο έτσι διασφαλίζεται ο υγιής ανταγωνισμός μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και η λειτουργία τους επί ίσοις όροις
- Εξασφάλιση ελάχιστων κρατικών εγγυήσεων σε περίπτωση που η λειτουργία των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων είναι προβληματική στα αρχικά στάδια ή δημιουργηθούν διάφορα εμπόδια
- Ο σφαιρικός προϋπολογισμός δεν αποτελεί και τον καλύτερο τρόπο χρηματοδότησης του ΓεΣΥ και των διαφόρων παρόχων οπότε ζητούν αναθεώρηση της κατανομής του συγκεκριμένου κονδυλίου
- Χρειάζεται επιπλέον η συμβολή του κράτους για να εξασφαλιστεί ποιοτική και αναβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών υγείας
- Υπάρχει ανάγκη εφαρμογής ελέγχων ποιότητας, οργανογραμμάτων και

κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

- Τα DRG's πρέπει να αναθεωρηθούν με διαχωρισμό των αμοιβών των ιατρών και του νοσηλευτηρίου
- Αύξηση του ποσοστού επί του ΑΕΠ για την υγεία
- Συνεργασία με στρατηγικούς επενδυτές

Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων, μπορεί να αξιοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα όσον αφορά τα διάφορα στάδια υλοποίησης του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Οι απόψεις και οι προτάσεις για τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, όπως φαίνονται στα αποτελέσματα των συνεντεύξεων, μπορούν να συμβάλουν στην ενεργότερη και πιο αποτελεσματική συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ μιας και πλέον έχουν υπογράψει μνημόνιο συνεργασίας με τον ΟΑΥ και θα συμμετέχουν από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου στη 2<sup>η</sup> φάση του ΓεΣΥ που αφορά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, συμβάλλοντας στην καθολικότητα του συστήματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B5%CF%89%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AF%CE%B1\\_%CF%84%CE%B7%CF%82\\_%CE%9A%CF%8D%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%85](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B5%CF%89%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AF%CE%B1_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%9A%CF%8D%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%85)
2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ  
Στατιστική Υπηρεσία. Πληθυσμιακές στατιστικές, Σειρά ΙΙ Αρ. Έκθεσης 54
3. Η Κύπρος με μια ματιά, Έκδοση του Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών, 2011
4. Κύπρος, μια ιστορική ανασκόπηση, DR William Mallinson
5. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Eurostat 2019)
6. European Observatory on Health Care System. Health care system in transition Germany. WHO regional office for Europe. Copenhagen, 2000
7. Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας Ανδρέας Χαραλάμπους, Σωκράτης Σωκράτους
8. Antoniadou M. Can Cyprus overcome its health-care challenges? Lancet 2005, 365:1017–1020
9. Τούντας Γ. Οικονομία της υγείας. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας 10 αναπτυγμένων χωρών. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2002
10. Υπουργείο Υγείας. Ετήσια έκθεση 2005. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία, 2005,1–43
11. Υφαντόπουλος Ι. Το Κράτος Πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΟΚ. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών. Ειδικό Τεύχος Καλοκαίρι 1990
12. Παυλάκης, Α. και Ζαχαριάδου, Θ. (2011), *Φροντίδα υγείας στην Κύπρο*,
13. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
14. Δημοσθένους, Α. (2006), «Ιατρική στη Βυζαντινή Κύπρο», *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 71- 99
15. Μιχαηλίδης, Δ. (2006), «Γιατροί και Ιατρική στην Αρχαία Κύπρο», *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό

- Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 13-68
16. Κουρέας, Ν. (2006), «Ιατρική στην Κύπρο κατά το Μεσαίωνα» », *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 101-149
  17. Σταυρίδης, Θ. (2006), «Η ιατρική στην Κύπρο κατά την Οθωμανική Περίοδο», *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 151-215
  18. Μαραγκού, Α. Και Γεωργιάδης, Α. (2006) «Η Ιατρική στην Κύπρο κατά τη διάρκεια της Αγγλοκρατίας», *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 217-398
  19. Clucas KH (1952). Proposals for the introduction of a social security scheme in Cyprus. British Middle East Office, Cairo, 21 February 1952.
  20. Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. (2012) Cyprus: Health system review. Health Systems in Transition
  21. Golna C et al. (2004). *Health care in transition: Cyprus*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
  22. Μάτσης, Σ. (2008). *Μελέτη για την Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας*, Μελέτη, Δεκέμβριος, Λευκωσία.
  23. Statistical Service (2012b) [web site]  
[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/F9690C2D35652CB5C2257726003DDA8F/\\$file/HEALTH\\_HOSPITAL\\_STATS-2012-291214.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/F9690C2D35652CB5C2257726003DDA8F/$file/HEALTH_HOSPITAL_STATS-2012-291214.pdf?OpenElement) accessed 20 March 2015
  24. Υπουργείο Υγείας (2015) [web site]  
[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index\\_gr/index\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument)
  25. Statistical Service (2016) [web site]  
[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/F9690C2D35652CB5C2257726003DDA8F/\\$file/HEALTH\\_HOSPITAL\\_STATS-2016-EL-300318.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/F9690C2D35652CB5C2257726003DDA8F/$file/HEALTH_HOSPITAL_STATS-2016-EL-300318.pdf?OpenElement)
  26. <http://www.philenews.com/koinonia/eidiseis/article/609770/-621-9-ekat-o-proypologsmos-ga-tin-ygia-ga-to-2019>
  27. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ Διαδικασία αντικατάστασης Ταυτοτήτων Νοσηλείας Μεταβατικές διατάξεις (1/8/2013 -1/2/2014)
  28. Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα:

- Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 123-127
29. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
  30. Χαραλάμπους, Α. Σωκράτους, Σ. (2009). Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας. *Νοσηλευτική*, 48 (2): σελ.136-142.
  31. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, (2012). *Πρόταση για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ*. Παρουσίαση, Λευκωσία
  32. Αναστασιάδης Κ. Λάκης (2016), «Κυπρίων Ιατρών Έργα, η ιατρική στην Κύπρο 1950 – 2015», Εκδόσεις Εν Τύποις, Λευκωσία
  33. Ιωάννου, Ν. (2010) *Ιστορική αναδρομή των προταθέντων σχεδίων υγείας για την Κύπρο. Health Journal, 2010;4:32-42*
  34. Υπουργείο Υγείας, Σημείωμα Αρχών για την Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στην Κύπρο, στο: Πρόταση στο Υπουργικό Συμβούλιο, Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας, Παράρτημα 2, Φεβρουάριος, 1991.
  35. Υπουργείο Υγείας, Σημείωμα Αρχών για την Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στην Κύπρο, στο: Πρόταση στο Υπουργικό Συμβούλιο, Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας, Παράρτημα 2, Φεβρουάριος, 1991.
  36. Θεοδώρου, Μ. και Σισσούρας, Α. (1993) «Προτάσεις για ένα Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας στην Κύπρο. Μια κριτική προσέγγιση», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Αθήνα, σελ. 15-34
  37. Ομάδα Συμβούλων, Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Σεπτέμβριος, 1992, Μετάφραση: Α. Πολυνείκης.
  38. Υπουργείο Υγείας, Βασικές Αρχές που προτείνονται από τους εμπειρογνώμονες και οι απόψεις / εισηγήσεις της Τεχνικής Επιτροπής για την Εισαγωγή Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο, Παράρτημα Β, Οκτώβριος, Λευκωσία, 1992.
  39. (Ν.89(Ι)/2001), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001»
  40. Υπουργείο Υγείας, (2014), Νομοσχέδιο Γεσυ1, Επίσημη Ιστοσελίδα, Λευκωσία  
[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page34\\_gr/page34\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page34_gr/page34_gr?OpenDocument)

41. (Ν.134(Ι)/2002), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2002»
42. (Ν.101(Ι)/2004), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2004»
43. (Ν.62(Ι)/2005), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2005»
44. Νομοσχέδιο «Νόμος που τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 μέχρι 2005», (2007)
45. Νομοσχέδιο «Ο περί ίδρυσης Οργανισμών Γενικών Νοσοκομείων Νόμος του 2015»
46. Ομάδα Συμβούλων, Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Σεπτέμβριος, 1992, Μετάφραση: Α. Πολυνείκης.
47. Υπουργείο Οικονομικών (2016), <http://www.mof.gov.cy/> Υπουργείο Οικονομικών Κυπριακής Δημοκρατίας
48. Μνημόνιο, (2013), «Memorandum of Understanding μεταξύ Τρόικας και Κύπρου», Δαπάνες στον τομέα της Υγείας
49. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014α) [web site]  
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-12-05synandisi-me-dhsi>
50. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014β) [web site]  
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-12-17-synandisi-me-akel>
51. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014γ) [web site]  
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-1202-synandisi-me-edek>
52. ΚΕΦΕΑ, (2014) [web site]  
[http://kefea.org.cy/el/%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%AC%CE%B4%CE%B5\\_%CE%BA%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%BF-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BA%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CF%89%CE%BD-%CE%B1/](http://kefea.org.cy/el/%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%AC%CE%B4%CE%B5_%CE%BA%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%BF-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BA%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CF%89%CE%BD-%CE%B1/)
53. Δούκα Μ. (2010), Επαγγελματισμός και Ιατρικό Επάγγελμα, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2010 5 (2), 95-111

54. Eckstein, H. (1960). *Pressure Group Politics: The case of the British Medical Association*. London, George Allen and Unwin.
55. Ham, C. (1999). *Health Policy in Britain: The Politics and the Organisation of the NHS*. London, Macmillan Press.
56. Alford, R. R. (1975). *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago, University of Chicago.
57. Νικολέντζος, Α. (2008). *Η επιρροή των ιατρών στο ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας: 1983- 2001*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Λονδίνου, Λονδίνο.
58. Περί Ιατρών (Σύλλογοι, Πειθαρχία και Ταμείων Συντάξεων) Νόμοι του 1967 έως 1987.
59. Ιατρικός Κόσμος, (2015), Συνέντευξη του Υπουργού Υγείας κ. Γιώργου Παμπορίδη με θέμα: “Προσωπικό στοίχημα η εφαρμογή του ΓεΣΥ, ακρογωνιαίος λίθος η αυτονομία των δημόσιων νοσηλευτηρίων», Αρ. Φύλλου: 20, Έτος: 4<sup>ο</sup>, σελ. 8-10
60. Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. London, Tavistock.
61. Freidson, E. (1993). *How Dominant are the Professions?* New York, Oxford University Press.
62. Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. London, Polity Press.
63. Παγκύπριος Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, (2016)
64. Παυλάκης, Α. και Ζαχαριάδου, Θ. (2011), *Φροντίδα υγείας στην Κύπρο*, Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
65. Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 123-127
66. Σταυρίδης, Θ. (2006), «Η ιατρική στην Κύπρο κατά την Οθωμανική Περίοδο», *Η ιατρική στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία*, Λευκωσία: Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, σελ. 151-215
67. Υπουργείο Υγείας, Σημείωμα Αρχών για την Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στην Κύπρο, στο: Πρόταση στο Υπουργικό Συμβούλιο, Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας, Παράρτημα 2, Φεβρουάριος, 1991.
68. Υπουργείο Υγείας (2015)  
[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index\\_gr/index\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument)



69. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών (2003)
70. Cyprus Medical Association, 2015.
71. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, (2011). Ετήσια Έκθεση
72. Ιδρυτικό έγγραφο της εταιρείας «ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ»

## Παράρτημα Α: Οδηγός Συνεντεύξεων

### Μεθοδολογία:

Σε τέτοιες περιπτώσεις, όπου το πεδίο που διερευνάται είναι σχετικά θολό και ακαθόριστο, η πλέον κατάλληλη μεθοδολογία είναι η ποιοτική, δηλαδή οι συνεντεύξεις με ειδικούς του χώρου της υγείας (μάνατζερ και υψηλά στελέχη από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, ακαδημαϊκούς, γιατρούς, stakeholders, στελέχη του Υπουργείου Υγείας και του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας κ.α.). Ενδεικτικά, παρατίθενται κάποια ερωτήματα που θα περιλαμβάνει ο οδηγός συνέντευξης, τα οποία θα απασχολήσουν επίσης και τους συμμετέχοντες στις ομάδες εστίασης:

### Ερωτήσεις συνεντεύξεων

Θα ξεκινήσω με κάποιες γενικές-εισαγωγικές ερωτήσεις και στη συνέχεια θα προχωρήσουμε σε πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις, με αναφορές σε επιμέρους θέματα και πτυχές της εισαγωγής και οργάνωσης του ΓεΣΥ, έτσι όπως προβλέπονται από το θεσμικό πλαίσιο που έχει ήδη ψηφιστεί.

1. Καταρχήν ήθελα να ρωτήσω σε πιο βαθμό έχετε κάποια γενική εικόνα αφενός του νόμου του ΓεΣΥ του 2001 και των συμπληρωματικών που ψηφίστηκαν τον περασμένο Ιούνιο για τις εισφορές υγείας και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων.
2. Ποιες νομίζετε ότι θα είναι οι επιπτώσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία από τον εσωτερικό ανταγωνισμό που θα δημιουργηθεί με την εισαγωγή του ΓεΣΥ και ειδικότερα στο κομμάτι της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας; Αναφέρομαι στον ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, αλλά και μεταξύ νοσοκομείων είτε του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα.
3. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές θα είναι σε θέση για παράδειγμα να ανταγωνιστούν τα δημόσια νοσοκομεία στην παροχή κάποιων εξειδικευμένων υπηρεσιών, π.χ. τμήματα αιμοκάθαρσης, κέντρα αντιμετώπισης χρόνιου πόνου ή υπηρεσιών που απαιτούν υψηλούς κόστους ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό;
4. Πώς θα μπορούσε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική να ανταγωνιστεί καλύτερα ένα δημόσιο νοσοκομείο στο νέο περιβάλλον ΓεΣΥ που θα διαμορφωθεί; Νομίζετε ότι υπό τις παρούσες συνθήκες το ιδιωτικό θα πλεονεκτεί έναντι του δημοσίου;

-Ποια θα είναι τα συγκριτικά του πλεονεκτήματα και πώς θα τα αξιοποιήσει καλύτερα;

5. Ακόμη, πώς θα μπορούσε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική να ανταγωνιστεί καλύτερα ένα άλλο επίσης ιδιωτικό νοσοκομείο στο νέο περιβάλλον ΓεΣΥ που θα διαμορφωθεί;

-Μπορείτε να αναφέρετε 2-3 πράγματα που νομίζετε ότι πρέπει να κάνει αφενός για να αποκτήσει συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών του και αφετέρου να γίνει πιο αποτελεσματικό μέσω μέτρων ελέγχου του κόστους

-Θα βλέπατε κάποια ιδιωτικά νοσοκομεία να εξειδικεύονται στην παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας, λόγω κάποιου συγκριτικού πλεονεκτήματος που διαθέτουν, με στόχο τα δημιουργήσουν οικονομίες κλίμακος και να μεγιστοποιήσουν τα έσοδά τους;

-Θα βλέπατε σε κάποια μεγάλα νοσοκομεία να μπαίνει στρατηγικός επενδυτής (επενδυτικά funds) που θα εισαγάγει επαγγελματικό μάνατζμεντ σ' αυτά;

6. Σε ποιο βαθμό τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν αντιληφθεί τις όποιες αλλαγές θα χρειαστεί να κάνουν και την ανάγκη να προσαρμόσουν τον προγραμματισμό, την οργάνωση και διοίκησή τους στο πλαίσιο ενός σαφώς οριοθετημένου και ρυθμισμένου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, όπως αναμένεται ότι θα είναι αυτό του ΓεΣΥ;
7. Πώς νομίζετε ότι θα επηρεαστούν τα έσοδα και τα έξοδα ενός ιδιωτικού νοσοκομείου ή κλινικής και των μετόχων/συνεργαζόμενων γιατρών από τη συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ;
8. Ποιος βλέπετε ότι θα είναι ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε περιβάλλον ΓεΣΥ;
9. Τι θα σημαίνει για την αγορά και τους ασθενείς η ελευθερία επιλογής παρόχου που θεωρητικά θα αποκτήσουν στα πλαίσια του ΓεΣΥ; (από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα για κάποιο γιατρό ειδικότητας ή για κάποιο νοσοκομείο).
10. Η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σε ρόλο gatekeeper, τι επιπτώσεις μπορεί να έχει στην «κατανομή» των ασθενών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία; Μπορούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία να έχουν κάποιο ρόλο σ' αυτή την

κατανομή και με ποιο τρόπο;

11. Τι θα σημαίνει για τα νοσοκομεία η αποζημίωση τους από τον ΟΑΥ με το σύστημα των DRGs; Τι νομίζετε ότι θα πρέπει να αλλάξει στη οργάνωση και διαχείριση του ασθενή εντός του νοσοκομείου, στις αμοιβές των γιατρών κλπ;
12. Τι σημαίνει για τις ειδικότητες των γιατρών που θα εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων η εισαγωγή σφαιρικού κατά ειδικότητα και επαρχία προϋπολογισμού και η παρακολούθηση της εκτέλεσής του από τον ΟΑΥ σε μηνιαία βάση;
13. Η ανάγκη για την τήρηση στοιχείων απαραίτητων για το ΓεΣΥ και τον ΟΑΥ (π.χ. σύστημα αυτόματης τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων, αναγκαία στοιχεία υποβολής για αμοιβή των νοσοκομείων, η τήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενή κλπ) τι μπορεί να σημαίνει για τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα των ιδιωτικών νοσοκομείων;
14. Μπορείτε να σκεφτείτε κάτι άλλο σε επίπεδο ιδιωτικού νοσοκομείου που πρέπει να αλλάξει ή να προστεθεί ή να βελτιωθεί στη οργάνωση, διοίκηση, στελέχωση, εξοπλισμό, παροχή, διαχείριση, εκπαίδευση, νοοτροπία κλπ, μέσα στο καινούργιο περιβάλλον του ΓεΣΥ;
15. Μπορείτε ακόμη και ύστερα από αυτή την συζήτηση που κάναμε να σκεφτείτε κάποιες πιθανές στρεβλώσεις στην αγορά, αλλά και στις διαδικασίες παροχής και αποζημίωσης των υπηρεσιών από τα νοσοκομεία, με στόχο είτε να αυξήσουν τα έσοδά τους, είτε να προσελκύσουν μεγαλύτερη πελατεία, που μπορεί όμως εν μέρει να υπονομεύσουν κάποιες από τις βασικές αρχές του συστήματος, όπως η δωρεάν παροχή, η ισότιμη πρόσβαση και παροχή και η καθολικότητα;
16. Ποιο το μεγαλύτερο όφελος και ποια η μεγαλύτερη ζημιά που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη γνώμη σας στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια με την συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ;
17. Τι θα θέλατε να πείτε ως συμπέρασμα και ως κατακλείδα για ό,τι συζητήσαμε;